

# Monatsschrift Kinderheilkunde

Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Elektronischer Sonderdruck für  
H. Geiger

Ein Service von Springer Medizin

Monatsschr Kinderheilkd 2012 · 160:876–886 · DOI 10.1007/s00112-012-2720-7

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

H. Geiger · G. Ellsäßer

## Netzwerk Familie – Frühe Hilfen in Vorarlberg

Ein vernetztes Angebot zur frühen Unterstützung von Familien

**Redaktion**

B. Koletzko, München  
 T. Lücke, Bochum  
 N. Wagner, Aachen  
 S. Wirth, Wuppertal  
 F. Zepp, Mainz

H. Geiger<sup>1</sup> · G. Ellsäßer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fachgruppe Kinder- und Jugendärzte, Dornbirn

<sup>2</sup> Abteilung Gesundheit, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Potsdam

# Netzwerk Familie – Frühe Hilfen in Vorarlberg

## Ein vernetztes Angebot zur frühen Unterstützung von Familien

### Hintergrund und Forschungslage

Einige Familien mit Kindern haben Probleme in der Bewältigung des Alltags. Die Prävention von Vernachlässigung bei Kindern sollte daher in einem allgemeinen Gesundheitsförderungsprogramm eingebettet sein, das gesundes Aufwachsen von Kindern in Familien fördert [18]. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern in Familien im Sinne eines differenzierten Ansatzes bedürfen einer abgestimmten Zusammenarbeit der miteinander kooperierenden Einrichtungen [20]. Wirtschaftliche Not, soziale Ausgrenzung, belastende Lebensereignisse und psychische Krisen können bei fehlenden Ressourcen der Eltern zur Vernachlässigung von Kindern führen [4]. In wohlhabenden Ländern ist nach Gilbert et al. [8] jedes 10. Kind von Vernachlässigung oder Misshandlung betroffen. Esser u. Weinel [6] schätzten, dass 5–10% aller in Deutschland lebenden Kinder von Vernachlässigung betroffen sind, wobei das Risiko durch Kumulation von Belastungsfaktoren steigt [23].

Häuser et al. [10] ermittelten 2010 anhand einer repräsentativen Stichprobe von insgesamt 2504 befragten Personen im Alter von 14 bis 90 Jahren (Mittelwert 50,6 Jahren) mit der deutschen Kurzform des CTQ („Childhood Trauma Questionnaire“) die Prävalenzraten für Misshandlungen in der Kindheit und Jugend. Angaben über eine schwere emotionale Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend

machten 6,6% und über schwere körperliche Vernachlässigung 10,8%.

Eine systematische Analyse auf der Basis der europäischen IDB („injury data base“) von 573 Kindern und Jugendlichen, die aufgrund einer Verletzung ambulant oder stationär im Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus, Brandenburg, behandelt wurden, zeigte, dass allein bei 8% dieser Kinder eine gewaltbedingte Verletzung vorlag und ein Unfall ausgeschlossen werden konnte [5].

Die WHO („World Health Organization“) benannte in ihrem Weltbericht Gewalt und Gesundheit [24] die folgenden sozialen Merkmale als Hochrisikofaktoren bei gewaltbedingten Verletzungen von Kindern:

- unerwünschte Schwangerschaft,
- junge Mutterschaft (<20 Jahre),
- niedriges Bildungsniveau (Armut),
- fehlendes Sozialkapital sowie
- psychische/psychiatrische Erkrankung der Eltern und
- v. a. die Kumulation von Risikofaktoren.

Nach Laucht et al. [13] geht das bewusste oder unbewusste Vorenthalten einer essenziellen Versorgung in materieller, emotionaler oder kognitiver Hinsicht in der frühen Lebensphase eines Kindes mit hohen Risiken bezüglich dessen Entwicklung mit langfristigen gesundheitlichen Folgen einher. Diese ergeben sich insbesondere durch die Ausbildung pathologischer Bindungsmuster [9]. Fehlende Möglichkeiten zur Entwicklung einer sicheren Bindung erhöhen die Wahrscheinlichkeit,

körperliche und seelische Schäden zu erleiden [1]. Felitti [7] konnte in der ACE-Studie (ACE: „adverse childhood experiences“) zeigen, dass die psychischen und auch physischen Beeinträchtigungen der misshandelten Kinder z. T. lebenslang anhielten und ihre Lebensqualität einschränkten.

Die Datenlage zu Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern in Deutschland lässt einen hohen Handlungsbedarf erkennen. Primärpräventive und komplexe familienbezogene Maßnahmen wurden in den USA [12] und in England [2] bereits erprobt und als erfolgreich bewertet. Eine frühzeitig einsetzende Unterstützung der Familien, so die amerikanischen und englischen Studienergebnisse zu den Programmen „nurse family partnership“ und „home visiting“, konnten z. B. die Eltern-Kind-Beziehung verbessern, die gesundheitliche Entwicklung der Kindern fördern und soziale Belastungen vermindern [19]. In Deutschland zeigten erste Ergebnisse der Modellprojekte Frühe Hilfen (1829 Familien, Stand April 2010), dass diese komplexe Intervention zur Akzeptanz der Hilfen durch die Familien und somit zu ihrer Unterstützung beitrug. Dies konnte u. a. anhand der überdurchschnittlich hohen Teilnahmequote minderjähriger Mütter festgestellt werden. Das Bündel an Maßnahmen beruhte auf 6 *Qualitätsdimensionen* [15]:

- systematischer Zugang zur Zielgruppe,
- Motivation der Familien, Unterstützung anzunehmen;

Hier steht eine Anzeige.



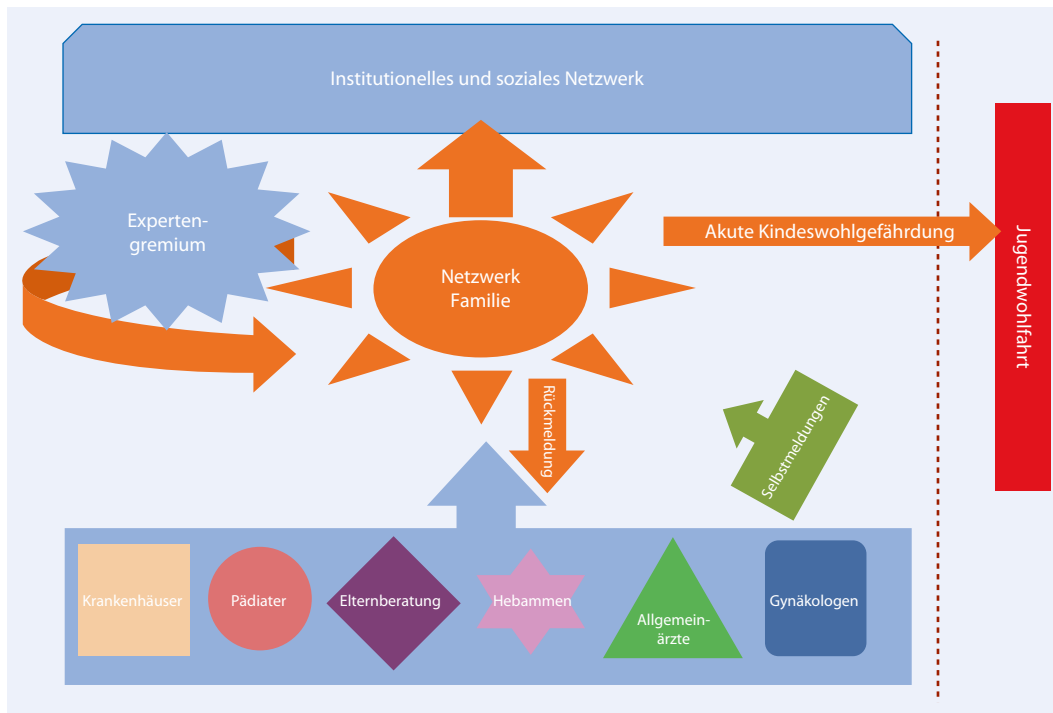


Abb. 1 ◀ Netzwerkstruktur und Prozesse

- frühe und systematische Erkennung von Risikokonstellationen, welche die Entwicklung des Kindes gefährden;
- Angebot passgenauer Hilfen für die Familien durch ein wohnortnahes vernetztes Hilfesystem;
- Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung und
- Verankerung der *Frühen Hilfen* im Regelsystem.

## Projekt Netzwerk Familie

### Projektpartner und -ziele

In Kooperation mit der Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde der Ärztekammer Vorarlberg, dem Vorarlberger Kinderdorf und dem Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg (aks) wurde das *Netzwerk Familie* gegründet. Im Rahmen eines Wettbewerbs der Jugendwohlfahrt des Bundeslandes Vorarlberg, Österreich, wurde das Projekt in den Jahren 2009 und 2010 in den Bezirken Dornbirn und Feldkirch durchgeführt. Dabei wurde ein Bündel von Maßnahmen mit 4 Schwerpunkten verfolgt:

1. Erschließung eines niederschweligen Zugangs zu Familien mit Belastungen;
2. frühzeitige und systematische Erkennung von Risikokonstellationen in den

3. Vermittlung von Familien mit Hilfebedarf an eine zentrale außerinstitutionelle Stelle und
4. Etablierung passgenauer Unterstützungsangebote vor Ort.

Der Schwerpunkt der Maßnahmen bezog sich auf schwangere Frauen und junge Familien mit Kindern unter 3 Jahren.

### Qualitätsdimensionen

Das Verfahren zur Etablierung der Netzwerkstruktur orientierte sich an den europäischen Empfehlungen zur Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte im Hinblick auf Projektentwicklung, Durchführung sowie Projektmanagement [14]. Begleitend erfolgte die Einrichtung eines Expertengremiums zur Klärung weiterer Maßnahmen bei besonders schwierigen Fallkonstellationen und auch zur Unterstützung der betreuenden Sozialarbeiter/-innen.

### Aufbau und Prozessabläufe des Netzwerks

Die Gruppe der Zuweisenden aus dem Gesundheitswesen wurde im Rahmen von

Fach- bzw. Bezirkstreffen eingehend informiert. Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung wurden kostenfreie Schulungen für Hebammen, Kinder- und Jugendärzte/-innen, Angehörige von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen und medizinische Fachangestellte angeboten, die neben dem Erkennen einer Eltern-Kind-Interaktionsstörung auch Gesprächsführung beinhalten. Speziell für die Mitglieder des Expertengremiums und der Steuerungsgruppe wurde ein Workshop zu juristischen Fragen wie Datenschutz bzw. Rechtsgüterabwägung durchgeführt. Der Kontakt zu den Familien erfolgte nach dem 4-Augen-Prinzip durch die Bereichsleitung und einer Sozialarbeiterin von *Netzwerk Familie*. Nach Einschätzung der familiären Belastung und Ressourcen wurden passende, regionale Unterstützungsangebote im sozialen Nahraum vermittelt.

Die Zuweisenden erhielten mit Einverständnis der Familie eine Rückmeldung über die erfolgte Kontaktherstellung sowie die vermittelte Maßnahme. Bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung wurde mit Einverständnis der Familie der Kontakt zur Jugendwohlfahrt hergestellt. Ein Expertengremium begleitete diesen Prozess.

In **Abb. 1** ist die Netzwerkstruktur dargestellt.

## Methodik der Begleitforschung

Die Untersuchung beruht auf einer deskriptiven Fallanalyse der Inanspruchnahme des Netzwerkes von 132 Familien (Eltern) im Zeitraum 2009/2010 und ebenso auf der fallbezogenen Darstellung der vermittelten regionalen Unterstützungsangebote. Alle Zuweisungen zum Projekt *Netzwerk Familie* wurden nach folgenden Merkmalen systematisch erfasst:

- soziodemografische Charakteristika der Familien und Alter der Kinder bei Vermittlung,
- Belastungsfaktoren der Familien in Anlehnung an Kindler [11],
- Struktur der zuweisenden Akteure und
- Art der vermittelten Unterstützungsangebote.

Zur Einschätzung der Belastungssituation der Familien wurde pro Belastungsmerkmal eine Bewertung zwischen 1 und 3 Punkten vergeben (■ **Tab. 1**). Die Ergebnisse wurden folgenden Kategorien zugeordnet:

- hoch (Belastungsscore 18 bis 54 Punkte),
- mittel (10 bis 17 Punkte),
- leicht (8 bis 9 Punkte) und
- gering (0 bis 7 Punkte).

Diese Kategorien wurden in Anlehnung an ein Ampelschema zur Verdeutlichung farblich unterlegt (■ **Abb. 5**).

## Hintergrunddaten

### Strukturdaten des Einzugsgebiets

Mit Stichtag 31.12.2010 waren in Vorarlberg 370.552 Menschen mit Hauptwohnsitz gemeldet, darunter 189.691 Einwohner (48,1%) in den Bezirken Feldkirch und Dornbirn (Landesstelle für Statistik, Vorarlberger Landesregierung). Der *Ausländeranteil* in Vorarlberg, hier über den Anteil von Schülern mit nichtdeutscher Umgangssprache dargestellt, lag mit 17,3% leicht über dem österreichischen Bundesdurchschnitt von 16,9% [16].

In den Jahren 2009 und 2010 gab es in Vorarlberg insgesamt 7619 Lebendgeborene. 61,1% der Neugeborenen (inklusive 64 Mehrlinge) entfielen auf die beiden

Monatsschr Kinderheilkd 2012 · 160:876–886 DOI 10.1007/s00112-012-2720-7  
© Springer-Verlag 2012

H. Geiger · G. Ellsäßer

## Netzwerk Familie – Frühe Hilfen in Vorarlberg. Ein vernetztes Angebot zur frühen Unterstützung von Familien

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Zur frühzeitigen Identifikation belasteter Familien wurde in Vorarlberg 2009 das *Netzwerk Familie* als Kooperationsprojekt zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten sowie Jugendwohlfahrt gegründet. Über eine außerinstitutionelle Anlaufstelle wurden wohnortnahe Hilfen in der Region vermittelt. **Methode.** Von 132 freiwillig teilnehmenden Familien wurden soziodemografische Charakteristika, Belastungsfaktoren und kindbezogene Merkmale standardisiert erfasst und ihre Belastungssituation kategorisiert. Es wurden eine Struktur- und Prozessanalyse durchgeführt.

**Ergebnisse.** *Familienbezogen:* Präpartal wurden 22 Frauen erreicht (10 Erstgebärende). Fast 70% der vermittelten Familien versorgten ein Baby unter 1 Jahr. Als hoch belastet wurden 12 Familien (9%) eingestuft. Einen

mittleren Belastungsgrad wiesen 40% auf, weniger belastet war rund die Hälfte.

*Prozessbezogen:* 72% der Zuweisungen erfolgten durch das medizinische Versorgungssystem, 20% durch soziale Beratungseinrichtungen, und 11 Familien meldeten sich selbst. Ortsnahe Unterstützungsangebote erhielten 123 Familien, 9 wurden lediglich begleitet.

**Schlussfolgerung.** Aufgrund der hohen Akzeptanz bei den Mitarbeitern und Familien wurde das Projekt in ein Regelangebot überführt.

### Schlüsselwörter

Frühe Hilfen · Belastungsfaktoren · Kindeswohlgefährdung · Vernetzung · Erfolgsfaktoren

## Network family – early assistance in Vorarlberg. Networked offers for timely family support

### Abstract

**Background.** In 2009, *Netzwerk Familie* (Network Family) was founded as a collaborative project of social, public and youth health services, in Vorarlberg, Austria, with the aim of identifying families under stress needing assistance. An extra-institutional contact point provided access to regional close-to-home support.

**Methods.** Sociodemographic characteristics, stress factors and child-related traits of 132 families who participated voluntarily were recorded using standardized methods, and their potential threat for children's welfare were categorized. This was followed by a structure and process analysis.

**Results.** *Family related:* Data from 22 prepartum women were collected (10 primipara). Almost 70% of the families surveyed were caring for a baby under the age of 1 year. Of

those families 12 (9%) were categorized as experiencing high levels of stress, 40% under moderate, and about half of them under low stress.

*Process related:* 72% were referred by the medical health care system, 20% by social counseling services, and 11 families reported directly to the program. A total of 123 families received local support offers, while 9 families were only given advice and offered support.

**Conclusion.** Due to the high acceptance by professionals and families involved, the project was converted into a standard offer.

### Keywords

Child welfare · Parent-child relations · Community health networks · Child abuse · Prevention

Geburtsabteilungen der Projektkrankenhäuser in Dornbirn und Feldkirch.

### Strukturdaten zu den Kooperationspartnern

Zum Stichtag 31.12.2010 gab es in den Bezirken Dornbirn und Feldkirch 2 pädiatrische und 2 gynäkologische Fachabtei-

lungen, 12 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, 27 Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, 112 niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und 13 frei praktizierende Hebammen. Darüber hinaus bestand ein dichtes Angebot von Elternberatungsstellen durch den freien Träger Connexia mit insgesamt 28 Standorten (■ **Abb. 2**).

**Tab. 1** Einschätzung der familiären Belastung (Punktescore) auf der Grundlage von Kindler [11]

Besondere (auch) soziale Belastungen	Score	
Alter der Mutter <20 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt	2	
Mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter <20 Jahre	2	
Unerwünschte Schwangerschaft	2	
Alleinerziehend	1	
Hinweise auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Schwangerschaft	3	
Mindestens ein Kind der Mutter in Pflege oder adoptiert	3	
Mutter mit Heimerziehung oder mehrfach wechselnden Bezugspersonen aufgewachsen	2	
Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrung der Mutter in ihrer Kindheit	2	
Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen	3	
Nikotinkonsum mehr als 20 Zigaretten am Tag	1	
Hinweise auf Alkoholprobleme bei Mutter oder Vater	3	
Hinweise auf einen Drogenkonsum durch Mutter oder Vater	3	
Kein qualifizierter Schulabschluss	1	
Finanzielle Notlage	1	
Soziale/sprachliche Isolation	1	
Sonstiges/Bemerkungen	1	
Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen	1	
<b>Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen</b>	Frühgeburtlichkeit	1
	Mehrlinge	1
	Angeborene/neonatal erworbene Erkrankungen	1
	Sonstiges/Bemerkungen	1
<b>Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes</b>	Wirkt am Kind desinteressiert	2
	Macht ablehnende Äußerungen über das Kind	2
	Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig	2
	Gibt das Kind auffallend häufig ab	2
	Übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen (z.B. sehr gestresst, wenn Kind schreit)	2
Kein Besuch auf der Geburtsstation	2	
<b>Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu sein</b>	2	
Sonstiges	1	
<b>Gesamtsumme der Items</b>		

## Ergebnisse

### Zielgruppe

Im Zeitraum 2009/2010 erhielt das *Netzwerk Familie* für insgesamt 162 Familien Betreuungsanfragen.

Bei 30 Familien kam es zu keiner Betreuung, weil die Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllt waren, da das Indexkind nicht unter 3 Jahre alt oder die Jugendwohlfahrt bereits involviert war. In 2 Fällen lehnte die Familie ab.

Bezogen auf 4657 Geburten in den Bezirken Dornbirn und Feldkirch der Jahre 2009/2010 belief sich der Anteil der betreuten Familien auf 2,8%. Von den 132 zugewiesenen Familien wurden 24 (18%) aufgrund der Risikoeinschätzung direkt

an die Jugendwohlfahrt weitervermittelt. Bei 51 (39%) konnte die Betreuung noch während der Projektlaufzeit abgeschlossen werden.

### Charakteristika der Familien

#### Familienstruktur

Von den 132 Familien lebten 97 (73%) als Kernfamilie, in 31 (23%) Fällen waren die Mütter alleinerziehend, in 3 Fällen bestanden Patchworkkonstellationen und in 1 Fall lebten die Kinder bei den Stiefeltern.

48% der Mütter kamen aus Österreich und 23% aus der Türkei, die den höchsten Anteil der anderen Herkunftsländer ausmachte (■ **Tab. 2**).

In 110 Fällen waren insgesamt 123 Kinder (inklusive Mehrlinge) der Grund des

**Tab. 2** Soziodemografische Merkmale der Familien

Familien im Netzwerk	Anzahl	Anteil (%)
Familien insgesamt	132	100
<b>Familienstruktur</b>		
Kernfamilie	97	73
Alleinerziehende Eltern	31	23
Stiefeltern	1	1
Patchworkfamilie	3	2
<b>Alter der Mutter</b>		
Unter 21 Jahren	19	14
22 bis 30 Jahre	57	43
31 bis 40 Jahre	41	31
Über 40 Jahre	7	5
Nicht erhoben	8	6
<b>Anzahl Kinder pro Familie</b>		
1 Kind	47	36
2 Kinder	37	28
3 Kinder	24	18
4 Kinder	9	7
<b>Herkunftsland der Mutter</b>		
Österreich	64	48
Türkei	30	23
Deutschland	7	5
Andere	31	23

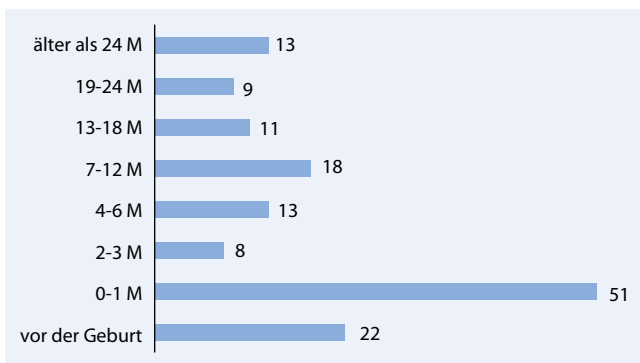
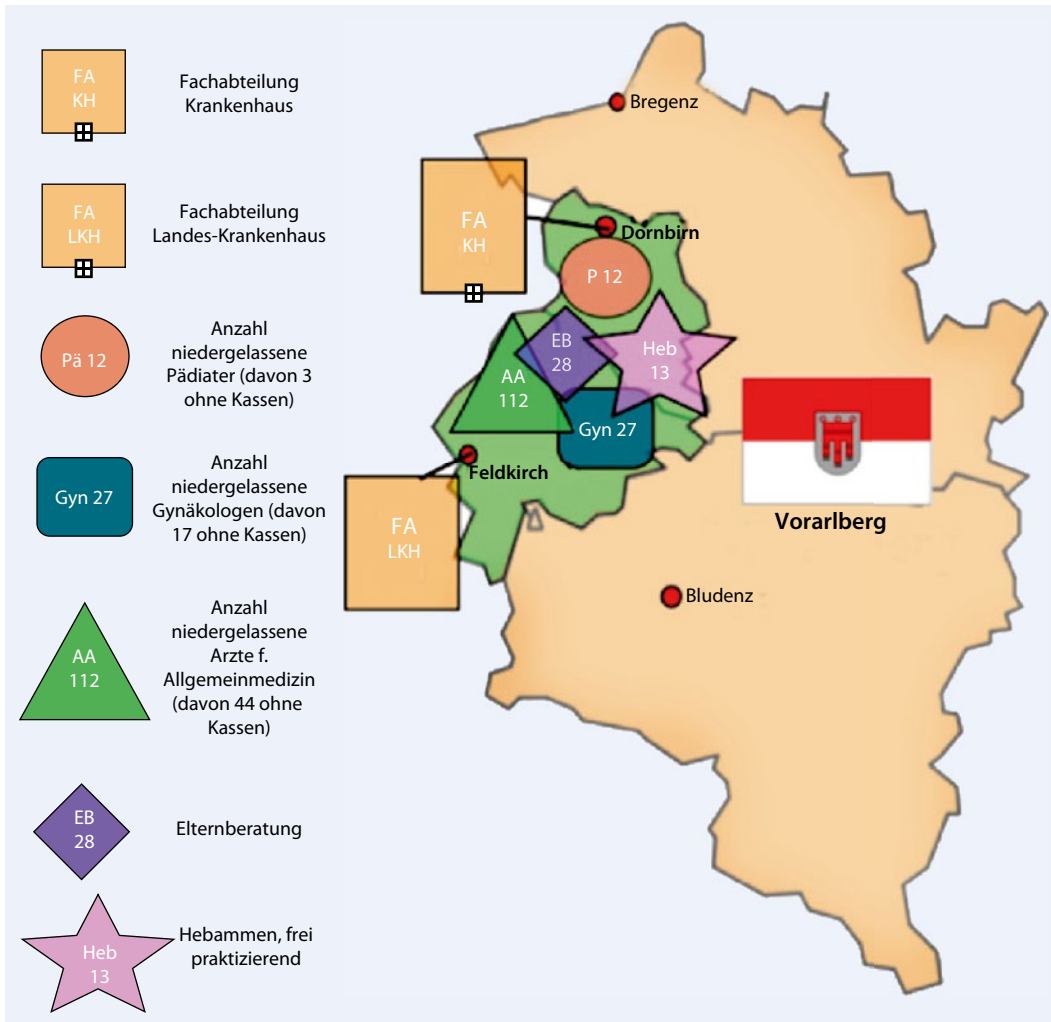
Erstkontakts, 73% davon waren unter 1 Jahr alt und 41% unter 1 Lebensmonat (■ **Abb. 3**). Vor der Geburt der Kinder wurden 22 (17%) Frauen erreicht, darunter unter 10 Erstgebärende.

### Familiäre und kindbezogene Belastungsfaktoren

Die am häufigsten festgestellten familiären Belastungsfaktoren betrafen besondere psychosoziale Konstellationen (in absteigender Reihenfolge): soziale und somit auch sprachliche Isolation, finanzielle Notlagen, kein qualifizierter Schulabschluss, unerwünschte Schwangerschaft, Status der Alleinerziehung, psychische Erkrankung der Mutter, Mutter unter 20 Jahre alt, schwere Paarkonflikte, Mutter mit Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrung in der eigenen Kindheit und Drogen bzw. Alkoholkonsum der Eltern (■ **Abb. 4**).

Bei 48 (36%) Familien bestand ein erhöhter Fürsorgebedarf des Kindes bzw. der Kinder verbunden mit einer Annahme- bzw. Versorgungsproblematik. Gründe waren beispielsweise die Frühgeburt





des Kindes, Mehrlinge oder chronische Erkrankungen. Bei 88 (67%) der Familien waren diese Belastungen mit starken Zukunftsängsten verbunden.

Anhand eines abgestuften Punktesystems nach Belastungsfaktoren (■ Tab. 1) wurden Kategorien für eine Einstufung der potenziellen Gefährdungslage der Familien entwickelt (■ Abb. 5).

Eine leichte Belastung mit einer maximalen Punktzahl von 7 zeigten 42 der betreuten Familien. Hier standen finanzielle Sorgen, Überforderung durch Mehrlings- oder Frühgeburten oder auch Unsicherheit im Umgang mit dem Kind im Vordergrund.

Eine leichte bis mittlere Belastung (gelbe Kennzeichnung in ■ Abb. 5) zeigten 25 Familien. Belastungen bestanden

durch soziale Isolation und finanzielle Sorgen. Erschwerend kamen in dieser Gruppe Gewalterfahrungen, fehlender Schulabschluss und unerwünschte Schwangerschaft hinzu. Bezogen auf die Kinder fanden sich Mehrlingsgeburten und Kinder mit angeborenen Erkrankungen. Bei einem Teil der Mütter konnten Interaktionsprobleme mit fehlender Wahrnehmung kindlicher Signale festgestellt werden.

Bei 53 (40%) Familien wurde ein mittlerer Belastungsgrad (10 bis 17 Punkte, in ■ Abb. 5 orange gekennzeichnet), mit mehreren Risikofaktoren festgestellt: unerwünschte Schwangerschaft, Schwierigkeiten in der alltäglichen Versorgung des Babys, Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion, beispielsweise aufgrund einer psychischen Erkrankung.

Zur Gruppe der hochbelasteten Eltern (in ■ Abb. 5 rot gekennzeichnet) zählten 12 Familien. Hier kam es zur Kumulation

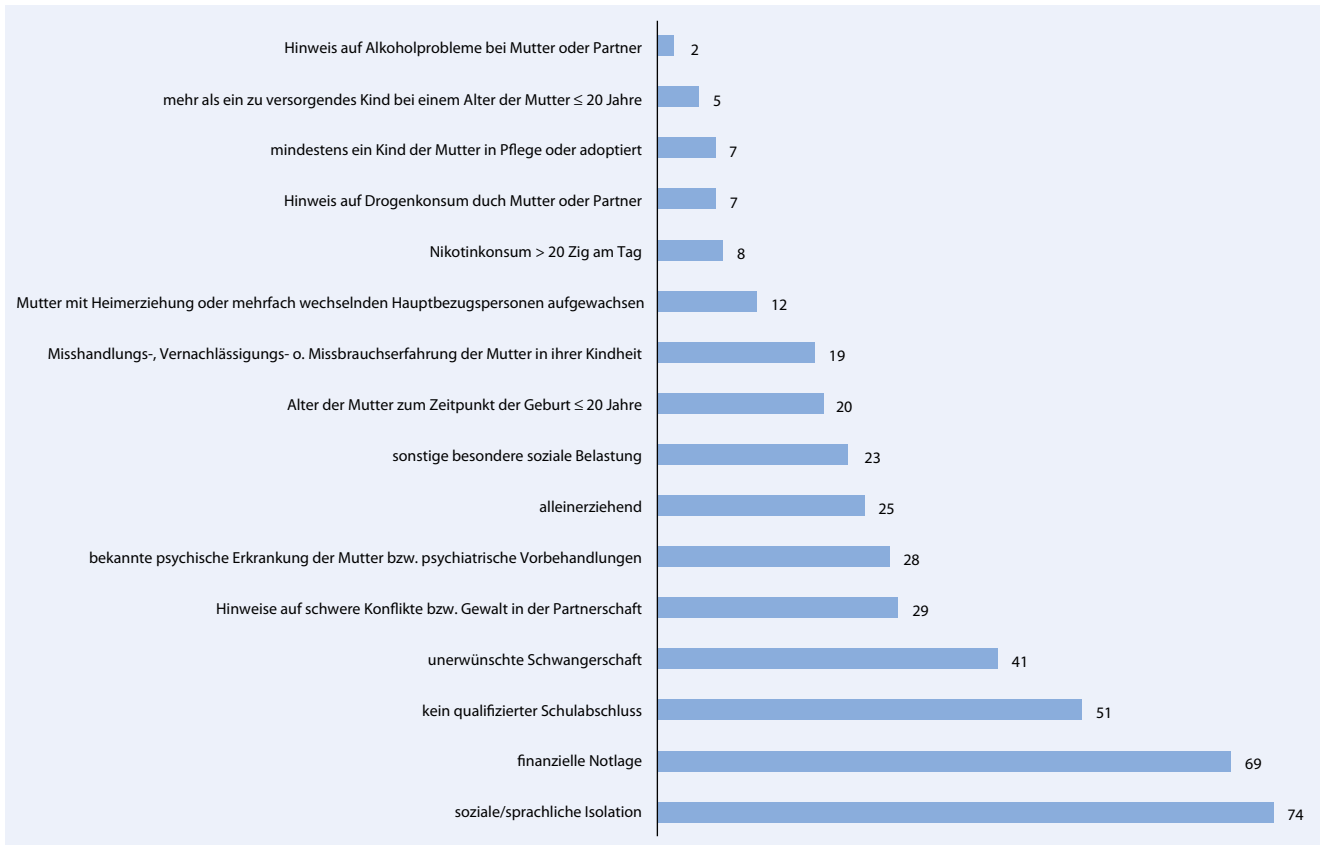


Abb. 4 ▲ Psychosoziale Belastungen (Mehrfachnennungen), Zig Zigaretten

schwerwiegender Belastungsfaktoren wie eigene Gewalterfahrungen, Drogenabhängigkeit, drohende Inhaftierung, psychische Erkrankung der Mutter.

Insgesamt wurden 24 Familien *mit ihrer Zustimmung* an die Jugendwohlfahrt weitervermittelt: In 17 Fällen wurde empfohlen, dass die Jugendwohlfahrt einen ambulanten Familiendienst zur Unterstützung der Familien zur Verfügung stellt. In den restlichen 7 Fällen musste zur Abwendung einer akuten Kindeswohlgefährdung unmittelbar die Jugendwohlfahrt eingeschaltet werden.

### Selbstmeldungen

Direkt an *Netzwerk Familie* wandten sich 11 Familien. Dabei meldeten sich nicht nur Familien mit österreichischer, sondern auch mit türkischer Nationalität. Der Risikoscore dieser Gruppe lag zwischen 2 und 9 Punkten, die Kontaktfrequenz zwischen 3 und 23.

Im Vordergrund standen kindbezogene Gründe mit Überforderungs- und Zukunftsängsten.

### Struktureller Zugang zu Beratung und Hilfe

Über das medizinische Versorgungssystem erfolgten 72% der Zuweisungen, an erster Stelle durch die Krankenhäuser, gefolgt von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, während niedergelassene Gynäkologen, Hebammen und praktische Ärzte nur wenige Familien vermittelten. Der Anteil an Zuweisungen durch die sozialen Beratungseinrichtungen betrug 20%.

### Unterstützungsangebote

Für die große Mehrzahl der Familien wurde bereits innerhalb des ersten Monats der Betreuung eine passende Unterstützung gefunden. ■ **Abb. 6** zeigt die verschiedenen Beratungsstellen, die nach ihrer Häufigkeit gelistet eingebunden wurden. Zu weiteren 24 Einrichtungen fand zumindest einmal ein Kontakt statt (■ **Info-box 1**). Großer Bedarf bestand an einer Haushaltshilfe durch Familienhelferinnen sowie an einer Unterstützung bei der Pflege von Kindern vor Ort durch Ge-

sundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen. Die am häufigsten nachgefragte soziale Unterstützung bezog sich auf Wohnraumbeschaffung und finanzielle Hilfen. Für 10 Kinder konnte eine Betreuung organisiert werden.

### Betreuung

Insgesamt erfolgten 1476 Familienkontakte, im Durchschnitt 11,2. Die Kontaktfrequenz variierte zwischen einem einzigen Mal und maximal 54 Kontakten.

Alle 132 Familien wurden mit Stichtag 31.12.2010 durchschnittlich über einen Zeitraum von 8,2 Monaten betreut (Minimum 2 Tage und Maximum 680 Tage).

Bei 51 (39%) Familien konnte die Betreuung nach durchschnittlich 5,4 Monaten (Minimum 2 Tage und Maximum 512 Tage) erfolgreich abgeschlossen werden.

### Expertengremium

In 24 (18%) Fällen wurde das Expertengremium einbezogen, darunter in 3 Fällen wiederholt. Dieses Gremium tagte monatlich. Das multiprofessionell zusammen-



Hier steht eine Anzeige.



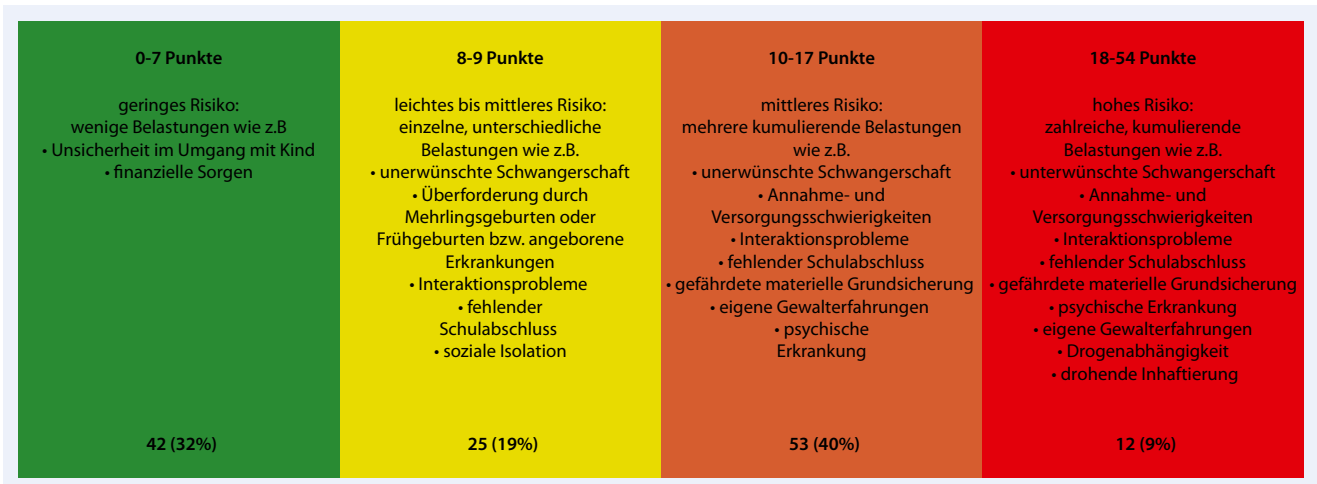


Abb. 5 ▲ Farbliche Kategorisierung der potenziellen Gefährdungslage auf Grundlage einer standardisierten Erfassung der Belastungsfaktoren nach Kindler [11]

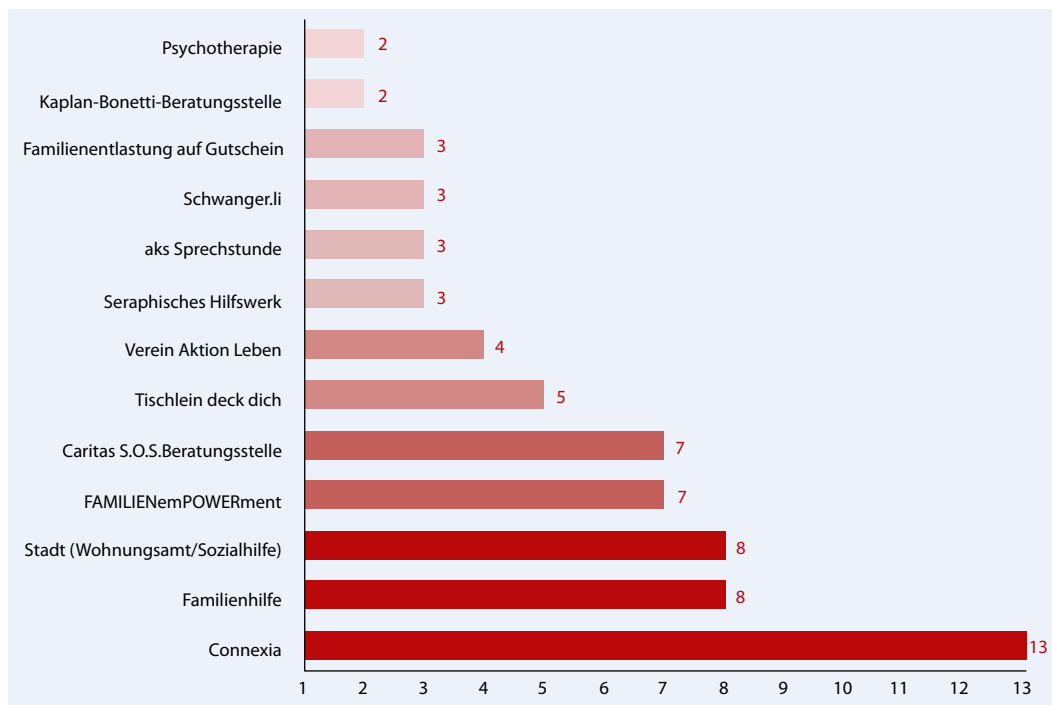


Abb. 6 ◀ Anzahl der mehrfach vermittelten Einrichtungen und Organisationen, aks Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg

gesetzte Team aus den Berufsfeldern Medizin, Psychologie, Pädagogik, Kinderschutz, Sozialarbeit und Jugendwohlfahrt trat nicht nur zu Fallbesprechungen zusammen, sondern auch, um die Angebote des Netzwerks weiterzuentwickeln. Zusätzlich wurden bei speziellen Fragen Fachpersonen anderer Institutionen herangezogen.

### Akzeptanz der Angebote und Kooperation der Akteure

Über den Zeitraum April 2010 bis August 2010 erfolgte eine externe Evaluation, in welcher 3 Projekte von frühen

Hilfen in Vorarlberg bewertet wurden. Die qualitative und quantitative Datenerhebung durch Distler [3] orientierte sich methodisch am Modell der Politikevaluation von Sager [22]. Die Prozessevaluation über eine Online-Befragung der zuweisenden Akteure und Experteninterviews ergab, dass die Vernetzung im Projekt nicht nur erfolgreich gelungen war, sondern sogar die Erwartungen übertraf.

Darüber hinaus wurden leitfadengestützte Interviews mit den betreuten Müttern durchgeführt. Diese äußerten

sich überwiegend als mit der Unterstützung durch *Netzwerk Familie* „sehr zufrieden“. Die befragten Mütter beschrieben beispielsweise Veränderungen in der Qualitätsdimension *Verhalten*. Die kontinuierliche Unterstützung ermöglichte es ihnen, selbst neue Lösungswege zu finden. So erreichten sie auch eine größere Selbstsicherheit im Umgang mit den Ämtern. Darüber hinaus konnten einige ihre Lebensqualität verbessern, beispielsweise durch eine neue Wohnsituation. Mütter von chronisch kranken Kindern fühlten sich erstmalig in die Lage

## Infobox 1 Mindestens einmal vermittelte Einrichtungen und Organisationen

1. LKH (Landeskrankenhaus) Rankweil
2. Femail
3. Lebenshilfe
4. Katastrophenhilfe österreichischer Frauen
5. Mehlingse Elternverein
6. WG für Mutter & Kind (WG: Wohngemeinschaft)
7. Kleiderlager VlbG. Kinderdorf
8. Privater Wohnungsmarkt
9. Raiba Dornbirn – Spendengeld
10. Gemeindearzt
11. Früh.start
12. Besuchscafé VlbG. Kinderdorf
13. IfS (Beratung, Gewalt, Schulden usw.; IfS: Institut für Sozialdienste)
14. Elternbildung EKIZ DO (Eltern-Kind-Zentrum Dornbirn)
15. Fremdenpolizei
16. Patientenanwalt
17. Vogewosi
18. Vereine (Tennis, Marathon)
19. Mobiler Hilfsdienst
20. Eltern- und Familienzentrum – EFZ
21. Kinderbetreuungseinrichtungen
22. Sprachförderung
23. Geburtsvorbereitung
24. Österreichischer Integrationsfonds

versetzt, notwendige Therapien für ihre Kinder in Anspruch nehmen zu können, da die Betreuung der Geschwisterkinder verlässlich organisiert werden konnte.

## Diskussion

Der Sachverständigenrat definierte im Jahr 2009 folgende Qualitätsanforderungen an frühe Hilfen [21]:

- niederschwelliger und strukturierter Zugang zur Zielgruppe,
- systematisches Erkennen von Risiken,
- Motivation der Familien zur aktiven Teilnahme,
- Anpassung der Hilfen an den Bedarf der Familien,
- Verlaufsbeobachtung und
- Verankerung im Regelsystem.

Um diese Anforderungen erfüllen zu können, ging dem Aufbau von *Netzwerk Familie* eine intensive Planungs- und Vorbereitungsphase voraus. Über Fortbildungen wurden die Ärzte und das medizinische Fachpersonal sensibilisiert, um belastete Familien mit Kindern auf freiwilliger Basis frühzeitig an eine zen-

trale Stelle vermitteln zu können. Durch persönliche Besuche der Mitarbeiterinnen von *Netzwerk Familie* in den Praxen und auch durch deren Anwesenheit auf Bezirksärzte- und Fachgruppentreffen entwickelte sich allmählich flächendeckend ein hoher Informationsgrad über die Möglichkeiten des Netzwerks.

Darüber hinaus wurde ein Expertengremium etabliert, das sich aus allen relevanten Berufsgruppen zusammensetzte, insbesondere aber den Akteuren des ansonsten eher separiert agierenden Jugendwohlfahrtsbereichs und des Gesundheits- und Sozialsystems. Diese wichtige Struktur erwies sich durch ihre regionale Verankerung als wertvolle und notwendige Unterstützung für die mit den Familien befassten Fachkräfte. Die im Rahmen der anonymisierten Fallvorstellungen auftretenden Fragestellungen konnten im *Miteinander* der Professionen beantwortet werden, was die Arbeit der Fachkräfte mit den Familien sicherte. Supervision und Reflexion in einem multidisziplinären Team sowie die freiwillige Teilnahme der Familien bildeten unserer Erfahrung nach die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Case- und Care-Management.

Die Ergebnisse des Projekts zeigen, dass die Hilfen zur Zufriedenheit der Eltern passgenau vermittelt werden konnten. Auch bei Eltern in einer akuten Belastungssituation mit Gefährdung des Kindeswohls gelang es, Maßnahmen der Jugendwohlfahrt einvernehmlich einzuleiten. Damit erfüllte das Projekt die Anforderung, durch geeignetes Screening frühzeitig sowohl Belastungen als auch Ressourcen festzustellen, um eine potenzielle Gefährdungslage einschätzen zu können [17].

Diese Struktur der außerinstitutionellen und frühzeitigen Organisation von Hilfen in der Region konnte das Gesundheitswesen entlasten, da im vernetzten System den Familien aus einer Vielzahl von Möglichkeiten Unterstützung angeboten werden konnte. Darüber hinaus bestand für die Zuweisenden die Sicherheit, dass die betroffenen Familien kompetent begleitet wurden. Sie erhielten immer eine Rückmeldung, ob die Familien in die Betreuung aufgenommen wurden, oder auch, wenn es zu Abbrüchen kam. Durch eine strukturierte und systemati-

sierte Kooperation des Gesundheitssystems mit den Sozialdiensten und der Jugendwohlfahrt konnten sowohl familiäre als auch institutionelle Ressourcen frühzeitig genutzt werden.

## Fazit für die Praxis

**Das Erkennen von Belastungsfaktoren bzw. einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion durch geschultes medizinisches Personal der Gesundheitsdienste eröffnet die Chance, präventive und familienzentrierte Maßnahmen frühzeitig zu vermitteln. Durch solch eine gezielte Intervention kann einer Verfestigung der Problemmuster präventiv begegnet werden.**

## Korrespondenzadresse



### Dr. H. Geiger

Fachgruppe Kinder- und Jugendärzte  
Dr. Anton-Schneider-Straße 27,  
A-6850 Dornbirn  
Österreich  
hgeiger@aon.at

**Danksagung.** Besonderer Dank gilt Mag. Alexandra Werner für die Erfassung der Falldaten und Dr. Dorothea Grieger für die sozialwissenschaftlichen Hinweise.

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor weist für sich und seinen Koautor auf folgende Beziehungen hin: Dr. H. Geiger steht seit Februar 2009 als fachlicher Leiter der Gesundheitsvorsorge in einem Beschäftigungsverhältnis des Arbeitskreises für Vorsorge und Sozialmedizin.

## Literatur

1. Brisch KH (2007) Bindungen und Umgang. Vortrag auf dem 17. Deutschen Familiengerichtstag. Brühler Schriften zum Familienrecht, Bd 15. Giesecking, Bielefeld
2. Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill C (2004) Antenatal and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. Health Development Agency, London
3. Distler S (2010) Evaluation: „Frühe Hilfen“. Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Jugendwohlfahrt und des Fonds Gesundheit Österreich. Land Vorarlberg (Hrsg), Bregenz
4. Egle U (2009) Welche Auswirkungen können Verletzungen des Kindeswohles auf Kinder haben? In: Kinderschutzzentrum Berlin e. V. (Hrsg) Kindeswohlgefährdung Erkennen und Helfen. Kindeswohlgefährdung aus neurobiologischer Sicht. Kinderschutzzentrum Berlin e. V., Berlin
5. Erlen T, Ellsäber G (2010) Die Gesichter der Opfer – Auswirkungen von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen erkennen. *Padiatr Prax* 75:387–395

6. Esser G, Weinel H (1990) Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinius J, Frank R (Hrsg) Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Huber, Bern Stuttgart Toronto
7. Felitti VJ (2002) The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. *Z Psychosom Med Psychother* 48:359–369
8. Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K et al (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373(9657):68–81
9. Grossmann K, Grossmann KE (2008) Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit, 4. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
10. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Dtsch Arztebl* 108:17
11. Kindler H (2009) Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen T, Schönecker L, Kindler H (Hrsg) Frühe Hilfen im Kinderschutz. Juventa, Weinheim
12. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR et al (1997) Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, child injuries and repeated child bearing, a randomized controlled trial. *JAMA* 278:644–652
13. Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2000) Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikostudie. *Z Klin Psychol Psychother* 29:4
14. Naidoo J, Wills J (2010) Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2. Aufl. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (Hrsg) Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen. BZgA, Köln, S 427–452
15. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009) Materialien zu Frühen Hilfen, Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen, internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandard und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln. <http://www.fruehehilfen.de>, Zugriffen: 06.05.2012
16. Österreichischer Integrationsfond (2011) Integration in Vorarlberg: Zahlen und Fakten. In: Österreichischer Integrationsfond (Hrsg) Integration im Fokus, Statistisches Jahrbuch 2010, Ausgabe 2/2010. Österreichischer Integrationsfond, Wien, [http://www.integrationsfonds.at/publikationen/zahlen\\_und\\_fakten/statistisches\\_jahrbuch\\_2011/bevoelkerung](http://www.integrationsfonds.at/publikationen/zahlen_und_fakten/statistisches_jahrbuch_2011/bevoelkerung). Zugriffen: 06.05.2012
17. Paul M, Backes J (2008) Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. *Monatsschr Kinderheilkd* 156:662–668
18. Pott E, Fillinger U, Paul M (2010) Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53:1166–1172
19. Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW (2009) Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreat* 14(2):182–206
20. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bd I.3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn. Kurzfassung: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>. Zugriffen: 06.05.2012
21. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn, S 243
22. Sager F (2007) Politikevaluation, Skriptum Teil 2. Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern
23. Schone R (2007) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. In: Ziegenhain U, Fegert M (Hrsg) Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär, Bd 15. Reinhardt, München, S 52–65
24. Weltgesundheitsorganisation (2003) Report on violence and health. WHO, Genf

# Hier steht eine Anzeige.

 Springer