

Koordinierungszentren Kinderschutz

Kommunale Netzwerke
Früher Hilfen in Niedersachsen

Zwischenbericht 2008



Niedersachsen

Inhalt

Vorwort	3
Intentionen des Modellprojektes	4
Projektstruktur	6
Situation und Entwicklung an den Modellstandorten	7
Stadt und Landkreis Lüneburg	8
Stadt Braunschweig	14
Stadt und Region Hannover	20
Stadt und Landkreis Oldenburg	26
Ausblick	32



Vorwort

Die Fehleranalyse der tragischen Fälle von Kindesmisshandlung der letzten Jahre zeigt, wie wichtig es ist, dass bestehende Hilfsangebote nicht isoliert, sondern engmaschig verknüpft arbeiten.

Wirksamer Kinderschutz durch frühe und verbindlich vernetzte Hilfen für gefährdete Kinder lautet deshalb auch die Zielstellung des 2007 in Niedersachsen gestarteten Modellprojektes „Koordinationzentren Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Früher Hilfen“. Bis zum Jahr 2010 werden mit finanzieller Unterstützung des Landes an den vier Modellstandorten Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Oldenburg bestehende Hilfen insbesondere der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens erfasst, systematisch zusammengeführt und verlässlich im Rahmen von Netzwerken früher Hilfen weiterentwickelt.

In den Netzwerken früher Hilfen sollen Ärzte und Kliniken, Beratungsstellen für Familien, Hebammen, Kinderschutzzentren, Verbände, Kindertagesstätten, Polizei, Gerichte und natürlich die Jugendämter verbindlich und systematisch miteinander

kooperieren. Basierend auf einer Bestandsanalyse der Situation und der bisherigen Kooperationen an den vier Modellstandorten sollen verbindliche Handlungsabläufe, so genannte Reaktionsketten, entwickelt und in alltäglichen Arbeitszusammenhängen umgesetzt werden. Alle an den kommunalen Netzwerken beteiligten Akteure sollen sich zur Umsetzung der Reaktionsketten verpflichten.

Der vorliegende Zwischenbericht gibt einen umfassenden Einblick in das Modellprogramm, die Ausgangssituationen und die Entwicklungen der vier Modellstandorte in der ersten Projektphase.

Mechthild Ross-Luttmann
Niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit

Intentionen des Modellprojektes

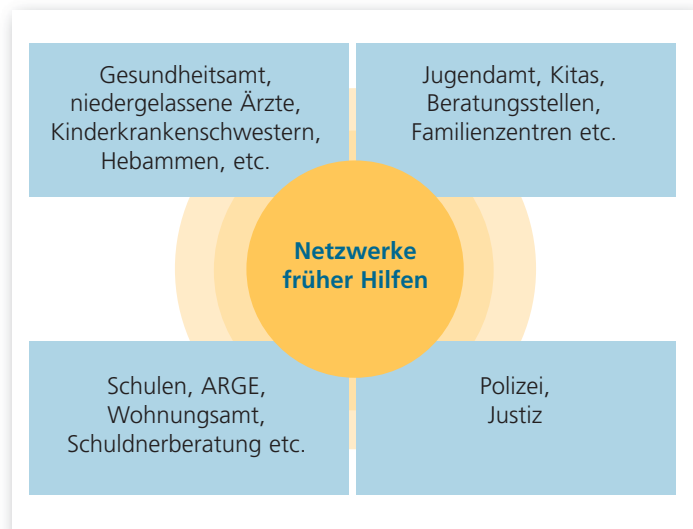
Vor dem Hintergrund der in jüngster Zeit bekannt gewordenen Fälle dramatischer Kindeswohlgefährdungen und Kindestötungen ist es notwendig, die bisherigen Strukturen und Verfahren des Kinderschutzes auf allen Ebenen staatlichen und gesellschaftlichen Handelns einer kritischen Überprüfung zu unterziehen und in einem fortlaufenden Prozess der Qualifizierung zu verbessern.

In diesem Zusammenhang zeigen bisherige Erfahrungen, dass die Qualität und Wirksamkeit lokaler Kinderschutzkonzepte nicht allein mit quantitativen Ausbaustrategien in „verinselten“ Strukturen verbessert werden kann. Die verlässliche Zusammenarbeit aller hier wichtigen Akteure (Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Justiz, Polizei u.a.) ist nur durch eine Auflösung der institutionellen Abschottung von Institutionen der Sozialhilfe, des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe, der Schulen, Träger von Familienförderungsprogrammen, Volkshochschulen, Selbsthilfeorganisationen, Elterninitiativen erreichbar. Nur eine strukturierte und berechenbare Kooperation von Fachkräften bei öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und anderer familienbezogener Dienstleister erbringt einen Qualitätssprung zur frühzeitigen Erkennung und Beurteilung von riskanten Lebenssituationen bei Kindern und Familien und zu einer präventiv ausgerichteten Hilfeleistung insgesamt.

Wissenschaftliche Studien und modellhafte Praxiserprobungen haben gezeigt, dass eine systematische Wahrnehmung (Erkennen) riskanter Lebenssituationen von Kindern, Jugendlichen und Familien, institutionenübergreifend vereinbarte Muster der Problembewertung (Definition von Risikoschwellen) und „berechenbare“ Kooperationen unterschiedlicher Handlungsfelder einen wichtigen Beitrag zur Optimierung des Hilfeprozesses und des diesbezüglichen Ressourceneinsatzes leisten.

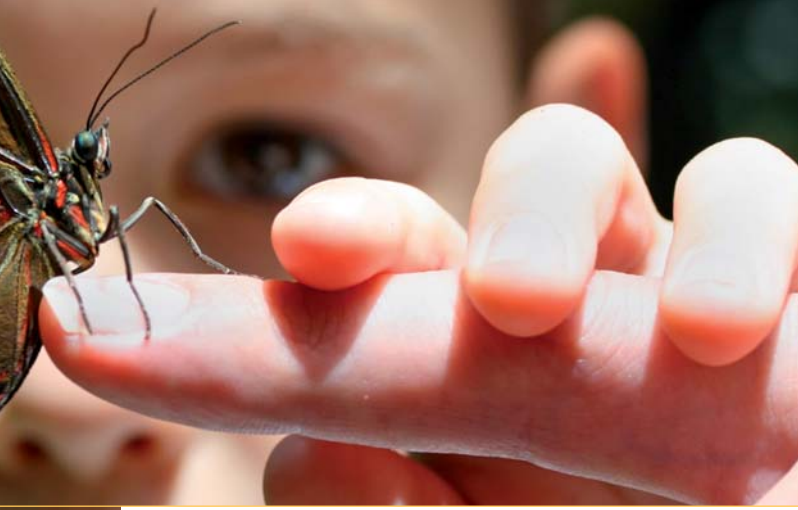
Partner in Netzwerken früher Hilfen

(nach Sann BZgA, DJI 2008)



Dieser Ansatz berücksichtigt stärker als andere präventive Konzepte in der sozialen Arbeit mit Familien und Kindern u.a. die Erkenntnisse der frühkindlichen Bindungsforschung und erreicht dadurch einen qualitativen Vorsprung: Die Handlungsoptionen der Fachkräfte werden auf der Basis dieser Erkenntnisse (z.B. „biografische Übergänge als ‚sensible Phase‘ wahrnehmen“, „Eltern-Kind-Bindung stärken“ und „früher intervenieren“) deutlich erhöht.

In den Jugendämtern in Niedersachsen bestehen bereits zahlreiche Angebote des Kinderschutzes, und derzeit werden vielerorts präventive Angebote bzw. Projekte für Kinder, Jugendliche und Familien auf- bzw. ausgebaut. Bislang ist allerdings festzustellen, dass von den bereits bestehenden Angeboten die Anforderungen an ein komplexes System der Früherkennung und früher Hilfen nur teilweise erfüllt werden.



Als Anforderungen sind nach Sann 2007 und Böttcher u.a. 2008 in diesem Zusammenhang insbesondere zu nennen:

1. Umfassend und systematisch Zugang zur Zielgruppe finden
2. Risiken frühzeitig, systematisch und objektivierbar erkennen
3. Familien zur Inanspruchnahme von Hilfen motivieren
4. Verbindliche Reaktionsketten und Kooperationsvereinbarungen

So erfüllen Projekte nur z.T. die in einem Netzwerk für frühe Hilfen geforderte Verbindlichkeit, weil zu selten interdisziplinär geschlossene Kontrakte in den Konzepten verankert sind. Erst durch eine gezielte Weiterentwicklung und eine systematische Zusammenführung der einzelnen Bestandteile und unter den genannten Grundbedingungen bekommen die vorhandenen Angebote den Charakter eines „Netzwerkes Früher Hilfen“. Durch das Modellprojekt Koordinierungszentrum Kinderschutz - Kommunale Netzwerke Früher Hilfen in Niedersachsen setzt die Landesregierung deshalb einen deutlichen Impuls zur verbindlichen Weiterentwicklung kommunaler Strukturen und Netzwerke.

So unterschiedlich die Ursachen für riskante Entwicklungen sind, so unterschiedlich sind zugleich die Anwendungsbereiche eines lokalen Netzwerkes zur Sicherung Früher Hilfen. Dieses kann sich auf die Unterstützung bestimmter Zielgruppen beziehen (z.B. verhaltensauffällige Kinder in Tageseinrichtungen, junge Mütter mit Neugeborenen, Familien in problematischen Wohnverhältnissen), auf den Auf- und Ausbau von Vernetzungsstrukturen von Kindertageseinrichtungen, Jugendhilfe und Grundschulen zur Bearbeitung von kritischen Übergangsphasen oder auf einen bestimmten Sozialraum. Die Entscheidung, in welchem Bereich ein solches Netzwerk implementiert werden soll, muss dabei immer vor dem Hintergrund der vor Ort gegebenen Problemlagen, vorhandenen Ressourcen und Kooperationsformen getroffen werden.

Trotz dieser breiten Einsatzmöglichkeiten und jeweiligen Besonderheiten der Anwendungsbereiche sollten alle vernetzten Akteure sich auf die Sicherstellung einer verbindlichen „geschlossenen Reaktionskette“ verpflichten.

Projektstruktur

Der Schwerpunkt des „Landesprogrammes Koordinierungszentren Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Früher Hilfen“ liegt darin, an vier Standorten beispielhaft den Aus- und Ausbau interdisziplinär angelegter Hilfesysteme zu fördern und zu begleiten. Beteiligt sind:

- Braunschweig,
- Hannover (Stadt und Region),
- Lüneburg (in Kooperation mit dem Landkreis Lüneburg) und
- Oldenburg (in Kooperation mit dem Landkreis Oldenburg).

Im Vordergrund der modellhaften Entwicklung und Erprobung steht der Aufbau eines auf Interdisziplinarität (Einbeziehung von Schulen, Vereinen/Initiativen, Gesundheitswesen/ Sozialpsychiatrischer Dienst, Einrichtungen und Angebote der Jugendhilfe und der sozialen Dienste, Polizei, Stadtentwicklung etc.), Kontinuität und Kooperation angelegten regionalen Netzwerkes. Dabei soll es in erster Linie nicht um die Konzeption neuer Hilfsangebote gehen, sondern um die effektive Vernetzung bestehender Strukturen über den Einzelfall hinaus. Die in aller Regel komplexen Ausgangssituationen verlangen ein vielfältiges und flexibles Setting an Hilfen, die frühzeitig einsetzen und kohärente Unterstützung bieten. Besonderes Interesse sollen dabei gruppen- und gemeinwesenbezogene Ansätze finden, die die Interessen und Bedarfslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien sowie ihre unterschiedlich gegebenen Mitwirkungsmöglichkeiten einbeziehen.

Die Modellstandorte bekommen neben den Mitteln zur Finanzierung einer Stelle zur Projektkoordination Beratung durch das Institut für soziale Arbeit e.V.

Themen der Beratung sind in diesem Zusammenhang:

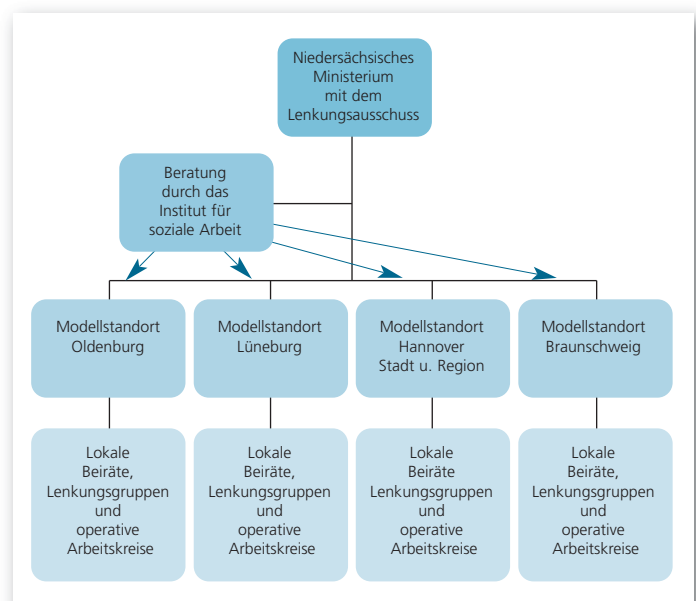
- Entwicklung lokaler Schwerpunkte,
- Konzeptionsentwicklung,
- Programmrealisierung,
- Dokumentation und Auswertung der jeweiligen Ergebnisse

Die Fachkräfte in den kommunalen Hilfesystemen können durch angebotene Qualifizierungsmaßnahmen fachliche Anregungen für das Erkennen von riskanten Lebensphasen bzw. Entwicklungen bei Kindern und ihren Familien erhalten und so ihr persönliches fachliches Profil stärken (z.B. ressourcenorientiertes Arbeiten mit Familien).

In gemeinsamen Workshops aller vier Standorte werden zentrale gemeinsame Aspekte wie z.B. Forschungsergebnisse zu Frühwarnsystemen, Formen des Netzwerkmanagements oder die Rechtsqualität von Kooperationsvereinbarungen thematisiert und bearbeitet.

Die lokale Steuerung der Modellprojekte erfolgt durch örtliche Lenkungsgruppen. Die gesamte Projektplanung und -steuerung wird durch eine Lenkungsgruppe wahrgenommen, in der neben den lokalen Leitungsververtretungen und KoordinatorenInnen auch das ISA und federführend das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des Landes Niedersachsen beteiligt sind.

Projektstruktur

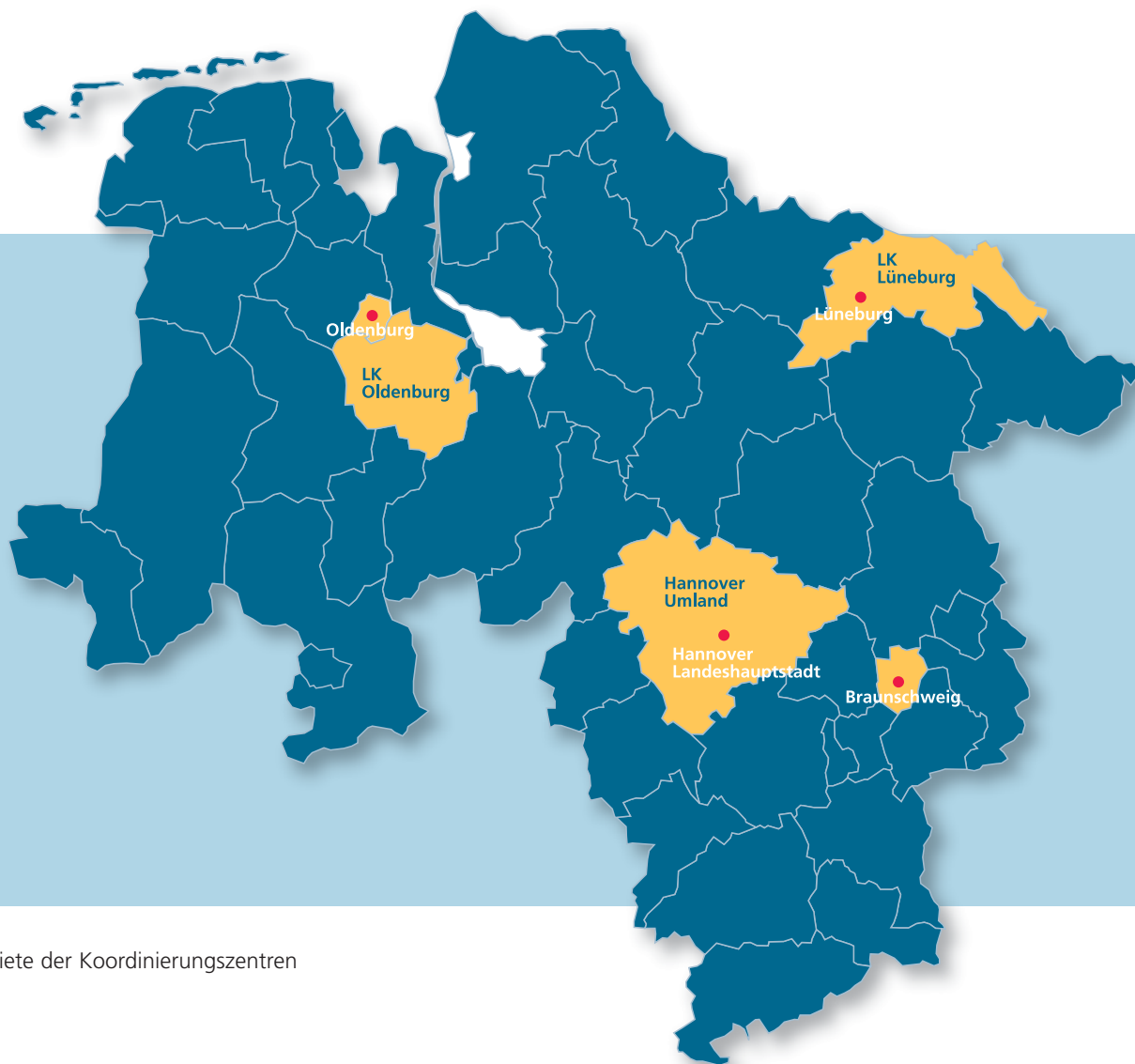


Situation und Entwicklung an den Modellstandorten



Im Folgenden werden die Ausgangssituationen und die bisherigen Entwicklungen an den Modellstandorten dargestellt. Der Berichtszeitraum umfasst im Wesentlichen den Zeitraum von Herbst 2007 bis Sommer 2008. Gliederungspunkte sind Angaben zur lokalen Ausgangssituation, zur jeweiligen Projektorganisation

und zu den beteiligten Kooperationspartnern, zu erfolgten Schwerpunktsetzungen und Zielgruppen und zu den bisherigen Ergebnissen der vorgenommenen Bestandsanalysen. Abschließend werden lokale Handlungsbedarfe aufgeführt und eine Bewertung des Zwischenstandes vorgenommen.





Koordinierungszentrum Kinderschutz

Kommunales Netzwerk Früher Hilfen
Stadt und Landkreis Lüneburg

Ausgangssituation

Das Projekt bezieht sich auf den Einzugsbereich der Hansestadt und des Landkreises Lüneburg. Die Stadt Lüneburg hat 72.075 und der Landkreis 103.849 Einwohner (Stand 31.12.2006). Dem Landkreis gehören 10 Samtgemeinden und Ämter an, die überwiegend durch eine dörfliche und ländliche Struktur geprägt sind.

Der Landkreis und die Stadt Lüneburg können auf eine positive Tradition bei der Kooperation in der Jugendhilfe zurückgreifen. Beispielhaft kann im Kontext dieses Projektes die gemeinsame Erarbeitung der Rahmenvereinbarung zur Umsetzung des § 8a SGB VIII genannt werden, die Grundlage für die Träger beider kommunaler Einheiten ist. Die entsprechenden Aushandlungsprozesse und Informationsveranstaltungen wurden gemeinsam durchgeführt. Mittlerweile sind alle Vereinbarungen unterzeichnet.

Der Landkreis und die Stadt Lüneburg verfügen nach eigener Einschätzung über eine gut aufgestellte und differenzierte Angebotsstruktur im Bereich der Jugendhilfe und eine gute Versorgung im Gesundheitsbereich. Die Hansestadt Lüneburg verfügt zudem über eine vergleichsweise hohe Dichte an Hilfen zur Erziehung vor allem im ambulanten Bereich. So hatte die Stadt Lüneburg im Jahr im November 2006 eine Versorgungsquote von Hilfen zur Erziehung pro 1000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von 51 (Stadt Hannover 29,6 und Stadt Oldenburg 37,4; vgl. Integrierte Berichterstattung Niedersachsen, Stand 24.11. 2006). In der Stadt Lüneburg betrug der Anteil an Sozialhilfeempfängern zum 08.10.2004 7,2%. Die Quote der Sozialhilfeempfänger schwankt zwischen den Ortsteilen zwischen 0,5% und 20% (Quelle Stadt Lüneburg, FB 5 55, Zentrale Dienste der Jugendhilfe). Die Anzahl der Inobhutnahmen ist seit 2000 von 45 Fällen auf 82 Fälle im Jahr 2006 gestiegen, 2005 betrug die Anzahl 95. Dies ist jedoch im Zusammenhang mit der ab dem Jahr 2006 eingeführten gemeinsamen Zählung der

Inobhutnahmen von Stadt und Landkreisjugendamt zu bewerten. Somit ist von einem annähernd gleichbleibenden Niveau auszugehen.

Landkreis und Hansestadt Lüneburg verfolgen seit längerer Zeit den Ansatz einer bevölkerungsnahen und niedrigschwelligen Unterstützungs- und Beratungsstruktur durch Sozialraumprojekte und die Stadtteil-Häuser. Über diesen Ansatz können sozialraumbezogen möglichst früh und präventiv Zugänge und Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder, Jugendliche und ihre Familien geschaffen werden. Fast alle Sozialraumprojekte verfügen über Angebote im Bereich der frühen Hilfen wie z.B. Mutter-Kind-Gruppen, Elterntrainings, Bildungs- und Beratungsangebote. Das Angebot wird kontinuierlich ausgebaut und veränderten Bedarfen angepasst. Eine differenzierte Beschreibung der jeweiligen Institutionen und ihrer Leistungen für Kinder und Familien wird im Rahmen der weiteren Auswertung der Bestandserhebung erfolgen.

Absprachen und Gremien zur Gestaltung der Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe sind in Lüneburg beispielhaft bereits in folgenden Bereichen vorhanden:

- Absprache zwischen Jugendämtern und Kinderklinik zur medizinischen Abklärung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung
- Meldungen des Lüneburger Klinikums GmbH an die Jugendämter bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung sowie bei Hilfebedarf
- Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie im sozialpsychiatrischen Verbund Lüneburg
- Netzwerk ADHS
- benannte Fachärzte aus der Kinderklinik und der Psychiatrie für die Jugendämter, die für eine Fachberatung im Einzelfall angefragt werden können;
- Kontakte zwischen KinderärztInnen und Entwicklungsneurologen, Therapeuten im Einzelfall und JugendamtsmitarbeiterInnen oder anderen MitarbeiterInnen von Trägern der Jugendhilfe;
- Begleitung von Familien bei der Gesundheitsfürsorge für Kinder durch die Sozialpädagogische Familienhilfe
- Enge Kooperation zwischen Mutter-Kind-Einrichtungen und medizinischen Diensten zur Geburtsvorbereitung und Nachsorge für Mutter und Kind
- Einbeziehung der Hebammen in die Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII im Rahmen der Hilfeplanung
- Teilnahme von einzelnen FachärztInnen für Allgemeinmedizin an den Sozialkonferenzen im Landkreis Lüneburg
- Absprachen zwischen Klinik und einer familienorientierten Drogeneinrichtung Jugendhilfe e.V. in Hinblick auf die Geburtsvorbereitung und Nachsorge bei den Kindern

Projektorganisation und Kooperationspartner

Für die Umsetzung des Vorhabens wurden ab dem 01.09.2007 zwei Halbtagskräfte eingesetzt, die bei der Stadt Lüneburg im Fachbereich Familie und Bildung angestellt sind und die Koordination für die gesamte Region bearbeiten. Beide Mitarbeiter/innen verfügen über langjährige Kontakte und Erfahrungen in der Kinder- und Jugendhilfe mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Sozialplanung und Pflegekinder- und Adoptionsdienst). Förderlich für die Projektorganisation ist, dass die beiden Koordinationsstellen als Stabsstellen direkt der Leiterin der zentralen Dienste zugeordnet sind und damit eine gute Anbindung an die Führungsebene des Jugendamtes haben. Der Projektstelle wurde die inhaltliche Planung und Durchführung des Projektes in Abstimmung mit den Jugendamtsleitungen der Stadt und des Landkreises übertragen.

Mit Projektbeginn wurde vom Oberbürgermeister und vom Landrat ein Beirat berufen, der sich im November 2007 erstmals zu einer konstituierenden Sitzung traf. Der Beirat hat die Funktion eines Expertengremiums, das die Lobbyarbeit für die Arbeit des Netzwerks Kinderschutz und früher Hilfen leistet und Empfehlungen für den Fortschritt der Projektarbeit ausspricht. Mitglieder sind wichtige Funktionsträger aus den Bereichen Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Polizei und Justiz der Hansestadt und des Landkreises Lüneburg. Vorgesehen ist, dass der Beirat ca. dreimal jährlich tagt.

Mitglieder sind:

Funktion	Institution
Stadt Lüneburg, Erster Stadtrat: Vorsitz des Beirats	Stadt Lüneburg
Vorsitzende des Jugendhilfeausschusses Stadt Lüneburg	
Leiter der Polizeiinspektion Lüneburg	Polizei
Facharzt für Allgemeinmedizin	
Sprecher der Kinderärzte	
Deutscher Kinderschutzbund, Ortsverband Lüneburg	
Jugendamtsleitung der Stadt Lüneburg	
Vertreter/in Gynäkologen	
Vorsitzende des Jugendhilfeausschusses Landkreis Lüneburg	
Vertreter der freien Wohlfahrtspflege	Caritasverband
Vertreter/in der Familienrichter/innen	Familiengericht
Städtisches Klinikum	Chefarzt der Kinderklinik
Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch	
Gesundheitsamt, stellvertretende Leiterin des Gesundheitsamtes	Landkreis Lüneburg
Leuphana Universität, Fachbereich Wirtschaft	Wissenschaftliche Begleitung der Bestandserhebung und des Netzwerkaufbaus
Jugendamtsleitung des Landkreises	Landkreis Lüneburg – Jugendamt

In regelmäßigen Abständen finden gemeinsame Treffen der beiden Koordinator/innen mit dem Institut für soziale Arbeit und Prof. Weihe statt. Eine Teilnahme des ISA am Beirat ist themenbezogen geplant.

Am 25.06.2008 fand die erste öffentlichkeitswirksame Veranstaltung des Lüneburger Netzwerkes statt, an der ca. 200 Personen aus relevanten Bereichen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens teilnahmen. Die Eröffnung erfolgte durch Ministerin Ross-Luttman. Als Hauptreferent war Dr. Kindler vom Deutschen Jugendinstitut geladen.

Weitere neu zu gründende Gremien sind für die Umsetzung des Projektes bisher nicht vorgesehen. Vielmehr soll die Arbeit durch die Einbeziehung bereits vorhandener Arbeitsgremien wie z.B. den Kriminalpräventionsrat, die AG § 78 SGB VIII, den AK Kinder- und Jugendpsychiatrie und den AK Schule und Jugendamt unterstützt werden. Zudem hat der Beirat seine Funktion im Sinne eines aktiv begleitenden Expertengremiums, das die Umsetzung der Projektzielsetzung aktiv unterstützt, erweitert.



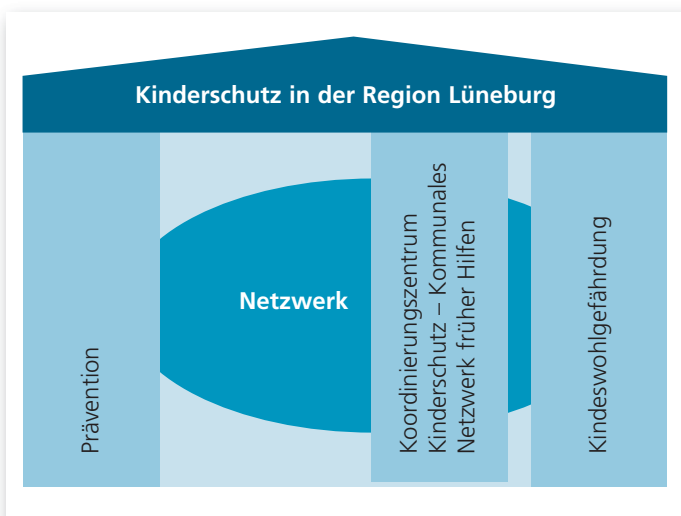
Thematische Schwerpunkte und Zielgruppen

Vorrangig zielen die Aktivitäten in Lüneburg auf die qualitative Verbesserung des Kinderschutzes von Säuglingen und Kindern bis zum Alter von drei Jahren in bereits riskanten Lebenssituationen ab. In weiteren Schritten sollen diese Aktivitäten dann auf die Altersgruppen der Drei- bis Sechsjährigen sowie der Sechs- bis Zehnjährigen ausgeweitet werden.

Die Zielsetzung besteht darin, über eine verbesserte interdisziplinäre Vernetzung eine Festigung und Qualifizierung der Kooperation zwischen Institutionen der Jugend- und Gesundheitshilfe sowie Justiz zu erreichen. Vorrangig sollen die Aktivitäten darauf abzielen, den Schutz für Kinder zu verbessern. Gleichzeitig sollen die für den Kinderschutz wichtigen präventiven Angebote erfasst und sinnvoll mit dem Schutzkonzept verbunden werden. Das von den Koordinatoren entwickelte Schaubild veranschaulicht, dass es sich bei der Zielgruppe in Lüneburg zunächst um Kinder handelt, deren

Kindeswohl und Schutz bereits tendenziell gefährdet ist und verlässliche Interventionen in Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe sowie Justiz erfordert. Die nahe am Interventionsbereich zur Kindeswohlgefährdung verankerte Ausrichtung des Projektes folgt somit eher der Logik einer Ausweitung von Vereinbarungen gem. § 8a SGB VIII auf den medizinischen Sektor und die Kooperation mit Polizei und Justiz.

Als wichtigste Kooperationspartner werden dementsprechend für das Gesundheitswesen Kinder- und Hausärzte, die Kinderklinik, Hebammen, niedergelassene Gynäkologen, das Klinikum, das Gesundheitsamt, das Geburtshaus, das Landeskrankenhaus und die Praxen der Kinder- und Jugendpsychiatrie genannt. Für die Jugendhilfe sind die wichtigsten Kooperationspartner die Jugendämter, Kindertagesstätten, Krippen, die Träger der freien Jugendhilfe, die Erziehungsberatungsstelle, die Stadtteilhäuser und Sozialraumprojekte. Als weitere Kooperationspartner werden die Polizei, das Familiengericht, der Kriminalpräventionsrat, Pro Familia, die Drogenberatungsstelle, das Frauenhaus, der Kinderschutzbund, Anwälte, der Runde Tisch gegen Männergewalt in der Familie und Schulen benannt.



Die Bestandserhebung und der auf Nachhaltigkeit ausgelegte Aufbau des Netzwerkes werden durch Prof. Dr. Weihe von der Leuphana Universität wissenschaftlich begleitet. Interviews und Auswertungen werden von den Koordinatoren selbst vorgenommen. Durch das ISA erfolgt eine punktuelle fachliche Beratung, Begleitung und Reflexion dieses Prozesses.

Im Rahmen der Bestandserhebung wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Grundlage für die Erstellung des Netzwerkhandbuchs bildet. Zugleich wurde die Befragung genutzt, Interviews mit 100 Personen bzw. Institutionen zu führen.

Quelle des Schaubildes: Bericht des Koordinierungszentrums, Seite 4



Der Fragebogen enthält vier Fragebereiche:

1. Angaben zu den Institutionen (Kontakt Daten, Zielgruppe, Leistungsangebot, Zugang zur Zielgruppe)
2. Angaben zur Einschätzung und Bewertung von Risikofaktoren (institutionellen Verfahren zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung und Planung von Interventionen)
3. Angaben zur Kooperation mit anderen Institutionen (Wünsche, Bewertungen, Prozedere der Fallannahme und -übergabe)
4. Bedarf an Fortbildungen und Erwartungen an das Netzwerk

Erste Ergebnisse der Bestandserhebung

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen erste Auswertungen der Erhebung und Befragung vor. Der gesamte erste Bereich (erfragte institutionsbezogene Informationen) der Erhebung ist noch nicht ausgewertet. Die Ergebnisse werden in das geplante Netzwerkhandbuch einmünden.

Bei der Einschätzung und Bewertung von Risikofaktoren im zweiten Bereich ist auffällig, dass fast alle befragten Berufsgruppen Risikosituationen intuitiv und systematisch einschätzen. Vor allem in den Institutionen der Jugendhilfe liegen fachlich vereinbarte Ablaufprozeduren und Standards vor. Als ein systematisches Instrument werden z.B. strukturierte Fallbesprechungen genannt. In den im medizinischen Bereich angesiedelten Institutionen sind eher noch keine vereinbarten Abläufe beim Erkennen, Wahrnehmen und Deuten von Kindeswohlgefährdungen und daraus resultierenden verbindlichen Handlungsabläufen vorhanden. Doch auch im medizinischen Bereich wurden unterschiedliche Standards für die Bewertung von Risikofaktoren im Rahmen der Bestandserhebung sichtbar.

Die Verfahrensstandards des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung sind außerhalb der Institutionen der Jugendhilfe kaum bekannt. Eine differenziertere Darstellung wird im Rahmen der weiteren Auswertung der Bestandserhebung, die zum Jahresende 2008 vorliegen wird, erfolgen.

Ein professionsübergreifendes Instrument zum Erkennen und Beurteilen von Risikofaktoren gibt es noch nicht. Insbesondere Institutionen aus dem medizinischen Sektor wünschen sich die Möglichkeit der Anwendung von Instrumenten für die Diagnostik. Von allen befragten Fachkräften wird eingeschätzt, dass sie ihre Handlungsorientierung eher als sicher einstufen, wenn eine Kumulation mehrerer Risikofaktoren oder eindeutig prägnante Gefährdungsfaktoren wie z.B. Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen der Mutter oder eine starke geistige Behinderung der Eltern vorliegen. Handlungsunsicherheit und Fortbildungsbedarf wird seitens der Fachkräfte vor allem bei der Einschätzung und Bewertung latenter Krisen und schwächerer Symptome gesehen. Zur Wahrnehmung und Deutung von Vernachlässigung und Früherkennung von riskanten Entwicklungen wird Fortbildungsbedarf signalisiert. Ebenso bestehen Unsicherheiten bei der Ansprache von Eltern und die Befürchtung, dass Klienten wegbleiben, wenn sie mit Anforderungen konfrontiert werden. Insgesamt ist die Auswertung bisher jedoch noch zu wenig differenziert, um valide Aussagen treffen zu können.

Institutionen des medizinischen Bereichs kooperieren eher mit Organisationen des gleichen Bereichs. Die Ablaufstrukturen des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung oder bei der Einleitung von Hilfen sind dort kaum bekannt.

Die Mehrzahl der befragten Institutionen in Lüneburg steht schriftlichen Kooperationsvereinbarungen bisher skeptisch bis ablehnend gegenüber mit der Begründung, dass funktionierende Kooperationen auch ohne schriftliche Abmachungen positiv verlaufen würden und nicht funktionierende durch schriftliche Vereinbarungen nicht verbessert würden. Lediglich die Jugendhilfeeinrichtung „MaDonna“, die Beratungs-, Bildungs- und Betreuungsangebote bei Schwangerschaft und Betreuung von jungen Eltern vorhält, und die Polizei wünschen sich bisher schriftliche Kooperationsvereinbarungen. Zur qualitativen Weiterentwicklung der Kooperation werden auf der Einzelfallebene eine Verbesserung der Erreichbarkeit und die Schaffung von Rückmeldesystemen gewünscht. Weitere Handlungsbedarfe werden in der Überarbeitung oder dem Einsatz von notwendigen Arbeitsmitteln wie z.B. Notfalllisten, der Definition von Schnittstellen etc. gesehen und als praxisunterstützendes Handeln des Netzwerks Kinderschutz erwartet.

Lüneburg



Bei den bisher vorliegenden Auswertungen zur Bewertung der Angebotsqualität im Kinderschutz wurden auf die Frage „Wie schätzen Sie die Situation hinsichtlich des Kinderschutzes in der Region Lüneburg in den genannten Altersgruppen ein“, in einer Spannbreite zwischen sehr gut und schlecht fast ausschließlich Bewertungen zwischen gut und eher schlecht abgegeben.

Die Institutionen „MaDonna“ und die Mutter-Kind-Einrichtung, die kritische Rückmeldungen gegeben haben, sollten nach ihren Anlässen und Gründen gefragt werden, um Ansatzpunkte für Verbesserungen zu finden.

Institution	sehr gut	gut	mittel	eher schlecht	schlecht
ÄrztInnen		✗			
MaDonna* (Beratungs-, Betreuungs-, und Bildungsangebote für Schwangere und junge Eltern)				✗	
Mutter-Kind-Einrichtung Jugendhilfe e.V				✗	
Drogeneinrichtung e.V.		✗			
ASD Hansestadt Lüneburg			✗		
ASD Landkreis Lüneburg		✗			
AWO			✗		
Stadtteil- /Sozialraumprojekte			✗		
Hebammen		können es nicht einschätzen			
Polizei		können es nicht einschätzen			
DKSB			✗		
Erziehungsberatungsstelle			✗		
Frauenhaus				✗	

Quelle: Stadt Lüneburg

Handlungsbedarfe

Zusammenfassend werden nach dem ersten Förderzeitraum folgende zentralen Handlungsbedarfe in Lüneburg sichtbar:

1. Für die verschiedenen Berufsgruppen besteht ein professionsübergreifender Fortbildungsbedarf zu den Themen Vernachlässigung, Risikoeinschätzung, Datenschutz, Kooperation mit den Eltern, für den jetzt eine Umsetzungsplanung erfolgen sollte.

2. Die Vereinbarung von verbindlichen Reaktionsketten ist erforderlich und in angemessener Form zu verschriftlichen. Dazu können Vereinbarungen in unterschiedlichen Formen und Verbindlichkeitsgraden geschlossen werden. Dabei sollte die Weiterentwicklung der Praxis in Richtung verbindlicher, systemübergreifender Kooperationen ein wichtiges Kriterium sein. In diesem Zusammenhang könnte eine Unterscheidung der verschiedenen Kooperationspartner nach primärer, sekundärer und tertiärer Bedeutung für die Kooperation im Kinderschutz sinnvoll sein. Die Komplexität des Netzwerks erfordert



Abschließende Bewertung aus der Sicht des Instituts für soziale Arbeit:

sicher eine Prioritätensetzung und die Einbindung der entsprechenden Führungskräfte in die Aushandlungsprozeduren. Bisher ist die Vereinbarung verbindlicher Ablaufstrukturen mit der Polizei und der Jugendhilfeeinrichtung „MaDonna“ geplant.

3. Die Ablaufstrukturen der Jugendämter bei Kindeswohlgefährdung sollten v.a. in Institutionen des medizinischen Bereichs in der Region dargestellt und bekannt gemacht werden, z.B. im Rahmen von Informationsveranstaltungen oder schriftlichen Materialien etc..
4. Die Erarbeitung eines Netzwerkhandbuchs für den Kinderschutz, das auch die Rechte und Pflichten der Netzwerkpartner definiert, ist bereits geplant und sollte zeitnah umgesetzt werden, um allen Netzwerkpartnern ein erstes praktikables Arbeitsinstrument zur Verfügung stellen zu können. Ein Raster als Anhaltspunkt für die Gliederung eines solchen Handbuchs wurde seitens des ISA bereits in die Beratung eingebracht.
5. Hinweise auf Schwachstellen in der Kooperation zwischen einzelnen Institutionen und dem Jugendamt sollten möglichst zeitnah im weiteren Arbeitsprozess in Lüneburg näher erkundet und Lösungen für eine Verbesserung erarbeitet werden. Hierbei ist sicher eine aktive Unterstützung durch die entsprechenden Leitungskräfte notwendig und zum Teil bereits vereinbart. In der Beiratsitzung im Herbst 2008 ist die Planung der weiteren Arbeitsschritte vorgesehen.
6. Die Bestandsaufnahme sollte qualitativ und quantitativ weiter ausgewertet werden. Gegebenfalls könnte – aus arbeitsökonomischen Gründen – überlegt werden, mehr Teilaufträge für die Auswertung an die Leuphana Universität zu vergeben.

Am Standort Lüneburg wurde das Projekt analog zur ursprünglichen Planung begonnen und mit großem Engagement der Fachkräfte zielgerichtet umgesetzt. Es gelang, ein gutes Erhebungsinstrument für die Bestandserhebung zu entwickeln. Die Befragung wurde zeitgleich zum Aufbau des Netzwerks genutzt, so dass die verschiedenen Bausteine des Projekts (Bestandserhebung, Aufbau eines Netzwerks sowie verbindlicher Handlungsketten zwischen den Kooperationspartnern) zeitlich nicht nacheinander, sondern ineinandergreifend erfolgten. Bereits über die im Rahmen der Bestandserhebung durchgeführten Interviews konnte ein weiterer Ausbau des Netzwerks Kinderschutz stattfinden. Die benannten Unsicherheiten der befragten Fachkräfte bei der Wahrnehmung und Deutung erster riskanter Entwicklungen bei Kindern und Familien sollten bei der Verortung des Projektes auch in Richtung einer verlässlichen Einleitung früher Hilfen unterhalb der Interventionsschwelle von Hilfen zur Erziehung in der weiteren Konzeptionierung angemessene Berücksichtigung finden. Im Sinne der Eckpunkte des Ministeriums sollte eine angemessene, möglicherweise auch in unterschiedlichen Abstufungen ausgeführte praxisnahe Verschriftlichung notwendiger und sinnvoller Vereinbarungen z.B. in Form von Präambeln, Ergebnisprotokollen, Ablaufschemata, aber auch in Form von Kooperationsvereinbarungen erfolgen. Möglicherweise ist es sinnvoll, dabei unterschiedliche Prioritäten der Kooperationen für die Aufgabe des Kinderschutzes zu unterscheiden. Jedenfalls wurde im Rahmen der bisherigen Beratungen deutlich, dass Lüneburg auf einem guten Weg ist, über den Aufbau des Netzwerks und die Definition von Rechten und Pflichten der Netzwerkteilnehmer/innen verschiedene angemessene Vereinbarungsformen zu finden, um systemübergreifende Kooperationen für den Schutz von Kindern weiterzuentwickeln.

Insgesamt ist es in Lüneburg bisher gelungen, ein positives Umfeld für das Projektvorhaben zu schaffen. Diese Gelingensbedingungen sollten noch dokumentiert werden, damit auch andere interessierte Kommunen von dieser Prozessgestaltung lernen können. Im Beirat des Modellvorhabens sollen im Herbst 2008 die nächsten Handlungsschritte geplant werden.



Koordinierungszentrum Kinderschutz

Kommunales Netzwerk Früher Hilfen
Stadt Braunschweig



Ausgangssituation

Die Stadt Braunschweig hat 245.000 Einwohner. Die Bezirkssozialarbeit ist in fünf regionale sozialraumbezogene Einheiten gegliedert.

Braunschweig weist eine differenzierte Angebotsstruktur und Vielfalt im Bereich der Jugend- und Gesundheitshilfe für die Versorgung von Kindern unter drei Jahren auf. Die Leistungsprofile der Jugendhilfe sind durch differenzierte Leistungsbeschreibungen erfasst und werden kontinuierlich evaluiert.

Bezogen auf die in den Mittelpunkt gestellte Zielgruppe kooperieren die Fachabteilungen des Jugendamtes, insbesondere die Allgemeine Erziehungshilfe (AEH) und die Abteilung Besondere Erziehungshilfe sowie die Sozialpädagogische Familienhilfe im Rahmen der Hilfeplanung direkt miteinander. Hervorzuheben ist, dass z.B. die Inobhutnahme von Säuglingen und Kleinkindern abteilungsübergreifend standardisiert durchgeführt wird. Das dem Fachbereich angegliederte Kinder- und Jugendschutzhaus nimmt außerhalb der Geschäftszeiten des ASD den Bereitschaftsdienst für das gesamte Stadtgebiet wahr und leitet durch die direkte Anbindung Informationen standardisiert an den zuständigen Bezirkssozialarbeiter/innen weiter. Im Bereich der ambulanten Hilfen gibt es eine Vereinbarung zur aufsuchenden Familientherapie, die über den ASD niedrigschwellig unterhalb der Schwelle der Hilfeplanung gem. § 36 SGB VIII eingesetzt werden kann.

Die Vereinbarungen gem. § 8a SGB VIII befinden sich gegenwärtig in der Aushandlung zwischen dem öffentlichen und den freien Trägern der Jugendhilfe. Für die Zielgruppe der suchtmittelabhängigen Eltern wurde im Juli 2008 von einem breiten Bündnis eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet, die zielgruppenspezifisch alle relevanten Instanzen in Braunschweig einbindet.

Auch der Ausbau Früher Hilfen erfolgte bereits seit Herbst 2002 über den Zusammenschluss von Fachkräften öffentlicher und Freier Träger in Form eines runden Tisches „Frühe Hilfen – Frühe Kindheit“ in Kooperation zwischen dem „Haus der Familie“ und der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel. In diesem Rahmen wurde eine Arbeitshilfe zum Überblick über die vielfältigen Angebote für junge Familien in Braunschweig erarbeitet. Ob eine gegebenenfalls aktualisierte und erweiterte Fassung erscheinen wird, wird derzeit geprüft.

Über das Gesundheitsamt der Stadt Braunschweig erbringt der kinder- und jugendärztliche Dienst bisher Leistungen für die Vermittlung von entwicklungsverzögerten und von Behinderung bedrohten und betroffenen Kindern in die Frühförderung. Die Schnittstellen zum Jugendamt sind definiert und funktionieren in der Regel gut. Ein neues, im Rahmen des Modellprojektes erarbeitetes Leistungsangebot besteht darin, für Ärzte und Sozialarbeiter/innen eine zeitnahe Beurteilung von Merkmalen von Misshandlung und Vernachlässigung bei Kindern anzubieten. Seit Beginn des Modellprojektes war das Gesundheitsamt in das Vorhaben eingebunden und sicherte bei der Projektplanung gute Zugänge zu den Fachkräften des medizinischen Bereichs.

Die Stadt Braunschweig schätzt das Zusammenwirken der verschiedenen Institutionen und Instanzen wie folgt ein: Es bestehen einzelne gut kooperierende Arbeitsbündnisse, ... , das Wissen um die jeweiligen Kompetenzen könnte durch eine zentrale Koordination von möglichen Unterstützungsformen vermittelt werden. Im Sinne weiterer Vernetzung erscheint es hier sinnvoll, die einzelnen Institutionen in der konkreten Zusammenarbeit zu vernetzen und auch hier verbindliche Reaktionsketten zu vereinbaren.

Die Vernetzung zwischen Organisationen der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe erfolgt bisher einzelfallbezogen in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, mit

dem kinder- und jugendärztlichen Dienst und mit einzelnen niedergelassenen Kinderärzten gut. Mit niedergelassenen Gynäkologen, Hebammen, Hausärzten und Unfallchirurgen gibt es bisher mit Ausnahme der substituierenden Ärzte noch keine messbaren Kooperationen. Im Rahmen des Modellvorhabens wird die Systematisierung dieser Kooperationen noch im November 2008 beginnen. Seitens der Institutionen des Gesundheitswesens besteht ein sehr hohes Interesse. In besonderer Weise hat sich hier die aktive Rolle des Gesundheitsamtes und des Leiters der Kinderklinik bei der Umsetzung des Modellvorhabens positiv ausgewirkt.

Projektorganisation und Kooperationspartner

Die Projektorganisation wurde in Braunschweig wie folgt aufgebaut: Die Stadt hat einen Lenkungsausschuss installiert, der die fachliche Ausrichtung des Modellvorhabens steuert. Den Vorsitz des Lenkungsausschuss hat der Sozialdezernent der Stadt Braunschweig inne. Mitglieder der Lenkungsgruppe sind der Obmann der Kinderärzte, der leitende Professor der Kinder- und Jugendklinik, die Leitungskräfte des Jugendamtes sowie Mitarbeiter/innen der Sozial- und Gesundheitsplanung und die Leiterin des kinder- und jugendärztlichen Dienstes. Das ISA hat eine beratende Funktion.

Auf der zweiten Arbeitsebene installierte die Stadt einen örtlichen Projektbeirat mit der Aufgabe, über seine Mitglieder die Ergebnisse des Projektes in Braunschweiger Organisationen zu verankern und eine Informationsvernetzung zu gewährleisten. Der Projektbeirat hat sich bisher einmal im Rahmen der Auftaktveranstaltung getroffen.

Auf der dritten Arbeitsebene initiierte die Stadt eine örtliche Arbeitsgruppe mit der Aufgabe, praktikable Lösungen für die angestrebten Zielsetzungen zu erarbeiten. Die ständigen Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind Mitarbeiterinnen des ASD aus der Regionalgruppe, die Leitung des kinder- und jugendärztlichen Dienstes sowie die Funktionsträger aus dem medizinischen Bereich. Diese tagen nicht zeitgleich, sondern werden geordnet nach sinnvollen Zusammenstellungen eingeladen. Hier hat das ISA eine beratende und moderierende Funktion.

Wichtige Kooperationspartner für das Jugendamt sind:

- das Gesundheitsamt der Stadt Braunschweig
- die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- die drei Geburtskliniken
- die niedergelassenen Gynäkologen

- niedergelassene Hebammen
- niedergelassene Kinderärzte
- niedergelassene Allgemeinmediziner
- die Unfallchirurgie

Thematische Schwerpunkte und Zielgruppen

Bereits auf der zweiten Kinderschutzkonferenz des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit im Juli 2007 skizzierte die Stadt Braunschweig ihre Analyse für die Ausrichtung des Modellvorhabens. So hatte eine Recherche bei den Meldern für Inobhutnahmen ergeben, dass aus dem medizinischen Sektor lediglich drei Meldungen (0,8%) erfolgten. Ausgehend von dieser Diskrepanz sollten die Handlungsmuster in der Kooperation zwischen der Jugendhilfe und der Medizin reflektiert und verändert werden.

Nach dieser Konferenz traten jedoch intrakommunale Verzögerungen bei der Ausschreibung der Koordinatorenstelle auf, so dass die konsequente Fortsetzung des Projektvorhabens in der zweiten Jahreshälfte 2007 unter erschwerten personellen Bedingungen ins Stocken geriet. Im Oktober erfolgte dann eine gemeinsame Sitzung mit dem Leiter der Sozialen Dienste, dem kinder- und jugendärztlichen Dienst, einigen Regionalteamleitungen des ASD und dem ISA, in der die Zielsetzung für das Projekt spezifiziert wurde.

Die Ziele für die erste Phase des Projektes wurden wie folgt formuliert: Für die Zielgruppe der unter Dreijährigen soll der Kinderschutz für die Kinder, die sich bereits in riskanten und gefährdenden Lebenssituationen befinden, über verlässliche Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Jugendamt und medizinischen Institutionen zeitnah qualifiziert werden. Der Fokus des Projektes soll zunächst eng auf die oben genannte Zielsetzung konzentriert sein. Erst nach erfolgreicher Umsetzung verlässlicher Handlungsketten zwischen dem ASD und den Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens können weitere Altersgruppen und Angebotsentwicklungen in den Blick genommen werden. Ziel ist somit, altersgruppenspezifisch einen gut funktionierenden Qualitätsverbund „Kinderschutz“ aufzubauen. Die am Netzwerk Kinderschutz zu beteiligenden Institutionen sollen in „Muss-, Soll- und Kann-Teilnehmer/innen“ unterschieden werden.

Aufgrund der gut entwickelten Angebotsstruktur in Braunschweig sorgte die Installierung dieses Projektes von Beginn an auch für einige Widerstände bei den Fachkräften z.B. aus dem

Bereich der „Frühen Hilfen“. Die Fokussierung auf die Kooperation zwischen dem Jugendamt / ASD und relevanten Organisationen im Gesundheitswesen wie z.B. dem Obmann der niedergelassenen Kinderärzte und der Kinder- und Jugendklinik sowie einem niedergelassenen substituierenden Arzt war für Fachkräfte aus dem pädagogischen und psychologischen Umfeld nicht leicht nachvollziehbar. Ihre erst für einen späteren Zeitpunkt geplante aktive Rolle führte zu Irritationen. Im Juli 2008 präsentierten die Koordinatorinnen das Vorhaben nochmals ausführlich bei einem Treffen des „Runden Tisches“, bei dem die Vorbehalte überwiegend ausgeräumt werden konnten. Eine weitergehende Einbindung ist für den Herbst 2008 vorgesehen. Zu überprüfen ist dann, ob die in Braunschweig vorhandenen Leistungsangebote Früher Hilfen an der Interventionsschwelle zur Kindeswohlgefährdung noch greifen können und ob es verlässliche systemübergreifende Handlungsketten gibt.

Im Februar 2008 fand in Braunschweig die durch Sozialministerin Ross-Luttmann eröffnete Auftaktveranstaltung mit ca. 80 Teilnehmer/innen aus den Bereichen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe statt. Das Referat von Prof. Dr. Merchel (FH Münster) nahm Aufgaben der Jugendhilfe bei der Organisation des Kinderschutzes in den Blick. Frau Dr. Debertin vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Hannover zeigte auch den Fortbildungsbedarf im medizinischen Bereich zum Erkennen und Wahrnehmen von Kindeswohlgefährdung auf.

Im Kontext des Modellvorhabens kristallisierten sich bisher die folgenden noch zu bearbeitenden Themen heraus:

- Erarbeitung eines professions- und organisationsübergreifenden Instruments zur Wahrnehmung und Bewertung von Risikofaktoren.
- Vereinbarung von verbindlichen Handlungsabläufen zwischen den niedergelassenen Kinderärzten und der Kinder- und Jugendklinik.

- Dokumentation von schriftlichen Vereinbarungen zwischen dem ASD und den Kinderkliniken, dem Obmann der niedergelassenen Ärzte, den Geburtskliniken, den Hebammen und den Unfallchirurgen.
- Gegebenenfalls Neuauflage eines Handbuchs „Frühe Hilfen für Familien“.
- Verbesserung der Erreichbarkeit des ASD und Bekanntmachung der Ablaufstrukturen des ASD in medizinischen Fachkreisen. (Es wurde bisher deutlich, dass die Verfahrensweisen des ASD bei der Einleitung von Hilfen zur Erziehung und beim Vorgehen in Fällen des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung kaum bekannt waren und dass z.B. die Klinik und die niedergelassenen Ärzte noch nicht in allen Krisen- und Notfällen verlässlich und zeitnah erreichbar waren.).

Ein erster Einstieg in die Bearbeitung der o.g. Themen zeigt, dass der Spannungsbogen zwischen den einerseits intensiv zu bearbeitenden Aufgaben und dem andererseits nur sehr eng zur Verfügung stehenden Zeitfenster einzelner Teilnehmer/innen besondere Formen der Organisation benötigt. Es sind zum Teil komplexe Aushandlungsprozesse zu gestalten, die ihre Zeit benötigen, um die wichtigen Kooperationspartner auf dem Weg zu halten.

Im Juni 2008 veranstaltete die Kinder- und Jugendklinik eine Fortbildung für Ärzte zum Thema Kindeswohlgefährdung, die eine große Resonanz fand. Hier wurde eine hohe Zustimmung und Bereitschaft der Braunschweiger Ärzteschaft zu einer intensiveren fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Kindeswohlgefährdung und Verfahrensstandards für Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal deutlich. Im Rahmen dieser Veranstaltung betonten einige Ärzte den Aspekt des Datenschutzes und ihre Bindung an die Schweigepflicht.

Erste Ergebnisse der Bestandserhebung

Mit der Bestandserhebung ist Prof. Schöffner von der Leibniz-Universität Hannover beauftragt worden. In Braunschweig wurden 437 Fragebögen an alle relevanten Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe wie des Gesundheitswesens verschickt. Die Rücklaufquote mit 168 Fragebögen ist bezogen auf den Stellenwert des Modellvorhabens und die zahlreichen Institutionen, die der Stadt Braunschweig direkt unterstellt sind, eher als gering zu werten. Leider wurden die Institutionen und Leitungszuständigkeiten bei der Auswertung teilweise miteinander vermischt, so

dass aus den quantitativen Auswertungen erst nach umfangreicher Überarbeitung Rückschlüsse für eine Qualifizierung des Kinderschutzes gezogen werden konnten.

Im August 2008 erhielt die Stadt Braunschweig diese durch Dr. med. Thorsten Wygold (Kinderklinik Auf der Bult, Hannover) überarbeitete Fassung der Bestandsaufnahme. Zusammengefasst wird hier (S. 74 f.) für das Koordinierungszentrum Kinderschutz Braunschweig festgestellt:

„Dass die internen Organisationsstrukturen der befragten Institutionen gut sind, mit eingespielten, jedoch überwiegend nicht standardisierten internen Prozessabläufen. Bezüglich der externen Kontaktaufnahme sehen das Jugendamt die medizinischen Institutionen und vice versa die niedergelassenen Kinderärzte und Krankenhausärzte das Jugendamt als wichtige Kooperationspartner an.

Auch für die Institutionen des Koordinierungszentrums Braunschweig kann Verbesserungspotential identifiziert werden: die Abläufe in der externen Kommunikation müssen vor allem bei der Einholung von Daten standardisiert werden. Dies ist für die Einschätzung und Deutung des Ausmaßes einer drohenden Kindeswohlgefährdung unerlässlich und wichtig. Aber auch feste Ansprechpartner in den jeweils anderen Institutionen werden von allen Beteiligten gewünscht. Darauf wird in der Formulierung eines Handlungsauftrages weiter eingegangen.“

Bei den Handlungsempfehlungen von Dr. Wygold erscheint „die Bearbeitung des Prozesses (der) Einholung von Informationen bei Dritten zur Gefahreneinschätzung“ vordringlich. [...] Neben der fehlenden Standardisierung scheinen auch mangelnde Kenntnis und Akzeptanz externer Fachkompetenz, kurz: die Wertschätzung externer Informationsgeber, eine Rolle zu spielen. [...] Wir möchten an dieser Stelle den Vorschlag machen, dass sich die Institutionen bezüglich eines Vernetzungsprozesses im Kinderschutz unter Qualitätsmanagementgesichtspunkten zertifizieren lassen sollten (z.B. nach ISO). Als weitere übergreifende Maßnahme für beide Koordinierungszentren empfehlen wir den Abschluss schriftlicher verbindlicher Kooperationsvereinbarungen zwischen den beteiligten Institutionen, die vor allem den Informationsaustausch zwischen den Institutionen regeln“ (siehe S. 76, f. Abschlussbericht der Bestandsanalyse der Koordinierungszentren für Kinderschutz, Dr. Thorsten Wygold).

Die konkreten Empfehlungen lauten wie folgt (ebd. S. 79 ff.):

1. Jugendhilfe - Standardisierung:

Überarbeitung und Standardisierung folgender Prozessabläufe:

- Einholen von Informationen zur Kindeswohlgefährdung von externen Institutionen.
- Deutung dieser eingeholten externen Informationen
- Präventionsmaßnahmen
- Nachsorgemaßnahmen

2. Jugendamt - Herstellung von Verbindlichkeit:

Kontaktherstellung zu und Schaffung eines festen Ansprechpartners für:

- Städtische Kinderklinik
- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes
- Freie Jugendhilfeträger
- Polizei

3. Jugendamt - Standardisierung:

Schaffung standardisierter Prozessabläufe im Kontakt zu den oben genannten externen Institutionen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen.

4. Freie Jugendhilfeträger - Standardisierung:

Standardisierung der Prozessabläufe im Kontakt zu bestehenden externen Institutionen (Jugendamt).

5. Freie Jugendhilfeträger - Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen:

Herstellung fester Kontakte zu weiteren externen Institutionen (vor allem Städt. Kinderklinik) und Etablierung standardisierter Prozessabläufe.

6. Niedergelassene Kinderärzte - Fortbildung:

Ausweitung des Fortbildungsangebotes für medizinische Belange des Kinderschutzes.

7. Niedergelassene Kinderärzte - Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen:

Intensivierung der Kontakte zu externen Institutionen durch Schaffung standardisierter Prozessabläufe, hier vor allem für:

- Jugendamt
- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes
- Sozialpsychiatrie

8. Externe Institutionen - Herstellung von Verbindlichkeit:

Einrichtung fester Ansprechpartner in den o. g. Institutionen für niedergelassene Kinderärzte für Belange des Kinderschutzes.



9. Kindertagesstätten - Herstellung von Verbindlichkeit:

Einrichtung fester interner Ansprechpartner für die Belange des Kinderschutzes, die auch die Organisation von Fortbildung und Supervision gewährleisten.

10. Kindertagesstätten - Supervision:

Ausweitung des internen Supervisionsangebotes.

11. Kindertagesstätten - Fortbildung:

Ausweitung des Fortbildungsangebotes für Belange des Kinderschutzes.

12. Kindertagesstätten - Standardisierung:

Einrichtung standardisierter Prozessabläufe in der Kontaktaufnahme zu den dann evaluierten externen Institutionen.

13. Kindertagesstätten - Zusammenarbeit mit externen Institutionen:

Evaluation, zu welchen externen Institutionen die Erzieherinnen in Kindertagesstätten einen festen und verbindlichen Kontakt herstellen wollen.

14. Städtische Kinderklinik - Organisationsstrukturen:

Re-Evaluation der vorhandenen Organisationsstrukturen für die interne Bearbeitung von Kinderschutzfällen und die Kontaktaufnahme zu externen Institutionen, die sich mit Kinderschutz beschäftigen.

Der Lenkungsausschuss wird sich noch im Oktober 2008 erneut mit den Ergebnissen der Bestandsanalyse befassen.

Weitere Ansatzpunkte für Veränderungen wurden aus der Arbeit der örtlichen Arbeitsgruppe bisher in folgender Hinsicht sichtbar:

- Die niedergelassenen Kinderärzte verfügen bisher über keinen verabredeten Verfahrensstandard für ihr fachliches Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Nach Aussagen

des Obmanns der Kinderärzte besteht wohl ein typisches Handlungsmuster, das sich in der Praxis bewährt hat, darin, bei latenten Verdachtsfällen Familien häufiger wieder einzubestellen und ggf. auf weitere Hilfen sozialraumbezogen hinzuweisen. In dringenden Verdachtsfällen wird häufig vorsorglich eine Einweisung in die Kinderklinik vorgenommen. Bisher fehlt ein verlässliches Rückmeldesystem zwischen der Kinderklinik und den niedergelassenen Kinderärzten. An dieser Vereinbarung wird zur Zeit gearbeitet.

- Eine definierte Schnittstelle zwischen den niedergelassenen Kinderärzten und dem ASD gibt es bisher nicht. In Einzelfällen gibt es gute Kooperationen, die jedoch nicht strukturell abgesichert sind. Der neue Erlass des Bundesausschuss zur Verpflichtung von Ärzten in Fällen von Misshandlung ist sicher als eine förderliche Bedingung für eine verstärkte Kooperation zu werten.
- Die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendklinik und dem ASD basiert in der Regel auf einer bewährten Praxis. Typische Handlungsabläufe innerhalb der Klinik werden derzeit beschrieben und zwischen dem ASD und der Klinik Transparenz in Bezug auf ihre institutionellen Möglichkeiten und Grenzen hergestellt. Mängel in der Kooperation konnten angesichts des guten Klimas in der Arbeitsgruppe angesprochen und wichtige Informationen für eine verbesserte Praxis ausgetauscht werden. So konnte z.B. im Berichtszeitraum eine Inobhutnahme nach Dienstschluss des ASD problemlos durch das Kinder- und Jugendschutzhaus vorgenommen werden. Die an der Sitzung teilnehmende Pflegedienstfachkraft würdigte diese Möglichkeit ausdrücklich.
- Die Verfahrensabläufe des ASD wurden vorgestellt und eine Fachdiskussion über Schwellenwerte in der Unterscheidung von latenten und akuten Krisen und entsprechenden Indikatoren aufgenommen.



Handlungsbedarfe

Zusammenfassend werden nach dem ersten Förderzeitraum folgende zentralen Handlungsbedarfe in Braunschweig sichtbar:

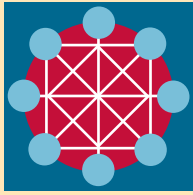
1. Die vorliegenden Leistungsbeschreibungen und Evaluationen der Angebote im Bereich der Hilfen zur Erziehung und „Früher Hilfen“ sollten differenziert nach Altersgruppen in eine erweiterte Bestandsanalyse mit einfließen.
2. Innerhalb des ASD sollte die Überarbeitung der fachlichen Standards zum Erkennen, Wahrnehmen und Deuten von Kindeswohlgefährdung möglichst zeitnah zum Abschluss gebracht werden, damit diese Standards im laufenden Modellvorhaben bei den Kooperationspartnern veröffentlicht werden können. Ebenso sollten Rückmeldungen zur mangelnden Erreichbarkeit des ASD bei Meldungen in Krisensituationen offensiv zur kontinuierlichen Verbesserung genutzt werden.
3. Ein standardisiertes Instrument zur Erfassung von Risikofaktoren sollte professionsübergreifend erarbeitet werden. Möglicherweise könnte dieses auch standortübergreifend erfolgen.
4. Eine erweiterte Neuauflage der Broschüre zur Darstellung der vielfältigen Leistungsangebote für die Zielgruppe der unter Dreijährigen sollte möglichst im Laufe des Modellvorhabens veröffentlicht werden.
5. Aufgrund des geringen Zeitkontingents vieler Einrichtungen im medizinischen Bereich sollte die Aushandlung von schriftlichen Vereinbarungen und verbindlichen Reaktionsketten zwischen den Sitzungen der Arbeitsgruppe bilateral vervollständigt und ausgehandelt werden.
6. Weitere professionsübergreifende Fortbildungsveranstaltungen sollten geplant und umgesetzt werden.

Mit der personellen Besetzung der Koordinatorenstelle und hat das Projekt am Standort Braunschweig deutlich Fahrt aufgenommen. Die parallel zur Bestandsanalyse begonnenen Prozesse der Reflexion und Neuorganisation von institutionsübergreifenden Ablaufprozessen müssen in einem zeitlich machbaren Rahmen in der notwendigen Qualität fortgesetzt werden. Der ASD sollte hierbei eine aktivere gestaltende Rolle als bisher einnehmen. Eine zu enge Fokussierung des Projektes auf den harten Interventionsbereich engt aus der Sicht des ISA die fachlichen Weiterbildungsmöglichkeiten für den Schutz von Kindern deutlich ein und wird die bereits sichtbaren Widerstände aus dem Bereich der Frühen Hilfen eher verstärken. Um Signale riskanter Entwicklungen wahrnehmen zu können, müssen im Kontext eines Frühwarnsystems Abweichungen bzw. Gefahrenpotentiale nicht nur erkannt, sondern professionsübergreifend bewertet und gefiltert werden. Hier gilt es, Schwellenwerte zu benennen, deren Überschreiten das Eintreten eines kritischen Zustandes erwarten lässt und auf deren Grundlage gezielte Interventionen erforderlich sind.

Analog zu dem im Modellprojekt des ISA in NRW entwickelten Konzept für den Umgang mit Indikatoren für solche Schwellenwerte ist das Projekt in Braunschweig dem Interventionsbereich an der Schwelle zwischen latenten Krisen zu einer akuten Krisensituation, also an der Grenze zwischen dringend notwendigen Hilfen zur Erziehung zur akuten Kindeswohlgefährdung zuzuordnen.

Die bereits im Lenkungsausschuss angedachten Möglichkeiten der Einbeziehung von wichtigen Kooperationspartnern aus dem Bereich der Frühen Hilfen sollten geprüft werden. Unter dem Blickwinkel ihrer Wirksamkeit für den Schutz von Kindern im Rahmen von sekundärer Prävention oder/und im Hinblick auf besondere Risikogruppen sind diese Konzepte ggf. eine sinnvolle Erweiterung des Netzwerkes.

Die vorliegende Bestandsanalyse und die in der Zwischenzeit eingeleitete Suche nach bisherigen Schwachstellen und deren Behebung bieten eine gute Basis für die weiteren Entwicklungen in Braunschweig.



Koordinierungszentrum für Kinderschutz

Netzwerk Früher Hilfen
Stadt und Region Hannover

Ausgangssituation

Der Standort Hannover hat gegenüber den drei anderen Standorten des Modellprojektes einige Besonderheiten. Zum einen ist die am 1.11.2001 gebildete Gebietskörperschaft „Region Hannover“ ein Zusammenschluss einer kreisfreien Stadt und eines Landkreises mit gemeinsamen und eigenständigen Zuständigkeiten in der Jugendhilfe und zum anderen bildet die Region mit rund 1,1 Mio. Einwohnern einen Einzugsbereich, der sich schon aufgrund seiner Größe kaum mit den übrigen Standorten vergleichen lässt. Die Aufgaben der Jugendhilfe werden in der Region in folgenden öffentlichen Trägerschaften wahrgenommen:

- Landeshauptstadt Hannover
- Region Hannover
- Stadt Burgdorf
- Stadt Laatzen
- Stadt Langenhagen
- Stadt Lehrte
- Stadt Springe

Träger des Modellprojektes sind die Landeshauptstadt und die Region gemeinsam. Sie kooperieren mit den Jugendämtern der Städte Burgdorf, Laatzen, Langenhagen, Lehrte und Springe. Die finanzielle Förderung des Modellprojektes am Standort Hannover ermöglicht die Anstellung von zwei Fachkräften für die Koordination.

Bereits vor Beginn des Modellprojektes waren in der Kooperation zwischen der Kinderklinik „Auf der Bult“ und der Jugendhilfe entsprechende Entwicklungsanstöße gegeben worden. Unter der Leitung von Herrn Dr. Wygold wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die die Diagnosekompetenz im Krankenhaus und später auch bei den niedergelassenen Kinderärzten im

Hinblick auf die Feststellung von Kindesmisshandlungen sowie die Übergänge in die Jugendhilfe verbessern will. Dazu wurden zunächst die internen Diagnoseverfahren untersucht und konkrete Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich der Indikatoren, der Dokumentation und der Untersuchungsmethoden entwickelt. In der Arbeitsgruppe waren von Beginn an neben dem rechtsmedizinischen Institut auch VertreterInnen der Jugendhilfe beteiligt, sodass auch die Schnittstellen zu den sozialen Diensten bearbeitet werden konnten. Dabei ging es sowohl darum, die Meldewege von der ärztlichen Seite zur Jugendhilfe zu verbessern, als auch darum, für die Jugendhilfe den Zugang zu medizinischer Fachkompetenz bei der Abklärung von Risiken im Einzelfall zu erleichtern. Insbesondere die Identifizierung von bereits eingetretenen Vernachlässigungen und Misshandlungen durch Kinderärzte bzw. Pflegepersonal und die „gelungene“ Weiterleitung solcher Fälle in die Hilfesysteme der Jugendhilfe stehen deshalb im Mittelpunkt des Interesses am Standort Hannover. Hierbei wird die Rechtsmedizin explizit mit einbezogen. Angestrebt wird ein Austausch von Kompetenzen zwischen den Hilfesystemen der Medizin und der Jugendhilfe.

Der Projektstart in Hannover war durch mehrere Verzögerungen geprägt: Nach dem gemeinsamen Beginn an allen Standorten im September 2007 wurde in Hannover zunächst eine Lenkungsgruppe bestehend aus VertreterInnen der Landeshauptstadt, der Region, der regionsangehörigen Jugendämter und der Kinderklinik „Auf der Bult“ gebildet. Diese Gruppe traf erste Absprachen bezüglich der Projektorganisation und erteilte dem Institut für Erwachsenenbildung der TU Hannover den Auftrag zu einer Bestandserhebung. Die inhaltliche Arbeit konnte dann mit der Besetzung der Koordinatorinnenstellen zum 01. bzw. 15. Februar 2008 beginnen. Im März 2008 nahmen diese Fachkräfte ihre Arbeit im Koordinationsbüro in der Kinderklinik „Auf der Bult“ auf. Die offizielle Auftaktveranstal-



tung für das Projekt fand ebenfalls im März 2008 statt. Parallel dazu wurde vom Institut für Erwachsenenbildung an der TU Hannover die Bestandserhebung durchgeführt. Die Auswertung wurde Anfang September 2008 vorgelegt und kann nun erst für die Entwicklung weiterer Projektbausteine genutzt werden.

Projektorganisation und Kooperationspartner

Aufgrund der Projektträgerschaft von Region und Landeshauptstadt ist eine gemeinsame Steuerung auf der Leitungsebene der Jugendhilfeträger erforderlich. Sie wird in der Lenkungsgruppe wahrgenommen. Die beiden Koordinatorinnen bilden eine Bürogemeinschaft und residieren beim dritten wichtigen Kooperationspartner, beim Kinderkrankenhaus „Auf der Bult“. Damit ist auf der Arbeitsebene ein enger Zusammenschluss und eine Abstimmung auf „kurzem Wege“ aller drei Projektpartner gewährleistet. Bislang sind die Projektstrukturen auf Arbeitsebene noch eher thematisch und weniger regional ausgerichtet. Dies wird sich in Zukunft aber schon aufgrund der Größe und Heterogenität des Einzugsbereiches ändern.

Die Einbindung der unterschiedlichen Projektpartner am Standort Hannover ist sicherlich eine besondere Herausforderung für alle Projektbeteiligten. Die Region und die Landeshauptstadt als die beiden großen Träger der öffentlichen Jugendhilfe kooperieren mit einem prominenten Partner aus dem Gesundheitssystem, dem Kinderkrankenhaus „Auf der Bult“, um abgestimmte Indikatoren und Reaktionsketten im Umgang mit Vernachlässigung und Misshandlung zu entwickeln und zu erproben. Sowohl auf der Seite der Jugendhilfe als auch auf der Seite des Gesundheitswesens sind aber noch weitere Akteure mit in diesen Prozess einzubinden. Dies soll über die Beteiligung an bereits bestehenden Netzwerken und Fachgremien geschehen, insbesondere aber über die Grün-

dung eines Projektbeirates, in dem die relevanten Institutionen vertreten sind.

Entsprechend dieser Zielstellung richtet sich die Arbeitsorganisation zunächst auf den Aufbau von Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Hierbei sollen die bereits bestehenden Kooperationsstrukturen und Netzwerke einbezogen werden. In diesem Zusammenhang werden insbesondere folgende Gremien genannt:

- Runder Tisch gegen Kindergewalt
- Fachaustausch KSD-Sozialpsychiatrie
- AG Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen im häuslichen Bereich
- AG Kinderschutz Hannover
- Fachgremium sexualisierte Gewalt
- AK Familie und Sucht

Thematische Schwerpunkte, Zielgruppen

Die Zielrichtung des Modellprojektes am Standort Hannover konzentriert sich auf die tertiäre Prävention und auf die Altersgruppe der 0 - 6-Jährigen. Diese Ausrichtung erklärt sich durch die Genese des Projektes in der Kooperation der Kinderklinik, der Rechtsmedizin und der Jugendhilfe.

Dabei stehen die folgenden Handlungsfelder im Vordergrund:

- Die Mitarbeit bzw. die Vermittlung an geeignete Fachstellen zur Früherkennung und Diagnose von Misshandlungsverdachtsfällen
- Die Bereitstellung anerkannter medizinischer und psychologischer Untersuchungsverfahren zur Beurteilung des Ausmaßes einer erlittenen Misshandlung

Stadt und Region Hannover



- Die Bereitstellung von Kompetenz und Expertenwissen für die medizinische, psychologische und sozialpädagogische Betreuung von misshandelten Kindern.

Parallel dazu entwickeln die Jugendämter innerhalb der unterschiedlichen Arbeitsbereiche der Jugendhilfe ein Konzept zur Umsetzung des § 8a SGB VIII. Eine Rahmenvereinbarung zwischen der öffentlichen Jugendhilfe und den Körperschaften der freien Wohlfahrtspflege ist geschlossen worden, die Jugendhilfeträger treten dieser Vereinbarung nach und nach bei. Ein Teil dieser Vereinbarung beschreibt auch Kommunikationswege zwischen öffentlicher und freier Jugendhilfe. Eine Verbindung dieses „§ 8a-Prozesses“ mit dem Projekt „Koordinierungszentrum“ ist auf der institutionellen Ebene derzeit nicht geplant, sie soll möglichst auf der operativen Ebene – also vornehmlich in den sozialen Diensten erfolgen.

Darüber hinaus wird bereits an einer Kooperationsvereinbarung zwischen der öffentlichen Jugendhilfe (ASD/KSD) und der Sozialmedizin/Behindertenberatung sowie der Sozialpädiatrie/Jugendmedizin gearbeitet. Beide Fachdienste gehören der öffentlichen Verwaltung an. Hinzuweisen ist zudem darauf, dass es innerhalb der Koordination eine Arbeitsteilung hinsichtlich des Aufbaus von Kooperationsstrukturen zwischen den niedergelassenen MedizinerInnen (Allgemeinmedizin und Pädiatrie) und den drei Kinderkliniken im Einzugsbereich des Modellprojekts gibt.

Die Koordinatorinnen legten den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit in den ersten Monaten darauf, sich und das Projekt bei den relevanten Akteuren bekannt zu machen. Beispielhaft werden im lokalen Zwischenbericht genannt: SPZ, Sozialer Dienst des Kinderkrankenhauses auf der Bult, AG Kinderschutz Hannover. Außerdem initiierten sie eine Arbeitsgruppe mit den fünf regionsangehörigen Jugendämtern und machten das Projekt über Internetpräsenz, Handouts und Plakate in der Öffentlichkeit

bekannt. Die Lenkungsgruppe hat inzwischen die Gründung eines Projektbeirates angeregt; die Planungen im Hinblick auf die einzubindenden Institutionen und die Geschäftsordnung sind im Gange.

Folgende Vorhaben sind besonders hervorzuheben:

- Der Behandlungspfad im Kinderkrankenhaus auf der Bult wird bekannt gegeben und Handlungsbedarfe werden erörtert.
- Im Fachbereich Jugend der Region Hannover wird in der Stelle für Sozialpädiatrie/Jugendmedizin eine Fachstelle für Kinderschutz zum 01.01.2009 geplant: 7 Ärztinnen werden auf die Diagnose von Misshandlungen spezialisiert und können im Team Sozialpädiatrie die Fachkräfte aus Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Schulen der Region und der Landeshauptstadt bei der Diagnose von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen unterstützen.
- Entwicklung von standardisierten Kinderschutzbögen Jugendhilfe/Gesundheitswesen.
- Planung von Fachveranstaltungen für einzelne Berufsgruppen (z.B.: Pflegepersonal, Verwaltungsangestellte, Assistentinnen, Kinderärzte) und zum Austausch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Institutionen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe.

Die im September 2008 vorgelegte Bestandsanalyse thematisiert in erster Linie die internen und externen Kooperationsstrukturen von Jugendhilfe und Medizin. Sie basiert auf 36 Interviews und 313 Fragebögen, die bei Fachkräften beider Bereiche erhoben wurden, und konstatiert eine insgesamt hohe Qualität in der Kinderschutzarbeit. Verbesserungspotenziale werden insbesondere bei der Qualifizierung und



Unterstützung von Fachkräften (Fortbildung und Supervision) sowie bei der Standardisierung von Prozessabläufen gesehen. In diesem Zusammenhang wird wiederholt auf das Fehlen von festen Ansprechpartnern für Kinderschutzfragen, insbesondere bei den Jugendämtern hingewiesen. Auf die besondere Problematik der niedergelassenen Kinderärzte, die nicht oder nur in sehr geringem Maße in organisatorische Strukturen eingebunden sind und deshalb in der Regel individuelle Kooperationsstrukturen aufbauen müssen, wird ausdrücklich hingewiesen.

Erste Ergebnisse der Bestandsanalyse

Zusammenfassend können die Ergebnisse der Befragung für den Modellstandort Hannover wie folgt interpretiert werden (siehe Abschlussberichtes der Bestandsanalyse (S. 65 f.)):

Die Organisationsstrukturen der großen Institutionen (Jugendämter und Kinderkrankenhäuser) sind gut. Interne Prozessabläufe sind festgeschrieben, sie werden bezüglich ihrer Bedeutsamkeit und der Qualität der Prozessumsetzung hoch bewertet. Jedoch sind die internen Prozessabläufe vieler Teilbereiche der Kinderschutzarbeit in den Institutionen nicht standardisiert.

In der Kooperation mit externen Institutionen gibt es deutlichen Verbesserungsbedarf.

Die Institutionen berichten übereinstimmend, dass sie selbst standardisiert und mit hoher Qualität Daten an Dritte weitergeben, aber unstandardisiert und mit geringer Qualität Daten von anderen Institutionen erhalten. Für die Einschätzung und Deutung des Ausmaßes einer drohenden Kindeswohlgefährdung ist jedoch das Einholen von Informationen von externen Institutionen unerlässlich und wichtig. Insofern besteht hier ein dringender Bedarf, diesen Prozess zu standardisieren und verbindliche Abläufe festzulegen. Außerdem wird der Wunsch

nach einem festen Ansprechpartner intern und auch extern in den anderen Institutionen von allen Befragten betont. Wobei den Kinderkliniken insofern eine Sonderrolle zukommt, als sie den von allen Institutionen geforderten festen Ansprechpartner bereits in ihren Reihen haben: der klinikeigene Sozialdienst übernimmt genau die Rolle des Koordinators in Kinderschutzbelangen mit Beratungsfunktion nach innen und Kontakt Herstellung nach außen.

Eine ambivalente Beziehung wird in den Interviews und Fragebögen zwischen den niedergelassenen Kinderärzten und den Jugendämtern deutlich. Sie ist geprägt durch die Erkenntnis, dass der andere Partner für die erfolgreiche Arbeit im Kinderschutz wichtig ist, und dem gleichzeitigen Unvermögen, zu diesem Partner eine feste und tragfähige Beziehung herzustellen, v.a. im Bereich der Nachsorge. Es besteht der Eindruck, dass diese Diskrepanz jedoch nicht durch bösen Willen der Beteiligten zustande kommt, sondern durch das Unvermögen, dezentralisierte tätige Institutionen und „einzelkämpferisch“ tätige Ärzte in freier Praxis, die streng genommen ebenfalls dezentralisiert arbeiten, miteinander in Kontakt zu bringen.

Handlungsbedarfe

Handlungsempfehlungen werden in der Bestandsanalyse wie folgt gegeben (S. 78 f.):

1. Jugendhilfe - Herstellung von Verbindlichkeit:

- Einrichtung eines festen internen Ansprechpartners für die Mitarbeiter beider Jugendhilfeeinrichtungen der Region und der Landeshauptstadt Hannover, der als erste Anlaufstelle für die Belange des Kinderschutzes innerhalb dieser Institutionen zuständig ist und beispielsweise auch Fortbildungsangebote und Supervision organisiert bzw. gewährleistet.

– Einrichtung eines festen Ansprechpartners innerhalb der beiden Jugendhilfeeinrichtungen für externe Kooperationspartner, der gleichermaßen als ‚Knotenpunkt‘ die eingehenden Anfragen annimmt und an die dafür zuständigen Mitarbeiter weiterleitet.

2. Jugendhilfe - Standardisierung:

Etablierung standardisierter Prozessabläufe innerhalb beider Jugendhilfeeinrichtungen für Präventions- und Nachsorgemaßnahmen.

3. Jugendhilfe - Zusammenarbeit mit externen

Einrichtungen:

Intensivierung und Standardisierung der Zusammenarbeit beider Jugendhilfeeinrichtungen mit Schulen, Kindertagesstätten, Kinderkliniken und niedergelassenen Kinderärzten in Form von Kooperationsvereinbarungen.

4. Landeshauptstadt Hannover - Supervisionsangebot:

Erweiterung des Supervisionsangebotes für die Mitarbeiter der Jugendhilfe der Landeshauptstadt.

5. Kinderkliniken - Herstellung von Verbindlichkeit:

Einrichtung eines festen internen Ansprechpartners als Koordinator für die Belange des medizinischen Kinderschutzes, der auch Fortbildungen und Supervision organisiert bzw. gewährleistet.

6. Kinderkliniken - Standardisierung:

Standardisierung der internen Prozessabläufe zur Umsetzung von Kinderschutz.

7. Kinderkliniken - Supervisions- und Fortbildungsangebot:

Ausweitung des Supervisions- und Fortbildungsangebotes für den medizinischen Kinderschutz.

8. Kinderkliniken - Zusammenarbeit mit externen

Einrichtungen:

Verbesserung der Zusammenarbeit mit Jugendämtern, niedergelassenen Kinderärzten, Polizei und Familiengerichten durch Schaffung fester Ansprechpartner in der eigenen Einrichtung und Standardisierung externer Prozessabläufe.

9. Niedergelassene Kinderärzte - Herstellung von Verbindlichkeit:

Einrichtung eines internen Ansprechpartners für die Belange des Kinderschutzes als Koordinator und Organisator.

10. Niedergelassene Kinderärzte - Supervisionsangebot:

Ausweitung des Supervisionsangebotes für Belange des Kinderschutzes.

11. Niedergelassene Kinderärzte - Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen:

Verbesserung der Zusammenarbeit mit Jugendamt, Sozialpädiatrischem Dienst, Sozialpsychiatrie, Familiengerichten, Institut für Rechtsmedizin durch Standardisierung der externen Prozessabläufe.



Abschließende Bewertung aus der Sicht des Instituts für soziale Arbeit:



Die vergleichsweise späte Besetzung der Fachkraftstellen erwies sich in der Anfangsphase des Projektes zunächst als Handicap. Die Konkretisierung der Strukturen und Inhalte des Projektes unter Einbezug der Ergebnisse der Bestandsanalyse muss im Detail noch erfolgen und kann deshalb auch noch nicht ausreichend differenziert dargestellt und bewertet werden.

Die enge Kooperation zwischen Jugendhilfe, Pädiatrie und Rechtsmedizin ist einerseits eine große Chance, andererseits zeigte sich in der Anfangsphase, dass zahlreiche Hürden in der Kooperation noch zu überwinden sind.

Die Fokussierung des Projektes auf die tertiäre Prävention und auf die frühe Kindheit ist als Ausgangspunkt für die Entwicklung des Koordinierungszentrums geeignet, sollte aber im weiteren Verlauf auf weitere Handlungsfelder des Kinderschutzes ausgedehnt werden.

Die Entwicklung des Koordinierungszentrums am Standort Hannover ist für alle Beteiligten eine große Herausforderung. Die Größe und Heterogenität des Einzugsbereiches erfordert in erster Linie eine aufwendige Abstimmung vieler unterschiedlicher Akteure. Die Lenkungsgruppe und der geplante Projektbeirat sind hierfür die vorgesehenen Strukturen. Sie sollten sich auf die „Globalsteuerung“ beschränken.

Aufgrund der unterschiedlichen kommunalen Zuständigkeiten in der Jugendhilfe und der sich daraus ergebenden unterschiedlichen Organisationsstrukturen ist die Entwicklung eines einheitlichen Konzeptes der Koordination früher Hilfen für den gesamten Standort kaum erstrebenswert. Die Aufgabe des Koordinierungszentrums sollte deshalb eher darin gesehen werden, bereits vorhandene Strukturen sichtbar zu machen, ggf. weiterzuentwickeln und hierzu entsprechende Unterstützung in Form von erprobten Verfahren und Instrumenten zur

Verfügung zu stellen. Insofern sollte sich das Koordinierungszentrum vor allem als Unterstützer und als Informationsbörse bei der Konzeptentwicklung verstehen.

Auf der operationalen Ebene sollten die ProjektmitarbeiterInnen alsbald Handlungsfelder für sich definieren und mit der Projektleitung abstimmen; die daraus sich ergebenden Vorhaben sollten dann nach der Methode des Projektmanagements umgesetzt werden; nur so lässt sich die Komplexität der Aufgabenstellung am Standort Hannover im Rahmen des Modellprojektes bewältigen.



Koordinierungszentrum Kinderschutz

Kommunales Netzwerk Früher Hilfen
Stadt und Landkreis Oldenburg



Ausgangssituation

Das Koordinierungszentrum Kinderschutz in Oldenburg konnte anknüpfen an die Aktivitäten des „Oldenburger Systems Frühe Hilfen“, einem breiten Bündnis von lokalen Akteuren im Kinderschutz. Das Jugendamt als Träger des Koordinierungszentrums stützte sich von Beginn an auf die Aktivitäten und Strukturen dieses Bündnisses. Die ersten Überlegungen zu thematischen Schwerpunkten und Organisationsstrukturen im Koordinierungszentrum wurden mit dem Oldenburger System Frühe Hilfe abgestimmt.

Die Stadt Oldenburg ist mit ihren 160.000 Einwohnern in vielerlei Hinsicht das Versorgungszentrum für die umliegende Region. Insbesondere im Bereich der Gesundheitshilfe gibt es enge Verflechtungen in den Versorgungsstrukturen von Stadt und Landkreis Oldenburg. Aus diesem Grund war es nahe liegend, auch den Landkreis Oldenburg von Beginn an in die Entwicklung des Koordinierungszentrums mit einzubinden.

Bereits zum 01.09.2007 konnte die Stelle der Projektleitung in Oldenburg besetzt werden, am 09.11.2007 lud das Jugendamt alle Akteure aus Stadt, Landkreis und umliegenden Jugendämtern zu einer Auftaktveranstaltung ein, in der das Vorhaben, die Projektstruktur und die ersten Projektbausteine vorgestellt wurden.

In dem Bereich der Jugendhilfe finden wir in der Stadt Oldenburg ein breites und differenziertes Angebotsspektrum. Neben einer Vielzahl von Jugendhilfeträgern stellt auch das Jugendamt in eigener Trägerschaft Leistungsangebote in der ambulanten und stationären Erziehungshilfe zur Verfügung. Hervorzuheben ist darüber hinaus ein breites Beratungsangebot für Schwangere und für Betroffene von sexueller und von körper-

licher Misshandlung sowie das Kinderschutzzentrum mit einem umfassenden Angebot für Betroffene und Multiplikatoren im Bereich des Minderjährigenschutzes.

Das Jugendamt der Stadt Oldenburg hat mit den Trägern der freien Jugendhilfe umfassende Kooperationsvereinbarungen nach § 8a SGB VIII getroffen. Darin enthalten sind arbeitsfeld- und zielgruppenspezifische Handlungsleitfäden und Indikatorenlisten für den Umgang mit Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdungen und für die Weitergabe von Informationen über Risikofälle an das Jugendamt.

Im Dezember 2007 hat das Jugendamt Prof. W. Hackmann von der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Fachbereich soziale Arbeit und Gesundheit mit der Bestandsaufnahme im Rahmen des Projektes beauftragt. Neben der Sichtung von Informationsmaterial der Einrichtungen zum Thema Kinderschutz, der inhaltsanalytischen Auswertung von Fallakten und der angewandten Fachverfahren konzentrierte sich die Untersuchung im Wesentlichen auf qualitative Methoden der Sozialforschung, hier insbesondere auf leitfadengestützte Interviews mit Führungskräften und/oder MitarbeiterInnen der im Kinderschutz tätigen Institutionen. Der Interviewleitfaden wurde in Abstimmung mit den Projektverantwortlichen erarbeitet. Der Landkreis weitete den Untersuchungsauftrag an die Fachhochschule auf seinen Zuständigkeitsbereich aus. Folgende Arbeitsbereiche wurden einbezogen:

Bei der Stadt Oldenburg:

- Jugendamt (ASD, Jugendhilfezentren, Pflegekinderdienst, Fachberatung)
- Krippen in kommunaler und freier Trägerschaft
- Kindertageseinrichtungen in kommunaler und freier Trägerschaft

- Horte in kommunaler und freier Trägerschaft
- Frühförderstellen
- Gemeinwesenprojekte in unterschiedlicher Trägerschaft
- Beratungsstellen unterschiedlicher Träger und unterschiedlicher Arbeitsschwerpunkte
- Frauenhaus
- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
- Grundschulen
- Förderschulen
- Geburtskliniken
- Niedergelassene Ärzte
- Niedergelassene Hebammen
- Familienhebammen im Gesundheitsamt
- Polizei mit den Bereichen Fachkommissariat, Einsatz und Streifendienst
- Familiengericht

Beim Landkreis Oldenburg:

- Jugendamt
- Gesundheitsamt
- Beratungsstellen unterschiedlicher Träger und unterschiedlicher Arbeitsschwerpunkte
- Frauenhaus sowie Mädchen- und Frauennotruf
- Kindergärten
- Niedergelassene Ärzte
- Niedergelassene Hebammen
- Grundschulen
- Förderschulen
- Polizei mit Fachkommissariat

Im Juni 2008 legte die Fachhochschule einen Abschlussbericht der Untersuchung vor.

Projektorganisation und Kooperationspartner

Das Jugendamt der Stadt Oldenburg als Projektträger ermöglichte dem Jugendamt des Landkreises von Beginn an eine enge Anbindung an das Projekt. Der Landkreis hat selbst ein großes Interesse daran, in seinem Zuständigkeitsbereich Kooperationsstrukturen im Sinne des Modellprojektes aufzubauen, und beteiligt sich unter anderem mit eigenen finanziellen Mitteln an der Bestandserhebung; außerdem arbeitet er in den Steuerungs- und Arbeitsgremien des Projektes mit.

Das Modellprojekt war in Oldenburg von Beginn an auf eine breite und stabile Beteiligung ausgerichtet. Die Projektleitungsstelle konnte bereits unmittelbar nach Projektbeginn Anfang September 2007 besetzt werden. In Abstimmung mit dem „Oldenburger System frühe Hilfen“ wurden dann die ersten Entscheidungen für die Projektorganisation vorbereitet. Eine Arbeitsgruppe wurde gegründet, die über die Zusammensetzung und die Geschäftsordnung des Beirates beraten sollte. Der Beirat konstituierte sich dann im Dezember 2007; in ihm sind folgende Institutionen bzw. Arbeitsbereich vertreten:

- Leitung des Jugendamtes der Stadt Oldenburg
- Fachdienstleitung des Jugendamtes der Stadt Oldenburg
- Projektkoordination
- Landkreise Oldenburg, Bereich Jugendhilfe (Leitung soziale Dienste)
- Landkreis Oldenburg, Bereich Gesundheitshilfe (Kinderarzt)
- Freie Träger der Jugendhilfe, Bereich Kindertagesstätten Stadt Oldenburg, Fachberatung
- Freie Träger der Jugendhilfe, Bereich Beratungsstellen Stadt Oldenburg (Kinderschutzzentrum)
- Grundschulen Stadt Oldenburg
- Gesundheitsamt Stadt Oldenburg (Kinderärztin)
- Kinderklinik Stadt Oldenburg (Pädiater)

Oldenburg

- Geburtsklinik Stadt Oldenburg (Arzt)
- Familiengericht (Richterin)
- Polizei

Das ISA als beratende Instanz und die Fachhochschule als Auftragnehmer der Bestandsanalyse arbeiten bei Bedarf im Beirat mit. Der Beirat verständigte sich auf eine Geschäftsordnung und kam in den ersten acht Monaten seit seiner Gründung zu insgesamt fünf Sitzungen zusammen. Alle dort vertretenen Institutionen waren in dieser Zeit kontinuierlich vertreten. Der Beirat begleitete in dieser Zeit in erster Linie die Bestandserhebung.

Thematische Schwerpunkte und Zielgruppen

Zu Beginn des Projektes wurden vom Projektträger folgende Ziele formuliert: „Ziel des Modellprojektes in Oldenburg ist es, ein Bündnis für frühe Prävention und Intervention einzurichten, welches folgende Aufgaben hat:

- Definition von Kindeswohlgefährdung
- Beschreibung der Formen der Vernachlässigung
- Berücksichtigung von Folgen der Vernachlässigung
- Erkennen von Vernachlässigungen und Misshandlungen
- Verständigung auf Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung
- Entwicklung von Interventionen und methodischen Handlungsprinzipien zur Sicherung des Kindeswohls
- Entwicklung von Vereinbarungen und Arbeitshilfen mit vereinbarten Zuständigkeiten, Informationsweitergaben und Reaktionsmöglichkeiten zur Sicherung des Kindeswohls in Risikofamilien, insbesondere bei Kindern im Alter bis sechs Jahren
- Optimierung der Regelsysteme und Einbindung in ein Frühwarnsystem

Im Rahmen des Modellprojektes soll erreicht werden, dass Institutionen und Einrichtungen als Bestandteil eines lokalen Netzwerkes systematisch und transparent aufeinander bezogen in einen Hilfeverbund eingebettet arbeiten.

Verantwortungsbereiche sollen klar festgelegt sein, und durch partnerschaftliche Zusammenarbeit soll eine tragfähige Infrastruktur vorgehalten werden. Schwachstellen im System sollen identifiziert und dadurch die Hilfebedarfsfeststellung und der Hilfeprozess, insbesondere bei Risikofamilien, optimiert werden.

Ziel ist, für den Kinderschutz (in der Prävention und in der Interaktion) ein abgestimmtes Verfahren zu erarbeiten, mit gleicher Bewertung von Risikolagen bei allen Akteuren sowie einer Ausarbeitung von gesicherten, abgestimmten Reaktionsketten, die verbindlich (ggf. schriftliche Kontrakte) von allen umgesetzt werden. Ein wesentliches Ziel hierbei ist es auch, die Arbeit des Allgemeinen Sozialdienstes zu optimieren, indem bestehende Kinderschutzbögen verbessert und eine EDV-gestützte sozialpädagogische Diagnostik zur Erkennung von Kindeswohlgefährdungen und Sicherung des Kindeswohls entwickelt werden. Neu zu entwickelnde Musterkontrakte sollen bei sog. Risikofamilien im Sinne einer standardisierten Wiedervorlagesystematik erprobt werden. Ein wesentliches Ziel ist es hierbei, die Kooperation mit den Gerichten zu optimieren und im Vorgriff der geplanten gesetzlichen Veränderung mit der Stärkung familiengerichtlicher Maßnahmen die Gerichte in das Bündnis einzubeziehen“.

Damit wird ein sehr umfassender und breiter Zusammenschluss aller Akteure sowohl im Bereich der Jugendhilfe als auch der Gesundheitshilfe und in anderen Arbeitsfeldern angestrebt. Die bisher sichtbaren Ansätze lassen den Schluss zu, dass dieser breite Aktionsradius des Projektes Bestand haben kann. Die Projektverantwortlichen sind bestrebt, bei allen wichtigen Weichenstellungen Transparenz für alle Beteiligten herzustellen und Foren für Kommunikation und Diskussion zu eröffnen. In



der nächsten Projektphase werden die Kooperationsachsen und die Handlungsfelder der Netzwerkstrukturen konkretisiert werden müssen. Orientierungen für diese Weichenstellung lassen sich aus den Ergebnissen der Bestandsanalyse ableiten.

Ergebnisse der Bestandsanalyse

Gesamteinschätzung und Handlungsempfehlungen der Bestandsanalyse für Oldenburg

- Das Jugendamt könnte in seiner Arbeit zum Kinderschutz von einer verstärkten Vernetzung der Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienst mit Institutionen in ihren jeweiligen Bezirken profitieren. Darüber hinaus können gezielte Fortbildungen über ein Fortbildungsmanagement des Arbeitgebers unter Berücksichtigung der Bildung von fachlichen Schwerpunkten im Allgemeinen Sozialen Dienst zu einer weitergehende Qualifizierung der MitarbeiterInnen beitragen.
- Bei den Krippen, Kindergärten und Horten sollte verstärkt in Fortbildung und insbesondere zum Schutzauftrag des § 8a SGB VIII investiert werden. Hier sollte ebenfalls der Entwicklung von klaren und einheitlichen Strukturen in den Bereichen Verantwortung und Dokumentation, etwa im Hinblick auf die Verwendung von Checklisten zur Risikoabschätzung, eine besondere Bedeutung zufallen. Außerdem ist die weitere Qualitätsentwicklung der Arbeit durch Sicherstellung ausreichender Fachberatung und Supervision durch die Träger zu veranlassen.
- Für den Bereich der Jugendhilfe in freier Trägerschaft sollte zur Verbesserung der Strategien für einen besseren Kinderschutz ein umfassender Ausbau der Qualifizierung und Fortbildung der MitarbeiterInnen, insbesondere auch zum Schutzauftrag des § 8a SGB VIII, erfolgen.
- Gleiches wie für die Jugendhilfe ist für die Schulen zu fordern. Hier erscheint zwingend notwendig, Strategien für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Schule zu entwickeln, damit die Schule als verlässlicher Partner in einer gemeinsam entwickelten Kette zum Schutz der Kinder eingebunden ist. Hierzu gehört auch die Öffnung der Schule im Hinblick auf Fachberatung (bei Verdachtsmomenten von Kindeswohlgefährdung evtl. auch anonym) und Supervision.
- Für den gesamten Gesundheitsbereich gilt die Forderung nach verstärkter Inanspruchnahme von Fortbildungen und Qualifizierung zum Thema Kinderschutz. Hier könnte die Entwicklung und der verbindliche Gebrauch von Checklisten, die für diesen speziellen Bereich arbeitstauglich entwickelt werden sollten, eine wichtige Rolle spielen und die Kenntnis über Gefährdungslagen von Kindern verbessern. Des weiteren sollten zwischen der Jugendhilfe, hier vornehmlich dem Jugendamt, und den Institutionen der Gesundheitshilfe über verlässliche Kooperationsstrukturen abgestimmte verbindliche Reaktionsketten bei Kindeswohlgefährdungen entwickelt werden. Als gut funktionierendes Bindeglied zwischen dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe fungieren z.Zt. die Familienhebammen – in besonderem Maße die Mitarbeiterinnen beim Gesundheitsamt – dieser wichtige Bereich ist auszuweiten.

Handlungsbedarfe

1. Das Jugendamt sollte Strategien entwickeln, um sich und seine Arbeit MitarbeiterInnen von Institutionen bekannter zu machen und diese Bekanntheit ständig zu pflegen. Hier wäre eine stärkere Einbeziehung von Gemeinwesenaspekten ein Weg. So könnten Tendenzen, die einer fruchtbaren Zusammenarbeit zum Schutze der Kinder entgegenstehen und die Meldung von Kindeswohlgefährdungen behindern (Unkenntnis über den Allgemeinen Sozialen Dienst, negative Erfahrungen in Einzelfällen), minimiert werden.
2. Bei den Kindergärten ist durch verstärkte Fortbildung, aber auch durch Institutionalisierung von kontinuierlicher Fachberatung und Supervision auf einen Ausbau der reflexiven Fähigkeiten der Mitarbeiter zum Kinderschutz hinzuwirken. Dies würde die Chance erhöhen, dass Erkenntnisse von Kindeswohlgefährdungen durch einen Fachaustausch im Hinblick auf die weiteren Schritte besser bearbeitet werden könnten.
3. Gleiches wie für die Kindergärten gilt auch für die Schulen. Hier ist zudem die Bildung eines Netzwerkes zur Erarbeitung von Kooperationsbeziehungen mit dem Jugendamt und die Erarbeitung einer verbindlichen Reaktionskette bei Kindeswohlgefährdung im Sinne des Kinderschutzes zwingend notwendig.
4. Auch in Bezug auf die Ärzteschaft und die niedergelassenen Hebammen sind die oben aufgestellten Forderungen zu wiederholen. Die Entwicklung von Kontakten zum Jugendamt, Aufklärung über die fachliche Entwicklung des Kinderschutzes insbesondere im Hinblick auf die Schutzvorschrift des § 8a SGB VIII und entsprechende Fortbildungen sollten die ersten Schwerpunkte für gemeinsame Arbeit zum Wohle der Kinder sein.
5. Mit den Beratungsstellen sollten verbindlichere Reaktionsketten beim Umgang mit Erkenntnissen von Kindeswohlgefährdungen entwickelt werden. In diesem Zusammenhang wäre eine umfassende Diskussion über die für Beratungsprozesse wichtige Schweigepflicht in Gang zu setzen.
6. Die im Rahmen der guten Kooperation des Frauenhauses und der Polizei mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst entwickelte sichere Reaktionskette zum Schutz der Kinder ist ein gelungenes Beispiel. Bedeutsam erscheint bei der Polizei noch die interne Strategie, die Mitarbeiterschaft – auch die nachwachsende – des Einsatz- und Streifendienstes durch einen internen Multiplikator fachlich weiterzuschulen.
7. Es sollte ein besonderes Augenmerk auf die Unterstützung und Fortführung der Arbeit der bestehen Arbeitskreise gelegt werden. Sie leisten durch ihre Netzwerkfunktion einen wichtigen Beitrag zum Kinderschutz. Darüber hinaus sollten aber auch Bemühungen unternommen werden, die Schulen, Ärzte, Hebammen und Richter in diese Arbeitskreise zu integrieren beziehungsweise ein Netzwerk unter Leitung des Jugendamtes zur Integration der genannten Bereiche zu entwickeln.

In einer Sitzung des Projektbeirates am 02.07.08 wurden diese Ergebnisse diskutiert und bewertet. Daraus wurden Themenstellungen für die Weiterarbeit formuliert, die in einem Fachtag im September mit allen Interessierten aus Stadt und Landkreis diskutiert wurden.



Abschließende Bewertung aus der Sicht des Instituts für soziale Arbeit:



Der Standort Oldenburg hat aufgrund seiner Größe und der Organisationsstrukturen in der Jugendhilfe und anderer für den Kinderschutz relevanter Institutionen sehr gute Voraussetzungen für die Etablierung des Koordinierungszentrums. Auch mit der Erweiterung des Aktionsradius auf den Landkreis blieb das Projekt überschaubar und steuerbar, da beide kommunalen Körperschaften selbstständig im Projekt agieren.

Das städtische Jugendamt hat von Beginn an einerseits inhaltlich und strukturell deutliche Zielvorgaben gemacht, andererseits aber bei allen Schritten der Transparenz und der Beteiligung der Kooperationspartner eine hohe Bedeutung beigemessen. Dadurch konnten sich trotz der Komplexität der Aufgabenstellung die Kooperationspartner immer wieder verständigen und orientieren.

Dem Jugendamt ist es durch die Projektstruktur bereits vor Abschluss der Bestandsaufnahme gelungen, Verbesserungen im Kinderschutz einzuleiten. Zu nennen sind insbesondere die entwickelten Materialien und Schulungen der Fachkräfte im Kontext der Umsetzung des § 8a SGB VIII, Informationsmaterial für den Gesundheitsbereich sowie der Einstieg in die Entwicklung und Implementierung einer standardisierten Diagnostik im Allgemeinen Sozialdienst.

Der Projektbeirat ist die zentrale Kommunikations- und Arbeitsebene, in der sich die Professionen mit sehr unterschiedlichen Sichtweisen und Handlungslogiken (Polizei, Familiengericht, Schule, Jugendamt, Ärzte, Kliniken, Kindertageseinrichtungen) begegnen und themenzentriert austauschen. Er ist nicht nur Steuerungs- und Abstimmungsorgan, sondern tatsächlich eine Arbeitsgruppe, in der um konkrete Ergebnisse gerungen wird.

Das örtliche Kinderschutzzentrum spielt eine wichtige Rolle in dem Projekt: es ist als freier Träger ein gutes Pendant zum Jugendamt, wenn es darum geht, fachliche Grundsätze zu formulieren bzw. zu entwickeln.

Die Bestandsanalyse brachte eine Fülle von Detailinformationen und formulierte Empfehlungen für die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitswesen. Sie sollte über die bislang vorliegende Zusammenfassung hinaus durch eine systematische Übersicht und Bewertung der im Kinderschutz in den Untersuchungsbereichen verwendeten Instrumente und Verfahren ergänzt werden.

Ausblick

Nach dem Start der Modellprojekte im Mai 2007 wurden an allen Modellstandorten Projektorganisationen installiert und im Anschluss die Koordinationsstellen besetzt. Die erste vorgegebene Projektaufgabe, nämlich die Bestandsanalyse, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt überall weitgehend abgeschlossen.

Parallel dazu wurde an den Standorten schon intensiv an der Konturierung und Realisierung des zweiten Bausteines des Modellprojektes „Entwicklung verbindlicher Handlungsabläufe“ gearbeitet.

Es ist ein zentrales Ziel des Modellprojektes, durch strukturierte und berechenbare Kooperationen von Fachkräften bei öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und anderer familienbezogener Dienste einen Qualitätssprung zur Erreichung einer frühzeitigen Erkennung und Beurteilung von riskanten Lebenssituationen bei Kindern und Familien sowie bei der Früherkennung und Abklärung bestehender Misshandlungsfälle zu ermöglichen. Dabei hat sich an allen Modellstandorten gezeigt, dass dies ein notwendiger, aber gleichzeitig überaus anspruchsvoller, arbeitsintensiver und diskussionsreicher Prozess ist – wobei auch hier gleichzeitig gilt: Der Weg ist das Ziel. Eine verlässliche interdisziplinäre Zusammenarbeit aller für einen umfassenden Kinderschutz wichtigen Handlungspartner ist nämlich nur dann möglich, wenn die institutionellen Spezifika und Problemdefinitionen transparent gemacht, aufeinander bezogen und personenunabhängig vereinbart werden. Diese Implementierung eines gemeinsamen Handlungsverständnisses lässt sich nicht verordnen, sondern bedarf der Fundierung durch einen intensiven fachlichen Austausch der in der Praxis dann auch zum Handeln verpflichteten Personen.

Dieses Ziel setzt einen aufwendigen und komplexen Prozess des Kommunizierens und Aushandelns voraus, der zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist; bis Ende 2008 wird dies Ziel aber voraussichtlich an allen Modellstandorten erreicht werden.

Dabei konnte auch durch die konkreten lokalen Erfahrungen belegt werden, dass die Komplexität dieses Prozesses (Verabreden und Verankern von interdisziplinären Handlungsketten) mit der Zahl und der Heterogenität der Beteiligten und der einzubeziehenden Partner erheblich zunimmt und der Entwicklungsprozess damit Gefahr läuft, die verfügbaren Kapazitäten (in den Koordinierungsstellen) zu überfordern. Dies ist dann auch eine Herausforderung an die Beratung (ISA), die Projektakteure auf Überforderungen und hieraus möglicherweise resultierende Folgen hinzuweisen und gemeinsam mit diesen eine realistische und realisierbare Vorgehensweise zu vereinbaren (z.B. mit einem überschaubaren und abgrenzbaren Gegenstandsbereich zu beginnen, die Zahl der einzubeziehenden Kooperationspartner überschaubar zu halten, zunächst mit den Institutionen und Personen zu beginnen, die starkes Interesse an einem Verbund haben und sich hierfür engagieren wollen).

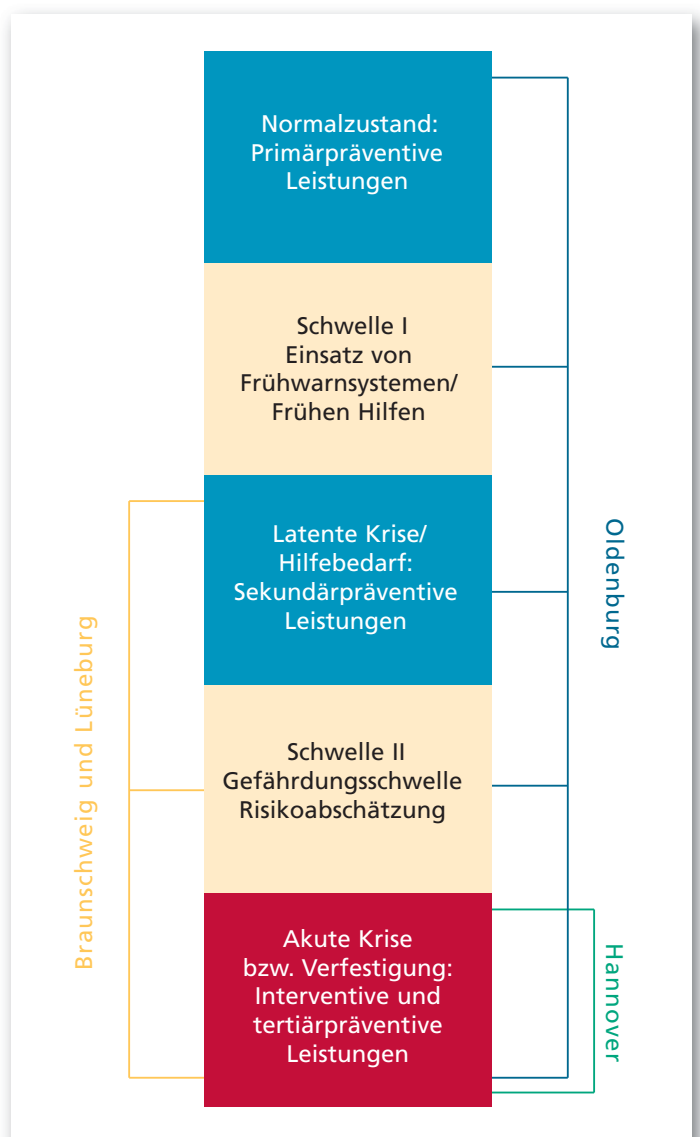
Der bisherige Entwicklungsprozess der „Kommunalen Netzwerke Früher Hilfen“ hat zudem erkennen lassen, dass – je nach Projektstandort stärker oder weniger stark ausgeprägt – die Orientierung der beteiligten Akteure auf das Problemfeld der rechtzeitigen Erkennung und angemessenen Bewältigung der Herausforderung einer „drohenden Kindeswohlgefährdung“ sehr junger Kinder (zumeist 0 bis unter 3 Jahre) ausgerichtet ist. Diese Orientierung liegt sehr nahe an dem Arbeitsauftrag (der Kinder- und Jugendhilfe), der nach Einführung des § 8a SGB bundesweit die Diskussionen um eine Verbesserung des Kinderschutzes bestimmt.



So richtig und sinnvoll es ist, dieses Handeln im Kontext „gewichtige Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung“ zu optimieren und hierbei auch relevante Institutionen und Personen aus dem weiteren Bezugskontext (insbesondere Gesundheitswesen) einzubeziehen, sollte im weiteren Verlauf des Modellprojektes doch der Versuch unternommen werden, über den Bereich der Sekundärprävention hinaus auch zu prüfen, ob „Kommunale Netzwerke Früher Hilfen“ nicht gleichzeitig zur zielgruppenspezifischen Primärprävention eingesetzt werden können. Dies ist der Ansatzpunkt, der bundesweit unter dem Begriff „Soziale Frühwarnsysteme“ diskutiert wird und sich schon in der Erprobung, tendenziell sogar in der Etablierung befindet. In den Fokus gelangen damit die übergreifenden Fragestellungen nach dem Schließen der „Konzeptionslücke zwischen Erkennen und Handeln“ (Schone 2008, S. 72), genauer gesagt, zwischen dem Erkenntnisinteresse von Frühwarnsystemen und der tatsächlichen Leistung von frühen Hilfen und der Auflösung der Spannungsfelder zwischen niedrigschwelligen und freiwilligen Hilfen einerseits und der Einlösung des Schutzauftrages bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung andererseits.

Zunächst aber ist es die Aufgabe der Modellstandorte, Kooperation bindend zu gestalten. Erst auf der Basis der ausgehandelten verbindlichen Kooperationen und der dahinter liegenden Absprachen über Indikatoren, Schwellenwerte und Verfahren kann die Wirksamkeit der „Kommunalen Netzwerke Früher Hilfen“ auf der Basis dieser dann verbesserten Ausgangs- und Handlungssituation bewertet werden. Diese Phase der Umsetzung und Erprobung (Baustein 3) ist daher der Schwerpunkt für die weiteren anderthalb Jahre der landesgeförderten Modellphase (Anfang 2009 bis Sommer 2010).

Phasen riskanter Entwicklungen und bisherige Schwerpunkte der Modellstandorte



Literatur

Abschlussbericht der Bestandsanalyse der Koordinierungszentren für Kinderschutz in Hannover und Braunschweig. Projektleiter: Dr. Thorsten Wygold, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover. Konzept, Durchführung und Auswertung: Professor Dr. Lothar Schöffner, Leibniz-Universität Hannover mit Inga Rätz und Dr. Rüdiger Rhein, Berichtersteller: Dr. Thorsten Wygold, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover

Böttcher, W. / Bastian, P. / Lenzmann, V. (2008): Soziale Frühwarnsysteme – Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen, Münster

Sann, A. (2007): Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme – Gelingende Kooperation – ein Garant für den Kinderschutz Fachtag des TMSFG am 27.11.07 in Erfurt: Download www.thego.de/imperia/md/content/tmsfg/aktuell/kinderschutzportal/gelingendekooperation/pr__sentation_nzfh_erfurt_271107_dji.pdf (01.10.2008)

Sann, A. (2008): Frühe Hilfen für Familien in schwieriger sozialer Lagen. Vortrag beim Praxistag Integration und Gesundheit. Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin, 26. Juni 2008

Schone, R. (2008): Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe-AGJ (Hg.), Berlin



Herausgeber:
Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

www.ms.niedersachsen.de

Bearbeitung:
Dr. Erwin Jordan
Dr. Dirk Nüsken
Ilona Heuchel
Johannes Schnurr

ISA Institut für soziale Arbeit, Münster

www.isa-muenster.de

Oktober 2008

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen
der Landesregierung, nicht zur Wahlwerbung
in Wahlkämpfen verwendet werden.