

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

**Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter:
Eine qualitative Studie zur Kooperation
zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen**

**Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades der Humanbiologie der
Medizinischen Fakultät der
Universität Ulm**

Angelika Schöllhorn

Ulm

2011

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Ute Ziegenhain

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

Tag der Promotion: 16. Dezember 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Prävention von Kindeswohlgefährdung und Frühe Hilfen.....	1
1.2	Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe bei der Prävention von Kindeswohlgefährdung	13
1.3	Fragestellung.....	26
2	Material und Methoden.....	29
2.1	Vorbereitungen	29
2.2	Beschreibung der Untersuchungsgruppe	31
2.3	Erhebungsmethode	34
2.4	Auswertungsmethode	35
2.5	Gütekriterien	62
3	Ergebnisse	70
3.1	Ergebnisse zur aktuellen Situation in der Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung	70
3.2	Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und erforderliche Rahmenbedingungen: Ergebnisse des ersten Analysezyklus	78
3.3	Kooperationsprofile der Institutionengruppen: Ergebnisse des zweiten Analysezyklus.....	95
3.4	Mechanismen der Kooperation am Beispiel der Jugendämter und der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens: Ergebnisse des dritten Analysezyklus'	105
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	122

4	Diskussion	126
4.1	Die Organisation der Kooperation.....	126
4.2	Herausforderungen für die Institutionen in Bezug auf die Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung.....	130
4.3	Herausforderungen für die Politik in Bezug auf die Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung	137
4.4	Methodik und methodische Limitation.....	140
4.5	Ausblick.....	141
5	Zusammenfassung.....	145
6	Literaturverzeichnis.....	147
	Anhang	159
	Danksagung.....	174

Abkürzungsverzeichnis und Erläuterungen

Ä	Ärztin
ATLAS.ti	Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltags-Sprache –Textinterpretation. Programm zur computerunterstützten qualitativen Forschung
DIfU	Deutsches Institut für Urbanistik
DJI	Deutsches Jugendinstitut
E	Expertin / Experte
eIA	explizierende Inhaltsanalyse
FT	freier Träger der Jugendhilfe
GebKli	Geburtsklinik
GTM	Grounded Theory Methodologie
GW	Gesundheitswesen
HU	Hermeneutic Unit
HzE	Hilfen zur Erziehung (werden beim Jugendamt beantragt und gewährt)
I	Interviewerin
IOM	Institute of Medicine of the National Academies
IUS (ISS)	Interpretations-Unterstützungs-System (Interpretation Support System)
JA	Jugendamt
JH	Jugendhilfe
Kita	Kindertageseinrichtung
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
Ö	öffentlicher Träger der Jugendhilfe oder des Gesundheitswesens
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PDOC	Primary Document (Begriff aus ATLAS.ti)
QIA	Qualitative Inhaltsanalyse
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ‚Gesetzliche Krankenversicherung‘
SGB VIII	Achtes Buch Sozialgesetzbuch ‚Kinder- und Jugendhilfe‘
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch ‚Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen‘
vA	vergleichende Analyse

Wo es für den Lesefluss hilfreich war, wurden Codes, Kodefamilien und die Hauptkategorien bzw. Bereiche dieser Hauptkategorien durch folgenden Schriftsatz gekennzeichnet:

„...“	Kennzeichnung von Kodes
<i>Kursiv</i>	Kennzeichnung von Kodefamilien
Fett	Kennzeichnung von Hauptkategorien und Bereichen der Hauptkategorien
[]	Ergänzungen der Verfasserin in zitierten Texten
[...]	durch die Verfasserin vorgenommene Auslassungen in zitierten Textstellen

1 Einleitung

Die Frage, wie Kinder vor Gefährdungen durch Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch geschützt werden können, beschäftigt Gesellschaft, Fachkräfte und Politik seit dem 19. Jahrhundert. Dabei wurden im historischen Wandel immer wieder unterschiedliche Schwerpunkte von Gefährdung diskutiert, wie gesundheitliche Gefährdungen, sexueller Missbrauch oder institutionelle Betreuung und Erziehung. Diese Themen spiegeln jeweils auch aktuelle gesellschaftliche Veränderungen, zum Beispiel zum Wert von Kindern und dem Verhältnis zwischen Eltern und Kindern, wider (Hacking 1991).

Derzeitige Diskussionen in Deutschland um das Kindeswohl sind schwerpunktmäßig von den Fragen geprägt, wie Familien angesichts zunehmender Verunsicherung in ihrer Erziehungsarbeit unterstützt und wie Risikosituationen in Familien früh erkannt und wirksam beantwortet werden können, um negative Auswirkungen auf die weitere Entwicklung zu verhindern oder zu mildern. Gründe für diese Themen liegen in der Individualisierung von Lebensläufen und in gesellschaftlicher Mobilität, die mit dem Verlust sozialer Bindungen, sozialer Unterstützung und auch sozialer Kontrolle im unmittelbaren Wohnumfeld einhergeht. Ein afrikanisches Sprichwort sagt „It takes a village to raise a child“. In unserer Gesellschaft nehmen vermehrt institutionelle Erziehung und professionelle Unterstützung den Platz der Bezüge innerhalb des ‚Dorfes‘ ein. Dies mag für den Schutz von Kindern vor Gefährdungen entsprechend gelten.

Bezüglich der Prävention von Kindeswohlgefährdung werden drei wesentliche Forschungsschwerpunkte sichtbar. Der Kontakt zwischen Familien mit Kindern und Professionellen, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen beteiligten Professionen und, darüber hinaus, das systematische Lernen aus Fehlern. In der Praxis zeigt sich, dass die geforderte Kooperation der Fachkräfte, insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe, häufig mit Reibungsverlusten verbunden ist, ohne dass deren Bedingungen bisher hinreichend untersucht und geklärt wurden.

1.1 Prävention von Kindeswohlgefährdung und Frühe Hilfen

1.1.1 Von den Schwierigkeiten einer Definition

Obschon die gesellschaftliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Misshandlungen von Kindern und Jugendlichen eine gewisse Tradition hat, gibt es nach wie vor keine allgemein gängigen Definitionen der unterschiedlichen Formen von Gefährdung (z. B. Herrenkohl 2005). Jud (2011) führt aus, dass die Gründe für einen

mangelnden Konsens unter anderem darin liegen, dass unterschiedliche Systeme mit unterschiedlichen Ansprüchen um Definitionen ringen. Auf der einen Seite stehe die der Suche nach Ursachen und Konsequenzen verpflichtete Wissenschaft, auf der anderen Seite Gesetzgeber und Versorgungssysteme, die knappe Ressourcen auf dringliche Probleme anwenden müssen. Dabei seien sie politischen und gesellschaftlichen Strömungen ausgesetzt (Herrenkohl 2005, Chicchetti et al. 2005). Zudem gebe es keine einheitlichen Standards, was als vertretbare elterliche Erziehungspraxis gelte, abhängig von historischen und kulturellen Rahmenbedingungen ändere sich diese Schwelle, verschiedene Professionen setzten unterschiedliche Schwellen (Frank 2007). Weiterhin bestehe Uneinigkeit, ob Kindesmisshandlung basierend auf den Handlungen der Verursacher, auf den Auswirkungen auf das Kind, den Bedingungen im Umfeld oder einer Kombination dieser Elemente definiert werden sollte und ob eine tatsächliche Schädigung des Kindes oder auch eine potentielle, in Kauf genommene Schädigung als Misshandlung gelte (Herrenkohl 2005, Chicchetti et al. 2005).

Von sozialwissenschaftlicher Seite bestand ein wesentlicher Schritt zur Bewältigung der benannten Schwierigkeiten in den über einen umfangreichen Konsultationsprozess entstandenen Empfehlungen des amerikanischen National Center für Diseases Control and Prevention (Leeb et al. 2008). Auf dieser Grundlage besteht in der sozialwissenschaftlichen Fachwelt inzwischen vielfach Konsens darüber, bei Kindesmisshandlung zwischen schädigenden Handlungen (körperlich, sexuell, psychologisch/emotional) und schädigenden Unterlassungen (körperlich, emotional, medizinisch, erzieherisch, fehlende Beaufsichtigung) zu unterscheiden, die zu einer physischen oder psychischen Schädigung des Kindes führen, das Potential einer Schädigung besitzen oder eine Schädigung androhen.

Allerdings stellt sich in der Praxis trotz der hohen Klarheit und Operationalisierbarkeit der verwendeten Definitionen die Schwierigkeit, die Schwelle zur Kindesmisshandlung zu bestimmen. Da sie auf einem Kontinuum zwischen entwicklungsfördernden bis zu schwer schädigenden Erziehungspraktiken liegt und zudem im Zusammenhang mit dem Entwicklungsstand des Kindes und dem kulturellen und familiären Kontext betrachtet werden muss (Jud 2011), erfordert die Grenzziehung eine differenzierte Sicht auf eine komplexe Situation. Damit bietet sie auch ein Potential für Fehler in der Erkennung und Einschätzung von Misshandlungsfällen.

Ähnliche Schwierigkeiten zeigen sich bei der Klärung einer Kindeswohlgefährdung. Mit dem Begriff wurde in der Rechtsprechung der Maßstab für den Eingriff in das Erziehungs-

recht der primär sorgeberechtigten Eltern verbunden. Nach der juristischen Definition des Bundesgerichtshof (BGH) ist Kindeswohlgefährdung „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt“ (BGH FamRZ 1956, S. 350). Diese Definition wird bis heute allgemein anerkannt, wobei der Inhalt der „Kindeswohlgefährdung“ auslegungsbedürftig ist. Die Analyse der gegenwärtigen Gefahr, die Prognose einer künftigen und erheblichen Schädigung und die Gegenprobe der fachlichen Sicherheit sind nur sehr bedingt rechtlich zu leisten und daher vorwiegend mit den Mitteln der Human- und Sozialwissenschaften zu beantworten (Münder et al. 2000). Damit muss sich die fachliche Herangehensweise in jedem Einzelfall an der juristischen Definition *und* an sozialwissenschaftlichen, insbesondere entwicklungspsychologischen Erkenntnissen orientieren (Meysen et al. 2011). Ein nicht gesichertes Wohl des Kindes bedeutet allerdings nicht gleichzeitig eine Kindeswohlgefährdung im juristischen Sinne. Während ein nicht gesichertes Wohl des Kindes zwar den Anspruch der Eltern auf - freiwillig in Anspruch genommene - Unterstützung und Hilfe begründet, liegt die Schwelle für juristische Eingriffe gegen den Willen der Eltern wesentlich höher (Schmid et al. 2006).

Sowohl die Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Schwelle zur Misshandlung als auch die Einschätzung der Gefährdung des Kindes verdeutlichen die für das Feld charakteristische Komplexität. Gleichzeitig wird deutlich, dass es zwingend des Blicks aus unterschiedlichen fachlichen Richtungen bedarf, um dieser Vielschichtigkeit gerecht werden zu können. Im Einzelfall ergibt sich hieraus ein Spannungsfeld, das nicht selten zu Reibungen zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen führt. Sind Säuglinge und Kleinkinder betroffen, die unser Fürsorgeverhalten besonders ansprechen, gilt dies in gesteigertem Maße.

1.1.2 Kindeswohlgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern

Im Zusammenhang mit verschiedenen Kinderschutzfällen im Säuglings- und Kleinkindalter wurde in den vergangenen Jahren in der Öffentlichkeit, Fachöffentlichkeit und Politik der bereits seit den 1980er Jahren beschleunigte Diskussionsprozess um die Vernachlässigung, Misshandlung und den Missbrauch von Kindern weiter intensiviert (Fegert et al. 2010b). Ob der dabei entstehende Eindruck einer Zunahme dieser tragischen Fälle tatsächlich zutrifft, kann für Deutschland nicht datenbasiert beantwortet werden. Im Unterschied zu anderen Ländern wie Großbritannien, USA, Kanada, Australien oder Neuseeland wird hierzulande keine Statistik über Kinderschutzfälle geführt. Betrachtet man Statistiken aus den USA, dann ist die Gefahr von Vernachlässigung und

Kindeswohlgefährdung in den ersten fünf Lebensjahren am größten (US Department of Health and Human Services et al. 1999). Die Zahlen der deutschen polizeilichen Kriminalstatistik, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Familiengerichte, die auf eine Zunahme im Bereich der körperlichen Misshandlungen von Kindern und einen Anstieg der Inobhutnahmen verweisen, können plausibel auf eine erhöhte Sensibilisierung der (Fach-) Öffentlichkeit zurückgeführt werden (Pillhofer et al. 2011). In einer Dunkelfeldstudie für Deutschland von Esser und Weinel (1990) wird geschätzt, dass etwa 5-10% aller Kinder bis zum Alter von sechs Jahren vernachlässigt werden. Häuser, Schmutzer, Brähler und Glaesmer (2011) stellen für ihre Studie mit einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Gesamtbevölkerung dar, dass 6,3% der Gesamtstichprobe von schweren Misshandlungen (emotional, körperlich, sexuell) und 17,4% von schwerer Vernachlässigung (emotional und körperlich) berichteten.

Dabei ist die besondere Gefährdung von Säuglingen und Kleinkindern in den Besonderheiten der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit begründet. Menschliche Säuglinge und Kleinkinder sind über einen langen Zeitraum hoch vulnerabel und gleichzeitig abhängig von elterlicher Fürsorge. Aus dieser Beziehungskonstellation ergibt sich eine besondere Bedeutsamkeit der Bezugspersonen. In einzigartiger Weise ist das Wohlbefinden von Kindern von der Qualität der elterlichen Fürsorge und Interaktion abhängig. Der Einfluss der Qualität der elterlichen Fürsorge auf die kindliche Entwicklung ist im Vorschulalter am größten und sinkt dann kontinuierlich ab (Blomeyer et al. 2009). Gelingende Entwicklung, Verhaltensprobleme oder Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern lassen sich immer auch im Kontext ihrer spezifischen Beziehung mit ihren Bindungspersonen, meist den Eltern, interpretieren (Ziegenhain et al. 2010). Sind Eltern in dieser Entwicklungsphase in ihren elterlichen Kompetenzen eingeschränkt, wirkt sich das unmittelbar auf das Kind aus.

Eingeschränkte Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern zeigen sich zunächst beispielsweise darin, dass Eltern sich nicht flexibel auf die sich verändernden Bedürfnisse des Kindes einstellen können, eigene Bedürfnisse nicht getrennt von den Bedürfnissen des Kindes wahrnehmen oder die kindlichen Signale nicht bzw. verzerrt wahrnehmen. Darauf folgen verzerrte Interpretationen und Zuschreibungen sowie vernachlässigendes, feindseliges und aggressives Verhalten bis hin zu misshandelndem Verhalten (Minde et al. 1997, Teti et al. 2002, Ziegenhain et al. 2007). Bei Eltern in Hochrisikosituationen ist dieses Verhalten vermehrt und ausgeprägt beobachtbar. Die empirisch inzwischen gut

abgesicherten Forschungsbefunde über Risikofaktoren im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung fokussieren auf zwei zentrale Aspekte:

Einerseits führt die Kumulation und Wechselwirkung von Risikolagen beim gleichzeitigen Fehlen von Schutzfaktoren, die diese Risiken abpuffern können, zu chronischen und gravierenden Überforderungssituationen der Familien. Beispiele solcher Risikolagen sind dauerhafte und schwerwiegende sozio-ökonomische Belastungen, chronische familiäre Konflikte, die Situation jugendlicher und alleinerziehender Mütter oder die Situation von suchtmittelabhängigen bzw. psychisch auffälligen Eltern.

Andererseits können unzureichende oder fehlende positive Beziehungsvorerfahrungen der Eltern (z. B. eigene Vernachlässigung oder Misshandlung) zu eingeschränkten Beziehungs- und Erziehungskompetenzen im Umgang mit dem Kind führen (Brown et al. 1998, Bender et al. 2005, Kindler 2007).

Ist infolge inadäquaten elterlichen Verhaltens die Versorgung oder Betreuung unzureichend oder gar nicht gewährleistet, können bei Säuglingen und Kleinkindern akute Gefährdungssituationen abrupt und mit gravierenden Folgen eintreten. Die Entwicklungssituation der Kinder erfordert daher bei der Planung von Hilfen häufig ein extrem enges Zeitraster (Ziegenhain et al. 2007). Hinzu kommt, dass gerade bei Säuglingen und Kleinkindern frühe und diskrete Warnzeichen von Belastung, Problemen oder Gefährdung, die in der Interaktion und Beziehung mit den Eltern identifizierbar sind, häufig übersehen werden. In diesem Kontext sind beispielsweise anhaltende frühkindliche Regulationsstörungen häufig Symptome einer problematischen Eltern-Kind-Bindung, in der Eltern aufgrund eigener Belastungen nicht in der Lage sind, angemessen auf die Bedürfnisse und Bindungssignale ihres Kindes einzugehen (Laucht et al. 2005, Esser 2008). Vernachlässigung und Misshandlung entwickeln sich im Spannungsfeld zwischen grundlegenden Problemen der Bezugspersonen (z. B. eingeschränktes Fürsorgeverhalten), deren aktuellen Belastungen (z. B. erhebliche Partnerschaftskonflikte) und den zur Verfügung stehenden Ressourcen (z. B. Lern- und Veränderungsmotivation) (Kindler et al. 2008). Sie entwickeln sich häufig schleichend und zeigen sich letztlich im Versagen adäquaten elterlichen Verhaltens und in der vernachlässigenden und/oder misshandelnden Entgleisung der Beziehung zwischen Eltern und Kind (Ziegenhain et al. 2007). Dabei sind die Grenzen zwischen Normalität, Belastung und Entwicklungsgefährdung fließend (Ziegenhain et al. 2009).

Für das Säuglingsalter typische Vernachlässigungsformen sind beispielsweise unterlassene Aufsicht, unterlassener Schutz oder unzureichende Ernährung. Akute Gefährdungen liegen

in der Gefahr raschen Austrocknens bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr (Ziegenhain et al. 2007), in erhöhten Unfallrisiken oder in Verletzungen aufgrund unbeherrschten oder aggressiven Umgangs bzw. Schütteltraumata mit teilweise gravierenden entwicklungsneurologischen oder sogar tödlichen Folgen (Trocmé et al. 2003, Kindler et al. 2006). Die daraus folgenden Risiken für die Entwicklung und Gesundheit der Kinder sind schwerwiegend (Egle 2009). Die Mannheimer Risikokinderstudie belegte, dass abgelehnte und vernachlässigte Kinder bereits im Alter von drei Monaten häufig dysphorisch waren, sie wiesen Aufmerksamkeitsstörungen und Essprobleme auf (Esser 2002). Im Alter von acht und elf Jahren zeigten sich deutlich geringere kognitive Fähigkeiten und schlechtere Schulleistungen, emotionale und Verhaltensprobleme wurden gegenüber nicht abgelehnten Kindern häufiger festgestellt (Laucht et al. 2000). Weitere längerfristige Probleme vernachlässigter und misshandelter Säuglinge und Kleinkinder finden sich in anderen Untersuchungen beispielsweise in Gedeihstörungen mit Wachstums- und Entwicklungsstörungen (Herrmann et al. 2008), gehäuften Problemverhaltensweisen in zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Affektregulation (Schneider-Rosen et al. 1984, 1991, Main et al. 1985, Crittenden 1992), sowie in kognitiven Entwicklungsverzögerungen (Erickson et al. 2002, Kindler et al. 2006). Frühe stressreiche Erfahrungen, wie sie Vernachlässigung und/oder Misshandlung darstellen, führen darüber hinaus zu stabilen neurobiologischen und hormonellen Veränderungen, die ein Kind dauerhaft vulnerabler für Stress und psychische Erkrankungen machen (Gunnar et al. 2008). Bei älteren Kindern zeigten sich in unterschiedlichen Untersuchungen gehäuft depressive Symptomatiken, disruptive Verhaltensstörungen, dissoziative Störungen (Scheeringa et al. 2000) aber auch posttraumatische Belastungsstörungen und Suizidalität (Kindler et al. 2006). Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter besteht ein erhöhtes Risiko, an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken (Cahill et al. 1999, Kaplan et al. 1999, Kindler et al. 2006).

1.1.3 Kinderschutz und Frühe Hilfen

Aus den potentiell gravierenden Konsequenzen für die Entwicklung und die Gesundheit der Kinder ergeben sich Sinn und Notwendigkeit, Risiken möglichst frühzeitig zu erkennen und einer tatsächlichen Gefährdung durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. In der Praxis des Kinderschutzes entstand die Erkenntnis, dass Kinderschutz nicht erst mit den Skandalfällen sondern bereits weit im Vorfeld beginnt (vgl. Ziegenhain et al. 2010). Je frühzeitiger Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion oder mangelnde elterliche Kompetenzen erkannt werden und je früher Eltern für die Inanspruchnahme von Unterstützung und Hilfen gewonnen werden können, desto eher lassen sich mögliche

kritische Entwicklungsverläufe verhindern oder zumindest mildern. Die enge Wechselwirkung zwischen Säuglingen bzw. Kleinkindern und ihren Eltern eröffnet hier die Chance, Belastungen des Kindes früh und präventiv durch die Förderung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu begegnen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005).

An dieser Stelle sei angemerkt, dass auch im Begriff der Prävention unterschiedliche Hintergründe und Ausrichtungen zusammentreffen. Beispielsweise entstand die in medizinischen Fachkreisen weit verbreitete Einteilung in universelle (die Zielgruppe weist eine lediglich durchschnittliche Wahrscheinlichkeit auf, Risiken oder Störungen zu entwickeln), selektive (die Zielgruppe weist ein gegenüber der Durchschnittsbevölkerung statistisch signifikant erhöhtes Risiko auf) und indizierte Prävention (die Zielgruppe weist bereits Anzeichen von Gefährdungen auf und ist für die Entwicklung von Störungen besonders anfällig) des Institute of Medicine of the National Academies – IOM - (Gordon 1983, Springer et al. 2007) vor einem pathogenetischen Hintergrund. Dem gegenüber steht in der so genannten „Ottawa-Charta“ der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (1986) der Begriff ‚Gesundheit‘ für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Prävention umfasst in diesem Zusammenhang einen sehr viel weiteren Bereich, der sich beispielsweise auch auf Bildung, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit bezieht. In den folgenden Ausführungen spiegeln sich diese Konzepte je nach Quelle mit unterschiedlichen Schwerpunkten wider.

Im Zusammenhang der Prävention von Kindeswohlgefährdung werden **Frühe Hilfen** in jüngerer Zeit in (Fach-) Öffentlichkeit und Politik als präventive Maßnahmen diskutiert, um Gefährdungen für das Wohl von Kindern effektiv zu begegnen. Dabei wird einer allgemeinen Kompetenzförderung bei den Eltern eine zentrale Rolle zugemessen, da das Erziehungsverhalten der Eltern als vermittelnde Variable zwischen Risiko und tatsächlich eintretender Gefährdung angesehen wird (Kindler 2007, Lengning et al. 2009). Allerdings stellt sich die Zielrichtung der vielfältig entstandenen Ansätze keineswegs einheitlich dar. So erstreckt sich das Spektrum der Angebote in der Praxis von niedrigschwellig und universell adressierten Angeboten zur allgemeinen und breiten Unterstützung junger Familien im Sinne früher Förderung bis zu höherschweligen selektiven und indizierten Präventionsformen, um Kindeswohlgefährdungen in Risikokonstellationen zu verhindern. Je nach Auffassung wird mit Frühen Hilfen also eine eher umfassende Förderung von Verwirklichungschancen im Sinne der frühen Förderung von Kindern in den Fokus

genommen (Deutscher Bundestag 2009) oder aber frühe und rechtzeitige Angebotsformen, um mögliche spätere Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden oder mindestens abzumildern. Als Reaktion auf Fälle gescheiterten Kinderschutzes stand das Bedürfnis nach staatlicher Regelung und Kontrolle im Vordergrund. Das 2007 ausgeschriebene Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, zur Förderung von Modellprojekten sowie deren wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation, verdeutlicht diesen Aspekt im Begriff ‚Frühwarnsystem‘ exemplarisch. Andererseits lag es angesichts der verbreiteten Verunsicherung von Eltern bezüglich der Erziehung ihrer Kinder (Deutsche Shell 2000) nahe, Beratungs- und Unterstützungsangebote bereits für die Zeit der Schwangerschaft oder ab der Geburt zu entwickeln und vorzuhalten. Der Begriff ‚Frühe Hilfen‘ wird auf die unterschiedlichsten Unterstützungs- und Hilfebedarfe von Eltern bezogen, von der Information über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten des Kindes bis zur umfassenden Betreuung und Begleitung von Müttern und Vätern mit ihren Kindern. Er ist damit in seinem Bezug zum Kinderschutz nicht verbindlich bestimmt (Ziegenhain et al. 2010).

Eine Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen hat im September 2009 eine **Begriffsbestimmung** erarbeitet, die den derzeitigen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen in Deutschland widerspiegelt. Danach bilden Frühe Hilfen lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren, mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Entsprechend dieser Definition zielen Frühe Hilfen darauf ab, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung soll die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern beitragen und deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe sichern. Die Angebote und Maßnahmen Früher Hilfen umfassen vielfältige Angebote, die sowohl allgemein als auch spezifisch sind, sich aufeinander beziehen und ergänzen. Neben grundlegenden Angeboten, die sich im Sinne der Gesundheitsförderung an alle (werdenden) Eltern mit Ihren Kindern richten (universelle Prävention), wenden sich nach dieser Begriffsbestimmung Frühe Hilfen insbesondere auch an Familien in Problemlagen (selektive Prävention) und tragen dazu bei, Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrzunehmen und zu reduzieren. Frühe Hilfen haben neben ihrem präventiven Charakter auch die Aufgabe, für weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes zu sorgen, wenn die üblichen

Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen nicht ausreichen und den Übergang zu frühen Interventionen zu gestalten (Übergang zwischen indizierter Prävention und Intervention). Frühe Hilfen, so die Begriffbestimmung, basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, wobei auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit einbezogen werden. Zentrale Anforderung sei daher eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer sozialer Dienste. Dies soll sowohl mit einer flächendeckenden Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten als auch durch die Verbesserung der Qualität der Versorgung erreicht werden (Walper et al. 2009).

Frühe Hilfen decken also das breite Spektrum präventiver Möglichkeiten für schutz- und hilfebedürftige Kinder ab und schließen den Übergang zu frühen Interventionen mit ein. Damit greifen sie das eingangs geschilderte Spannungsfeld auf zwischen allgemein fördernden und unterstützenden Angeboten für alle Familien (z. B. Elternkursprogramme oder Hebammenhilfe) und gezielten Maßnahmen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung für Familien in Risikolagen (z. B. Familienhebammen, Elterntrainingsprogramme mit flankierenden Hilfen). Bei der Umsetzung der in den vergangenen Jahren zahlreich entstandenen Vorhaben auf kommunaler, Landes- und Bundesebene wurde ebenfalls die Notwendigkeit erkannt, Frühe Hilfen als Kontinuum zu verstehen. Zwar zeigen Programme, die sich an spezifische Hochrisikogruppen, wie beispielsweise Eltern mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen, richten, empirisch die besten Resultate in der Förderung von Eltern und der Abwendung möglicher Gefährdungen des Kindeswohls (Layzer et al. 2001). Damit solch frühe Interventionen jedoch akzeptiert werden, müssen diese spezifischen Programme breit in einem Kontinuum universeller und selektiver Präventionsangebote verankert werden. Erst die darüber geschaffene breite gesellschaftliche Akzeptanz für präventive Maßnahmen bildet die Grundlage dafür, dass im Einzelfall auch die Akzeptanz für indizierte Frühintervention geschaffen werden kann (Fegert et al. 2010a).

Die aufgrund der eingangs erwähnten Kinderschutzfälle angestoßene Debatte wird von fachlichen und politischen Initiativen begleitet, die überwiegend systematisch und nachhaltig angelegt sind. Beispielhaft seien hier der § 8a Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (1.10.2005), mit dem eine vertiefte und konstruktive Diskussion in der Kinder- und

Jugendhilfe über einen verbesserten Kinderschutz einsetzte, und das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“, das auf die im Koalitionsvertrag 2005 vereinbarte Stärkung des staatlichen Schutzauftrags gründet, zu nennen. Das Aktionsprogramm des Bundes verweist auch auf die Bedeutung von Kooperation im Rahmen der Frühen Hilfen, insbesondere sollen Leistungen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie zivilgesellschaftlichen Engagements besser miteinander verzahnt werden. In der Folge des Aktionsprogramms wurden in allen Bundesländern Modellprojekte gefördert und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) etabliert. Im Vorfeld und parallel zu diesen Entwicklungen wurden zahlreiche Initiativen auf kommunaler und Länderebene angestoßen und umgesetzt. Beispielsweise wurde das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gefördert, die Evaluation wurde im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch das NZFH gefördert. Hauptziel des Projektes war die frühe Förderung von elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung. Zielgruppe waren Eltern von Säuglingen und Kleinkindern.

In den Bundesländern wurden Initiativen für gesetzlich verankerte verbesserte Rahmenbedingungen des Kinderschutzes entwickelt. Die überwiegende Mehrzahl der Bundesländer hat in ihren Kinderschutzgesetzen Kooperationsnormen mit aufgenommen. Zumeist wird das Ziel, durch die Bildung von Netzwerkstrukturen Risiken für das Wohl von Kindern besser erkennen und rechtzeitige Hilfen sicherzustellen, in den Vordergrund gestellt, wie beispielsweise in Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein oder Brandenburg (Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 2010). Die übergreifenden Ziele der politischen Entscheidungsträger, der staatlichen Institutionen und der Institutionen aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen ähneln einander und orientieren sich am Recht jedes Kindes auf ein gesundes Aufwachsen, die Ausschöpfung des individuellen Entwicklungspotenzials sowie dem Recht auf Bildung und soziale Teilhabe (Thyen 2010).

1.1.4 Chancen und Herausforderungen bei der Prävention von Kindeswohlgefährdung

Die Prävention von Kindeswohlgefährdung durch Frühe Hilfen hat gegenüber späteren Interventionen entscheidende Vorteile. Einer dieser Vorteile steht im Zusammenhang mit der Phase um die Geburt. Vor allem im Zeitraum der Schwangerschaft und rund um die

Geburt sind Eltern besonders offen dafür, ihren Lebensstil zu überdenken und ggf. Unterstützung und Hilfe anzunehmen. Zugleich stehen sie meist in einem vertrauensvollen Kontakt beispielsweise mit Hebammen oder Ärzten. Sie wollen das Beste für ihr Kind und haben in der Regel noch keine Schwierigkeiten mit dem Kind erlebt, die sie mit ihrer Person, persönlichen Defiziten oder persönlichem Versagen in Verbindung bringen. Auch Eltern in Risikokonstellationen, deren Lebensweg bisher durch schwere Belastungen gekennzeichnet war, sind in dieser Zeit für Angebote der Frühen Hilfen motivational leichter erreichbar, Unterstützung und Hilfe werden nicht oder wenig stigmatisierend erlebt.

Darüber hinaus kommen Frühe Hilfen für Familien auch dem Staat und der Gesellschaft zugute. Indem sie langfristig dazu beitragen, die Entwicklungschancen von Kindern zu verbessern, stellen sie eine Investition dar, die über die Perspektive des Lebenslaufs auch wirtschaftlich sinnvoll ist. Sie seien daher als eine Zukunftsinvestition für die betroffenen Kinder wie die Gesellschaft insgesamt zu betrachten (Meier-Gräwe et al. 2011).

Die Wirksamkeit von Interventionen, die Eltern im frühen Kindesalter gezielt in ihren Beziehungs- und Erziehungskompetenzen unterstützen, ist mittlerweile gut belegt (Gloger-Tippelt 2007). Neben den ursprünglich stark mittelschichtorientierten präventiven Programmen liegen inzwischen auch evaluierte spezifische Angebote für Eltern in Risikokonstellationen vor, in Deutschland beispielsweise das „STEEP-Programm“ (Kißgen et al. 2005, Erickson et al. 2006) oder die „Entwicklungspsychologische Beratung“ (Ziegenhain et al. 2004). Für die frühe Kindheit haben sich bindungstheoretisch konzeptualisierte Angebote zur Förderung der elterlichen Feinfühligkeit oder der Förderung sicherer Bindung beim Kind bewährt. Dabei zeigten sich die Ansätze am wirksamsten, die zeitlich begrenzt und gezielt auf die Verbesserung elterlichen Verhaltens ausgerichtet waren (Ziegenhain 2004). Forschungsbefunde aus internationalen Studien weisen darauf hin, dass so genannte risikogruppenspezifisch konzeptualisierte Programme sich als umso wirksamer erwiesen, je gezielter sie Risikofamilien adressierten (Daro et al. 1996). Dabei können selektiv oder indiziert präventive Angebote zur frühen Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen in psychosozial hoch belasteten Familien immer nur ein Baustein unter anderen flankierenden Hilfen sein. Vor diesem Hintergrund müssen Unterstützungs- und Hilfeangebote für Familien mit besonderen Belastungen spezifisch und passgenau auf die jeweilige Situation der Familie zugeschnitten werden. Die Vermittlung und das Setting (z. B. „Komm“- versus „Geh“-Strukturen) müssen überlegt und geplant werden.

Vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen werden sieben so genannte *Qualitätsdimensionen* genannt, die für den nachhaltigen und bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen als maßgeblich angesehen werden (Renner et al. 2010). Sie zeigen die Anforderungen an Frühe Hilfen auf. Um Familien mit Unterstützungs- und Hilfeangeboten breit und systematisch zu erreichen, müssen effektive und praxistaugliche Zugangswege über verschiedene Akteure des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Unterstützungssysteme erschlossen werden. Um Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern systematisch frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig passgenaue Hilfen anbieten zu können, sind fundierte und evaluierte Instrumente zur Erkennung und Einschätzung der Risiken erforderlich. Zudem bedarf es einer ganzheitlichen Betrachtungsweise auf Familien, die im Zusammenspiel unterschiedlicher fachlicher Perspektiven entsteht. Die Motivation von Familien für die Inanspruchnahme von Hilfen gelingt vorwiegend dann, wenn Angebote unbedrohlich und auf der Basis des persönlichen Kontakts vermittelt werden. Sowohl die Einschätzung von Risiken als auch das Gespräch mit Familien bedarf der Schulung der jeweiligen Fachkräfte. Bedarfsgerechte Hilfen für Familien sollten passgenaue und aufeinander abgestimmte Angebote aus unterschiedlichen Hilfesystemen umfassen können. Die fachliche Begleitung und Koordinierung des Hilfeprozesses (Monitoring) ist ein Qualitätsmerkmal und insbesondere bei Hilfen für Familien in Risikolagen zwingend erforderlich. Dazu gehören die Übernahme von Verantwortung für die Weitergabe von Informationen zwischen den Beteiligten des Hilfeprozesses, verbindliche Rückmeldungen und sichere Überleitungen in Anschluss-hilfen. Die Forderung nach Verankerung der Frühen Hilfe im Regelsystem bedeutet Verankerung in den Regelwerken der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher, die jeweils spezifische Möglichkeiten beinhalten. In vielen der genannten Punkte, insbesondere wenn Familien zwischen Hilfeanbietern und Hilfesystemen weitervermittelt werden oder wenn Familien mit unterschiedlichen Angeboten begleitet werden, bedarf es des konstruktiven Zusammenspiels der jeweiligen Akteure. Mit dem sechsten Punkt, der Vernetzung und verbindlichen Kooperation der Akteure, wird dieser Aspekt der Frühen Hilfen expliziert. Über Initiativen auf kommunaler, Länder- und Bundesebene wurden breit angelegte Entwicklungs-, Erprobungs- und Überprüfungstätigkeiten bezüglich dieser Anforderungen angeregt. Erste viel versprechende Ergebnisse aus Forschung und Praxis liegen vor (vgl. Ziegenhain et al. 2010), stehen jedoch noch nicht systematisiert im erforderlichen Umfang und der erforderlichen Breite zur Verfügung.

1.2 Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe bei der Prävention von Kindeswohlgefährdung

Kooperation zwischen unterschiedlichen Bereichen ist eine Antwort auf die zunehmende Differenzierung und Spezialisierung (von Kardorff 1998) und auch im Feld der Frühen Hilfen zumeist mit hohen Erwartungen verbunden. So soll bestenfalls die Leistungsqualität bei gleichzeitig geringeren Kosten durch Synergieeffekte gesteigert werden (Seckinger 2001). Hoffnungsvolle Erwartungen an Kooperation werden durch zahlreiche, beispielsweise spieltheoretische oder wirtschaftswissenschaftliche Forschungsergebnisse empirisch bestätigt: Kooperative Strategien zeigen sich gegenüber konkurrierenden mittelfristig erfolgreicher. Beispielsweise gelingt die Lösung komplexer Probleme in Kooperation deutlich besser und häufiger (Maier et al. 1952, Hofstätter 1957), die Leistungsfähigkeit der Einzelnen ist im kooperativen Klima höher als bei Konkurrenz. Dennoch zeigt die Alltagspraxis an vielen Fallbeispielen, dass Kooperation auch unproduktiv sein und sogar scheitern kann. Neben der begrifflichen Bestimmung von Kooperation müssen also auch deren kontextbezogene Bedingungen geklärt werden, um die gewünschten Wirkungen zu ermöglichen.

1.2.1 Begriffsbestimmung: Kooperation

Für den Begriff der **Kooperation** im sozialwissenschaftlichen Kontext gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen (ein Überblick z. B. in Hallet 1995). Gründe dafür liegen unter anderem in der Mehrdeutigkeit und Mehrdimensionalität des Kooperationskonzeptes (Grunwald 1981). Van Santen und Seckinger (2005) sehen in der unzureichenden Definition der Reichweite des Kooperationsbegriffs Konsequenzen für die begriffliche Schärfe. Allen Definitionen gemeinsam ist, dass mindestens zwei Partner beteiligt sind, intendiert gehandelt wird und Abstimmungsprozesse stattfinden. Dies führt zu einer „Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz“ (ebd., S. 208).

Andere Autoren kommen zu inhaltlich vergleichbaren Ergebnissen. Bischof-Köhler (1983) führt aus, es genüge nicht, dass die Beteiligten das Gleiche tun, entscheidend sei vielmehr, dass ihre Aktivitäten aufeinander bezogen sind und sich ergänzen.

Im Gegensatz zu so genannten vertikalen Kooperationsbeziehungen (Wunderer 1991) ist die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe als horizontale Kooperationsbeziehung durch die jeweilige Autonomie in der Gestaltung der Kooperationsbeziehung gekennzeichnet. Damit ist impliziert, dass eine erfolgreiche

Zusammenarbeit nur über wechselseitige Abstimmung und Konsens möglich ist und Konflikte nicht mit dem Mittel der Weisung gelöst werden können. Dem entsprechend beschreibt Behringer (2005) die Kooperation in diesem Feld als eine soziale Interaktionssituation und präzisiert, dass die Ziele in einem gemeinsamen und gleichberechtigten Kommunikationsprozess ausgehandelt werden.

Mit diesen Begriffsbestimmungen werden die absichtsvolle Zusammenarbeit von zwei oder mehr Partnern, die gemeinsamen Zielsetzungen und das abgestimmte, konsensorientierte Vorgehen der Beteiligten im Hinblick auf diese Ziele, zu zentralen Bestimmungselementen der Kooperation. Zur Beschreibung der Berührungspunkte zwischen den Kooperationspartnern bzw. -systemen hat sich der aus der Organisationsberatung und dem Qualitätsmanagement stammende Begriff der Schnittstelle bewährt. Durch Regelungen an den Übergängen zwischen Systemen sollen Informations- bzw. Reibungsverluste minimiert und Arbeitsabläufe optimiert werden.

Bereits damit wird deutlich, dass Kooperation zwischen unterschiedlichen Professionen und Institutionen kein einfaches Vorhaben darstellt. Verschiedene Autoren befassen sich mit den Bedingungen, unter denen Kooperation gelingen kann.

Seckinger (2001) spricht von einer spezifischen und „voraussetzungsvollen Strategie“ der Zusammenarbeit. Er diskutiert anhand eigener empirischer Daten zu Kooperationsbeziehungen in der Jugendhilfe neun Voraussetzungen, die für eine erfolgreiche Kooperation gegeben sein müssen:

- die Klärung der differierenden Selbstverständnisse, Profile und Zuständigkeiten; der Aufbau von Vertrauen,
- die zeitliche und personelle Kontinuität,
- der Aufbau einer Informationskultur,
- die infrastrukturelle Absicherung der Kooperation,
- die innerorganisatorische Absicherung und Verankerung der Kooperation,
- die innerorganisatorische Klärung der Zuständigkeiten,
- Entscheidungsbefugnisse und Funktionsüberschneidungen,
- die Zielkongruenz zwischen den Institutionen und den Personen und
- die individuellen Kompetenzen und Qualifikationen der kooperierenden Fachkräfte.

Jungmann (2003) bezieht sich auf die Ergebnisse aus zwei Modellprojekten zur Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Sozialamt und Bildungswesen bezogen auf Kinder und Jugendliche mit gravierenden Störungen und

komplexem Hilfebedarf. Er erläutert fünf Faktoren, die für eine qualifizierte Kooperation in diesem Feld bedeutsam waren:

- die Motivation der beteiligten Fachdienste,
- die Verbindlichkeit (auf institutioneller und einzelfallbezogener Ebene),
- die fachliche Autonomie,
- die Zuverlässigkeit und
- das Vertrauen zwischen den Kooperationspartnern.

Behringer und Höfer (2005) entwickeln anhand der vorliegenden Literatur und ihrer langjährigen Erfahrung mit interdisziplinärer Kooperation im Bereich der Frühförderung sechs Themenbereiche, die grundlegend für gelingende Kooperationen in diesem Feld sind:

- klarer Auftrag an die Fachkräfte zur Kooperation,
- definierte Kriterien der Kooperation, beispielsweise vereinbarte Ziele oder Verbindlichkeit,
- adäquate Rahmenbedingungen wie zeitliche und finanzielle Grundlagen oder gemeinsame Grundorientierungen,
- Information und Dokumentation im Sinne einer Informationskultur,
- Kompetenz, beispielsweise Professionalität oder Managementkompetenz und
- Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern, die auf face-to-face Kontakten beruht, Vertrauen ausbildet und eine gemeinsame Sprache entwickelt.

Die Autoren verdeutlichen für das Feld der Jugendhilfe bzw. der Frühförderung, dass die Bedingungen, unter denen Kooperation gelingt, in verschiedenen Bereichen liegen. Sie beschreiben Bedingungen die bei den Schnittstelleninhabern gegeben sein müssen, Bedingungen innerhalb der kooperierenden Institutionen und Bedingungen zwischen den Institutionen. Inwieweit die formulierten Voraussetzungen auch für das Feld des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen gelten, ist unklar.

Eng mit dem Kooperationsbegriff verbunden werden die Begriffe ‚Vernetzung‘ und ‚Koordination‘ verwendet. Die teilweise synonyme Verwendung der Begriffe weist auf Überschneidungen und Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Begriffen hin. Letztlich beschreiben Vernetzung, Kooperation und Koordination unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit, die angepasst an die gemeinsamen Zielsetzungen eingesetzt werden.

Vernetzung lässt sich als relativ dauerhafte Beziehungen zwischen mehr als zwei Akteuren (Institutionen) unterschiedlicher Sprach- und Denkkultur mit der Betonung auf

dem informellen und reziproken Charakter beschreiben (Scharpf 1993). Sie kann Informationsunterschiede zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen ausgleichen und Transparenz über Angebotsstrukturen herstellen. Während Kooperation der informellen Basis zwingend bedarf, die für Vernetzung beschrieben wird, ist andererseits Vernetzung durchaus auch ohne weiter gehende gemeinsame Zielsetzungen und abgestimmtes Vorgehen Kooperation vorstellbar.

Koordination bezeichnet eine Steuerungsleistung, um Verfahrens- und Organisationsabläufe zu optimieren (von Kardorff 1998). Koordination, beispielsweise von Angeboten Früher Hilfen, setzt dabei nicht zwangsläufig Kooperation der jeweiligen Institutionen voraus. Allerdings können sich umgekehrt Koordinationsaufgaben aus einer Absprache bzw. Abstimmung zwischen den Beteiligten in der Kooperation ergeben.

1.2.2 Bedeutung von Kooperation und Vernetzung bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung

Kooperation ist im Bereich der Prävention von Kindeswohlgefährdung fachlich unabdingbar. Frühe Hilfen, die ein notwendig breites Spektrum sowohl an universell als auch selektiv und indiziert ausgerichteten präventiven Angeboten für junge Familien umfassen, sind eine interdisziplinäre und systemübergreifende Angelegenheit, die nicht mit einer isolierten Maßnahme und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin oder Zuständigkeit allein abgedeckt werden können (Ziegenhain et al. 2010). Benötigt werden die Kompetenzen und Herangehensweisen unterschiedlicher Professionen, die die Palette präventiver Maßnahmen im Rahmen ihrer fachlichen und strukturellen Möglichkeiten entwickeln bzw. weiterentwickeln und vorhalten. Weiterhin müssen die unterschiedlichen Akteure vernetzt sein und miteinander kooperieren, um im Einzelfall Familien über unterschiedliche Zugangswege in passgenaue Unterstützung und Hilfen zu vermitteln und diese gegebenenfalls abzustimmen und zu koordinieren. Insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch mit anderen Hilfesystemen wie Schwangerschaftsberatung oder Arbeitsverwaltungen und Jobcenter (Betreuung von Leistungsberechtigten nach dem SGB II, Grundsicherung für Arbeitssuchende), ist eine systematische Kooperation mit Absprachen und geregelten Verfahrenswegen notwendig. Durch die Bündelung von vereinzelt Strategien und Angeboten und verbesserten organisatorischen Strukturen mit geregelten Verfahrenswegen innerhalb der Netzwerke wird die Koordinierung von Hilfen ermöglicht. Damit werden bessere Ergebnisse, hier: passgenauere und effektivere Hilfen, erzielt (Hernandez et al. 2003, 2006).

In Deutschland gibt es im Rahmen prinzipiell guter Sozialstrukturen und guter sozialrechtlicher Grundlagen bereits vielfältige Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Allerdings arbeiten die jeweiligen Fachkräfte im Rahmen der Zuständigkeit ihrer Einrichtung. Diese bezieht sich auf ihr jeweiliges in den Sozialgesetzbüchern beschriebenes Leistungsrepertoire. Die vorhandenen und eingesetzten Angebote werden häufig nicht aufeinander bezogen und abgestimmt, die Verfahrenswege für Übergänge nicht verbindlich gestaltet, Angebote des jeweils anderen Systems, die die eigene Beratung, Begleitung oder Behandlung sinnvoll ergänzen könnten, werden kaum einbezogen. Nicht selten wissen die jeweiligen Institutionen nicht einmal, dass sie eine Familie gleichzeitig betreuen. So fallen Familien, insbesondere an den Übergängen vom Gesundheitswesen in die Kinder- und Jugendhilfe, durch die Systemlücken und erhalten notwendige Hilfen weder in dem einen noch dem anderen System. Andererseits kommt es zu Doppelungen in der Begleitung und Unterstützung einzelner Familien, wenn diese von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen parallel betreut, Hilfe und Unterstützung jedoch nicht koordiniert werden (Fegert 2007, Ziegenhain et al. 2010). Dabei erleichtert eine systematische Kooperation mit geregelten Absprachen und Verfahrenswegen auch den Umgang mit akuten Fällen von Kindeswohlgefährdung (Ziegenhain et al. 2009).

Bisher gibt es wenig empirische Belege dafür, dass verbesserte Zusammenarbeit und Vernetzung zu einem verbesserten Schutz von Kindern führen. Vorliegende Untersuchungen fokussieren vorwiegend auf die Wirkungen der Kooperation auf das Hilfenetz. Im Rahmen einer Interventionsstudie zur Hilfeprozess-Koordination im Kinderschutz führten planvolles und zielorientiertes Zusammenwirken der beteiligten Institutionen zur Stärkung der Kompetenz der beteiligten Mitarbeiter und zur Professionalisierung. Dabei wurden leitlinienorientierte Diagnostik und Intervention mit externer Supervision kombiniert (Goldbeck et al. 2007). Zu den Auswirkungen von Vernetzung auf die Reichweite und den Erfolg von Angeboten gibt es mehrere Befunde. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Qualität Früher Hilfen vom aufeinander abgestimmten Einsatz der Angebote im Rahmen regionaler Hilfenetze abhängig ist. Daneben ist die evidenzbasierte Entwicklung und Implementierung erfolgreicher Hilfemodelle entscheidend (Bastian et al. 2008). Die Ergebnisse einer Kurzevaluation zu Frühen Hilfen durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI) zeigten ebenfalls, dass die Reichweite und der Erfolg einzelner Maßnahmen deutlich vom Grad ihrer Einbindung in ein lokales Kooperationsnetzwerk abhängen. Zudem sei kein einzelnes Hilfeangebot für sich allein genommen in der Lage, eine gute Versorgung von Familien

mit Unterstützungsangeboten zu gewährleisten, „Dies gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk Frühe Hilfen“ (Helming et al. 2007). Dabei gilt es nach Ansicht der Autoren auch, die spezifischen Kompetenzen unterschiedlicher Professionen, vor allem aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens, systematisch mit einzubeziehen. Es gehe darum, Netzwerke im Bereich Früher Hilfen zu schaffen und auszubauen, die sowohl räumlich als auch in Bezug auf die beteiligten Professionen bzw. Institutionen definiert sind. Studien, die darüber hinaus untersuchen, wie interdisziplinäre Netzwerke im Kinderschutz etabliert werden können, gibt es kaum (z.B. Friedman et al. 2007).

Andererseits gibt es deutliche Hinweise, dass Mängel in der Kooperation, neben anderen Ursachen, zu fatalen Folgen im Bereich des Kinderschutzes führen können. Zwar konnte in Deutschland bisher keine genaue und systematische Analyse von Misserfolgen im Kinderschutz rechtlich und strukturell verankert werden. Dennoch scheinen die in der internationalen Literatur (z. B. Reder et al. 1999, Sinclair et al. 2002) berichteten Ursachen für Misserfolge im Kinderschutz, wie Informationsverluste an Schnittstellen, Verantwortungsdiffusionen, Handlungsparalysen oder Kompetenzfehlzuschreibungen, auch für Deutschland eine Rolle zu spielen (Kindler 2007). Gelingende Kooperation stellt sich auch unter diesem Blickwinkel als unverzichtbar dar.

Der Auf- und Ausbau stabiler interdisziplinärer Kooperationsstrukturen und deren systematische Begleitung durch Forschung ist damit eine zentrale Herausforderung im Feld Früher Hilfen und des Kinderschutzes. Eine Verbesserung der Versorgungssituation hoch belasteter Familien wird dabei insbesondere von der stärkeren Vernetzung zwischen Leistungserbringern des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe erwartet (Paul et al. 2009).

1.2.3 Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe als zentrale Akteure bei der Prävention von Kindeswohlgefährdung

Für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern sind das Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe zentrale Unterstützungssysteme im Bereich der Frühen Hilfen. In diesem Entwicklungsalter haben vorwiegend Fachkräfte des Gesundheitswesens wie Gynäkologen, Hebammen oder Pädiater regelhaft Kontakt mit dem Kind und seinen Eltern. Bereits in der Schwangerschaft bietet sich für Gynäkologinnen und Gynäkologen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen die Chance, medizinische und psychosoziale Risiken festzustellen und Schwangere mit ihren Partnern zu beraten bzw. auf Angebote aufmerksam zu machen. Hebammen, die in aller Regel hohes Vertrauen genießen, sehen

Eltern und Kind bei der Nachsorge in der häuslichen Umgebung. Sie können Risiken für die Entwicklung des Kindes und der Eltern-Kind-Beziehung früh wahrnehmen, diesen entgegenwirken und Eltern ggf. in weiterführende Angebote vermitteln. Nicht zuletzt entstehen regelhafte Kontakte zu niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten über die Früherkennungsuntersuchungen bereits kurz nach der Geburt. Auch hier bietet sich die Möglichkeit, im Bedarfsfall Unterstützungs- und Hilfeangebote zu vermitteln. Nahezu alle jungen Eltern können über zumindest einen dieser Zugänge erreicht werden. Sie sind von den jungen Familien in aller Regel hoch akzeptiert, werden unterstützend und nicht stigmatisierend wahrgenommen.

Damit haben die Berufsgruppen des Gesundheitswesens die Chance, Belastungen in Familien frühzeitig, teilweise bereits in der Schwangerschaft, wahrzunehmen und auf der Basis des in aller Regel vertrauensvollen Kontaktes für die Inanspruchnahme unterstützender Maßnahmen zu werben. Aufgrund des breiten, frühen und nicht stigmatisierenden Zugangs gelten diese Professionen des Gesundheitswesens als besonders geeignete Zugangswege auch zu hoch belasteten Familien (Renner 2010). Entscheidend für die effektive Nutzung dieser Zugänge ist die Möglichkeit, Familien bei Bedarf in geeignete Hilfeangebote weiter zu vermitteln. Die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, Hebammenhilfe, Frühfördermaßnahmen oder die Verordnung von Heilmitteln (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie) sind Beispiele für finanziell und strukturell abgesicherte Leistungen innerhalb des Gesundheitswesens. Bei spezifischen Problemen von Eltern, beispielsweise psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen, haben in der Regel ebenfalls Fachärzte und Fachkräfte des Gesundheitswesens, wie Sozialpsychiatrischer Dienst oder Suchtkrankenhilfe, Zugang. Hier bietet bereits die Zeit der Schwangerschaft die Möglichkeit, passgenaue Hilfen für Kind und Eltern zu planen und einzuleiten, deren erforderliche Komplexität jedoch die Möglichkeiten der Unterstützung innerhalb des Gesundheitswesens häufig übersteigt.

Reichen die im Rahmen des Gesundheitswesens vorgehaltenen Angebotsformen zur Unterstützung nicht aus, ist die Kinder- und Jugendhilfe für viele weitergehende Formen der Hilfe, beispielsweise die Vermittlung eines Platzes in einer Kindertageseinrichtung, Sozialpädagogischer Familienhilfe oder stationärer Wohnformen, zuständig. Darüber hinaus sind sie Experten, wenn es um die Sicherung des Kindeswohls und den Schutz von Kindern geht und können Fachkräfte des Gesundheitswesens in diesen Fragen beratend und handelnd unterstützen.

Allerdings übersteigen die Wünsche und Anforderungen an die Professionen und Institutionen manchmal deren reale Möglichkeiten. So wird im Kontext (der Prävention) von Kindeswohlgefährdung auch über die verbindliche Teilnahme von Kindern und Jugendlichen an ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und über eine Datenweitergabe bei Kindeswohlgefährdung an Jugendämter diskutiert. Alle Bundesländer in Deutschland haben hierzu mittlerweile neue Gesetze verabschiedet. Neben Regelungen mit dem Ziel, die Teilnahmezahlen an den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zu steigern, haben einige Länder in diesen Gesetzen die Weitergabe von Daten, beispielsweise durch Kinderärzte und Hebammen an das Jugendamt, bei Vorliegen von Kindeswohlgefährdung, geregelt (vgl. Knorr et al. 2009). Unter fachlichen Gesichtspunkten werden Früherkennungsuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Kindeswohlgefährdung allerdings als unzureichend bewertet. Die zeitlichen Abstände sind zu groß, der bisherige Untersuchungskatalog für die gezielte Erkennung von Vernachlässigung oder Misshandlung nicht geeignet. Zudem hat die Einführung von Meldepflichten im Ausland teilweise sogar zu einem Rückgang der Meldungen geführt. Dies wurde mit der Sorge der Professionellen um das Vertrauensverhältnis und den Fortbestand der Hilfebeziehung zu den betreffenden Familien interpretiert. Diese Sorge wird auch in Deutschland formuliert (Filsinger et al. 1993, Fegert et al. 2010a).

In einer deutschlandweiten Kurzevaluation zu Frühen Hilfen des Deutschen Jugendinstitutes (DJI) wurden Jugend- und Gesundheitsämter als kommunale Steuerungsbehörden, die bei der Planung und Sicherung der Versorgung im Bereich Früher Hilfen eine zentrale Rolle einnehmen, befragt (Helming et al. 2007). Hier zeigte sich, dass unter den jeweils zehn wichtigsten Kooperationspartnern der beiden Ämter überwiegend Institutionen der beiden Bereiche Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe vertreten waren. Zusätzlich wurden von beiden Behörden die Schwangerschaftsberatungsstellen genannt, von den Jugendämtern die Familiengerichte. Durch den Vergleich der beiden Befragungsmerkmale ‚Bedeutung‘ und ‚Qualität‘ wurde ersichtlich, dass der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Geburtshilfe und Pädiatrie zwar hohe Bedeutung zugeschrieben wurde, die Qualität der Zusammenarbeit jedoch Mängel aufweist (Sann et al. 2010).

1.2.4 Hindernisse in der Kooperation

Auch die Erfahrungen aus der Fachpraxis zeigen, dass sich die Zusammenarbeit der Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen bisher keineswegs selbstverständlich und reibungslos gestaltet. Dabei lässt sich in aller Regel keine einzelne Ursache für Hindernisse

in der Zusammenarbeit identifizieren, vielmehr führt eine Gemengelage aus gegenseitiger Unkenntnis, unklaren Verfahrensabläufen, Aspekten der Motivation und Kostendruck zu typischen Reibungsverlusten (Fegert et al. 2001, Ziegenhain et al. 2010). Alle vier Aspekte sollen in der Folge in Bezug auf die Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung näher erläutert werden.

Die **gegenseitige Unkenntnis** hat ihre Wurzeln zunächst in strukturellen Gegebenheiten. Bei der Prävention von Kindeswohlgefährdung und im Kinderschutz treffen sehr unterschiedlich organisierte Partner aus verschiedenen Professionen und Bereichen zusammen. Die unterschiedlichen gesetzlichen und professionsspezifischen Grundlagen wirken sich auf das berufliche Selbstverständnis, die institutionellen Aufträge und, daraus folgend, auf die Herangehensweisen aus und prägen den jeweiligen beruflichen Alltag sowie das Zusammentreffen in der interdisziplinären Kooperation. Aus den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern, auf die Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen gründen, leiten sich die Leistungen der beiden Systeme ab. So werden Leistungen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe im Achten Buch Sozialgesetzbuch ‚Kinder- und Jugendhilfe‘ (SGB VIII), Leistungen des Gesundheitswesens im Fünften Buch Sozialgesetzbuch ‚Gesetzliche Krankenversicherung‘ (SGB V) und im Neunten Buch Sozialgesetzbuch ‚Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen‘ beschrieben (SGB IX). Die jeweiligen Leistungsträger und Leistungserbringer bieten ein differenziertes, sich teilweise überschneidendes und damit verwirrendes Bild. Im SGB IX können Leistungsträger beispielsweise die kommunale Jugendhilfe, die Krankenkassen, die örtlichen Träger (Landkreise und kreisfreie Städte) und/oder die Sozialhilfeträger sein. Leistungserbringer sind in diesem Bereich die öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe, die Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sowie Kliniken und niedergelassene Praxen. In der Kooperation treffen dann teilweise sehr ungleiche Partner aufeinander: die Jugendämter als öffentliche Träger der Jugendhilfe mit den privatwirtschaftlich organisierten Leistungserbringern des Gesundheitswesens, den Kliniken und einer Vielzahl von ärztlichen Praxen. Unkenntnis über die jeweiligen institutionellen Bedingungen ist hier eher die Regel denn die Ausnahme. Als so genannte Komplexleistung ist die Frühförderung dem Gesundheitssystem, der Jugendhilfe und der Sozialhilfe zugeordnet. Insofern stellt das Modell der Frühförderung eigentlich ein Zukunftsmodell dar, als sie heilpädagogische, psychologische und medizinische Leistungen aufeinander abgestimmt ‚aus einer Hand‘ anbietet und zugleich aus unterschiedlichen Ressorts anteilig finanziert wird. Allerdings ist die Idee der

Komplexeleistungen in den Sozialgesetzbüchern zwar verankert, die Umsetzung jedoch enorm schwierig (vgl. Ziegenhain et al. 2010).

Zudem basieren die Systeme Jugendhilfe und Gesundheitswesen auf professions-spezifischen fachlichen Grundlagen und Denkmodellen, die implizit das Handeln beeinflussen (Fegert et al. 2004). Die Kinder- und Jugendhilfe ist pädagogisch orientiert, während das Gesundheitssystem medizinisch-naturwissenschaftlich angelegt ist. Familienzentrierte und ressourcenorientierte Handlungsansprüche der Jugendhilfe treffen im Gesundheitssystem auf individuums- und defizitorientierte Sichtweisen, die ihren Grund unter anderem in der Erfordernis einer störungs- oder krankheitsrelevanten Diagnose gemäß dem Klassifikationssystem ICD-10 haben. Hierarchische bzw. eher teambezogene Arbeitsstrukturen prägen den beruflichen Alltag. Während im Gesundheitswesen klare Rangfolgen und hierarchische Entscheidungen Einzelner vorherrschen, werden im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe insbesondere schwerwiegende Entscheidungen im Bereich des Kinderschutzes im Team getroffen. Die Instrumente und Vorgehensweisen in beiden Systemen differieren stark, bisweilen verbergen sich unter einem Begriff, wie etwa dem der Diagnose völlig unterschiedliche Definitionen (vgl. Ziegenhain et al. 2010). Aus den verschiedenen fachlichen Grundlagen und Denkmodellen leitet sich auch ab, dass es zwischen den Akteuren keine gemeinsame und verbindliche inhaltliche Beschreibung des Kindeswohls gibt: „Die Definitionen der Kindeswohlgefährdung stehen vor dem Hintergrund unterschiedlicher methodischer und institutioneller Ziele und Aufgaben“ (Filsinger 2004). Unterschiede im Verständnis zeigen sich auch beim Begriff der Prävention. Thyen (2010) legt dar, dass Prävention in der Medizin mit den Begriffen der Gesundheitsförderung, der Früherkennung von Risiken und der Behandlung von frühen Symptomen verbunden wird, während in der Jugendhilfe das Konzept der Frühen Hilfen oder von Frühwarnsystemen und im pädagogischen Bereich Konzepte früher Bildung und Frühförderung diskutiert werden. Die unterschiedliche berufliche Sozialisation mit unterschiedlichen Interpretationsfolien, Sprachen und Herangehensweisen, führt dann nicht selten zu Befürchtungen, Verständigungsschwierigkeiten und Missverständnissen in der Kommunikation (Rietmann et al. 2008). In der Praxis lässt sich eine verbreitete Unkenntnis über die Aufgabenbereiche und das Vorgehen der jeweils anderen Disziplinen beobachten. Bestehen unrealistisch hohe oder falsche Erwartungen an die jeweils andere Profession, führt dies in der Alltagspraxis zwangsläufig zu Enttäuschungen. Bei zu geringen Erwartungen besteht die Gefahr, dass mögliche Kooperationspartner nicht einbezogen werden und damit Hilfen für die Familien oder eigene Unterstützung nicht zugänglich gemacht werden.

Daneben scheint es schwierig zu sein, die Aufgaben und Kernkompetenzen der eigenen Disziplin zu beschreiben und danach zu handeln. In einer Untersuchung zur interdisziplinären Zusammenarbeit bei sexuellem Missbrauch zeigte sich, dass es allen sehr viel leichter fiel, die Aufgabenbereiche, Chancen und Grenzen der Kooperationspartner zu beschreiben, als das für die eigenen Aufgaben möglich war (Fegert et al. 2001). Dabei waren Wissen um die eigenen Kompetenzen, ebenso wie eine realistische Einschätzung der eigenen Schwächen und Grenzen, Voraussetzungen, um ohne Irritationen miteinander zu kooperieren.

Unterschiedliches professionelles Verständnis und Herangehensweisen haben auch zur Folge, dass in Deutschland bisher eine **interdisziplinäre Verständigung auf standardisierte und evaluierte Verfahren und Vorgehensweisen**, die systematisch und verbindlich angewendet werden, fehlt. Dabei mangelt es insbesondere im Bereich der frühen Kindheit bislang an leicht einsetzbaren und aussagekräftigen Verfahren zur Risikoerkennung und -dokumentation, beispielsweise in Form von Screening-Instrumenten (Kindler et al. 2008, Ziegenhain et al. 2009). Zielrichtung solcher Verfahren ist die ausreichend zuverlässige Abklärung, ob aufgrund vorliegender Risiken die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsgefährdung besteht und ob die Eltern für die Inanspruchnahme früher, präventiver Angebote gewonnen werden können. Allerdings macht der Einsatz eines Risikoscreenings umgekehrt auch nur dann Sinn, wenn die Kooperation mit Hilfeanbietern gelingt und die anschließende Weitervermittlung von Familien gewährleistet ist (Kindler 2007).

Weiterhin gibt es vor Ort bisher kaum systematische Kooperationen mit verbindlichen Verfahrensroutinen, wie Eltern weiter vermittelt werden können oder geregelten Absprachen über Zuständigkeiten und Kommunikationswege. Dabei bieten der Einsatz von gemeinsamen Instrumenten und die Klärung verbindlicher Verfahrenswege die Chance, interdisziplinär sprachliche Verständigung und verbindliche Zusammenarbeit zu fördern.

Die Verabredung einer verbindlichen Zusammenarbeit wirft immer auch Fragen nach dem Schutz der Vertraulichkeit in der Hilfebeziehung auf und bietet Anlass für zahlreiche, durchaus kontroverse Diskussionen. Fachlich wie datenschutzrechtlich besteht die große Herausforderung der Frühen Hilfen darin, die Eltern als zentrale Personen im Hilfekontakt für die Kommunikation der Fachkräfte und die Inanspruchnahme weiterer Unterstützung zu gewinnen. Aber auch in den seltenen Grenzfällen, in denen Eltern nicht bereit sind, Rückmeldungen zuzulassen oder weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen, ergibt der Blick auf die Regelungen zur Schweigepflicht und zum Datenschutz in beiden Systemen ein differenziertes Bild. Sowohl der regelhafte Schutz der Vertrauensbeziehung für die Eltern

als auch die im Falle der Gefährdung des Kindeswohls ggf. erforderliche Erweiterung der Hilfezugänge für das Kind sind hier angesprochen und abgedeckt (Schönecker 2009). Über den Einzelfall hinaus können Vorgehensweisen der Kooperationspartner auf einer allgemeinen Ebene besprochen und transparent gemacht werden und so eine Grundlage des gegenseitigen Verständnisses zwischen den unterschiedlichen Institutionen geschaffen werden. Häufig zeigen sich am Thema Datenschutz die gegenseitige Wertschätzung in der Zusammenarbeit aber auch die emotionalen Belastungen, die mit der Arbeit im Kinderschutz einhergehen.

Neben diesen strukturellen und fachlichen Unterschieden dürften sowohl **motivationale als auch emotionale Aspekte** eine wesentliche Rolle bei der Bereitschaft zu Vernetzung und Kooperation spielen. Die Motivation der jeweiligen Partner zur Kooperation wird von Erwartungen in Bezug auf Nutzen und Kosten im Sinne der von Homans und Blau formulierten Austauschtheorie beeinflusst (Homans 1973, Blau 1964). Sind die angenommenen oder erlebten Kosten der Kooperation, beispielsweise in Form von Zeiteinsatz, höher als deren wahrgenommener Nutzen, beispielsweise durch Entlastung, sinkt die Bereitschaft, sich in die Kooperation einzubringen. Dabei sind materielle Güter (z.B. finanzielle Vergütung) und nichtmaterielle Güter (z.B. Prestige) gleichwertig zu betrachten.

Emotionale Aspekte zeigen sich exemplarisch in der Bewertung von Fachlichkeiten oder Strukturen aufgrund persönlicher bzw. vermittelter Vorerfahrungen und/oder in Vorurteilen über andere Professionen. Die daraus entstehenden Rollenbilder der jeweils anderen Professionen sind einerseits unterstützend, um alltägliche Entscheidungen rasch treffen zu können. Andererseits behindern sie neue und gegebenenfalls korrigierende Erfahrungen.

Besonders hinderlich ist an dieser Stelle die beispielsweise mit neurobiologischen Erkenntnissen begründbare Neigung von Menschen, Misserfolge und problematische Situationen mit starker emotionaler Erregung besonders gut im Gedächtnis zu verankern, um künftige Schwierigkeiten zu vermeiden. Emotional neutral erlebte, mehr oder weniger gelingende Routinefälle des Alltags haben so eine deutlich verringerte Chance, unsere Vorstellungen über die anderen zu prägen. Auch vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung einer sorgfältigen Aufarbeitung von problematischen Fallverläufen deutlich.

Darüber hinaus beinhaltet der Umgang mit dem Thema Kinderschutz emotionale Herausforderungen für alle Beteiligten. Fließende Übergänge zwischen Normalität, Belastung und Entwicklungsgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter führen häufig zu unterschiedlichen Einschätzungen zwischen Fachkräften aber auch zu der Situation, dass

eine Fachkraft mit präventiven Gedanken Kontakt zu einer jungen Familie aufnimmt und sich unvermittelt mit einer Kinderschutzthematik konfrontiert sieht. Unterschiedliche, häufig nicht zusammenpassende und irritierende Informationen über eine Gefährdung des Kindeswohls lösen intrapsychische Spannungen aus. In jedem Einzelfall müssen die Argumente für und wider in prekären Situationen häufig unter Zeitdruck abgewogen werden. Trotz aller Bemühungen um Klarheit bleibt das von Anna Freud formulierte Dilemma des Kinderschutzes „stets zu früh zu viel oder zu spät zu wenig“ getan zu haben (Goldstein et al. 1988) weiterhin bestehen. Die Tragik und das Leid dieser Fälle in Verbindung mit der Sorge, eventuell selbst im Umgang mit einem solchen Fall nicht angemessen zu handeln, ziehen weitere Konsequenzen nach sich. Der in der Situation ausgelöste Stress, verstanden als Ungleichgewicht zwischen Anforderung und den individuellen Möglichkeiten diese zu bewältigen, führt zu Gefühlen von Unsicherheit, Überforderung, Angst, innerer Anspannung, Hilflosigkeit bis hin zu Versagensängsten und Schuldgefühlen. Wie Experimente von Strohschneider (1992) zur Handlungsregulation unter Stress zeigen, kommt es unter Stress zu einer zunehmenden Sprunghaftigkeit des Vorgehens. Neue Informationen werden abgefragt und ebenso schnell wieder fallen gelassen. Maßnahmenentscheidungen werden zunehmend weniger von einer soliden Informationsbasis aus getroffen, wirken ungeplant und bekommen den Charakter kurzfristiger Lösungsversuche, die das Problem schnell vom Tisch schaffen, ohne Fern- und Nebenwirkungen ausreichend zu berücksichtigen. Aktionismus in Verbindung mit übertriebener Kontrolle zieht häufig Entwertungen und Irritationen der anderen Berufsgruppen nach sich, die die Kooperation nachhaltig negativ beeinflussen können. Die meist hohe öffentliche und persönliche Erwartungshaltung und die hohen Ansprüche im Kinderschutz dürften damit eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl im Bereich des Kinderschutzes als auch im Bereich der Frühen Hilfen zusätzlich erschweren.

Der allgegenwärtige **Kostendruck** sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Kinder- und Jugendhilfe führt immer wieder dazu, dass Kooperation und Vernetzung vor dem Hintergrund der zeitlichen Belastung nicht initiiert oder nicht konsequent umgesetzt werden. Wenn darüber hinaus der Auftrag zur Vernetzung zwar strukturell vorgesehen ist, jedoch nur appellativen Charakter hat und die erforderlichen Ressourcen für die Umsetzung fehlen, liegt hier ein hohes Potential der Frustration für die beteiligten Akteure. Bisher wird der Aufwand für die regionale Vernetzungsarbeit üblicherweise weder benannt, noch werden die Kosten dafür realistisch beziffert.

So verständlich und nachvollziehbar die mangelnde Vernetzung und Kooperation angesichts hoher bis manchmal nicht bewältigbarer Fall- und Patientenzahlen ist, zeigen

doch Untersuchungen von Einzelfällen (z.B. Parlamentarischer Untersuchungsausschuss "Kindeswohl" 2007), dass durch mangelnde oder verzerrte Kommunikation, Vernetzung und Kooperation durchaus vermehrt Kosten und Zeit bei den einzelnen Institutionen anfallen bzw. die Wirksamkeit der gewährten Hilfen deutlich gemindert wird oder die Hilfe sogar negative Effekte zeigt.

Allerdings werden Vernetzung und Kooperation auch als Alibi für das Abwälzen von Kosten auf andere Bereiche genutzt oder um damit den Streit um Zuständigkeiten zu verdecken. Wenn Verantwortlichkeiten in diesem Zusammenhang verschleiert, endlos delegiert oder in Form von Spezialabteilungen und Modellprojekten ‚entsorgt‘ werden, kommt es zu Reibungsverlusten zulasten der betroffenen Familien und zu nachhaltigen Störungen für weitere ernst gemeinte Kooperationsbemühungen.

Systematische und effektive Frühe Hilfen und effektiver Kinderschutz können also durch Reibungsverluste in der interdisziplinären Zusammenarbeit behindert werden. Die Überwindung oder zumindest der bewusste Umgang mit den vielleicht nicht immer vermeidbaren Reibungen zwischen den Professionen und Systemen sowie die flächendeckende Einführung und Optimierung von gesicherten Kooperationsverfahren sind - neben anderen Faktoren wie z.B. der Art der Ansprache der Eltern oder der Gestaltung der Angebote - notwendige Bedingungen, um Familien in prekären Lebenslagen zielgerichtet den Zugang zu Frühen Hilfen zu ermöglichen und Kinderschutz möglichst präventiv wirksam werden zu lassen. Gemäß einem vielfach abgewandelten Satz kann hier formuliert werden „Kooperation ist nicht alles aber ohne Kooperation ist alles nichts“.

1.3 Fragestellung

Praxiserfahrungen zeigen, dass die Unterstützung und Versorgung belasteter Familien im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz systematischer Kooperationsstrukturen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bedarf. Augenfällig ist bisher jedoch eine Diskrepanz zwischen der zugemessenen Bedeutung und der häufig tatsächlich erlebten Qualität von Kooperation in diesem Bereich. Die Gründe sind vielfältig und setzen sich aus fachlichen, strukturellen, motivationalen und nicht zuletzt emotionalen Aspekten zusammen.

Arbeiten, die sich empirisch oder theoretisch mit der Kooperation von sozialen und/oder medizinischen Diensten befassen, sind bisher äußerst selten (vgl. van Santen et al. 2005). Insbesondere die Kooperationsbeziehungen selbst, die Bedingungen und die Mechanismen der Zusammenarbeit, sind kaum Gegenstand der Forschung. Van den Brink bemängelt dies als gravierendes Defizit der kooperativen Präventionspraxis und merkt an, dass es sich

hierbei um ein Problem von großer gesellschaftlicher Reichweite handelt (2005, Absatz 35). Bezogen auf das Feld Frühe Hilfen und Kinderschutz fehlt es damit an ausreichenden und übertragbaren empirischen Vorerfahrungen zur interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Kooperationsbeziehungen im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz näher zu erforschen. Um die gewünschten Wirkungen im Feld der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes erreichen zu können, fehlen eine konzeptionelle Beschreibung der kontextbezogenen Anforderungen von Kooperation ebenso wie eine differenzierte Sicht auf die gegenwärtigen Kompetenzen und die weiteren Möglichkeiten zur Wahrnehmung von Kooperationsaufgaben bei den einzelnen Institutionen. Darüber hinaus mangelt es an einem systematischen Verständnis, wie erfolgreiche Kooperation im Feld der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes mit den benannten Hauptakteuren initiiert und gestaltet werden kann. Zu diesen Themen will die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

Ziel der vorliegenden Studie war, die Bedingungen gelingender interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung zu klären. Da das Feld bisher weder theoretisch noch empirisch ausreichend durchdrungen ist und wegen der vielgestaltigen Institutionalisierung und kleinen Mitgliederzahlen so gut wie keine repräsentativen Aussagen getroffen werden können, wurde für das Forschungsvorhaben eine qualitative Herangehensweise gewählt. Van den Brink (2005, Absatz 16) betont, dass die qualitative Forschung unter diesen Voraussetzungen ihre „Trumpfkarten“ ausspielen kann.

Die Fachkräfte der beteiligten Institutionen sind Praxis-Experten¹ für die hier interessierenden Themen und Prozesse der Kooperation. Ihr implizites und explizites Wissen sollte über Interviews erhoben werden und den Zugang zu den zentralen Themen der Kooperation ermöglichen.

Zunächst sollte ein systematisiertes Verständnis für die Anforderungen gewonnen werden, die sich im Rahmen der Kooperation für die beteiligten Partner stellen. In einem zusätzlichen Schritt sollte geprüft werden, wie die jeweiligen Institutionen diesen Anforderungen begegnen, um daraus Ansatzpunkte für die weitere Entwicklung der erforderlichen Kooperationskompetenzen in den unterschiedlichen Institutionen abzuleiten.

¹ Im Weiteren werden sie kurz als „Experten“ bezeichnet.

Weiterhin sollte erforscht werden, welche Mechanismen hauptsächlich zum Erleben gelingender bzw. nicht-gelingender interdisziplinärer Kooperation führen. Daraus kann ein Konzept entwickelt werden, wie erfolgreiche interdisziplinäre Kooperation initiiert und gestaltet werden kann.

Für die Studie wurden folgende Fragen formuliert:

1. Welche Aufgaben benennen die Experten für eine gelingende interdisziplinäre und interinstitutionelle Kooperation im (präventiven) Kinderschutz?
2. Welche positiven und negativen Kooperationserfahrungen schildern die Experten mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Professionen und Institutionen? Welche Schwerpunkte an Kompetenzen und Schwierigkeiten in der Kooperation lassen sich daraus für die Fachkräfte der unterschiedlichen Institutionen ableiten?
3. Welche Mechanismen wirken bei gelingender oder nicht-gelingender interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperation?

Begleitend sollten vertiefte Informationen zur Sicht der Experten auf die aktuelle Situation in der Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung gewonnen werden. Hierzu wurden ergänzende Fragen formuliert: Welchen Stellenwert hat Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung aus der Sicht der Experten? Welche Kooperationspartner werden benannt? Wer kooperiert mit wem? Wie wird die Kommunikation in den Kooperationsbeziehungen organisiert?

2 Material und Methoden

In den Jahren 2005 bis 2010 wurden in der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm zwei Projekte durchgeführt, die Anlass für die Planung der vorliegenden Studie waren:

1. „Guter Start ins Kinderleben“, ein von den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen initiiertes und gemeinsam gefördertes Modellprojekt. Die Förderung der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes erfolgte im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.
2. „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“, eine von der Stadt Düsseldorf beauftragte Evaluation des dortigen Präventionsprogramms.

In beiden Projekten wurde die gelingende interdisziplinäre Kooperation vor allem zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens als zentrale Voraussetzung für die frühzeitige und systematische Vermittlung von Eltern mit Unterstützungsbedarf in passgenaue Angebote der Frühen Hilfen gesehen. Hauptziel war dabei die frühe Förderung von elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung. Zielgruppe waren Eltern von Säuglingen und Kleinkindern.

Die Studie sollte die Bedingungen gelingender interdisziplinärer Kooperation zwischen Institutionen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung klären. Dazu wurden Vertreterinnen und Vertreter der an der Kooperation beteiligten Institutionen interviewt, die Interviews qualitativ ausgewertet.

2.1 Vorbereitungen

Zu Beginn des Forschungsprojektes standen eine Vielzahl von Ideen und Möglichkeiten, die von der Forschungsgruppe² zunächst Entscheidungen zur Erhebungs- und

² Unter Leitung von Prof. Dr. Ute Ziegenhain (Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie) gehörten zur Forschungsgruppe: Dr. Anne-Katrin Künster (Psychologin, Projektkoordinatorin „Guter Start ins Kinderleben“), Cornelia König (Psychologin, Projektmitarbeiterin „Guter Start ins Kinderleben“) und die Autorin der vorliegenden Arbeit Angelika

Auswertungsmethodik erforderten. Wie bereits dargestellt, wurde für das Forschungsvorhaben auf der Grundlage der geringen Beforschung des Feldes und der diversifizierenden Struktur mit jeweils geringen Mitgliederzahlen eine qualitative Herangehensweise gewählt.

Die Erhebung im Interview mit Vertretern beteiligter Institutionen als ‚Zeugen‘ der interessierenden Prozesse (Gläser et al. 2006) wurde zur Methodik der Wahl, das implizite Prozess- und Kontextwissen dieser Experten zu Kooperation sollte breit und offen erfasst und keine Einengung auf Vorüberlegungen der Forscher vorgenommen werden. Als Gegenstand dieser Untersuchung wurden die für das Feld zentralen Bereiche Jugendhilfe und Gesundheitswesen festgelegt. Als Untersuchungsebene wurden die Institutionen in diesen beiden Bereichen definiert. Da sich aufgrund beruflicher Erfahrungen eine wesentliche Vorannahme³ der Forschungsgruppe zu Beginn der Untersuchung darauf bezog, dass die systematische Entwicklung und Einübung von Kooperationskontakten wesentlich zu deren Qualität und Gelingen beiträgt, sollte dieser Aspekt in der Planung des Studiendesigns aufgegriffen werden. Für die Zusammenstellung der Untersuchungsgruppe wurde darauf geachtet, Experten mit unterschiedlich langer Erfahrung in Bezug auf systematische interdisziplinäre Kooperation aufzunehmen.

In weiteren Diskussionen der Forschungsgruppe stand die Gestaltung des Interviews mit den Experten vor dem Hintergrund der zentralen Fragen nach den Bedingungen gelingender Kooperation, den Kooperationserfahrungen und damit Kompetenzen und Schwierigkeiten der einzelnen Institutionen in der Kooperation sowie Wirkfaktoren gelingender bzw. nicht-gelingender Kooperationen bei der (Prävention von) Kindeswohlgefährdung im Mittelpunkt. Eine Kombination aus Fallschilderungen und daraus abgeleiteten Generalisierungen zur Kooperation in den Interviews sollte der Zugang sowohl zum narrativ-episodischen als auch zum semantischen Wissen der Experten ermöglichen. Um das Spannungsfeld zwischen breiter Anlage der Interviews mit möglichst geringen Vorgaben und der Erhebung der erforderlichen konkreten Informationen zu klären, wurden sondierende Gespräche über die alltäglichen Erfahrungen zur Kooperation

Schöllhorn (Sozialpädagogin, Projektkoordinatorin „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ und Projektmitarbeiterin bzw. Projektkoordinatorin „Guter Start ins Kinderleben“).

³ Die Vorannahme wird hier als Teil der ‚theoretischen Sensibilität‘ verstanden, die Truschkat et al. (2007 S. 237) beschreiben: „Theoretische Sensibilität setzt sich nach Strauss und Corbin aus Literaturkenntnissen, beruflichen und persönlichen Erfahrungen und aus den Erkenntnissen zusammen, die im Rahmen des laufenden Forschungsprojekts gewonnen werden.“

bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung mit Fachkräften an den Standorten der Forschungsprojekte durchgeführt. Aus diesen Gesprächen wurden inhaltliche Schwerpunkte für die Gestaltung der Interviews erarbeitet:

- Klärung des institutionellen Kontextes (Auftrag, Erwartungen, Strukturen)
- Einbezug gelingender und nicht-gelingender Fallbeispiele
- Reflexionen zur Kooperation auf der Basis der berichteten Fallbeispiele
- Institutionsspezifische Fragen, die die jeweiligen Besonderheiten aufgreifen.

Nach der Diskussion der Ergebnisse in der Forschungsgruppe wurde das episodische Interview als geeignete Befragungsform der Experten ausgewählt. Es wurden entsprechende Leitfragen entwickelt und der Interviewleitfaden konstruiert (siehe Kapitel 2.3). Die Auswertung der Interviews sollte sich hauptsächlich an der Methodik der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2005) orientieren (siehe Kapitel 2.4).

2.2 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Im Zeitraum zwischen Januar und November 2007 wurden 27 Experten aus Institutionen der Bereiche Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen interviewt. Um die Kooperation zwischen den Institutionen im Rahmen (der Prävention) von Kindeswohlgefährdung inhaltlich repräsentativ und möglichst facettenreich abzubilden, wurden unterschiedliche Professionen und verschiedenartige Institutionen der beiden Bereiche, die typischerweise mit dem Thema in Berührung kommen können, bei der Auswahl der Experten berücksichtigt. Konkrete Kooperations- und/oder Fallerfahrungen in diesem Kontext wurden nicht zwingend vorausgesetzt, da auch die Gruppe der „Unerfahrenen“ (siehe unten) in der Untersuchung mit berücksichtigt werden sollte. Die erste Zusammenstellung der für die Untersuchung relevanten Professionen und Institutionen erfolgte auf der Grundlage von Vorkenntnissen und wurde im Verlauf der Datensammlung durch Nennungen relevanter institutioneller Kooperationspartner durch die Interviewpartner ergänzt.

Weiterhin wurden Merkmale bzw. Merkmalskombinationen der Experten im Sinne eines selektiven Samplings (Kelle et al. 1999) in der Forschungsgruppe erarbeitet. In der Untersuchung sollten unterschiedliche Grade der Erfahrung mit systematischer interdisziplinärer Kooperation, von „keine oder geringe Erfahrung“ (sieben Interviewpartner) über „beginnende oder mäßig intensive Erfahrung“ (elf Interviewpartner) zu „intensive Erfahrung“ (neun Interviewpartner), sowie unterschiedliche Funktionen und Hierarchieebenen innerhalb der Institutionen repräsentiert sein. Um ein großes Repertoire

an allgemeiner beruflicher Erfahrung für die Untersuchung zu erschließen, wurden verstärkt Experten mit mehr- bis langjähriger Berufserfahrung einbezogen. Die Expertenliste wurde abgeschlossen, nachdem die oben genannten Kriterien durch verschiedene Interviewpartner abgedeckt waren und sich keine qualitativ neuen Nennungen von Kooperationspartnern innerhalb der Interviews ergaben. Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Institutionsarten im Gesundheitswesen ergab sich eine höhere Anzahl von Interviews in diesem Bereich.

Die jeweiligen Experten konnten über Schlüsselpersonen im Rahmen der beiden Forschungsprojekte „Guter Start ins Kinderleben“ und „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ sowie über Kontakte der Forschungsgruppe gewonnen werden. Das mittlere Alter der Experten lag bei 44,4 Jahren (minimal 27, maximal 55 Jahre; Standardabweichung 6,3 Jahre). Insgesamt wurden vierzehn Frauen und dreizehn Männer interviewt. In Tabelle 1 ist die vollständige Auflistung der Interviewpartner mit Bereich, Profession und Funktion innerhalb der Institution sowie die Gesamtzahl der Interviews und der Anzahl der beteiligten Institutionen im jeweiligen Bereich zusammengestellt.

Tabelle 1
Die Interviewpartner aus den unterschiedlichen Bereichen mit Profession und Funktion sowie Gesamtzahl der Interviews und Anzahl der beteiligten Institutionen pro Bereich

Bereich	Profession und Funktion	Gesamtzahl Interviews (Anzahl der Institutionen)
Jugendamt als öffentlicher Träger der Jugendhilfe	Sozialarbeiterin (Bezirkssozialdienst) Sozialpädagogin (Sachgebietsleitung) Sozialarbeiter (Abteilungsleitung) Sozialarbeiterin (Stabstelle)	4 (2)
Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe (Familienbildungseinrichtungen, Kindertageseinrichtungen, ambulante, teilstationäre, stationäre Hilfen zur Erziehung –HzE-)	Erzieherin (Leitung Familienbildung) Krippenerzieherin (Leitung Kindertageseinrichtung) Pädagoge (stellvertretende Leitung Erziehungsberatung) Pädagoge (Geschäftsführer, Familienbildung, ambulante und stationäre HzE) Erzieherin (Mitarbeiterin ambulante HzE) Pädagogin (Leitung stationäre HzE) Sozialpädagogin (pädagogische Leitung ambulante, teilstationäre, stationäre HzE)	7 (7)
Gesamt Kinder- und Jugendhilfe		11 (9)
Gesundheitsamt als öffentlicher Träger der Gesundheitshilfe	Kinderkrankenschwester (Mitarbeiterin) Kinderarzt (Sachgebietsleitung) Sozialarbeiter (Abteilungsleitung) Arzt (Leitung)	4 (2)
Kliniken und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens	Gynäkologin (Chefärztin Geburtsklinik) Hebamme (Geburtsklinik) Psychologin (Psychologischer Dienst, Klinik für Pädiatrie) Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) Kinder- und Jugendpsychiater (ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) Sozialpädagogin, Soziologin (Bereichsleitung, Rehabilitationsklinik Sucht)	6 (5)
Freiberufliche und niedergelassene Einrichtungen des Gesundheitswesens	Gynäkologin (niedergelassen) Kinderarzt (niedergelassen) Hebamme (freiberuflich) Physiotherapeutin (freiberuflich) Ergotherapeutin (freiberuflich) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (selbständig)	6 (6)
Gesamt Gesundheitswesen		16 (13)
Gesamtzahl der Interviews		27

2.3 Erhebungsmethode

Das episodische Interview ist geeignet, auf der Grundlage von Erfahrungen zwei verschiedene Formen von Wissen des Befragten zu erfassen: einerseits das narrativ-episodische Wissen, das aus konkreten Erfahrungen hervorgeht und über Erinnerungen eng mit diesen verbunden bleibt, andererseits das daraus abgeleitete semantische Wissen, dem eine Reflexion des Erlebten zu Grunde liegt (Flick 1996). In dieser Interviewform werden die Interviewpartner dazu motiviert, zunächst von Beispielsituationen zu berichten und anschließend anhand zielgerichteter Fragen, die der Interviewer auf der Grundlage eines Interviewleitfadens stellt, abgeleitete Generalisierungen, Abstraktionen und Zusammenhangsbildungen darzustellen. Durch die Verbindung der unterschiedlichen Methoden in der Interviewform - narrative Erzählung und Befragung – findet eine Triangulation bereits in der Datenerhebung statt (Lamnek 2005). Damit können Stärken und Schwächen der jeweiligen Vorgehensweisen ausgeglichen werden. Für das Feld der Studie war die Form des episodischen Interviews, neben den oben benannten methodischen Überlegungen, in besonderer Weise geeignet, da es weitgehend der Struktur der Alltagskommunikation entspricht und den Experten die Erzählung über emotional belastende Fälle von potentieller Kindeswohlgefährdung erleichtern konnte. Über die Interviews sollte erfasst werden, was aus Sicht der Experten in der Kooperation unterschiedlicher Professionen und Institutionen im Kontext (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung erforderlich ist, wie diese Anforderungen in unterschiedlichen Institutionen umgesetzt werden und welche Mechanismen zum Erleben gelingender bzw. nicht-gelingender Kooperation führen.

Es wurden ein entsprechender Interviewleitfaden entwickelt und zwei Probeinterviews (Dezember 2006) durchgeführt. In allen folgenden Interviews wurden vorab personen- und allgemeine institutionsspezifische Daten in Form eines Kurzfragebogens schriftlich erhoben, um das Interview zeitlich zu entlasten. Zu Beginn der Interviews informierten wir die Experten darüber, dass wir uns im Rahmen des Themas (Prävention von) Kindeswohlgefährdung insbesondere für ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen interessieren. Folgende Themen wurden im Interview angesprochen:

- Institution, Funktion und Tätigkeitsbereich (Sondierungsfragen)
Fragen zur Zielgruppe, zum Auftrag und zum institutionell vereinbarten Vorgehen im (präventiven) Kinderschutz
- gelungene und nicht-gelungene Fallbeispiele (Kernfragen)
Fragen zur Kontaktherstellung, zum Verlauf und zum Ergebnis des Hilfeprozesses unter Berücksichtigung der interdisziplinären Kooperation
- Allgemeine Sicht von und Einstellung zur Kooperation (Kernfragen)
Fragen zu Kooperationspartnern, zu Präferenzen bei den Kooperationspartnern und Begründungen dazu

Der ausführliche Interviewleitfaden ist im Anhang D beigelegt.

Die Interviews wurden von drei Forschungsmitarbeiterinnen geführt⁴. Um zu einem übereinstimmenden Interviewstil zu gelangen wurde der Interviewleitfaden gemeinsam entwickelt, die Probeinterviews gemeinsam diskutiert, die Ergebnisse schriftlich als Tipps für die Interviewführung festgehalten. Die Dauer der Interviews lag ungefähr bei 45 Minuten für Experten, die aufgrund ihres Tätigkeitsbereiches (z.B. Leitungsebene) über keine konkreten Fallbeispiele berichten konnten oder mit dem Thema noch nicht in Berührung gekommen waren und 60 bis 75 Minuten bei Experten, die von Fallbeispielen berichteten. Die Audio-Aufzeichnungen der Interviews wurden transkribiert und anonymisiert, d.h. Orte oder Personen wurden durch Buchstabenkombinationen ersetzt. Insgesamt umfassten die Transkripte der 27 Interviews etwa 1000 DIN-A4 Seiten. Eine Zusammenstellung der Seitenzahl pro Interview ist im Anhang F beigelegt.

2.4 Auswertungsmethode

Die Analyse der Interviews orientierte sich in erster Linie an der Methodik der Qualitativen Inhaltsanalyse (QIA) nach Mayring (2003). Die ursprünglich als quantifizierendes Verfahren in den Kommunikationswissenschaften entwickelte Inhaltsanalyse der 1920-er Jahre wurde vor allem im Lauf der 1980-er Jahre als qualitatives Instrument für die Anwendung in unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen weiter entwickelt und angepasst. Im Rahmen der psychologischen, pädagogischen und soziologischen Forschung wurden im Zuge dieser Entwicklung vor allem schriftliche Protokolle aus Interviews oder Gruppendiskussionen nicht nur im Hinblick auf manifeste

⁴ Dipl.-Psych. Cornelia König, Dipl.-Soz. Päd. Angelika Schöllhorn, Dipl.-Psych. Dr. Anne-Katrin Künster

Inhalte, sondern auch auf latente Sinngehalte analysiert (Gläser et al. 2006) In Abbildung 1 wird das Vorgehen in der vorliegenden Arbeit anhand eines modifizierten Schemas nach Gläser und Laudel (2006) dargestellt.

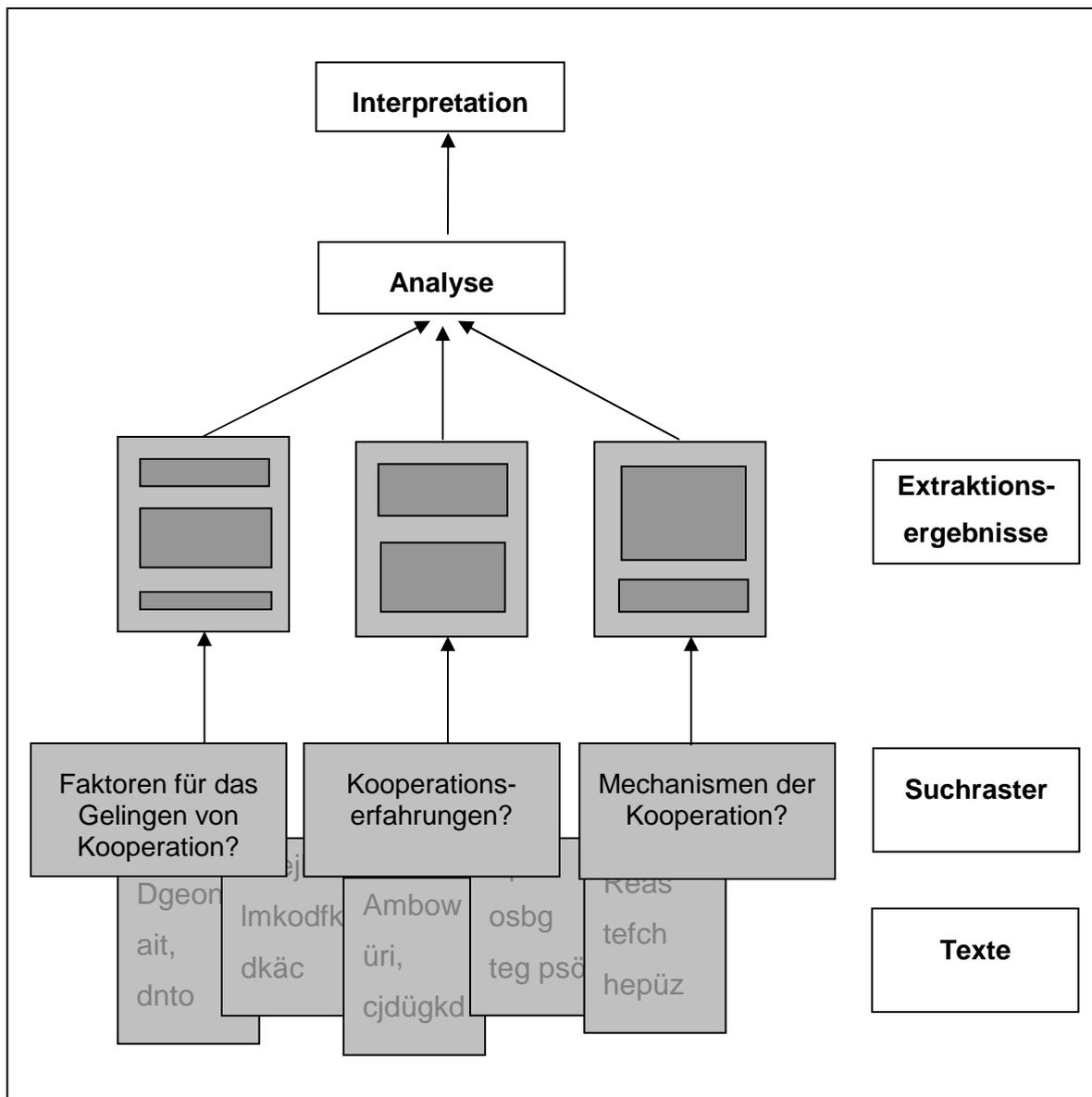


Abbildung 1
Das schematische inhaltsanalytische Vorgehen in der dargestellten Studie

Das Forschungsanliegen der vorliegenden Arbeit war, etwas über die Bedingungen des Gelingens von Kooperation bei der (Prävention von) Kindeswohlgefährdung, deren Umsetzung in unterschiedlichen Institutionen und die zugrunde liegenden Mechanismen aus Sicht der Experten zu erfahren. In den Interviews zeigte sich, dass sowohl Erfahrungen aus Fällen im Bereich der Frühen Hilfen als auch Übergänge zu Interventionen bei Kindeswohlgefährdung geschildert wurden. Für die Auswertung wurde – mit dem Wissen, dass mit diesen beiden Feldern sehr unterschiedliche Aufgaben und Rollen verbunden sind – entschieden, die Fallschilderungen für die Auswertung nicht zu unterscheiden. Eine

Trennung war faktisch nicht möglich, zudem sprechen die eingangs dargestellten fließenden Übergänge und die Schwierigkeiten, die Schwelle zur Kindeswohlgefährdung im Einzelfall zu bestimmen, für dieses Vorgehen.. Die eingesetzte QIA bot durch die grundsätzliche Offenheit gegenüber den subjektiven Erfahrungswelten der Experten aus den unterschiedlichen Institutionen die Möglichkeit, ein konkretes und tiefenscharfes Bild der Prozesse zwischen den Institutionen herauszuarbeiten und daraus ein Konzept der Kooperation abzuleiten. Andererseits ist die Inhaltsanalyse ein regelgeleitetes Verfahren, das sich gut zur Reduktion und damit Handhabung von großen Datenmengen eignet (Lamnek 2005), die bei dem vorliegenden Projekt mit der Vielzahl an unterschiedlichen beteiligten Institutionen zu erwarten waren. Entsprechend der Zielsetzungen der Analyse bot die Methodik Verfahren zur Zusammenfassung, Strukturierung und zur Explikation des Textmaterials. Sie wurden innerhalb der Studie bezogen auf die drei zentralen Fragestellungen in drei Analysezyklen mit unterschiedlichen Schwerpunkten eingesetzt.

Die vorgegebenen allgemeinen Regeln und Verfahren zur Analyse wurden, wie von Mayring (2005) vorgeschlagen, für das konkrete Studiendesign modifiziert und an das Datenmaterial angepasst. In den ersten beiden Analysezyklen zur Frage nach den Aufgaben in gelingenden Kooperationen und den Kompetenzen und Schwächen der jeweiligen Kooperationspartner, wurden ergänzend Auswertungsprozeduren aus der von Strauss und Corbin (Strauss et al. 1997) vorgeschlagenen Grounded Theory Methodologie (GTM) eingesetzt. Das offene Kodieren zur induktiven Kategorienbildung und zirkuläre Prozesse in der sich weiter entwickelnden Analyse sind Beispiele hierfür. Im dritten Analysezyklus zur Frage nach den Mechanismen gelingender oder nicht-gelingender Kooperation, wurde die vergleichende Analyse, wie sie von Gläser und Laudel (2006) beschrieben wird, als Auswertungsstrategie aus dem inhaltsanalytischen Methodenspektrum verwendet. Mit diesen Modifikationen der QIA sollte die erforderliche Flexibilität gewährleistet werden, um das umfangreiche und vielschichtige Material angemessen zu bearbeiten und somit dem doppelten Anspruch qualitativer Forschung auf Offenheit gegenüber dem Textmaterial, aber auch Systematik und Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden (Berg et al. 2008).

Für die weitere Darstellung ist zunächst die Klärung der Begriffe „Paraphrase“, „Kode“ und „Kategorie“ erforderlich, die in der QIA und der GTM unterschiedlich gebraucht werden. Während Mayring (2003) zwischen „Paraphrase“ und „Kategorie“ unterscheidet, sind in der Grounded Theory (Strauss et al. 1997) die Begriffe „Kode“ und „Kategorie“ gebräuchlich. In der vorliegenden Arbeit soll der Begriff „Paraphrase“ entsprechend der

Terminologie von Mayring für allererste zusammenfassende Zuordnungen eingesetzt werden. Entsprechend der Definition von Berg und Milmeister (2008) soll „Kode“ demgegenüber für textnahe und gering abstrahierte Zuordnungen verwendet werden, während „Kategorie“ für konzeptuelle Zuordnungen auf höherem Abstraktionsniveau verwendet wird.

Entsprechend der für die QIA geforderten Regelgeleitetheit wurden die geplanten Auswertungsschritte, wie in Abbildung 2 dargestellt, in einem Ablaufplan als Überblick für die gesamte Untersuchung beschrieben. Obwohl die Kodierungen für die Analysezyklen parallel vorgenommen wurden, werden sie in den Abschnitten 2.4.2 bis 2.4.4 zur besseren Übersicht nacheinander dargestellt. Die konkrete Vorgehensweise und der jeweilige Einsatz der Methoden in den einzelnen Analysephasen werden in diesen Abschnitten näher erläutert.

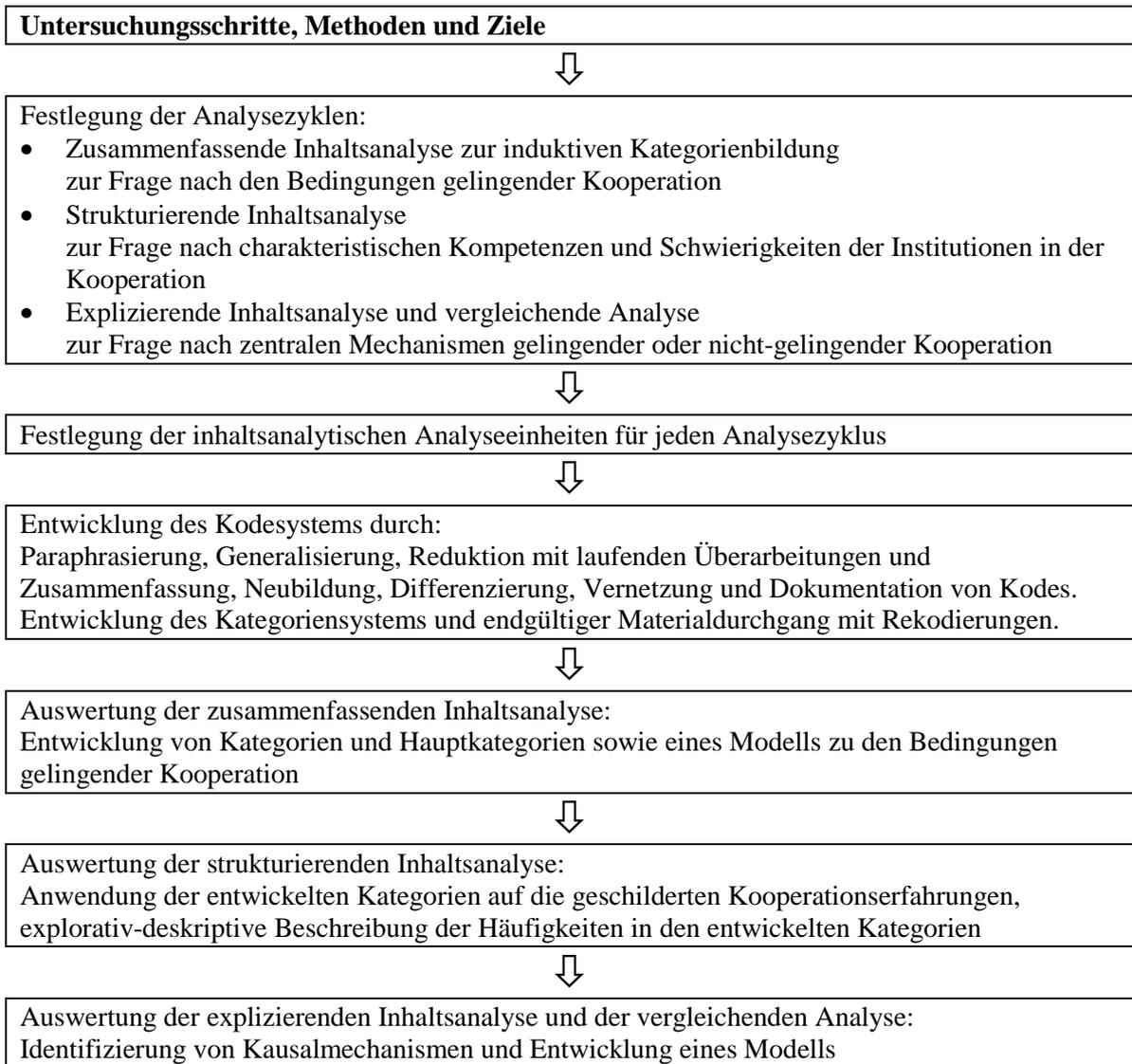


Abbildung 2
Ablaufmodell der gesamten Untersuchung

Für die Analyse wurde das Computerprogramm ATLAS.ti (Muhr, 1997; © 2002-2007, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; Version 5.6.3, 2009) verwendet, dessen Einsatz in der vorliegenden Arbeit im folgenden Abschnitt genauer beschrieben wird.

2.4.1 Umgang mit dem Computerprogramm ATLAS.ti in der vorliegenden Arbeit

Als Instrument zur computerunterstützten Strukturierung und Organisation der Textdaten wurde das Programm ATLAS.ti (Muhr 1997) eingesetzt, das insbesondere an den Erfordernissen der Grounded Theory ausgerichtet ist und sich in der Qualitativen Inhaltsanalyse bewährt hat (siehe Mayring 2005). Es wird von den Autoren als Interpretations-Unterstützungs-System (IUS bzw. ISS - Interpretation Support System) beschrieben. Mit dem Anspruch, qualitative Forschung schneller, effizienter und

übersichtlicher zu gestalten, wurden grafische Darstellungsmöglichkeiten, HTML-Funktionen und unterschiedliche Möglichkeiten des Datenexports (z.B. in das Statistikprogramm SPSS oder als XML-Output) in das Kompakt-Programm integriert. Im Vergleich unterschiedlicher computergestützter Auswertungsverfahren bot ATLAS.ti das umfangreichste und flexibelste Instrumentarium (Lewins et al. 2007), bei dem die integrierten Werkzeuge individuell an die jeweils gewählte Auswertungsstrategie angepasst werden konnten.

Im zentralen inhaltlichen und technischen Arbeitskontext, der Hermeneutischen Einheit (HU – Hermeneutic Unit), konnten für die vorliegende Untersuchung alle Rohdaten sowie alle weiteren im Verlauf der Untersuchung entstehenden Daten unter einem einzigen Namen gespeichert werden. Aus technischer Sicht war die HU damit ein Container für Daten wie die Primärtexte (Primary Documents), Zitate (Quotations), Kodierungen (Kodes), Kommentare und Anmerkungen (Memos), Kode-, Memo-, Primärtextfamilien und Netzwerkansichten. Aus "kognitiver" Sicht war die HU ein "Chunk", der viele kleinere Einheiten zusammenfasste, die damit einfacher gehandhabt werden konnten. Die Ausgangstexte wurden mit Hilfe der integrierten Werkzeuge in einer ersten Bearbeitungsphase segmentiert, kodiert und kommentiert. In der weiteren Analyse wurden Textteile vernetzt und konzeptuelle Netzwerke konstruiert. Die systematische Analyse des umfangreichen Textmaterials wurde durch den Einsatz des Computerprogramms erleichtert und durch die Dokumentation der komplexen Beziehungen zwischen Textpassagen, Anmerkungen und Konzepten ‚intersubjektiv nachvollziehbar‘ (Steinke 2005) gestaltet. Im Folgenden wird beschrieben, wie die im Computerprogramm zur Verfügung gestellten technischen Strukturen spezifisch für unsere Auswertungsstrategie angepasst und eingesetzt wurden.

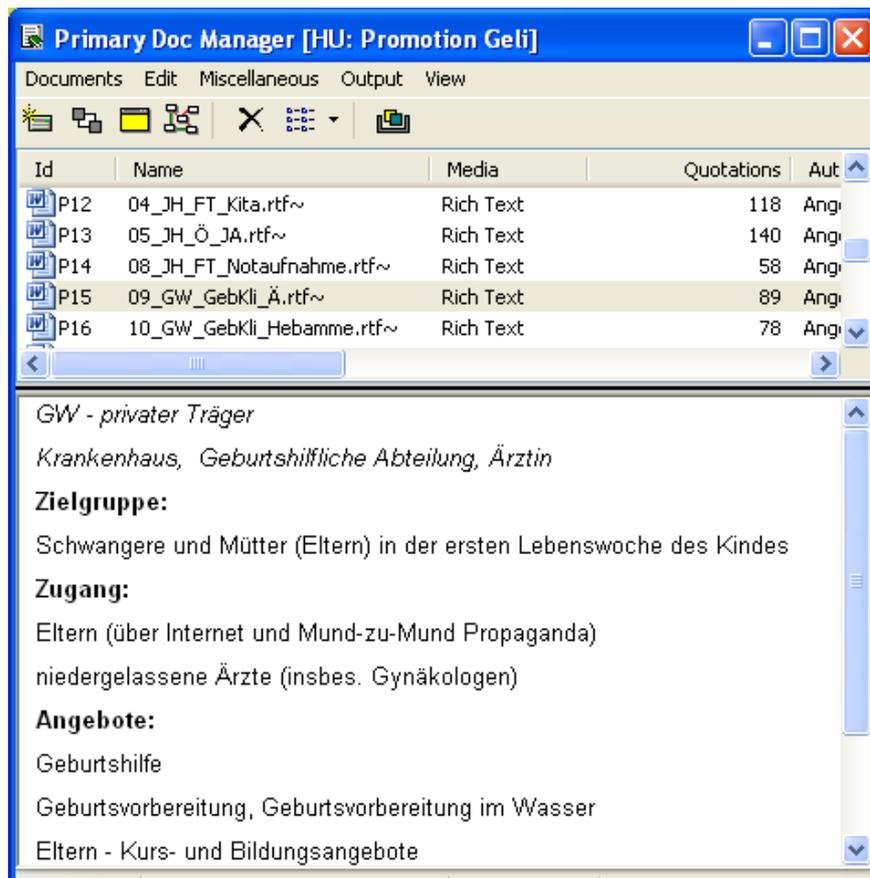


Abbildung 3
Ansicht des Datenfensters „Primary Doc Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti mit den Grundinformationen zum jeweiligen Interviewpartner und der Institution. P steht für Primary Document innerhalb der Textdatei. Weitere Erläuterungen im Text.

Im **Primary Doc Manager** (Abbildung 3) konnten die Textdateien (Primary Documents, PDOC) in ATLAS.ti bearbeitet werden. Für die vorliegende Arbeit umfasste die Liste der PDOCs die 27 transkribierten Interviews mit den Experten aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Die Texte wurden vor der Aufnahme als PDOC anonymisiert⁵ und nach einer Nummerierung der Interviewreihenfolge (z. B. 04, 05) unter einer Abkürzung für den Bereich (JH für Jugendhilfe, GW für Gesundheitswesen), ggf. die Institutionsart (z. B. Ö für öffentliche Träger, FT für freie Träger der Jugendhilfe), die Institution (z. B. GebKli für Geburtsklinik, JA für Jugendamt, Kita für Kindertageseinrichtung) und bei Bedarf der Funktion des Interviewpartners innerhalb der Institution (z. B. Ä für Ärztin) als Textdokument im rich text format (.rtf) gespeichert (z. B. 09_GW_GebKli_Ä.rtf). Das Symbol „~“ kennzeichnete, dass zu dem jeweiligen PDOC ein Memo verfasst wurde. In der Spalte „Quotations“ wurde ersichtlich, wie viele Textpassagen im entsprechenden

⁵ Anonymisiert wurden die Namen der Interviewten, Institutions- und Ortsangaben, die zur Identifikation der Interviewpartner geeignet wären, sowie die Namen, Institutions- und Ortsangaben von benannten Kooperationspartnern.

PDOC kodiert wurden und von wem und wann es erstellt wurde. Der darunter liegende Memobereich in diesem Manager wurde genutzt, um allgemeine Informationen und Kommentare zu dem jeweiligen PDOC festzuhalten. Insbesondere wurden Informationen zu den Interviewpartnern (z. B. Bereich, Art der Trägerschaft, Institution, Funktion) und zu den Institutionen (z. B. Zielgruppe, Zugang und Angebote) aus den vor Interviewbeginn ausgefüllten Kurzfragebögen festgehalten. Durch die aufgenommene Charakteristik der Institutionen konnte für die Textanalyse ein rascher Überblick geschaffen werden, der die Handhabung des umfassenden Datenmaterials erleichterte.

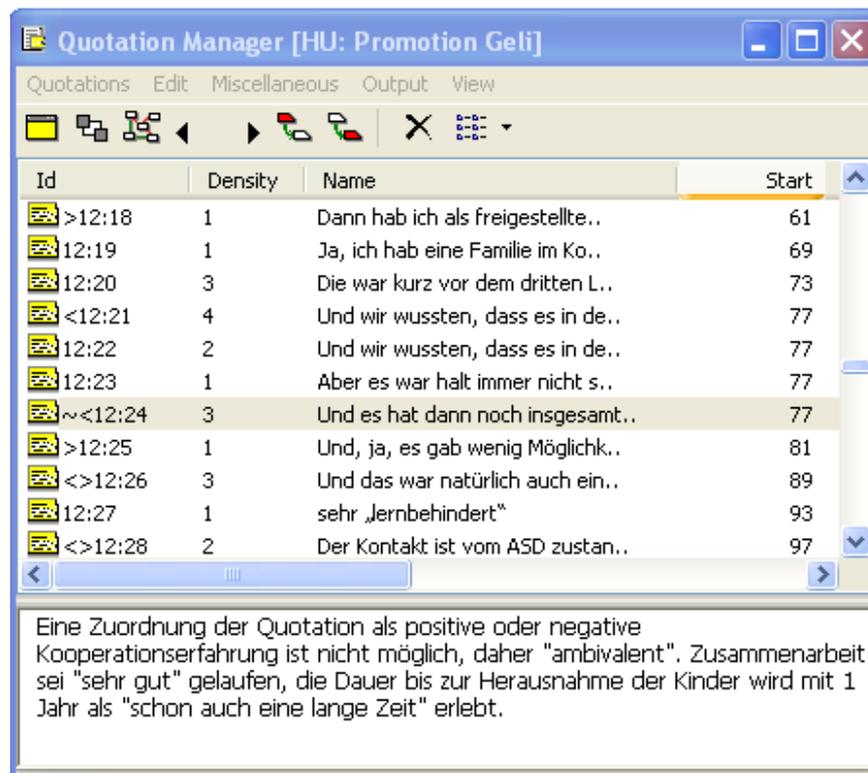


Abbildung 4
Ansicht des Datenfensters „Quotation Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti, die Spalte Id enthält die Nummerierung der jeweils markierten Textstelle. Weitere Erläuterungen im Text.

Im **Quotation Manager** (Abbildung 4) konnten alle markierten Textstellen (Quotations) der Hermeneutischen Einheit eingesehen werden. Im Feld „Id“ sind die Zuordnungen der jeweiligen Textstellen vermerkt, beispielsweise bedeutete „12:24“, dass die bezeichnete Stelle aus dem PDOC 12 stammt und dort als 24. zu finden ist. Die Symbole „<“ und „>“ kennzeichneten die Verknüpfung der Textstelle mit weiteren Quotations, in der Spalte „Density“ wird deren Anzahl sichtbar. Zudem wurden den Textstellen Codes und Memos zugeordnet, die gegebenenfalls untereinander verknüpft wurden. Das Zeichen „~“ stand auch hier für einen Kommentar zur betreffenden Quotation, der im darunter liegenden Memobereich des Quotation Managers angezeigt wurde. In der vorliegenden Arbeit wurde der Memobereich für die Dokumentation von Kommentaren bei uneindeutigen oder

unsicheren Kodierungen und von Entscheidungsanlässen bei der Einführung neuer Codes verwandt. Diese Memos sichern die Nachvollziehbarkeit der Kodierungen im Sinne der Reliabilität und sind daher unbedingt notwendig. Sie waren jedoch nicht für jeden Code erforderlich, da die meisten Verknüpfungen mithilfe der im Code Manager (siehe unten) festgehaltenen spezifischen Erläuterungen und Aspekten zu den Codes klar verständlich und nachvollziehbar waren.

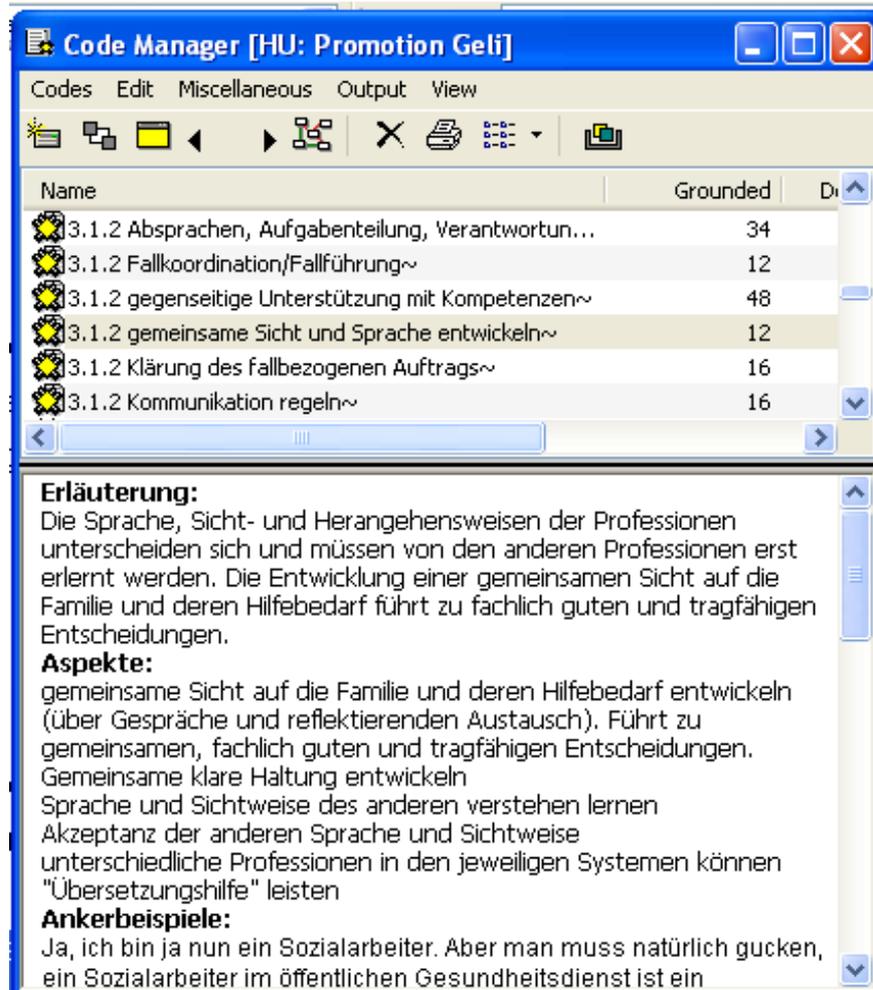


Abbildung 5
Ansicht des Datenfensters „Kode Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti; zu sehen ist eine Auflistung der Codes mit deren Nummerierung. Weitere Erläuterungen im Text.

Der **Kode Manager** (Abbildung 5) enthielt eine Liste aller erstellten Codes, in der Spalte „Grounded“ Informationen darüber, wie häufig ein Code vergeben wurde, sowie in weiteren Spalten von wem und wann der Code erstellt worden war. Um die vergebenen Codes bereits in der Liste zu ordnen und später zu gruppieren wurden den Kodennamen des vorliegenden Projektes im Verlauf des analytischen Prozesses Nummerierungen vorangestellt, die schrittweise weiter entwickelt wurden. Während die Nummerierung zu Beginn lediglich ordnenden Charakter hatten, um die Übersicht in der Vielzahl der vergebenen Kodierungen zu erleichtern, wurden sie im Zuge der inhaltlichen Gruppierung

und Konzeptualisierung weiter entwickelt und mit erweiterten Nummerierungen versehen. So bedeutete die Nummerierung „3.1.2“, dass sich die Codes auf Schnittstellen zwischen den Systemen bezogen, innerhalb der Schnittstellen auf Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und hier spezifisch auf einzelfallbezogene Aufgaben. Der unter der Kode-Liste sichtbare Memo-Bereich wurde dafür genutzt, die für jeden Kode formulierte Kodierregel („Erläuterung“) festzuhalten. Weiterhin wurde die Beschreibung der Codes ergänzt durch Facetten der Codes („Aspekte“), ggf. Abgrenzungen zu ähnlichen Codes und Ankerbeispielen, die typische Verknüpfungsstellen im Text zeigten. Damit konnte die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses abgesichert werden.

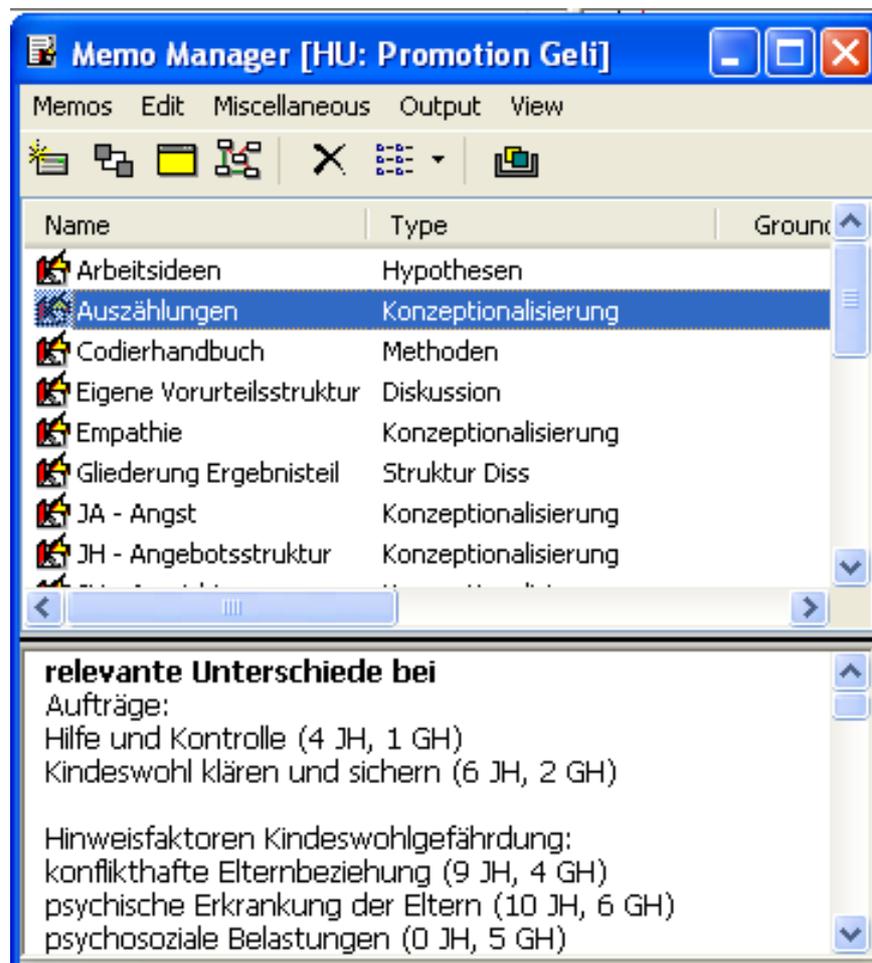


Abbildung 6
Ansicht des Datenfensters „Memo Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti. Weitere Erläuterungen im Text.

Der **Memo Manager** (Abbildung 6) in ATLAS.ti bietet neben den bisher gezeigten Möglichkeiten für Notizen (Memos) auf der Ebene der Codes, der Quotations und der PDOCs zusätzlich einen eigenen Bereich zum Verfassen „freier“ Memos. Im vorliegenden Forschungsprojekt wurde er für generelle Bemerkungen zum Forschungsprojekt, Ideen, anfallende Aufgaben, Arbeitsschritte, Zwischenergebnisse und schriftliche Reflexionen als „Notizheft“ genutzt. Für die Spalte „Type“ konnte aus vorgegebenen oder selbst

definierten Schlagworten gewählt werden, welchem Bereich das jeweilige Memo zuzuordnen ist. Mit dem Memo Manager wurden als wichtiges methodisches Element einzelne Arbeitsschritte sowohl dokumentiert als auch eigenständig verwaltet (genauere Erläuterungen sind im Handbuch zu ATLAS.ti nachzulesen, Muhr 1997).

2.4.2 Aufgaben in Kooperationsbeziehungen (erster Analysezyklus):

Zusammenfassende Inhaltsanalyse zur induktiven Kategorienbildung

Im ersten Analysezyklus sollten die von den Experten als Bedingungen einer gelingenden Kooperation zwischen unterschiedlichen Professionen und Institutionen benannten Faktoren identifiziert und beschrieben werden. Die Kategorien der Analyse sollten induktiv aus dem Textmaterial entwickelt werden, als Methode eignete sich die zusammenfassende Inhaltsanalyse, wie von Mayring (2003) vorgeschlagen wird.

Hierfür wurden die Auswertungsschritte wie in Abbildung 7 dargestellt vorgenommen. Der Ablauf orientierte sich an Mayrings Modell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (2003).

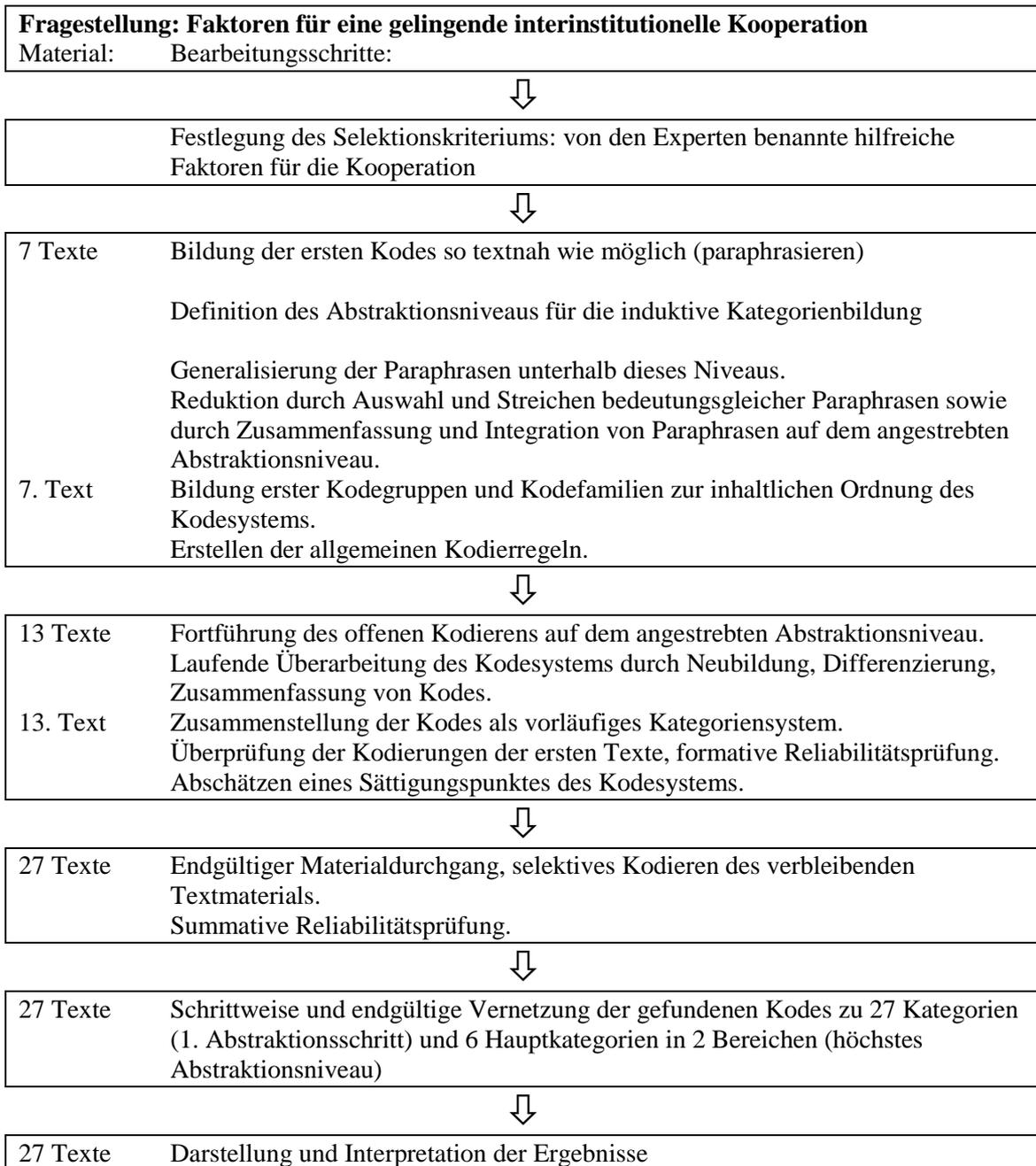


Abbildung 7

Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zur induktiven Kategorienbildung

Zu Beginn der Textanalyse wurden erste exemplarische Texte von der Forschungsgruppe für die gemeinsame Diskussion ausgewählt und gelesen. Insbesondere wurden unterschiedliche Arten von Institutionen in den beiden Bereiche Jugendhilfe und Gesundheitswesen (öffentliche und freie bzw. private Träger) bei der Auswahl berücksichtigt. Ausgewählt wurden dichte und hinsichtlich der Fragestellung nach den Faktoren einer gelingenden Kooperation interessante Stellen und Aspekte in den Interviews. Sie wurden genutzt, um im Austausch und der Diskussion darüber das **Selektionskriterium** für die Auswahl der Textstellen festzulegen und Ideen zur Kodierung zu entwickeln. Als Selektionskriterium wurden für diese Fragestellung alle Textstellen

definiert, in denen die Experten berichteten, was in der Kooperation als hilfreich erlebt wurde oder was als hilfreich erlebt worden wäre. Benennungen, was hinderlich war, wurden ebenfalls eingeschlossen, da auch aus der Formulierung eines Mangels oder Hindernisses der zugrunde liegende Bedarf erschlossen werden konnte.

Um der erwarteten Unterschiedlichkeit der institutionellen Sichtweisen auf die Kooperation möglichst gerecht zu werden und Einzelaspekte nicht vorschnell zu subsumieren, wurde diese Sondierung über etwa ein Viertel der Texte, d.h. sieben Texte, beibehalten. Alle Phänomene zu den Bedingungen einer gelingenden Kooperation wurden in diesem Rahmen zunächst gesammelt. In einer explorativen Annäherung an das Material wurden anhand der ersten ausgewählten Interviews Beschreibungen von hilfreichen oder hinderlichen Kooperationsbedingungen, also im Sinne des Selektionskriteriums zutreffende Stellen, in den Texten gesucht und identifiziert. Diese Kodiereinheiten wurden möglichst textnah als knappe Inhaltsangaben, d.h. **Paraphrasen** zusammengefasst. So entstanden erste Kodierungen wie „Kooperation braucht Wissen, was andere anbieten“, „unterschiedliches Verständnis von Kinderschutz, unterschiedliche Haltungen, Einstellungen, Definitionen von Kinderschutz“, „persönlich geprägte Kooperation hilfreich“. Das Anliegen dieser induktiven Vorgehensweise wird von Mayring (2008) als möglichst materialnahe Entwicklung der Ableitungen aus dem Text beschrieben.

Im weiteren Analyseprozess wurde, wenn das Selektionskriterium auf eine Textstelle traf, geprüft, ob eine bereits formulierte Paraphrase für die neue Stelle passend war und die Textstelle darunter subsumiert werden konnte, ob sie verändert oder umbenannt werden sollte oder ob eine neue Paraphrase gebildet werden musste. Durch dieses Vorgehen der Neubildung und Sammlung von Paraphrasen und später Codes im induktiven Kodieren entstand ein Codesystem, das von Böhm (1994, S. 319) als die „Produktion eines neuen Textes“ bezeichnet wird. Dieser erste Schritt der Analyse wurde von Berg und Milmeister (2008) in einem treffenden Bild beschrieben:

„Bogdan und Biklen (1992) vergleichen die Situation damit, dass in einer großen Turnhalle eine Riesensmenge Spielzeug ausgebreitet wird und dass die Aufgabe des Kategorisierens darin besteht, die Einzelstücke in Haufen zusammenzulegen, die untereinander in einem sinnvollen Zusammenhang stehen. Dabei ist das Schema, nach dem die einzelnen Gegenstände geordnet werden, nicht von Anfang an bekannt. Es bildet sich erst während der Arbeit an den Daten heraus. Das Ziel jedenfalls ist, wie Kuckartz (1997) es sieht [...], dass schlussendlich alle Zitate gruppiert sind wie Medikamente in einer Apotheke, d.h. in säuberlich etikettierten Schubladen und Regalen systematisch geordnet abgelegt sind“ (Berg et al. 2008, Absatz 27).

Eine Vorstrukturierung des Codesystems wurde anhand des Interview-Leitfadens vorgenommen: Informationen zur Institution und zum Tätigkeitsbereich, Reflexionen über die eigene Institution, Schilderungen und Reflexionen gelungener und nicht-gelungener Fälle sowie Reflexionen über Kooperation wurden in ATLAS.ti jeweils mit einer Ziffer gekennzeichnet, die der Abfolge im Interviewleitfaden entsprach, und damit im Code-Manager sortiert.

Aufgrund der rasch ansteigenden Kodezahl (nach der Kodierung der ersten drei Interviews lag die Anzahl der Codes bereits bei über 350 und stieg rasch weiter an) wurden zu diesem Zeitpunkt das **Abstraktionsniveau** der induktiv gebildeten Codes festgelegt, Paraphrasen unterhalb dieses Niveaus generalisiert und bedeutungsgleiche Codes verbunden, so dass die Gesamtmenge der Codes überschaubar blieb. Zusätzlich wurden die Codes einzelner Abschnitte durch das Voranstellen kennzeichnender Worte (z. B. „Auftrag“, „Erwartung“, „Ergebnis“ bei den Fallschilderungen) zur leichteren Übersicht gruppiert. In einem ersten Schritt der **Zusammenfassung** wurden die Formulierungen der für die Kooperation hinderlichen Faktoren unter einen passenden, positiv formulierten Kode subsumiert. Beispielsweise wurden „Kompetenzstreitigkeiten“ unter „Kompetenzen des anderen kennen und mitdenken“, „unterschiedliche Standards in der Arbeitsweise“ unter „verbindliche gemeinsame Standards im Helfersystem“ sowie „kein Verlass“ unter „Vertrauensbasis erforderlich“ zugeordnet.

Um die in der qualitativen Vorgehensweise erforderliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit abzusichern, wurden während des gesamten Prozesses, insbesondere jedoch in dieser offenen Anfangsphase, Memos (Notizen) auf verschiedenen Ebenen verfasst.

- Memos zum Vorverständnis der Forscher:
Fragestellung, Erwartungen, Ideen zur Auswertungsstrategie, Zusammenstellung und Vorerfahrungen der Forschungsgruppe
- Memos zu den zu analysierenden Dokumenten:
Vorinformationen zu den Interviews, eventuelle Anmerkungen der Forscherinnen zu den Interviews
- Memos zu den ausgewählten Textstellen und den zugeordneten Codes:
Ideen und Besonderheiten bei der Auswahl und Zuordnung, Begründungen

Nach der gezielt offen gehaltenen Anfangsphase wurden mit dem siebten Text die Bedingungen für gelingende Kooperationen erstmals kategorisiert, d.h. unter übergeordneten Begriffen wie „Ebene der Kooperationspartner“, „Klärungsprozesse“, „Haltung“ und „Rahmenbedingungen“ zusammengefasst. Äußerungen zur Kooperation,

die an verschiedenen Stellen der Interviews vorkamen (z. B. in den Fallschilderungen und in den allgemeinen Äußerungen zur Kooperation) wurden zusammengeführt. Diese ersten **Kodegruppen und Kodfamilien** zur inhaltlichen Strukturierung des Codesystems orientierten sich nicht mehr an der Gliederung des Interview-Leitfadens sondern wurden quer dazu gebildet und repräsentierten die für diesen Analysezyklus wesentlichen Inhalte des Textes auf einer abstrakteren Ebene. Wie von Berg und Milmeister (2008) gefordert, konnten so zwei Gefahrenpole der qualitativen Forschung ausbalanciert werden:

„Es gilt zwei gegensätzliche Gefahren zu bannen: das Versinken in der Datenflut und das Aufpfropfen datenfremder Kategorien. Man geht deshalb jetzt auf Distanz zu den Daten, und das eigene ‚Sprechen‘ gewinnt an Bedeutung. Während beim offenen Kodieren die Geschichte nicht vollständig und explizit ausformuliert wird, also vage bleibt und sich nur in den Assoziationsketten ahnen lässt, werden jetzt versuchsweise Erzählrahmen angelegt, die eine sinnvolle und brauchbare Geschichte ergeben sollen“ (Berg et al. 2008, Absatz 37).

Mit dieser Ordnung des Codesystems konnten im nächsten Schritt **allgemeine Kodierregeln** erarbeitet und verfasst werden, die die Bestimmung der auszuwählenden Textstelle und die möglichst eindeutige Zuordnung der Codes regelten sowie das Vorgehen bei der Kodierung festlegten. Sie wurden bis zur Rekodierung (siehe unten) erweitert und modifiziert. In Tabelle 2 sind die Kodierregeln für alle Analysezyklen gemeinsam dargestellt, wie sie in einem Memo (Notiz) festgehalten wurden. Ergänzend hierzu wurden für die einzelnen Codes dieses Analysezyklus’ spezifische Kodierregeln formuliert, die im Ergebnisteil in Kapitel 3.2 dargestellt werden.

Tabelle 2 Allgemeine Kodierregeln zum Codesystem**ALLGEMEINE KODIERREGELN**

1. **Kodiereinheit:** Jede Quotation muss im Zusammenhang mit dem Kode sinnvoll, verständlich und eindeutig zuzuordnen sein.
 - Die Quotation umfasst in der Regel mindestens einen vollständigen Satz. Wird daraus der Sinn nicht verständlich oder der Text aus dem Zusammenhang gerissen, muss die Quotation entsprechend länger markiert werden (wenn die erläuternde Stelle weiter entfernt liegt über Erweiterung der Quotation oder Verlinkung durch Setzen eines Textankers -Anchor-).
 - Die Quotations der geschilderten Kooperationserfahrungen müssen die Nennung des jeweiligen Kooperationspartners enthalten und eine Aussage über die Kooperationserfahrungen mit diesem Kooperationspartner.
 - Bei der Kodierung von Kooperationspartnern kann die Quotation ausschließlich die Bezeichnung (Profession, Funktion, Institution) beinhalten.
 - Die Frage der Interviewerin wird in die Quotation einbezogen, wenn sie zum Verständnis der Aussage hilfreich ist.
2. In jeder Fallschilderung und der dazugehörigen Reflexion über den Fall wird ein Kode nur einmal kodiert.

Beispiel: der Experte betont die lösungsorientierte Herangehensweise bei Reibungspunkten in der Kooperation mehrfach innerhalb der Falleinheit.

 - Wird in einem Interview von mehreren ähnlichen Fällen berichtet, können dieselben Codes für jede neue Situation erneut verwendet werden.

Hintergrund: In der Auswertung sollen Häufigkeiten zwischen den Institutionengruppen berücksichtigt werden, die durch Mehrfachkodierungen unzuverlässig werden.
3. Innerhalb einer Quotation können mehrere Codes vergeben werden, wenn die Stelle in mehrere Auswertungsbereiche passt oder aber mehrere Aspekte innerhalb eines Auswertungsbereiches angesprochen werden.

Beispiel 1: die Expertin berichtet, dass sie in dem berichteten Fall den Austausch mit der einbezogenen Kinderkrankenschwester sehr entlastend erlebt habe, da sie dadurch wusste, dass der medizinische Bereich gut abgedeckt war -> "Kinderkrankenschwester" wird als Kooperationspartner kodiert, die Schilderung als „gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen“ bei den Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und als positive Kooperationserfahrung.

Beispiel 2: der Experte berichtet innerhalb eines Satzes, dass die Klärung, was für das Kind erforderlich sei (-> „Klärung des einzelfallbezogenen Auftrags“ wird kodiert), dazu geführt habe, dass er die fallführende Kollegin mit seinen Möglichkeiten unterstützen konnte (-> „gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen“).
4. **Kontexteinheit:** Alles Material der Fallschilderung und der Reflexionen. Wird eine Quotation an einer späteren Stelle durch weitere Aussagen ergänzt, werden diese mit der Quotation verlinkt. Sie wird nicht mehr mit dem betreffenden Kode belegt.

Hintergrund: Verfälschungen bei der Darstellung von Häufigkeiten sollen verhindert, die Informationen der Quotation des Textankers jedoch trotzdem einbezogen werden.
5. Kodierungen werden sowohl in den Fallschilderungen als auch in allgemeinen Aussagen und Reflexionen über Fälle und Situationen vorgenommen, da sowohl episodisches als auch semantisches Wissen der Experten in der Auswertung einbezogen werden sollen.
6. Bei der Kodierung von Faktoren für das Gelingen von Kooperation werden sowohl positiv als auch negativ formulierte Äußerungen aufgenommen, da auch die benannten Mängel Aufschluss über Anforderungen geben. Die negativ formulierten Äußerungen werden in positiver Form aufgenommen.

Beispiel: "Immer dann war es für mich unangenehm, wenn mir suggeriert wurde, meine Wahrnehmung hinsichtlich der Kindeswohlgefährdung wird nicht ernst genommen, wird sozusagen noch mal einer Überprüfung unterzogen und mir wird unterstellt, leichtfertig eine fachliche Einschätzung abgegeben zu haben." Quotation 9.51 -> Kode: gegenseitige Wertschätzung, Begegnung auf Augenhöhe.
7. Die **Kodebenennung** der geschilderten Kooperationserfahrungen:
 - an erster Stelle steht die Institution, über die eine Aussage gemacht wird, die genauere Bezeichnung wird mit Unterstrich abgesetzt, z. B. Ärzte_Psychiater
 - nach einem Bindestrich steht die Institution, die die Aussage gemacht hat, die genauere Bezeichnung wird mit Unterstrich abgesetzt, z. B. -GebKli_Ä
 - nach einem Doppelpunkt steht die Ausprägung der Erfahrung: positiv, negativ oder ambivalent.

Beispiel: "Ärzte_Psychiater-GebKli_Ä: positiv" bedeutet, dass von der Ärztin einer Geburtsklinik positive Kooperationserfahrungen mit einem niedergelassenen Psychiater geschildert wurden.
8. **Abgrenzungen** zwischen den Codes oder Hinweise zur Codevergabe werden im Bereich der Code-Memos festgehalten. Bei unklaren oder unsicheren Einzelkodierung wird eine Erläuterung im Quotation-Memo beigelegt.

Nach dieser ersten Ordnung wurde das offene Kodieren auf dem festgelegten Abstraktionsniveau bis zum dreizehnten Text fortgeführt. Weitere Textstellen wurden, wo passend, mit bereits bestehenden Codes verknüpft, das Codesystem wurde laufend weiter überarbeitet, indem Codes bei Bedarf neu gebildet, differenziert oder zusammengefasst wurden. Nach der Kodierung des dreizehnten Textes wurden die Codes dann zu einem **vorläufigen Kategoriensystem** zusammengestellt, indem Kodfamilien auf einem weiter abstrahierten Niveau gebildet wurden.

Da die Codes immer wieder modifiziert, erweitert und geordnet worden waren, musste jetzt überprüft werden, ob die anfänglichen Zuordnungen der Codes auch zu den neuen Beschreibungen der Bedingungen für gelingende Kooperationen passten bzw. weitere Textstellen zu später entwickelten Codes zu berücksichtigen wären. Umgekehrt musste auch geprüft werden, ob die entwickelten Kategorien tatsächlich das Material repräsentierten (formative Reliabilitätsprüfung). Diese **Rekodierung** der ersten Texte war ein notwendiger Schritt, der sich daraus ergab, dass sich der Blickwinkel bei der vertieften Auseinandersetzung mit den Texten im Kodieren erweiterte und veränderte. Mehrmaliges Lesen, die Auseinandersetzung mit den Texten und Perspektivenwechsel brachten neue wertvolle Informationen, die gefiltert, zusammengefasst und auf die ersten Texte übertragen werden mussten.

Nachdem über die letzten Texte kaum mehr neue Codes hinzugekommen waren, konnte auf einer inhaltlich und zahlenmäßig breiten Textbasis (ca. 50% des Textmaterials) der **Sättigungspunkt des Codesystems** abgeschätzt werden. Mit der Bestimmung des Sättigungspunktes war das Ziel verbunden, die weiteren Texte selektiv zu kodieren, d.h. die bisher gefundenen Codes auf das weitere Textmaterial anzuwenden, um den Arbeitsaufwand für weitere Rekodierungen bei dem etwa 1000 DIN-A4 Seiten umfassenden Material zu verringern. Gleichzeitig wurde damit die Grundlage für die summative Reliabilitätsprüfung geschaffen: indem das Codesystem nicht mehr verändert wurde, waren für alle Texte gleiche Auswertungsbedingungen gültig und damit Vergleichbarkeit und Zuverlässigkeit der Kodierungen gegeben.

Der weitere Textdurchgang erfolgte nun mit dem Schwerpunkt des **selektiven Kodierens**, d.h. die aus dem Material induktiv entwickelten Kategorien wurden auf das verbleibende Textmaterial angewendet, die neu gefundenen Textstellen, auf die das Selektionskriterium zutraf, wurden mit den bestehenden Codes verbunden. Dennoch sollte auch weiterhin die Möglichkeit offen gehalten werden, substanziell neue Informationen aus dem Material in das Codesystem aufzunehmen. Bei der Unterschiedlichkeit der Institutionen war

vorstellbar, dass bei der Kodierung eines der letzten Interviews ein bisher nicht erwähnter Aspekt zu gelingenden Kooperationen auftrat. Dieser sollte dann für die Analyse des Materials keinesfalls verloren gehen. Tatsächlich kam es vereinzelt zu neuen wichtigen Informationen, die über Erweiterungen und Modifikationen von einzelnen Codes aufgenommen wurden. Die allgemeinen Kodierregeln mussten nicht verändert werden. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe zu qualitativer Forschung⁶ wurde der Umgang mit der Veränderung der Codes diskutiert und abgewogen. Eine erneute vollständige Rekodierung des gesamten Materials war aus Sicht der Arbeitsgruppe nicht erforderlich, da die Überprüfung der erweiterten oder modifizierten Codes am Textmaterial für ausreichend erachtet wurde.

Im weiteren Vorgehen wurden die entwickelten Codes nun schrittweise vernetzt, in weiteren Codefamilien (Kategorien) zusammengefasst und stufenweise hierarchisiert, die Hauptkategorien abschließend überarbeitet und ausdifferenziert. Im Ergebnis wurden über den ersten Analysezyklus **27 Kategorien** formuliert, die in **zwei Bereichen mit je drei Hauptkategorien** als höchstem Abstraktionsniveau konzeptualisiert wurden: Die Aufgaben in Kooperationsbeziehungen mit *einzelfallbezogenen Aufgaben*, *fallübergreifenden Aufgaben* und *Haltungsaufgaben* sowie die Rahmenbedingungen mit *Ressourcen*, *politischen* und *gesellschaftlichen Faktoren*. In der Ergebnisdarstellung (siehe Kapitel 3.2) werden diese detailliert ausgeführt.

Zusätzlich zu den benannten Hauptbereichen der Inhaltsanalyse wurden unterschiedlich dimensionierte Untergruppen zur Bedeutung und zum Stellenwert von Kooperation und Kooperationsbeziehungen aus der Sicht der Experten bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung gebildet: Welchen Stellenwert messen die Experten der Kooperation in Bezug auf die erfolgreiche Fallarbeit bei? Welche Kooperationspartner werden benannt? Wie stellen die Experten die Intensität der Kooperation zwischen unterschiedlichen Institutionen dar? Diese Untergruppen beschreiben das weitere Umfeld der Kooperation und sind geeignet, den von den Experten geschilderten Bezugsrahmen der Fragestellungen zu klären. Ihre Ergebnisse werden im Kapitel 3.1 dargestellt.

⁶ Die von Dr. Kathrin Mörtl an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm initiierte „Arbeitsgruppe qualitative Forschung“ traf sich im Zeitraum von Januar 2008 bis Juli 2009 etwa monatlich in unterschiedlicher Zusammensetzung, um vom aktuellen Stand unterschiedlicher Projekte zu berichten und methodische Fragen gemeinsam zu diskutieren. Zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zählten u.a. Dr. Kathrin Mörtl, Dr. Dan Pokorny, Prof. Jörn von Wietersheim, Prof. Franziska Lamotte, Georg Seitz, Thurid Frank, Martin Kitzberger, Hubert Liebhardt. Die erwähnte Diskussion fand am 26.8.2008 statt.

2.4.3 Kooperationsprofile der Institutionengruppen (zweiter Analysezyklus): Strukturierende Inhaltsanalyse der Kooperationserfahrungen

Das Ziel des zweiten Analysezyklus war die Klärung der Frage, welche positiven und negativen Kooperationserfahrungen die Experten mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Institutionen schildern und ob sich daraus Schwerpunkte an Kompetenzen und Schwierigkeiten für die Fachkräfte der unterschiedlichen Institutionen ableiten lassen. Die am Ende dieses Analysezyklus vorgenommene Quantifizierung der Kooperationserfahrungen verlässt einen eng gesteckten Rahmen qualitativer Arbeit. Aufgrund der Praxisrelevanz der diesem Abschnitt zugrunde liegenden Fragestellung wurde entschieden, die Methodik an dieser Stelle zu erweitern. Die Klärung eines Kooperationsprofils der jeweiligen Institutionen erlaubt es, deren Kompetenzen gezielt einzusetzen und erforderliche Maßnahmen zum Ausgleich von Schwierigkeiten zu ergreifen. Diese Erweiterung des methodischen Rahmens wird unter dem Begriff ‚Mixed Methodologies‘ diskutiert. Mayring (2008) erläutert im Zusammenhang mit der Qualitativen Inhaltsanalyse, dass qualitative (z.B. Kategorienbildung) und quantitative Analyseschritte (z.B. Erhebung und Analyse von Kategorienhäufigkeiten) sich in einer Untersuchung sinnvoll ergänzen und verbunden sein können. Ergänzend soll hier erwähnt werden, dass quantifizierende Vorgehensweisen punktuell auch zur Gewinnung der vertieften Informationen zur Sicht der Experten auf die Bedeutung von Kooperation und den Stellenwert der jeweiligen Kooperationsbeziehungen bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung eingesetzt wurden.

Die von den Experten geschilderten Kooperationserfahrungen sollten zunächst extrahiert und zusammengefasst und damit ein der Fragestellung entsprechender Querschnitt durch das Textmaterial gelegt werden. Die hierfür geeignete Methode der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse wird von Mayring (2003) beschrieben. Nach der Extraktion des Textmaterials wurden die im ersten Analysezyklus induktiv entwickelten Kategorien zur Beschreibung der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen als Grundlage zur Zusammenfassung verwendet. Sie waren an dieser Stelle geeignet, die Kompetenzen oder Schwierigkeiten in den geschilderten Kooperationserfahrungen zu klassifizieren, da sie aus derselben Textbasis, teilweise durch doppelte Kodierungen, entstanden waren. Für die Fragestellung des zweiten Analysezyklus‘ wurden die Schilderungen unter einem veränderten Blickwinkel betrachtet. Um Doppelungen in der Darstellung des Auswertungsablaufs zu vermeiden werden in der folgenden Beschreibung nur die für diesen Analysezyklus charakteristischen Schritte näher erläutert. Das bereits in Kapitel

2.4.2 beschriebene, für beide Analysezyklen gemeinsame methodische Vorgehen wie zum Beispiel die Sondierung und die explorative Annäherung an die Texte werden nicht noch einmal ausgeführt. Der Ablauf in diesem Abschnitt orientierte sich an Mayrings Modell der inhaltlichen Strukturierung (Mayring 2003), die Auswertungsschritte wurden wie in Abbildung 8 dargestellt vorgenommen.

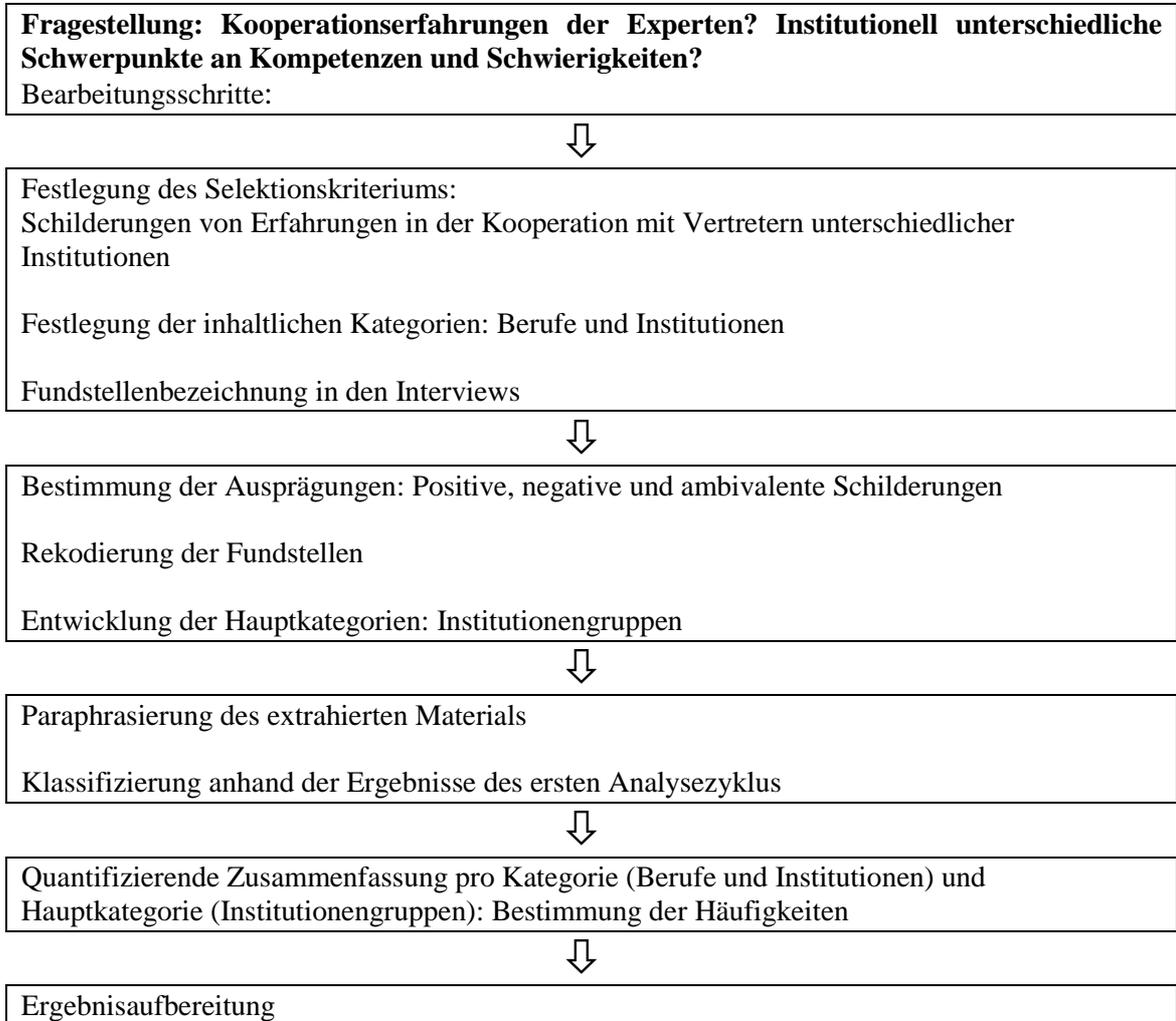


Abbildung 8
Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse der geschilderten Kooperationserfahrungen

Bereits in den Diskussionen der Forschungsgruppe zu Beginn der gesamten Inhaltsanalyse wurden anhand der ausgewählten Beispieltex-te Ideen für die Selektion von Textstellen und deren Kodierung im Rahmen des zweiten Analysezyklus entwickelt. Dadurch sollten zeitintensive erneute Durchgänge durch das gesamte Textmaterial der Interviews möglichst gering gehalten werden. Als **Selektionskriterium** für den zweiten Analysezyklus wurden alle Stellen der Interviews bestimmt, in denen die Experten von konkreten Erfahrungen in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen berichteten. Diese Textstellen sollten zunächst identifiziert, nach einem vorläufigen System geordnet und nach Abschluss des ersten Analysezyklus' weiter bearbeitet werden. Auf der Grundlage

der Fragestellung wurden als **inhaltliche Kategorien** für diesen Auswertungsabschnitt zunächst die Institutionen für die Kodierung der Textstellen gewählt, über die eine Aussage gemacht wurde (z.B. „Jugendamt“, „niedergelassener Frauenarzt“, „Beratungsstelle“). Die endgültige Ordnung sollte nach Abschluss des ersten Analysezyklus mit der vertieften Kenntnis des Textmaterials vorgenommen werden. Die allgemeinen Kodierregeln für diesen Analysezyklus wurden in die bereits bestehenden Kodierregeln (siehe Kapitel 2.4.2, Tabelle 2) integriert. In ihnen wurde beispielsweise definiert, dass die Quotation für diesen Analysezyklus so zu wählen sei, dass sowohl die Nennung des jeweiligen Kooperationspartners als auch eine Aussage über Kooperationserfahrungen mit diesem Kooperationspartner enthalten sind. Parallel zur induktiven Kategorienbildung des ersten Analysezyklus wurden die **Fundstellen** geschilderter Kooperationserfahrungen in den Texten mit einer entsprechenden Kodierung versehen.

Für die weitere Arbeit mit den ausgewählten Textstellen nach Abschluss des ersten Analysezyklus wurden die **Ausprägungen** der Kooperationserfahrungen mit „positiv“ für gelingende, „negativ“ für nicht-gelingende Kooperationserfahrungen und „ambivalent“ für Kooperationserfahrungen, die sowohl gelingende als auch nicht-gelingende Aspekte enthielten, festgelegt. Bei einer **Rekodierung** der markierten Fundstellen wurden die bisherigen Kodierungen durch die relevanten Schlüsselfragen „wer?“ (wer schildert die Erfahrung?) „mit wem?“ (mit welchem Kooperationspartner wurde die Erfahrung gemacht?) und „was?“ (welche Ausprägung hatte die Erfahrung?) ergänzt, so dass die zentralen Inhalte für die Fragestellung aus der Kodierung ersichtlich wurden (siehe Tabelle 2, allgemeine Kodierregeln). Besonderheiten bei der Zuordnung und Begründungen für Entscheidungen wurden als Memos auf der Kode- und der Quotationebene hinterlegt.

Um zu prüfen, ob sich institutionell unterschiedliche Schwerpunkte an Kompetenzen und Schwierigkeiten zeigten, musste in einem nächsten Schritt die Vielzahl der als Kooperationspartner genannten Institutionen (insgesamt 29) gruppiert und zusammengefasst werden. Mehrere Gruppierungsvorschläge wurden in der Forschungsgruppe diskutiert, die sich in der Gesamtzahl und den Abgrenzungskriterien unterschieden und damit unterschiedliche Vor- und Nachteile hatten. Die Anzahl der Institutionengruppen sollte einerseits eine ausreichende Differenzierung zulassen, andererseits möglichst gering gehalten werden, um die Anzahl der Aussagen für jede Gruppe zu maximieren. Die Unterscheidung nach institutionellen Organisationsformen (im Gesundheitswesen z.B. Kliniken versus Niedergelassene/Freiberufliche) wurde beispielsweise der unterschiedlichen Wahrnehmung der damit verbundenen Berufsgruppen durch die Interviewpartner

nicht gerecht (z.B. Ärzte *und* Hebammen in der Gruppe der Niedergelassenen/Freiberuflichen), während die Unterscheidung nach dem prägenden Ausbildungsstatus in den Institutionen (akademisch versus nicht-akademisch) die jeweils anderen Berufsgruppen in der Institution (z.B. Hebammen in Geburtskliniken) vernachlässigten. Da keine widerspruchsfreie Lösung möglich war, musste hier ein Kompromiss mit möglichst geringen Widersprüchen für die Einteilung gewählt werden. Es wurden sechs Institutionengruppen auf der Grundlage der beiden Bereiche (Jugendhilfe und Gesundheitswesen), der Trägerschaft (öffentliche und frei/privat), des für die Institutionen prägenden Ausbildungsstatus (akademisch/nicht-akademisch) und der Zielgruppe (Eltern mit Kindern oder Erwachsene) als **Hauptkategorien** gebildet: *Jugendämter, freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsämter, akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens, nicht-akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens und spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener*. Sie werden in Kapitel 3.1.2 näher dargestellt.

In einem weiteren Schritt wurden die **extrahierten Textstellen paraphrasiert**, d.h. innerhalb der Ausprägungen „positiv“, „negativ“ und „ambivalent“ inhaltlich knapp zusammengefasst. Die anfängliche Ordnung nach Berufsgruppen und Institutionen wurde zunächst beibehalten, um Unterschiede nicht vorschnell in den Hauptkategorien zusammenzufassen und differenzierte Aussagen über Untergruppen innerhalb der Hauptkategorien treffen zu können. Beispielsweise zeigten sich unterschiedliche Wahrnehmungen in der Kooperation mit Kindertageseinrichtungen, Beratungsstellen oder freien Trägern der Hilfen zur Erziehung, die in der Hauptkategorie *freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe* zusammengefasst worden waren. Die detaillierten Ergebnisse aller Institutionengruppen und, wo erforderlich, Untergruppen werden im Kapitel 3.3 dargestellt.

Der mit der Paraphrasierung entstandene „neue Text“ (Böhm et al. 1994) war nun durch die Reduzierung des Textmaterials und den Verzicht auf sprachliche Ausschmückungen geeignet, die Zuordnungen zu den Aufgaben in Kooperationsbeziehungen, wie sie im ersten Analysezyklus entwickelt worden waren, vorzunehmen und die **geschilderten Kooperationserfahrungen** damit zu **klassifizieren**. In Kapitel 3.3 wird ein Beispiel dieser Zuordnung dargestellt. Am Ende dieses Arbeitsschrittes lagen die geschilderten Kooperationserfahrungen der Interviewpartner strukturiert nach den Berufs- und Institutionengruppen, den zugeordneten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen sowie den Ausprägungen der Erfahrungen (positiv, negativ, ambivalent) vor.

In Bezug auf die Fragestellung nach institutionellen Schwerpunkten von Kompetenzen und Schwierigkeiten in der Kooperation wurden anschließend explorativ-deskriptiv die **Häufigkeiten** der positiv, negativ oder ambivalent wahrgenommenen Kooperationsaufgaben pro Kategorie (Berufe und Institutionen) und Hauptkategorie (Institutionengruppen) bestimmt. In diesem Zusammenhang ergab sich die Schwierigkeit, dass die Anzahl der Interviewpartner pro Institutionengruppe nicht gleichmäßig verteilt war (siehe Anhang G). Eine eins zu eins Übernahme der geschilderten Kooperationserfahrungen hätte also das explorative Bild verzerrt, wenn zum Beispiel eine zahlenmäßig stärker vertretene Gruppe mit anderen Erfahrungen die zahlenmäßig geringer vertretene Gruppe dominiert hätte. Für die vorliegende Arbeit wurde daher diskutiert und entschieden, die Zuordnung der Schilderungen zu den Aufgaben in Kooperationsbeziehungen pro Institutionengruppe und Ausprägung dichotom vorzunehmen („ja“, wird genannt oder „nein“, wird nicht genannt), d.h. jede auftretende Variation wurde nur beim ersten Auftreten gekennzeichnet, weitere Nennungen nicht mehr berücksichtigt.

Die Ergebnisse des zweiten Analysezyklus⁷ werden in Kapitel 3.3 dargestellt. Für die Darstellung der Schwerpunkte an Kompetenzen und Schwierigkeiten in der Kooperation (Kooperationsprofile) in Bezug auf die Institutionengruppen wurden zusätzlich die Anzahl der Nennungen als Kooperationspartner und die Häufigkeit der geschilderten Kooperationserfahrungen ermittelt und mit aufgenommen.

2.4.4 Mechanismen der Kooperation (dritter Analysezyklus):

Explizierende Inhaltsanalyse und vergleichende Analyse zur Aufklärung von Kausalmechanismen der Kooperation

Im dritten Analysezyklus sollten Kausalzusammenhänge - d.h. Ursachen und ihre Wirkungen - sowie Kausalmechanismen - d.h. die Prozesse zwischen Ursachen und Wirkungen - (Gläser et al. 2006, S. 67) des sozialen Handelns in gelingenden und nicht-gelingenden Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen aufgeklärt werden. Die Begriffe „Kausalzusammenhang“ und „Kausalmechanismus“ werden hier in einem sozialwissenschaftlichen Verständnis gebraucht, das nach Max Weber „soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und in seinen Wirkungen ursächlich erklären will“ (zitiert nach Gläser et al. 2006). Nach den ersten beiden vorwiegend deskriptiven Analysezyklen wurde in diesem Teil der Schwerpunkt auf die Erklärung und Interpretation von Kooperationsdynamiken gelegt.

Methodisch war diese Frage allein mit Hilfe der von Mayring beschriebenen Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse nicht zu beantworten. Daher wurde für das methodische Vorgehen in diesem Analysezyklus entschieden, eine Kombination aus der fall-basierten Erklärungsstrategie der vergleichenden Analyse, wie sie von Gläser und Laudel (2006) dargestellt wird, und der explizierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) anzuwenden. Gläser und Laudel (2006) erläutern zur vergleichenden Analyse, dass die Variation zwischen den Fällen ermögliche, Zusammenhänge zu ermitteln und daraus auf Wirkungsmechanismen und deren Geltungsbereich zu schließen.

Als Fälle, die im Sinne dieser Beschreibung untersucht und verglichen werden sollten, wurden auf der Basis der Fragestellung die gelingenden und nicht-gelingenden Fallschilderungen bestimmt. Im Verfahren der explizierenden Inhaltsanalyse wird zu ausgewählten Textstellen zusätzliches Material herangezogen, das geeignet ist, die Textstellen zu erklären und zu deuten. Für die vorliegende Untersuchung wurden Beschreibungen der Experten zur eigenen Institution und Schilderungen der Kooperation aus dem direkten Textumfeld der Fälle einbezogen. Als Zusatzmaterial über den Text hinaus wurden die schriftlich erhobenen personen- und institutionsspezifischen Daten und der Forschungsgruppe bekannte Informationen aus dem Umfeld der Interviewpartner für die Analyse genutzt.

Wie in Abbildung 9 dargestellt, wurden für die Auswertung die von den Autoren vorgeschlagenen Modelle der explizierenden Inhaltsanalyse (eIA) und die Auswertungsstrategie der vergleichenden Analyse (vA) von Fällen als Grundkonzepte eingesetzt. Auch in diesem Abschnitt werden, um Wiederholungen zu vermeiden, nur die für diesen Auswertungszyklus charakteristischen Schritte genauer dargestellt. Die bereits in den Kapiteln 2.4.2 und 2.4.3 dargestellten methodischen Schritte werden nicht mehr ausgeführt.

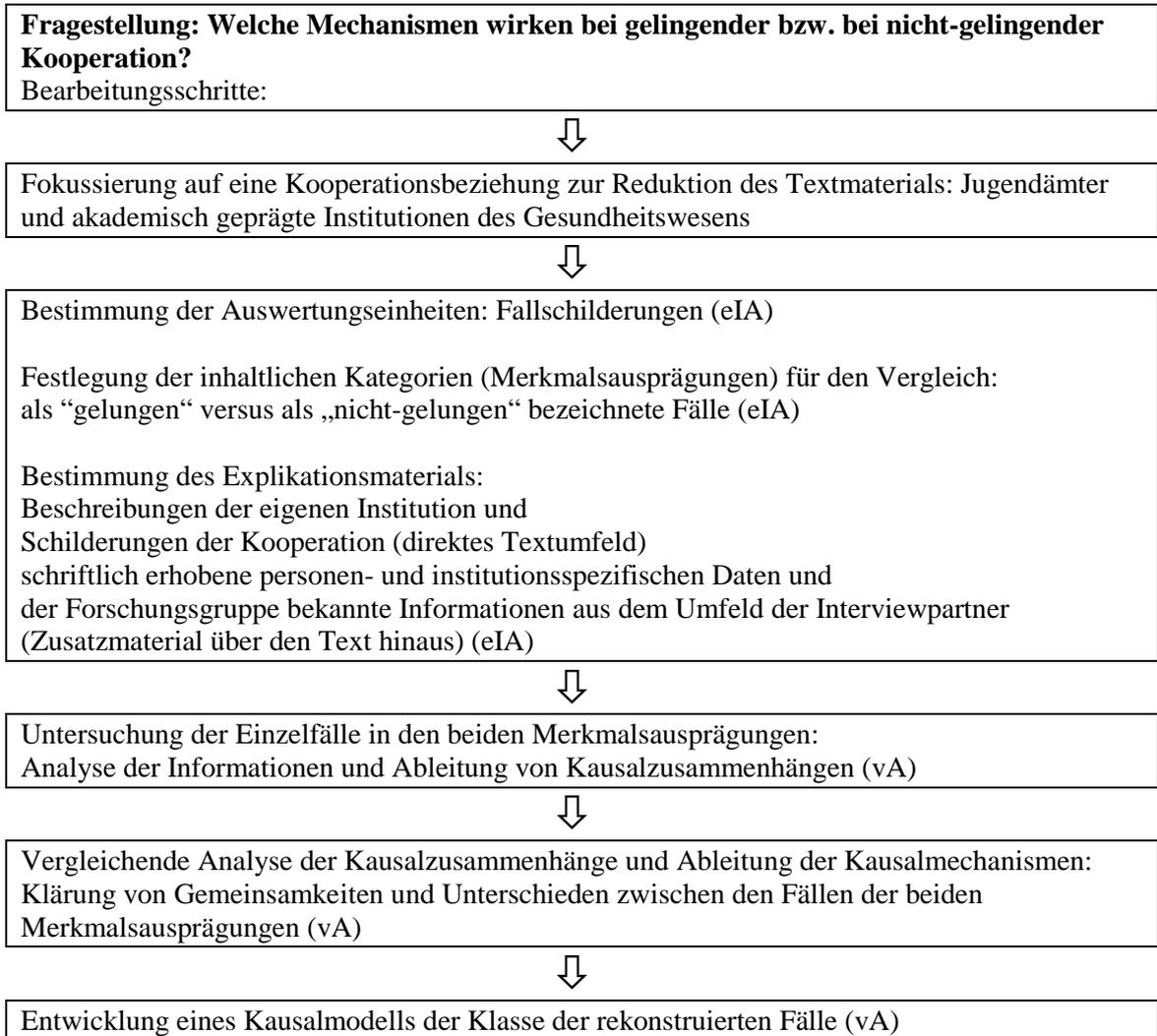


Abbildung 9

Ablaufmodell der explizierenden Inhaltsanalyse (eIA) und der vergleichenden Analyse (vA) zur Aufdeckung der Kausalmechanismen der Kooperation

Für den dritten Analysezyklus stellte sich zunächst die Aufgabe einer angemessenen **Reduktion des Textmaterials**. Die bisherige Analyse über alle 27 Experteninterviews war auf die umfassende Identifikation von Aufgabenbereichen und Rahmenbedingungen und deren Umsetzung in den einzelnen Institutionengruppen angelegt, das daraus entstandene Kodesystem daher entsprechend umfangreich. Eine detaillierte Untersuchung der Informationen über Bedingungen, Verläufe und Ergebnisse der Kooperationsprozesse zur Aufdeckung von Kausalmechanismen war auf dieser breiten Datenbasis nicht möglich. Die Fülle des Materials und die Vielzahl der möglichen Kooperationskonstellationen (bei sechs Institutionengruppen ergeben sich fünfzehn Konstellationen) sprengen den Rahmen einer einzelnen qualitativen Arbeit bei weitem. Für diesen Auswertungsschritt wurde daher aus dem vorliegenden Material nur ein Teil der Texte zur weiteren Untersuchung ausgewählt. Die zugrunde liegenden Kausalmechanismen sollten an dieser Stelle beispielhaft untersucht werden. Es wurde entschieden, auf die Kooperation zwischen *Jugendämtern*

und den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* zu fokussieren. Die *Jugendämter* sind die für den Bereich des Kinderschutzes zentrale Institutionengruppe, während die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* aufgrund ihrer zentralen Stellung im Gesundheitswesen und der subjektiv durch die anderen Experten wahrgenommenen Bedeutung in der Kooperation zur Prävention von Kindeswohlgefährdung von besonderem Interesse für die vorliegende Untersuchung waren. Über diese Auswahl konnte das Material auf elf Interviews reduziert werden, vier Interviews mit Experten der Jugendämter und sieben Interviews mit Experten aus akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens (1x niedergelassene Gynäkologin, 1x Geburtsklinik, 1x niedergelassener Kinderarzt, 1x Kinderklinik, 2x Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1x selbständige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin). Das Alter dieser Experten lag für die *Jugendämter* zwischen 46 und 50 Jahren (Mittelwert 48 Jahre, Standardabweichung 1,83 Jahre), für die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* zwischen 39 und 49 Jahren (Mittelwert 44,4 Jahre, Standardabweichung 4,52 Jahre). Die Interviewpartner der Jugendämter waren zwei Frauen und zwei Männer, bei den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens drei Frauen und vier Männer.

Als **Analyseeinheiten** für den dritten Analysezyklus wurden alle Fallschilderungen der ausgewählten Experten bestimmt, da in ihnen zusammenhängend über Prozesse in der (Prävention von) Kindeswohlgefährdung und der Kooperation berichtet wurde. Als **inhaltliche Kategorien** bzw. Merkmalsausprägungen wurde entsprechend der Fragestellung die Aufteilung in als „gelungen“ und als „nicht-gelungen“ geschilderte Fälle festgelegt. Parallel zu den Kodierungen des ersten und zweiten Analysezyklus wurden die Fundstellen markiert und anhand der beiden inhaltlichen Kategorien kodiert, jedoch zunächst nicht weiter bearbeitet.

Nach Abschluss der ersten beiden Analysezyklen konnte das **Expplikationsmaterial** für die Untersuchung der Fallschilderungen auf Kausalmechanismen der Kooperation bestimmt werden. Die Darstellungen der Fälle sollte damit ergänzt werden, um die zugrunde liegenden Kausalmechanismen herausarbeiten zu können. Für die zunächst durchgeführte enge Kontextanalyse wurden die bereits erstellten Codes mit den Schilderungen der Kooperationserfahrungen aus dem zweiten Analysezyklus und Codes, in denen die Äußerungen der Interviewpartner über die eigene Institution zusammengefasst waren, hinzugezogen. Diese Textstellen stammten aus dem direkten Textumfeld der Fallschilderungen. In der weiteren Kontextanalyse wurden die zu den Interviewpartnern schriftlich erhobenen personen- und institutionsspezifischen Daten sowie der

Forschungsgruppe bekannte Informationen aus dem Umfeld der Interviewpartner als Zusatzmaterial über den Text hinaus genutzt.

Im Rahmen der vergleichenden Analyse wurden zunächst die geschilderten **Einzelfälle** der beiden Merkmalsausprägungen „gelingen“ und „nicht-gelingen“ auf Kausalzusammenhänge untersucht und innerhalb der Untergruppe verglichen. Diese Typisierung führte zu einer wesentlichen Vereinfachung, die es erlaubte, aus dem Auftreten der jeweiligen Merkmalsausprägung („gelingen“ bzw. „nicht-gelingen“) im weiteren Verlauf der Analyse direkt auf zugrunde liegende gemeinsame Mechanismen zu schließen. Die bei der Analyse der Fälle erarbeiteten Bedingungen und daraus entstehende Konsequenzen für die Kooperation wurden mit jedem weiteren Fall erweitert, modifiziert und sukzessive verdichtet, die neu hinzugekommenen Elemente an den vorhergehenden Fällen auf Widersprüche überprüft. Zur Erweiterung des Verständnisses wurden Informationen aus dem oben beschriebenen Explikationsmaterial hinzugezogen. Durch dieses Vorgehen konnten beispielsweise für die Schilderungen der „nicht-gelungenen“ Fälle Zusammenhänge mit dem beschriebenen Rollenverständnis der jeweiligen Institutionen und mangelnden Ressourcen für die Kooperation, für die Schilderungen der „gelungenen“ Fälle die Wahrnehmung von kooperationsbezogenen Aufgaben und ausreichende Rahmenbedingungen herausgearbeitet werden.

In der abschließenden **vergleichenden Analyse der Kausalzusammenhänge** wurden die bisherigen Ergebnisse zu den Fallschilderungen mit gelingender Kooperation und Fällen mit nicht-gelingender Kooperation nebeneinander betrachtet und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht. Durch Kontrastieren der beiden Merkmalsausprägungen wurden die bisher beschriebenen Zusammenhänge schrittweise integriert und überprüft. Die von Gläser und Laudel (2006) formulierte Differenzierung in notwendige, hinreichende, fördernde, hemmende und verhindernde Bedingungen wurde als Basis für die Erarbeitung der zugrunde liegenden Kausalmechanismen genutzt. Aus ihnen wurde der Kern des entstehenden Konzepts entwickelt. Die bis dahin aufgedeckten Kausalzusammenhänge wurden zugeordnet und notwendige bzw. hinreichende Bedingungen als Hauptmechanismen von zusätzlichen fördernden oder hemmenden Bedingungen unterschieden. In die Analyse wurden sowohl objektivierbare Zusammenhänge, als auch die von den Interviewpartnern selbst beschriebenen subjektiven Theorien zu Kausalzusammenhängen einbezogen. Ziel war es, die Bedingungen, Verläufe und Ergebnisse der jeweiligen Prozesse, wie von Gläser und Laudel (2006) gefordert, mit den entwickelten Kausalmechanismen vollständig erklären zu können.

Im Verlauf der Konzeptualisierung wurde erarbeitet, dass die zentralen Kausalmechanismen in der gelingenden und der nicht-gelingenden Kooperation als sich selbst verstärkende oder aufrechterhaltende zyklische Prozesse beschrieben werden können. Da Modelle solcher Prozesse z. B. in den Sozialwissenschaften bereits bestehen, wurde in der Literatur nach Quellen und den dazu formulierten Bedingungen recherchiert. Der aus der Kommunikationspsychologie stammende so genannte „Teufelskreis“ von Thomann und Schulz von Thun (1997) erwies sich mit Modifikationen als geeignet, die Kausalmechanismen der Kooperation darzustellen. Als „Teufelskreis“ wird von den Autoren ein System bezeichnet, in dem mehrere Faktoren (z. B. Verhalten, innere Reaktionen darauf und sogenannte „Hilfsmotoren“) sich gegenseitig verstärken und so einen negativen Zustand aufrecht erhalten oder immer weiter verschlechtern. Er wurde als Grundlage für die Konzeptualisierung des **Kausalmodells für die rekonstruierten Fälle** gelingender und nicht-gelingender Kooperation herangezogen.

Die Ergebnisse des dritten Analysezyklus werden in Kapitel 3.4 dargestellt.

2.5 Gütekriterien

Gütekriterien dienen als Zielvorgaben und Prüfsteine jeder angewandten Forschungsmethode, an denen die Wissenschaftlichkeit, die Güte und der Geltungsbereich des jeweiligen Verfahrens gemessen werden kann. Da qualitative und quantitative Studien sich beispielsweise aufgrund ihres unterschiedlichen Erkenntnisinteresses (hypothesengenerierend versus hypothesenüberprüfend) und unterschiedlicher Schwerpunkte ihres Vorgehens (offen versus geschlossen, dynamisch-prozessual versus statistisch) unterscheiden, können die zunächst für die quantitative Forschung entwickelten Gütekriterien nicht ohne weiteres auf die qualitative Forschung übertragen werden (Elliott et al. 1999). In diesem Kapitel soll zunächst die aktuelle wissenschaftliche Diskussion kurz dargestellt und dann die in der vorliegenden Studie umgesetzten Gütekriterien beschrieben werden.

Im Vergleich zur standardisiert ausgerichteten quantitativen Sozialforschung gibt es in der qualitativen Sozialforschung keine eindeutigen Standards, welche Gütekriterien eingehalten werden müssen. Aktuell werden für die Bewertung qualitativer Forschung drei Grundpositionen diskutiert, die u.a. Steinke (2005) zusammenfasst:

1. Kriterien der quantitativen Forschung werden auf die qualitative Forschung übertragen und ggf. angepasst. Dem sei zu entgegen, dass „Einheitskriterien“ der Unterschiedlichkeit der Forschungsstile nicht gerecht werde, zudem die

Reformulierung der klassischen Begriffe Objektivität, Reliabilität und Validität zu Begriffsverwirrungen führe.

2. Die postmoderne Ablehnung von Kriterien. Diese Position sei nicht haltbar, da qualitative Forschung ohne Kriterien für ihre Bewertung nicht bestehen könne und die Gefahr der Willkür und Beliebigkeit berge.
3. Die Besonderheiten qualitativer Forschung werden als Ausgangspunkt für die Formulierung geeigneter eigener Kriterien genommen.

Mehrere Autoren schlagen entsprechend der dritten Position vor, für die qualitative Forschung eigenständige Kriterien zu entwickeln, die deren Besonderheiten in Bezug auf Ziele, wissenschaftstheoretische und methodologische Ausgangspunkte gerecht werde. Im deutschsprachigen Raum sind hier die Beiträge von Mayring (2002), Frommer, Langenbach und Streeck (2004) und Steinke (2005) zu nennen, über den deutschsprachigen Raum hinaus beispielsweise Fossey, Harvey, McDermott und Davidson (2002). Die erarbeiteten Gütekriterien sollen dabei nicht als starres Gerüst verstanden werden, sondern als Leitfaden zur Orientierung und als Hilfe, um systematisch, bewusst und tiefgehend methodisch vorgehen zu können (Lincoln et al. 1998). Der Vielfalt qualitativer Forschungsansätze, so die Sicht der Autoren, werde dabei am ehesten ein breit angelegter Kriterienkatalog gerecht, der dem Forschungsvorhaben entsprechend angemessen eingesetzt werden kann. Steinke (2005) erläutert hierzu, dass eine *abschließende* Kriteriendiskussion sich nur unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellung, Methode, der Spezifik des Forschungsfelds und des Untersuchungsgegenstands führen lasse (Steinke 2005).

Vor diesem Hintergrund beschreibt Mayring (2002) in seinem Buch „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung, deren Anwendung in der vorliegenden Arbeit im Folgenden beschrieben wird. Punktuell werden von anderen Autoren beschriebene Gütekriterien qualitativer Forschung dazu in Beziehung gesetzt und ergänzend einbezogen. Auf eine ausführliche Darstellung der an anderer Stelle beschriebenen Teile wird hier verzichtet, stattdessen auf die entsprechenden Kapitel verwiesen.

2.5.1 Verfahrensdokumentation

Die Verfahrensdokumentation der angewandten Methoden und des Forschungsprozesses zielen auf die ‚intersubjektive Nachvollziehbarkeit‘ (Steinke 2005, Berg et al. 2008) und Transparenz des Forschungsprozesses.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Prozesse der Vorbereitung, der Datenerhebung, der Datenanalyse und Konzeptbildung in allen Phasen der Untersuchung dokumentiert und möglichst nachvollziehbar beschrieben (siehe Kapitel 2.1 bis 2.4). Zur Dokumentation wurden vor allem die technischen Möglichkeiten des Computerprogramms ATLAS.ti genutzt (Kapitel 2.4.1). Relevante Schritte des Forschungsprozesses wurden mit allen erforderlichen Einzelementen getrennt gespeichert und damit weiterhin zugänglich erhalten. Vorannahmen der Forschungsgruppe und der Autorin wurden gemeinsam reflektiert und dokumentiert, um deren Einfluss auf die Analyse der Daten kontrollieren zu können. Zusätzliche Informationen zum Erhebungskontext, zu Entscheidungen und Problemen wie auch zu Wegen der Interpretation wurden ebenfalls sorgfältig festgehalten und damit transparent gestaltet.

2.5.2 Argumentative Interpretationsabsicherung

Die argumentative Interpretationsabsicherung beinhaltet die Erläuterung von Interpretationen in Kodierregeln und im weiteren die Schlüssigkeit der Interpretationen. Auch sie zielen auf die Transparenz und intersubjektive Nachvollziehbarkeit als zentrale Qualitätskriterien.

Für das Vorgehen bei der Kodierung wurden in der vorliegenden Arbeit Regeln entwickelt, die die zugrunde liegenden Interpretationen klärten und einheitlich gestalteten (siehe Kapitel 2.4.2). Die Schlüssigkeit der Interpretationen aber auch Widersprüchlichkeiten im Material wurden in internen Diskussionen der Forschungsgruppe während des gesamten Prozesses fortlaufend überprüft (siehe 2.1). Vor allem die letzten Abstraktionsschritte der einzelnen Analysezyklen wurden von der Autorin der Gruppe im Detail dargelegt und gemeinsam argumentativ erarbeitet. Die Arbeitsgruppe qualitative Forschung (siehe 2.4.2) wurde als externe kritische Begleitung für den gesamten Prozess genutzt.

2.5.3 Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand als Qualitätskriterium bezieht sich zunächst auf die Frage, ob die Forschung die Lebenswelt der Befragten und deren Betrachtungsweise in entsprechender Weise einbezogen hat. Weiterhin ist zu berücksichtigen, ob die entwickelten Hypothesen und Theorien empirisch in den Daten verankert sind (Steinke 2005).

Die Nähe zur Erlebenswelt der befragten Experten wurde in dieser Untersuchung über grundlegende methodische Entscheidungen abgesichert (siehe Kapitel 2.3). Die Wahl der Interviewform, ihr konkreter Einsatz und die Möglichkeit, die Interviewfragen individuell

an die Situation der einzelnen Experten anzupassen, sind hier als Beispiele zu nennen. Die Forschungsziele wurden den Experten vor und zu Beginn der Interviews transparent gemacht, die Anonymisierung und die Zusendung der Transkripte zur Information vereinbart und damit für die Interviews eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens geschaffen.

Um die Nähe zum Gegenstand auch in der Analyse der gewonnenen Daten und der Entwicklung der Konzepte zu gewährleisten, wurden die Kategorien aus dem Textmaterial entwickelt und in jedem Schritt am Textmaterial überprüft. Letztlich wurden auch in der Ergebnisdarstellung nicht nur die entwickelten Kategorien und ihre Beziehungen zueinander dargestellt, sondern alle Interpretationsebenen auf wörtliche Zitate der Quotations gegründet und rückgeführt.

2.5.4 Regelgeleitetheit

Ziel der Methodik in der qualitativen Analyse ist die ausgewogene Balance zwischen methodologischer Strenge und der kreativen Entdeckung und Vertiefung der Hypothesen bzw. Theorien. Dabei gilt es, die komplementären Risiken des Formalismus und der Spekulation zu vermeiden (Calderón Gomez 2009). Das regelgeleitete Herangehen mit Ablaufplan und Kodierregeln kann – nicht zu eng aber auch nicht zu nachlässig umgesetzt – Orientierung zwischen diesen beiden Polen geben und das Vorgehen transparent und nachvollziehbar gestalten.

In der Auswertung der Interviews wurde schrittweise und sequenziell vorgegangen (siehe Kapitel 2.4). Ein Ablaufplan für die gesamte Untersuchung bildete den ersten Rahmen für das Vorgehen und unterstützte die Ausrichtung auf die Zielfragen der Auswertung, ohne unerwartete Entdeckungen und Ergebnisse auszuschließen. Die Ablaufpläne für die einzelnen Analysezyklen wurden zunächst als Leitfaden ausgearbeitet. Für die einzelnen Schritte wurde zur Orientierung eine Zahl an Texten festgelegt, wohl wissend, dass letztlich die tatsächlich erreichten Zwischenergebnisse der Maßstab bleiben müssen. So konnten beispielsweise die Kodierregeln erst später als ursprünglich vorgesehen erstellt werden, auch der Sättigungspunkt wurde erst nach der Bearbeitung von mehr als den zunächst vorgesehenen Texten abgeschätzt. Die Ablaufpläne wurden dem Untersuchungsverlauf angepasst und in der letztgültigen Version dargestellt.

Die erstellten Kodierregeln stellten die einheitliche und zielgerichtete Anwendung der Codes über alle Texte hinweg sicher, die Memos zu einzelnen uneindeutigen Quotations hielten die „Regel“ bzw. die Entscheidungsgrundlage für den jeweiligen Sonderfall fest.

2.5.5 Kommunikative Validierung

Bei der kommunikativen Validierung (in der englischsprachigen Literatur als ‚member check‘ bezeichnet) werden die Ergebnisse und Interpretationen den Untersuchten vorgelegt, damit diese sie in Bezug auf ihre Gültigkeit bewerten. Dieser Dialog kann wichtige Anhaltspunkte für die Relevanz der Ergebnisse liefern.

Im Anschluss an die einzelnen Auswertungsschritte wurden die Ergebnisse im Rahmen der laufenden Projekte „Guter Start ins Kinderleben“ und „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ mit an der Untersuchung Beteiligten aber auch mit nicht-interviewten Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Institutionen besprochen. Die Gesprächspartnerinnen und -partner stimmten den Ergebnissen in allen Teilen überwiegend zu, in Einzelfragen wurden die Schwerpunkte teilweise anders gewichtet. In Bezug auf die Ergebnisse des zweiten Teils der Untersuchung, die Kooperationsprofile der unterschiedlichen Institutionen, wurde Zustimmung sowohl mit Blick auf die eigene als auch mit Blick auf die anderen Institutionen geäußert. Vereinzelt wurde neben bestätigenden Erzählungen auch von gegenläufigen Beispielen berichtet, die jedoch klar als „Ausnahmen von der Regel“ bezeichnet wurden.

2.5.6 Triangulation

Das qualitative Gütekriterium Triangulation ist sehr weit gefasst und wird beispielsweise für Forscher, Methoden, Daten und Theorien beschrieben (vgl. Lamnek 2005). Einseitigkeiten und Verzerrungen durch die genannten Elemente des Forschungsprozesses sollen so kompensiert werden. Die Triangulation wird sowohl als Instrument zur Validierung als auch als Methodik zur vertieften Erfassung des Untersuchungsgegenstandes diskutiert (Steinke 2005).

Die Forschertriangulation wurde sowohl in der Datenerhebung als auch in der Auswertung umgesetzt. Für die Datenerhebung wurden drei Forschungsmitarbeiterinnen einbezogen (siehe Kapitel 2.3). Um die subjektiven Einflüsse zu minimieren, wurde bereits der Interviewleitfaden gemeinsam erarbeitet und trainiert, die Interviews von jeweils einer Mitarbeiterin durchgeführt. Im Verlauf des Interpretationsprozesses wurden die einzelnen Schritte in der Forschungsgruppe diskutiert, „um subjektive Sichtweisen der Interpreten zu erweitern, zu korrigieren oder zu überprüfen“ (Flick 2005). Im Rahmen der Arbeitsgruppe qualitative Forschung (siehe Kapitel 2.4.2) wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Analyse das Peer-Debriefing (Lamnek 2005) durchgeführt. Durch den Einbezug nicht an

der Forschung beteiligter Fachleute konnte die Validität der Ergebnisse ebenfalls gesichert werden.

Bei der Datentriangulation werden „Daten zu einem Phänomen kombiniert, die unterschiedlichen Quellen entstammen und zu verschiedenen Zeitpunkten, an unterschiedlichen Orten oder Personen erhoben werden“ (Lamnek 2005). In der vorliegenden Studie wurden die Kooperationsprofile, die aus Äußerungen *über* einen Kooperationspartner entwickelt wurden, mit den Selbstäußerungen über die eigene Berufsgruppe bzw. Institution verglichen.

Eine Methodentriangulation fand durch die Wahl des episodischen Interviews als Erhebungsmethode statt. Die Kombination der narrativen Erzählung und der Befragung eröffnete sowohl die Perspektive auf den erlebten Prozess als auch auf die Abstraktionen und Zusammenhangsbildungen der Befragten. Neben dieser Within-Method-Triangulation (Flick 2005) wurde eine Between-Method-Triangulation (ebd.) durchgeführt, indem die Ergebnisse der Experteninterviews mit den Ergebnissen von Gruppendiskussionen⁷ zu ähnlichen Themenstellungen auf Übereinstimmungen und Diskrepanzen überprüft wurden. Dies kann auch als zusätzliche Datentriangulation verstanden werden.

Über die von Mayring (2002) beschriebenen allgemeinen Gütekriterien für qualitative Forschung hinaus wurde geprüft, ob der **Interviewstil der Interviewerinnen** ausreichend aufeinander abgestimmt war. Dazu wurden in der Auswertung die Häufigkeiten vergebener Codes pro Interview verglichen. Insbesondere wurden die Kodierungen der von den Experten benannten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und der für die Kooperation erforderlichen Rahmenbedingungen untersucht. Die Mittelwerte sind in Tabelle 3 dargestellt. Ergänzend wurde die Erfahrung der interviewten Experten in der systematischen interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation mit aufgenommen.

⁷ Die Gruppendiskussionen fanden im Rahmen der Evaluation des rheinland-pfälzischen Gesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) im Jahr 2009 statt. Zum Thema „Vernetzung der professionellen Akteure“ fanden zwei eintägige Treffen im Abstand von vier Monaten mit insgesamt fünf 90-minütigen Diskussionseinheiten statt. Die Gruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertretern der Jugendämter, der Gesundheitsämter, der Hebammen (freiberuflich und angestellt), der niedergelassenen Kinderärzte, der Kinderkliniken, der Sozialpädiatrischen Zentren mit Frühförderung, der freien Träger der Jugendhilfe (Kindertageseinrichtungen, Erziehungsberatung, Träger der Hilfen zur Erziehung). Zusätzlich waren Schulen, Job-Center, Familiengerichte, Polizei, die Servicestelle und das zuständige Ministerium vertreten.

Tabelle 3

Mittelwerte (min.-max), Standardabweichungen und durchschnittliche Erfahrung der Experten (mit systematischer interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperation) pro Interviewerin

Interviewerin	Anzahl der interviewten Experten	Mittelwert der Kodes (min.-max.)	Standardabweichung der Kodes (Stabw)	Durchschnittliche Erfahrung der interviewten Experten*
Künster	4	M= 13,25 (9-23)	6,55	M= 2,5
Schöllhorn	8	M= 31,13 (16-60)	14,43	M= 1
König	15	M= 18,00 (5-32)	7,63	M= 2,26

* 1= intensive Erfahrung; 2= beginnende oder mäßige Erfahrung; 3= keine oder geringe Erfahrung

Bei der Durchführung einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit der unabhängigen Variable ‚Interviewerin‘ und der abhängigen Variable ‚Anzahl der Aufgabekodes/Kodes für Rahmenbedingungen‘ ergab sich, dass sich die durchschnittliche Anzahl der Kodes signifikant ($p = .008$) zwischen den drei Interviewerinnen Künster, Schöllhorn und König unterscheidet.

Zur Aufklärung des Unterschiedes wurde die Erfahrung in der systematischen interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation bei den interviewten Experten, wie bei der Beschreibung der Untersuchungsgruppe in Kapitel 2.2 dargestellt, mit einbezogen. Es kann angenommen werden, dass Experten mit intensiver Erfahrung im Bereich der systematischen interdisziplinären Kooperation umfassender und differenzierter über Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und erforderliche Rahmenbedingungen berichten können, was sich auf die Vergabe der Kodes auswirkte. Beim Vergleich der Erfahrung der Experten zeigte sich, dass sich in der Gruppe von Interviewerin Schöllhorn ausschließlich Experten finden, die über intensive Erfahrungen (Wert 1) in der systematischen interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation verfügten. In den Gruppen der Interviewerinnen Künster und König dominierten dagegen Experten mit beginnender oder mäßiger (Wert 2) bzw. keiner oder geringer Erfahrung (Wert 3). Bei der Durchführung einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit der unabhängigen Variable ‚Erfahrung des interviewten Experten‘ und der abhängigen Variable ‚Anzahl der Aufgabekodes/Kodes für Rahmenbedingungen‘ zeigte sich, dass die Erfahrung der interviewten Experten signifikant ($p = .005$) mit der Anzahl der Kodes zusammenhängt.

Die Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman (Rho) ergaben einen signifikanten Zusammenhang der Variablen „Aufgaben-/Rahmenbedingungs-Kode“ und „Erfahrung“ von $r_s = .61$, ($\alpha \leq .01$). Die unterschiedliche Verteilung der Kodes zwischen den Interviewerinnen kann damit weitgehend durch die unterschiedliche Erfahrung der Experten in Bezug auf die systematische interdisziplinäre und interinstitutionelle

Kooperation erklärt werden. Zusätzlich weist die Streuung *innerhalb* der Interviews jeder Interviewerin darauf hin, dass pro Interview unterschiedlich viele Codes zu Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und Rahmenbedingungen zugeordnet wurden, je nachdem, ob der Experte viel oder wenig dazu berichtete.

3 Ergebnisse

Die 27 Interviews mit Experten der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens beinhalteten einerseits konkrete Schilderungen gelungener und nicht-gelungener Fallverläufe im Bereich (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung, andererseits generalisierte Reflexionen und Gedanken zu den Themen Kooperation und Kinderschutz. Im Folgenden sollen zunächst die Ergebnisse zu den Rahmenfragen der Kooperation dargestellt werden (Kapitel 3.1). In den Kapiteln 3.2 bis 3.4 werden die Ergebnisse der drei Analysezyklen erläutert, die die eingangs formulierten Fragestellungen beantworten.

3.1 Ergebnisse zur aktuellen Situation in der Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse verdeutlichen einleitend die aktuelle Sicht der Experten auf die interdisziplinäre / interinstitutionelle Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung. Die Ergebnisse beantworten die Fragen nach dem Stellenwert, den Kooperation aus der Sicht der Experten bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung hat, welche Kooperationspartner benannt werden, wer aktuell mit wem kooperiert und wie die Kommunikation in den Kooperationsbeziehungen organisiert wird. Durch den punktuellen Einbezug von Häufigkeiten bei der Darstellung werden Gewichtungen bei den Experten deutlich.

3.1.1 Der Stellenwert von Kooperation aus der Sicht der Experten

Zur Beantwortung der Frage nach dem Stellenwert, den Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung hat, wurden zunächst alle Fallschilderungen und die in ihnen benannten Faktoren, die aus Sicht der Experten zum Gelingen oder auch Nicht-Gelingen eines Falles beigetragen hatten, analysiert. Auf den Einbezug der abstrahierten und generalisierten Äußerungen wurde an dieser Stelle verzichtet, um ein möglichst getreues Bild der Praxis der Fälle zu erhalten.

Trotz der gleichermaßen an jeden Experten gestellten Frage nach gelungenen und nicht gelungenen Fällen im Kontext (der Prävention) von Kindeswohlgefährdung wurden von 15 als gelungen erlebter Fälle und 28 als nicht-gelungen erlebter Fälle berichtet. Innerhalb dieser Fallschilderungen wurden 605 Nennungen von Faktoren, die aus Sicht der Experten zu einem positiven oder negativen Verlauf beigetragen haben, identifiziert. Sie wurden zu vier Bereichen zusammengefasst.

- *Faktoren bei den professionellen Helfern*
z. B. fachliche Kompetenz, Haltung zu den Familien, Kooperation mit anderen Fachkräften
- *Faktoren bei den Eltern*
z. B. Motivation zur Hilfeannahme, persönliche Kompetenzen, soziales Umfeld
- *Faktoren des Kontaktes zwischen Eltern und Professionellen*
z. B. Kontakt- und Kontraktgestaltung
- *Faktoren des Umfeldes*
z. B. verfügbare Ressourcen, gesellschaftliche und politische Faktoren

Das größte Gewicht nehmen dabei die *Faktoren bei den professionellen Helfern* (mit einer absoluten Häufigkeit von 262 Nennungen) vor den *Faktoren bei den Eltern* (172 Nennungen), dem *Umfeld* (100 Nennungen) und den *Faktoren des Kontaktes zwischen Eltern und Professionellen* (71 Nennungen) ein (siehe Abbildung 10).

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Verschiebung der Gewichtungen zwischen den gelungen und den nicht-gelungen erlebten Fallverläufen. In den negativen Fallschilderungen wurden *Faktoren bei den Eltern* häufiger benannt (33% zu 23% bei den positiven Schilderungen), während *Faktoren des Kontaktes zwischen Eltern und Professionellen* deutlich weniger benannt wurden (6% zu 19%). Die *Faktoren bei den Helfern* und *Faktoren des Umfeldes* wurden in beiden Fällen etwa gleichgewichtig erwähnt.

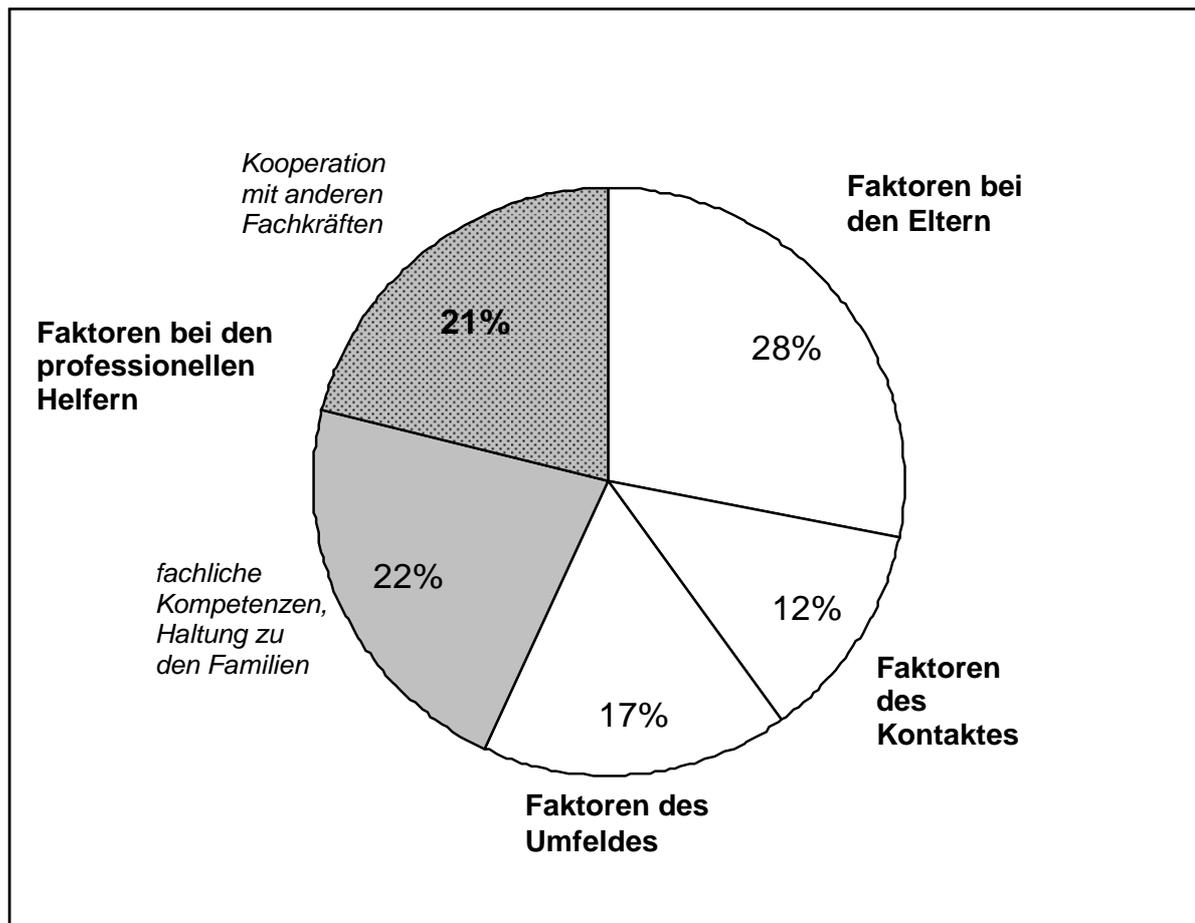


Abbildung 10

Die prozentuale Häufigkeit der Nennungen von Faktoren, die aus Sicht der Experten zum Verlauf der Fälle beitragen. Schraffiert ist der Gegenstand dieser Untersuchung gekennzeichnet (N=605).

Bei der genaueren Betrachtung der *Faktoren bei den professionellen Helfern*, also dem Bereich, der im unmittelbaren Einflussbereich der Fachkräfte liegt, zeigte sich, dass die „Kooperation mit anderen Fachkräften“ (130 Nennungen, 21%) gegenüber den weiteren Aspekten wie individuellen „fachlichen Kompetenzen“ und „Haltung zu den Familien“ (gemeinsam 132 Nennungen, 22%) von den Experten gleichgewichtig gesehen wurde. Aus der Sicht der Experten hat Kooperation damit eine hohe Bedeutung für den Verlauf von Fällen. An dieser Stelle muss kritisch beleuchtet werden, ob dieses Ergebnis durch den Interviewstil hätte generiert werden können. Die Interviewerinnen fragten konkret nach Kooperationspartnern, den Erwartungen und dem Verlauf von Kooperationen in Bezug auf die Fallschilderungen. Dennoch blieb es den Interviewpartnern frei, welche Bedeutung sie der Kooperation, neben den anderen Faktoren, für den Fallverlauf beimessen. So wurde in einzelnen Fallschilderungen die Kooperation der Fachkräfte nicht als relevant für den Fallverlauf benannt.

In einem weiteren Schritt wurden zur Frage nach der Bedeutung von Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung die insgesamt 46 Äußerungen der Experten

sowohl in den Narrativen als auch in den generalisierten Aussagen in den folgenden drei Kodes zusammengefasst.

Kode 1: „Kooperation ist notwendig, anstrengend aber auch bereichernd und langfristig erfolgreicher“ (21 Nennungen)

In den hier zusammengefassten Äußerungen schilderten die Experten kurz- und langfristige Nutzen (z.B. Beratungseffekte durch andere Professionen) bzw. die Notwendigkeit von Kooperation (z.B. in der Arbeit mit komplexen Fällen). Ebenso wurden die mit der Kooperation verbundenen Herausforderungen an die Institutionen und Professionen und der damit verbundene Zeit- und Energieaufwand beschrieben.

Kode 2: „Frühe Hilfen für Familien“ (20 Nennungen)

Als Chance der Kooperation wurden frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung benannt. Inhaltlich wurden die erforderlichen Hilfen in den entsprechenden Textstellen als früh beginnend, passgenau sowie professions- und ressortübergreifend beschrieben und die Notwendigkeit zur Bereitstellung in ausreichendem Umfang betont. Weiterhin wurden Synergieeffekte als Anreiz zur Bildung eines Netzwerks „Früher Hilfen“ in Zeiten knapper Ressourcen dargelegt.

Kode 3: „Grenzen der Kooperation“ (5 Nennungen)

Dem gegenüber wurden Grenzen der Kooperation nur in wenigen Interviews erwähnt. Nach Ansicht der Experten muss das benannte Ziel der Prävention von Kindeswohlgefährdung im Mittelpunkt der Kooperationsbemühungen stehen. Kooperation sei kein Selbstzweck sondern werde über das Verhältnis von zeitlichem und personellem Aufwand im Verhältnis zum Nutzen für die beteiligten Professionellen und die Familien bestimmt.

3.1.2 Die Kooperationspartner aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen

Die befragten Experten benannten Berufsgruppen und/oder Institutionen aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen, mit denen sie in ihrem beruflichen Alltag kooperieren. Die in der Analyse herausgearbeiteten Berufsgruppen und Institutionen wurden zunächst in 29 Institutionen-Kodes zusammengefasst. Anschließend wurden diese 29 Institutionen-Kodes in insgesamt sechs Institutionengruppen konzeptualisiert, die hier mit den zugeordneten Kodes dargestellt werden.

JUGENDHILFE

- *Jugendämter*
“Jugendamt mit Diensten“
- *freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe*
“Familienbildungseinrichtungen“; „Kindertageseinrichtungen“; „Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe“; „Pflegefamilien“; „Kinderschutzbund/-zentrum“; „freie Träger der Hilfen zur Erziehung“

GESUNDHEITSWESEN

- *Gesundheitsämter*
“Gesundheitsamt mit Diensten“
- *akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens*
“niedergelassene Ärzte“; „Kinderärzte“; „Hausärzte“; „Frauenärzte“;
„Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche“; „Frauenkliniken“;
„Geburtskliniken“; „Kinderkliniken“; „Kinderschutzambulanz in Kliniken“; „Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken“; „Sozialpädiatrische Zentren“
- *nicht-akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens*
“Hebammenpraxen“; „Kinderkrankenpflege ambulant“; „Frühförderstellen“; „Praxen für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie“
- *spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener*
“Suchtberatungsstellen“; „niedergelassene Erwachsenenpsychiater“; „Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie“; „Drogen- und Methadonambulanzen“; „sonstige Kliniken“.

Neben der grundlegenden Differenzierung zwischen öffentlichen und freien bzw. privaten Trägern in Jugendhilfe und Gesundheitswesen wurde innerhalb des Gesundheitswesens nach akademischen/nicht-akademischen Institutionen und spezifischen Institutionen zur Behandlung Erwachsener unterschieden, da diese keinen eigenen Behandlungsauftrag für Kinder haben. Einige Zuordnungsentscheidungen bedürfen der Erläuterung, da sie nicht eindeutig zu treffen waren. Die Frühförderstellen erbringen so genannte Komplexleistungen (Neuntes Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB IX), die unterschiedlichen Sozialleistungsträgern zuzurechnen sind (z. B. Krankenkassen, Kinder- und Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe). Aufgrund der vielfach vorzufindenden Nähe der Frühförderstellen zu den Sozialpädiatrischen Zentren wurden sie im Rahmen dieser Arbeit dem Gesundheitswesen zugeordnet. Weiterhin konnte die Abgrenzung der Institutionen des Gesundheitswesens in akademisch und nicht-akademisch geprägte Institutionen nicht völlig trennscharf gestaltet werden, da zum Beispiel in Sozialpädiatrischen Zentren neben Ärzten und Psychologen auch nicht-akademische Berufsgruppen wie Ergotherapeuten tätig sind. Umgekehrt sind in Frühförderstellen neben

den nicht-akademischen Berufsgruppen auch Personen mit einem akademischen Abschluss tätig. Die Institutionen wurden daher nach den Berufsgruppen zugeordnet, die für die Wahrnehmung dieser Institutionen hauptsächlich prägend sind. Eine besondere Stellung nimmt die nur einmal benannte Clearingstelle ein, da es sich dabei um eine außergewöhnliche Form der Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsamt handelt. Diese Clearingstelle ist sowohl mit Mitarbeitern des Jugend- als auch des Gesundheitsamtes besetzt und kann keinem der beiden Bereiche ausschließlich zugeordnet werden. Auf eine Einordnung in die aufgeführten Bereiche wurde in diesem Fall aufgrund der einmaligen Sonderstellung verzichtet.

Über den Rahmen der hier vorgestellten Arbeit hinaus benannten die Experten neben den aufgeführten Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens weitere Kooperationspartner wie Schwangerschaftsberatungsstellen, Sozialämter und Arbeitsagenturen, Polizei und Justiz, die trotz der Fokussierung auf Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens nicht unerwähnt bleiben sollen.

3.1.3 Institutionelle Kooperationsbeziehungen

Für die Frage nach den aktuellen institutionellen Kooperationsbeziehungen wurden sowohl explizite Nennungen von Kooperationen in den generalisierten Reflexionen als auch Nennungen im Verlauf der Fallschilderungen aufgenommen. Insgesamt wurden an 148 Stellen Kooperationspartner benannt. Die Gesamtaufzählung der Nennungen pro Institutionengruppe ist in einer Tabelle im Anhang H angefügt.

Betrachtet man die einzelnen Bereiche nach der Häufigkeit der Nennungen, so zeigt sich, dass die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* (mit einem besonderen Schwerpunkt bei den niedergelassenen Kinderärzten) mit einer absoluten Häufigkeit von 54 Nennungen (37% aller Nennungen) die am häufigsten benannten Kooperationspartner aller Bereiche waren. Die *freien Träger der Jugendhilfe* zählten mit 32 Nennungen (entsprechend 22% aller Nennungen) ebenfalls zu den häufig genannten Kooperationspartnern.

Mit deutlichem Abstand zu diesen beiden Institutionengruppen wurden die *Jugendämter* mit 14% (absolut: 20 Nennungen), die *nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* mit 12% (18 Nennungen) und die *spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener* mit 11% aller Nennungen (16 Nennungen) als Kooperationspartner benannt. Die *Gesundheitsämter* lagen mit 5% aller Nennungen (8 Nennungen) an der letzten Stelle der von den Experten genannten Kooperationspartner.

Interessant erscheint an dieser Stelle, dass die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* ihrerseits hauptsächlich andere akademisch geprägte Institutionen als Kooperationspartner benannten (mit 14 Nennungen entsprechend 41% ihrer Nennungen von Kooperationspartnern). Darüber hinaus zeigten sich Unterschiede in den wechselseitigen Nennungen als Kooperationspartner. Die *Jugendämter* benannten eine Kooperation mit *akademisch* sowie *nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* etwa mit dreifacher Häufigkeit als umgekehrt. Das Ungleichgewicht stellte sich bei den *Gesundheitsämtern* noch deutlicher dar: mit einem Verhältnis von 7:0 zwischen *Gesundheitsämtern* und *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* und einem Verhältnis von 6:1 zwischen *Gesundheitsämtern* und *nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* bieten diese Ergebnisse ebenfalls Anlass für weitergehende Untersuchungen zu den Hintergründen der Kooperationspräferenzen und der diskrepanten Kooperationsangaben.

3.1.4 Die Organisation der Kommunikation in der Kooperation

Von den Experten berichteten von unterschiedlichen Formen, wie die Kommunikation in ihren Kooperationsbeziehungen aktuell organisiert wird. Dabei können Formen, die sich auf die Zusammenarbeit in konkreten Einzelfällen und Formen, die sich auf die Grundlagen der Zusammenarbeit beziehen, unterschieden werden. Sie werden jeweils benannt und anhand der Äußerungen der Experten inhaltlich beschrieben.

FORMEN FÜR EINZELFÄLLE

- *Anonymisierte Fallberatung*
Eine Institution, häufig das Jugendamt, bietet anderen Professionen und Institutionen telefonisch oder persönlich die bedarfsorientierte Gelegenheit, sich anonymisiert über Möglichkeiten des Vorgehens oder der Unterstützung in einem konkreten Fall beraten zu lassen. Der Schutz der personenbezogenen Daten und Informationen bleibt gewahrt.
- *Interdisziplinäre anonymisierte Fallbesprechung*
Eine Gruppe aus unterschiedlichen Professionen / Institutionen (z. B. Hebamme, Kinderärztin oder Kinderarzt, Sozialpädagogin oder Sozialpädagoge, PsychiaterIn, PsychologIn) trifft sich regelmäßig, um Fälle anonymisiert zu besprechen und eine multiprofessionelle Sicht auf die Situation der Familien / der Kinder sowie Handlungsmöglichkeiten und -bedarfe zu entwickeln. Der Schutz der personenbezogenen Daten und Informationen bleibt gewahrt
- *Fachgespräche*
Zwei oder mehr Professionelle tauschen sich bedarfsorientiert oder regelmäßig z. B. über Wahrnehmungen zu diesem Fall aus und entwickeln eine gemeinsame Sicht oder

treffen Absprachen. Diese Form der Kooperation bedarf der Entbindung von der Schweigepflicht durch die betreffende Familie.

- *Fachliche Mitteilungen*

Informationen über aktuelle Wahrnehmungen, Entwicklungen oder Entscheidungen bei der Familie werden anderen Helfern formlos mitgeteilt, sofern dies für deren Einsatz relevant ist. Auch hier bedarf es der Entbindung von der Schweigepflicht durch die Familie.

- *Helferkonferenzen*

Alle an einem Fall beteiligten Helfer treffen sich regelmäßig oder bedarfsorientiert, um sich z. B. über Wahrnehmungen zu diesem Fall auszutauschen, eine gemeinsame Sicht zu entwickeln oder Absprachen zu treffen. Diese Form der Kooperation bedarf der Zustimmung und Entbindung von der Schweigepflicht durch die betreffende Familie.

- *Fallkoordination*

Einer der Helfer übernimmt die Koordination der Hilfen, indem Informationen zusammengeführt und übermittelt, zeitliche und inhaltliche Abstimmungen vorgenommen werden. Die Fallkoordination dient der Optimierung der Hilfen und der Absicherung der Fallarbeit durch Bündelung aller vorhandenen Informationen. Auch hier bedarf es der Entbindung von der Schweigepflicht durch die Familie.

- *Hilfeplangespräche*

Ein Instrument der Kinder- und Jugendhilfe nach §36 Sozialgesetzbuch Aches Buch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Hilfeplangespräche finden bei den durch das Jugendamt zu gewährenden Hilfen zur Feststellung des Bedarfs, die Art der Hilfe sowie der notwendigen Leistungen statt und sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet und notwendig ist. Beteiligt sind die Personensorgeberechtigten, die beteiligten Hilfeleister der Kinder- und Jugendhilfe sowie andere Professionen bei Bedarf. Es bedarf der Entbindung von der Schweigepflicht durch die Familie.

FORMEN ZU DEN GRUNDLAGEN DER ZUSAMMENARBEIT

- *Runde Tische / Arbeitskreise*

Eine Gruppe unterschiedlicher Professionen oder Institutionsvertreter trifft sich regelmäßig, um Informationen auszutauschen und Themen der Kooperation zu besprechen und zu bearbeiten, z. B. Zugangswege zu Adressaten der Hilfen, Übergangsgestaltung zwischen unterschiedlichen Hilfeanbietern, Kooperation bei Einzelfällen. Während die Runden Tische in der Regel alle in einem „Netzwerk (zur Prävention von) Kindeswohlgefährdung“ Beteiligten umfasst, richtet sich die Zusammensetzung der Arbeitskreise nach den jeweiligen Aufgabenstellungen und kann zeitlich befristet sein.

- *Schnittstellenmanagement*

Vertreter unterschiedlicher Professionen und/oder Institutionen treffen sich regelmäßig, um Schnittstellenthemen zu besprechen, Ideen zur Optimierung zu entwickeln und in ihren jeweiligen Einrichtungen auszuarbeiten.

Darüber hinaus wurde vereinzelt von Praxismodellen berichtet, in denen die interdisziplinäre Kommunikation im Feld des Kinderschutzes bereits im Studium, beispielsweise zwischen Studentinnen und Studenten der Medizin und der Sozialpädagogik, eingeübt und fachlich begleitet wird.

3.2 Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und erforderliche Rahmenbedingungen: Ergebnisse des ersten Analysezyklus

Ziel des ersten Analysezyklus' war die Identifikation von Aufgaben in Kooperationsbeziehungen im Hinblick auf die gemeinsame Arbeit. Diese wurden als „Themen und Anforderungen, die sich in der gemeinsamen Arbeit zeigen und deren Bewältigung zum Erleben gelingender Kooperation beiträgt“ definiert. Im Prozess des offenen Kodierens zeigte sich, dass die Experten den Rahmenbedingungen der Kooperation eine hohe Bedeutung beimaßen und die Rahmenbedingungen in enger Wechselwirkung mit den Aufgaben in Kooperationsbeziehungen gesehen wurden. Daher entschied die Forschungsgruppe, die von den Experten benannten Rahmenbedingungen als weiteren Themenbereich für die Textanalyse zu berücksichtigen. Sie wurden als „Rahmenbedingungen, die die Gestaltung der Kooperation maßgeblich mit beeinflussen“ definiert.

Textstellen, in denen die Experten im Zusammenhang mit Fallschilderungen oder im Rahmen eigener Reflektionen beschrieben, was sie als notwendig, unterstützend und förderlich für die Kooperation und für die gemeinsame Arbeit an Fällen erlebt hatten, wurden zusätzlich einbezogen. Teilweise wurden Rahmenbedingungen aus der Dynamik der Schilderung abgeleitet. Die Schilderungen von hinderlichen Situationen und Faktoren wurden positiv formuliert und, als nicht bewältigte Aufgaben oder unzureichende Rahmenbedingungen verstanden, ebenfalls aufgenommen.

Ein Beispiel soll die Zuordnung der Aufgabenkodes im Text verdeutlichen:

Nach vorangegangenen Fallschilderungen fasst der Experte, wie in Tabelle 4 dargestellt, gegen Ende des Interviews seine Sicht auf Kooperation zusammen und bringt sie verdichtet zum Ausdruck.

Tabelle 4**Auszug aus einem Experteninterview und die Zuordnung zu Aufgaben in Kooperationsbeziehungen (AK); Interviewerin (I), Experte (E)****Jugendhilfe, öffentlicher Träger, Abteilungsleitung Jugendamt**

(Primary Dokument 3, Absatz 267ff)

I: Ja. Mit wem kooperieren Sie denn am häufigsten?

E: Na ja, was die Arbeit anbelangt zu unseren ‚Hilfe zur Erziehung‘ Anbietern, also das sind die meisten Kontakte in der Kombination. Aber mittlerweile ist das Bereitschaft, Bereitschaftspolizei, Ordnungsdienst. Also ich hab meine Scheu abgelegt, normative Strukturen auszuklammern ‚mit denen rede ich nicht‘. Sondern ich sage heute wen ich brauche und mit denen zu reden, das tue ich dann auch. Und schaffe dann eher auch Brücken zu unseren Mitarbeitern, zu sagen ‚warum nicht mit der Staatsanwaltschaft sprechen?‘

[→AK 1] Und schaffe dann Kontakte und Brücken und stelle dann auch fest, dass das der Arbeit hilft. Es hilft dem und hilft uns. Und durch diese Kontakte lassen sich auch Dinge regeln, weil ich kriege das Thema wieder zurück, das Investment, das ich da reinsetze. [→AK 2] Und ich kann heute da anrufen, dort anrufen und sagen ‚ey ich hab ein Problem, was würden Sie tun?‘ Dann gibt es Situationen, wo ich sage ‚okay, dann machen wir das eben so‘ und andere Situationen wieder wo die anrufen und sagen ‚jetzt können Sie mir mal helfen, so und so‘. [→AK 3] Also von daher ist die Situation so, dass ich glaube, dass ich mich schon mittlerweile als Netzwerker begreifen würde. [...]

In diesem Textausschnitt wurden unterschiedliche Aufgaben kodiert, die als unterstrichener Text gekennzeichnet sind. Im Erzählfluss und der Dichte der Abfolge zeigt sich, dass die einzelnen Aufgaben in Kooperationsbeziehungen ineinander greifen und von den Experten als Teile eines Ganzen gesehen wurden, die erst im Zusammenhang und Zusammenspiel das gesamte Kooperationsgefüge erkennbar werden lassen und eine gelingende Kooperation ausmachen.

Auf die Frage nach den häufigsten Kooperationspartnern geht der Experte zunächst auf die innerhalb des Systems der Kinder- und Jugendhilfe vorgesehenen Kontakte ein um dann zu verdeutlichen, dass er inzwischen alle Gruppierungen einbezieht, die für die Arbeit erforderlich sind. Er benennt, dass diese Kontakte nicht selbstverständlich vorhanden waren und dass es eines inneren Schrittes zur Überwindung der bisherigen Grenzen bedurfte. Hier wurde der Code „Entscheidung und Bereitschaft, aufeinander zuzugehen“ (AK 1) zugeordnet. Die anschließende Äußerung, dass diese Herangehensweise bei der Arbeit beiden Seiten helfe und die eigene Investition sich auszahle, verdeutlicht die von ihm angenommene Grundlage befriedigender Kooperation und wurde im Code „Interessenausgleich, Win-Win-Situationen, Chancengleichheit“ (AK 2) zusammengefasst. Für den Bezug auf eine quasi beispielhafte Situation, in der einmal der eine, einmal der andere Kooperationspartner sich Unterstützung hole, wurde der Code „gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen“ (AK 3) vergeben.

Teilweise fanden sich in den Schilderungen der Experten verdichtete Stellen, die mehrere Aufgaben in Kooperationsbeziehungen oder Rahmenbedingungen in einem Satz

beschrieben, so dass mehrere Codes für einen Satz vergeben wurde. Auch hierzu ein Beispiel (Tabelle 5):

Tabelle 5

Auszug aus einem Experteninterview; Interviewerin (I), Experte (E), Aufgabe Kooperation (AK)

Jugendhilfe, freier Träger, Geschäftsführung

(Primary Dokument 14, Absatz 108ff)

I: Mit wem kooperieren Sie am liebsten?

E: Ich persönlich mit dem Jugendamt.

I: Warum?

E: Weil einmal eine sehr unkomplizierte Zusammenarbeit gewachsen ist. Die war nicht immer da. Die war in den Anfangsjahren eher kriegerisch gestaltet, hat aber an Qualität dadurch gewonnen, dass auch dieses neue Verhältnis zwischen öffentlicher und freier Jugendhilfe sich entwickelt hat, dass man den jeweils anderen mit seiner Qualifizierung und Professionen auch Vertrauen entgegen gebracht hat über die auszuführende Arbeit. [→AK 1] Und dass man auch sich schätzen gelernt hat, also auch im kritischen Meinungs austausch. Es ist kein Gekungel, sondern wir gehen fair, aber auch kritisch miteinander um, weil unsere Zielstellung es gemeinsam ist, immer das Beste für die Kinder zu entwickeln, auch bei rückläufigen Ressourcen. [→AK 2 und AK 3]

Nach der anfänglichen Schilderung der Veränderung der Zusammenarbeit erläutert der Experte, dass sich darüber Vertrauen in die Arbeit der anderen Profession entwickelt habe (AK 1 „Verlässlichkeit, Verbindlichkeit, Vertrauen“). In den folgenden beiden Sätzen führt er fort, dass über kritischen aber fairen Umgang miteinander gegenseitiges Sich-Schätzen entstanden sei, was im zweiten Satz über die gemeinsame Zielsetzung begründet wird, so dass hier die beiden Codes „gegenseitige Wertschätzung, Begegnung auf Augenhöhe“ (AK 2) und „Intentionen und Erwartungen klären, Ziele definieren“ (AK 3) vergeben wurden.

In den Experteninterviews wurden Aufgaben in Kooperationsbeziehungen oder Rahmenbedingungen im Rahmen von Fallschilderungen oder allgemeinen Erläuterungen mehrfach benannt. Innerhalb eines Sinnzusammenhangs wurde jeder Kode nur einmal vergeben und sich direkt darauf beziehende Stellen, die das Gesamtverständnis erweiterten, durch Textanker mit der Ausgangsstelle verbunden. Wurde der gleiche Faktor jedoch in einem anderen Kontext oder in Verbindung mit einem weiteren Fallbeispiel erneut benannt, wurde er erneut kodiert, um das sich daraus ergebende Bild der Bedeutung dieses Faktors in die Auswertung mit einbeziehen zu können.

Nach mehrfachen Schritten der Zusammenfassung und Rekodierung umfasste das Codesystem fünfzehn unterschiedliche Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und zwölf Rahmenbedingungen. Diese insgesamt 27 Codes zu Faktoren, die wesentlichen Einfluss auf das Gelingen von Kooperationen haben, wurden mit 572 Textstellen verknüpft, also mit 572 Nennungen von Aufgaben oder Rahmenbedingungen innerhalb der 27 Experteninterviews.

In einem nächsten Schritt wurden diese fünfzehn bzw. zwölf Codes zu drei bzw. zwei

Faktorengruppen für die beiden Hauptbereiche **Aufgaben in Kooperationsbeziehungen** und **Rahmenbedingungen** zusammengefasst (siehe Tabelle 6). Für die Aufgaben in Kooperationsbeziehungen wurden die drei Faktorengruppen **einzelfallbezogene Aufgaben**, **fallübergreifende Aufgaben** und **Haltungsaufgaben** unterschieden. Haltungsthemen im Sinne von persönlichen oder institutionell vorherrschenden Einstellungen wurden als eigenständiger Aufgabenbereich konzeptualisiert, da sie von den Expertinnen und Experten als wesentliche Grundlage der Kooperation sowohl im Zusammenhang mit einzelfallbezogenen als auch mit fallübergreifenden Aufgaben benannt wurden. Die Faktorengruppen der Rahmenbedingungen wurden unter den Überschriften **Ressourcen** und **gesellschaftspolitische Faktoren** gefasst.

Die detaillierte Auflistung der Häufigkeiten der Faktorengruppen pro Interview ist als Anhang J angefügt. Diese Entwicklung eines höheren Abstraktionsniveaus in den Hauptkategorien (Faktorengruppen), ausgehend von den in Anlehnung an die Äußerungen der Experten entstandenen textnahen Codes, war ein erster Schritt zur Theoriebildung. Die Einteilung der Hauptkategorien erfolgte zunächst in der Diskussion mit den am Projekt beteiligten Forschern und wurde zu einem späteren Zeitpunkt mit bis dahin unbeteiligten Forschern der im Kapitel 2.4.2 benannten Arbeitsgruppe sowie Praktikern diskutiert.

Tabelle 6

Darstellung der Kodefamilie „Themenbereiche der Kooperation“ mit der Gliederung in die zwei Bereiche „Aufgaben in Kooperationsbeziehungen“ und „Rahmenbedingungen“

Themenbereiche der Kooperation	
Aufgaben in Kooperationsbeziehungen	Rahmenbedingungen
Einzelfallbezogene Aufgaben	Ressourcen
Fallübergreifende Aufgaben	Gesellschaftspolitische Faktoren
Haltungsaufgaben	

Im Folgenden werden die drei bzw. zwei Faktorengruppen der beiden Bereiche näher dargestellt. Die Reihenfolge der Darstellung entspricht den inhaltlichen Kriterien der obigen Tabelle. Alle von den Experten benannten **Aufgaben in Kooperationsbeziehungen** und **Rahmenbedingungen** werden mit Häufigkeiten abgebildet und mit Textbeispielen beschrieben. Stellvertretend für die große Menge an Textbeispielen (572 Quotations) werden jeweils einige Ankerbeispiele vorgestellt.

3.2.1 Aufgaben in Kooperationsbeziehungen

Die einzelfallbezogenen Aufgaben

Kodes: 6

Quotations: 138

Die **einzelfallbezogenen Aufgaben** beschrieben Anforderungen an die Kooperationspartner in Bezug auf die gemeinsame Arbeit in Einzelfällen. Sie wurden von allen Experten mindestens einmal als die Kooperation beeinflussende Faktoren benannt und sind die Kategorie mit den zweithäufigsten Nennungen. Insgesamt wurden dieser Hauptkategorie wie in Tabelle 7 dargestellt, sechs textnahe Kodes zugeordnet, die mit 138 Textstellen verknüpft waren.

Tabelle 7

Auflistung der einzelfallbezogenen Aufgaben mit Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode Erläuterung	Ankerbeispiele
<p>Klärung des einzelfallbezogenen Auftrags</p> <p>Die Klärung des einzelfallbezogenen Auftrags kann durch Gespräche mit den Eltern, Beobachtung und gezielte diagnostische Abklärung erfolgen, die anschließend – mit Einverständnis der Eltern – zwischen den beteiligten Professionen abgestimmt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Dann kann es vom Ablauf her so sein, also die Mutter gibt ihre Entbindung von der Schweigepflicht, der Kinderarzt bekommt die ärztlichen Unterlagen aus der Klinik, sichtet die und macht einen Hausbesuch bzw. die Kinderkrankenschwester, [...] machen einen klärenden Hausbesuch und stellen fest, wie ist die Situation [...]. Und dann gibt es praktisch eine Einschätzung 'ist das ein Fall im Rahmen von Gesundheitsförderung, sind da praktisch gesundheitsförderliche Maßnahmen angezeigt oder gibt es erheblich mehr?'“ • „Wenn ich das Revue passieren lasse und noch mal erinnere, wie das denn bei unserem ersten Fall war, dann war das so, dass wir eine große Konferenz gemacht haben, um zu klären wo der Bedarf ist, wie die Ausgangssituation war, wie die Einschätzung war zum Thema Kinderschutz, und was wir dafür zu bieten hatten.“
<p>Absprachen, Aufgabenteilung, Verantwortungen klären</p> <p>Um Doppelungen oder Lücken in der Arbeit mit den Familien zu verhindern, sind Austausch über aktuelle Wahrnehmungen und Absprachen über Aufgabenverteilungen, Zeitplanungen und Verantwortungsübernahme erforderlich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Ja, wie gesagt, wir haben eine relativ umfangreiche Kooperationsstruktur, wo auch immer Abstimmungsgespräche notwendig waren. ‚Wie werden die Schritte weiter vereinbart? Wer macht was? Wer übernimmt welche Verantwortung?’“ • „Wir haben uns wohl ausgetauscht. Aber was wir hinterher festgestellt haben, wir haben uns auch nicht so strukturiert ausgetauscht, dass wir alle miteinander die ersten Anzeichen, dass da was schief läuft, offensichtlich jeder für sich, aber wir nicht gemeinsam gesehen haben.“

<p>Gemeinsame Sicht und Sprache entwickeln</p> <p>Die Sprache, Sicht- und Herangehensweisen der Professionen unterscheiden sich und müssen von den anderen Professionen erst erlernt werden. Die Entwicklung einer gemeinsamen Sicht auf die Familie und deren Hilfebedarf führt zu fachlich guten und tragfähigen Entscheidungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Ja, ich bin ja nun ein Sozialarbeiter. Aber man muss natürlich gucken, ein Sozialarbeiter im öffentlichen Gesundheitsdienst ist ein Sozialarbeiter, der auch dann eine eigene Historie im öffentlichen Gesundheitsdienst hat, aber die gleichen methodischen Grundlagen hat, wie ein Sozialarbeiter in der Jugendhilfe. Das heißt, beruflich sprechen wir die gleiche Sprache, kommen aber historisch gesehen aus unterschiedlichen Wurzeln. Das hat durchaus Vorteile, ja. Weil der jeweilige andere kann die jeweiligen Besonderheiten der jeweiligen Systeme auch übersetzen.“ • „Ja, dass man sich relativ schnell einig war, welche Hilfe lässt man ihnen zuteil werden.“
<p>Gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen</p> <p>Gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen in der passgenauen Ausgestaltung von Hilfen, zur eigenen Entlastung und zur Rückversicherung in kritischen Situationen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Weil wir gesagt haben, gerade was diesen ganzen kinderpflegerischen und gesundheitlichen Aspekt angeht, da sind uns die Leute, die da fachlich ausgebildet sind einfach über, die haben das drauf. Und wenn es um ganz junge Kinder geht, dann ist es wichtig, dass eine Hebamme kommt und dass die auch weiß, sie ist in einem Jugendhilfefall eingesetzt, das heißt, sie muss sehr eng mit uns zusammenarbeiten.“ • „Es gibt Fragestellungen, wo man eine zweite Profession reinholen muss, [...] das sehe ich durchaus als eine Option, dass wir nicht unbedingt die Jugendhilfe eher reingeholt hätten, aber dass wir wirklich darauf gesehen hätten, die sind in einer Konfliktberatungsstelle [...] angekommen. Ja, oder dass zumindest eine andere Fachlichkeit, die dafür besser ausgebildet ist, drin ist.“
<p>Fallkoordination, Fallführung</p> <p>Die Benennung einer Fallkoordination/Fallführung kann die Verantwortungs- und Informationsdiffusion bei mehreren Helfern verhindern. Die Fallkoordination / Fallführung steuert und strukturiert den Prozess und führt Informationen zusammen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Es müsste eigentlich, sobald irgendwo irgendeine Meldung kommt, irgendjemand fallverantwortlich werden. Ich denke das ist eine ganz wesentliche Sache. Nicht nur bei uns. Wir merken das ganz stark, weil es braucht eine Person, die dafür auch gerade steht, dass sie dafür sorgt, dass der Rahmen klar wird, dass die Aufträge an die Beteiligten klar werden. Wenn das nicht geregelt ist, dann kann jeder was machen.“ • Interviewerin: „Und wer behält denn dann so die Fäden in der Hand? Der als erster den Patienten gesehen hat, oder?“ Expertin: „Das kommt darauf an, was wir ausmachen. Wir sprechen explizit darüber wer das macht. Und dann bei der Kinderärztin ist es oft die Kinderärztin, weil es nicht eine Therapie ist, sondern Erziehungsberatung zum Beispiel. Und wenn’s einen Therapiewechsel gibt und ich dann mehr Kontakte mit der Familie habe, ja, kann es sein, dass ich das dann in der Hand halte und, ja, wenn dann die nächsten Termine bei ihr wieder anstehen, U’s [Früherkennungsuntersuchungen] zum Beispiel, dass wir da dann zusammen telefonieren. Und sonst hat die ja weiter die Akutversorgung, sag ich mal.“

<p>Kommunikation regeln</p> <p>Die einzelfallbezogene Kommunikation inklusive der Rückmeldungen und des Krisenmanagements braucht Terminierung und Struktur um Lücken zu verhindern. (in Abgrenzung zum Kode „Entwicklung systematischer Wege, gemeinsamer Standards und Qualitätssicherung“ geht es hier ausschließlich um die einzelfallbezogene Kommunikation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Wir haben das immer so gemacht und halten das auch weiter so, dass wir uns fest terminieren. Dass wir in regelmäßigen Abständen und je nach Schwierigkeitsgrad des Falles engere oder weitere Abstände haben und uns ganz genau austauschen. Weil jeder Helfer bearbeitet sicherlich einen anderen Part.“ • „Und auch mangelnde Gegenseitigkeit in der Kommunikation, ja. Dass man Meldung gemacht hat, schriftlich oder mündlich, und hatte keine Antwort bekommen. Es kam keine Reaktion. Das war auch unschön.“ • „Und dann haben wir über diese AKs [Arbeitskreise] und über Herrn CD beim SPZ [Sozialpädiatrischen Zentrum] und mich so eine Art Brückenfunktion eingerichtet, d.h. auch dort wo Fälle nicht laufen, dass man das sofort entsprechend rückmeldet und dem noch mal nachgeht ‚warum gibt’s da jetzt keine Rückmeldung mehr‘ oder es gibt dann auch Fälle, wo man diesen Vorschlag gemacht hat und dann geht das Jugendamt in eine ganz andere Richtung etc.“
--	--

Die fallübergreifenden Aufgaben

Kodes: 4

Quotations: 165

In der Gruppe der **fallübergreifenden Aufgaben** wurden vier Kodes (siehe Tabelle 8) gefunden, die Anforderungen an die Kooperationspartner beschrieben, die über die Zusammenarbeit an Einzelfällen hinausgingen aber in Zusammenhang mit der Kooperation in der Fallbearbeitung in erweitertem Sinne standen. Mit 165 Nennungen sind dies die von den Experten am häufigsten genannten Faktoren, die einen Einfluss auf die Kooperation haben und die Bedeutung von Strukturen zwischen den Institutionen, die über die unmittelbare Fallbearbeitung hinausgehen, betonen.

Tabelle 8
Auflistung der fallübergreifenden Aufgaben mit Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode Erläuterung	Ankerbeispiele
<p>Schaffung einer gemeinsamen Basis (Wissen um mögliche Kooperationspartner, ggs. Information, Transparenz)</p> <p>Die Sichtweisen und Abläufe der verschiedenen Systeme unterscheiden sich, ein Wissen umeinander ist nicht vorauszusetzen. So braucht es neben dem Wissen um mögliche Kooperationspartner eine sorgfältige gegenseitige Information und eine Bereitschaft zur Transparenz bezüglich des Selbstverständnisses, der Abläufe und Herangehensweisen in der eigenen Institution. Muss durch den Aufbau einer Informationskultur verstetigt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Erstens ein genaues Bild, wer hier alles bei uns im Landkreis aktiv ist für die nur bis Dreijährigen. Und wie so eine Art Landkarte welcher Ansprechpartner ist vor Ort, auch für die Bezirke, wer ist die Hebamme, da gibt's ein XX in MNO usw. Welche Krabbelgruppen gibt's? Welche ehrenamtlichen Engagements, Müttertreffs gibt's? Das wäre schon mal ein ganz großer Wunschzettel, dass man eine Übersicht hat ,was passiert da eigentlich alles an der Basis vor Ort?' Und wer ist der potentielle Ansprechpartner?“ • „Und da geht es erst mal drum ins Gespräch zu kommen, in den Erfahrungsaustausch zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe. Ich kann mich noch gut daran erinnern, da war es erst mal gut zu hören ,was macht Ihr?' und ,was machen wir?' Einfach mal zu erzählen und zuzuhören. ‚Aha'. Für mich selber auch. Ich musste mich da erst mal vertraut machen, wie viele Angebote es überhaupt innerhalb der Jugendhilfe auch gab. Was für ein Netz dort existiert. Oder Gesundheitshilfe sicher genauso. Also erst mal zuhören, in den Erfahrungsaustausch gehen. Um zu wissen, was bietet denn der andere an, was für Möglichkeiten hat der denn. Das ist so das erste.“
<p>Intentionen und Erwartungen klären, Ziele definieren</p> <p>Intentionen, Erwartungen und Zielsetzungen in der Zusammenarbeit beeinflussen die eigenen Handlungen und Vorgehensweisen. Sind sie ungeklärt, kommt es zu Missverständnissen und Differenzen. Beinhaltet auch die Klärung und Abstimmung der Ziele innerhalb der eigenen Institution.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und, ja, was das Allgemeine angeht, da denke ich, wir sind schon mal in einer Fortbildungsveranstaltung gestern darauf gekommen, da geht's eben darum, es wird im Moment viel von Vernetzung geredet. Wofür man die Vernetzung eigentlich haben will, das ist viel zu wenig definiert. Also letzten Endes reden viele von Vernetzung und es wird für mich immer weniger deutlich, was die Leute damit anstreben. Ob es eher fachbereichs- oder institutions- absichernden Charakter hat. Wo die Vernetzung eigentlich viel mehr im Interesse der Professionellen betrieben wird als der Klienten. Und auch beim Klienten muss man immer gucken, für welche Gruppe der Klienten man antritt.“ • „Also ich glaube wichtig ist, eine Vorstellung davon zu entwickeln, was ist das denn überhaupt. Eine Entscheidung auch darüber zu treffen, welche Art der Prävention will und kann man denn betreiben, mit dem was man hat. Das halte ich für sehr wichtig. Und dann sich auch traut, sich letztendlich zu verständigen. Denn davon ist es abhängig wie man arbeitet, und davon ist es abhängig wie man den Ressourceneinsatz steuern kann.“

<p>Entwicklung systematischer Wege und gemeinsamer Standards, Qualitätssicherung</p> <p>Systematische Wege (Kommunikation der Professionellen und Übergänge für Familien), gemeinsame Standards und die dauerhafte Absicherung der Qualität (Erneuerung von Standards, Krisenmanagement) sind wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende Kooperationsbeziehung.</p> <p>(in Abgrenzung zum Kode "Kommunikation regeln" geht es hier um die Gestaltung systematischer Wege, gemeinsamer Standards und Qualitätssicherung auf fallübergreifender Ebene)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Es gab anfangs ein paar Fälle, da haben wir gesagt ‚das ist schlecht gelaufen‘ und dann haben wir gesagt ‚da müssen wir uns mal treffen‘. Und dann gab’s so erste lose Kontakte, wo man darüber gesprochen gehabt hat. Und dann haben wir gesagt ‚das muss man festzurren in einem genauen Diagramm. Was machen wir für die unter 14-Jährigen usw.?’“ • „Die Beratung zum Projekt findet in der Klinik mittels Flyer statt. Die werden über die Möglichkeiten des Projektes informiert. Das sind sehr unterschiedliche Ausprägungen. Das liegt an dem jeweiligen Personal, das in der Klinik ist. Angestrebt ist natürlich eine umfassende Beratung dort und deswegen ist auch in der Gesundheitskonferenz eine spezielle Arbeitsgruppe ‚Qualitätssicherung in Kliniken‘ gegründet worden, die der Dr. AB als Leiter der Kinderschutzambulanz hier moderiert, mit dem Ziel, dass - wie soll ich mal sagen - also die Qualität dort immer verbessert wird. Passieren tut das anhand eines standardisierten, aber mit den Kliniken gemeinsam entwickelten Anmeldeverfahrens.“
<p>Optimierung, aus Fehlern und Gelingendem lernen</p> <p>Die systematische Auswertung von Fällen in Bezug auf die Bedingungen von Gelingen und Scheitern der Hilfemaßnahmen und der Kooperation ist die Voraussetzung für das Lernen der Organisationen und die Verbesserung der Herangehensweisen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und da ist ein behindertes Kind praktisch, aber aufgrund einer massiven Mehrfachbehinderung, das war aufgrund der massiven Mehrfachbehinderung nicht überlebensfähig. Hatte auch mehrfache Klinikaufenthalte immer wieder. Und die Frage war ‚könnte die Mutter die dann im häuslichen Bereich erforderlichen medizinischen Versorgungsmaßnahmen sinnvoll durchführen, oder verlässlich durchführen?‘. In der Klinik war man der Auffassung ‚sie kann es‘. Und das Kind ist dann im häuslichen Bereich gestorben. Es stellte sich aber hinterher raus, das lag nicht an der Mutter. Das Kind ist aus medizinischen Gründen gestorben. Das wäre so und so gestorben. Aber die Auseinandersetzung mit dem Fall an sich hat noch mal eine Diskussion zur Zuführung des Falles geführt. ‚Wie sind Meldewege?’ und solche Sachen sind dadurch ausgelöst worden. Und ‚wie hat dann auch die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe geklappt?’“ • „Wir haben halbjährlich ein Treffen. Gestern war so ein Treffen, wo das Gesundheitsamt auch mit dabei ist, Herr Dr. AB, und die Leiterin der Suchtberatungsstelle und noch eine zweite Person. Und dort sind dann Fälle durchgegangen worden, die wir gehabt haben. Und dann haben wir noch mal geschaut, wo ging’s überall gut. Oder gab’s auch Fälle wo es nicht gut gelaufen ist.“

Die Haltungsaufgaben

Kodes: 5

Quotations: 89

Die Art, wie Kooperationspartner aufeinander zugehen und wie sie die gemeinsame Aufgabe gestalten, wurde in den Kodes der Hauptkategorie **Haltungsaufgaben** zusammengeführt. Hier fließen persönliche Einstellungen aber auch Themen der beruflichen Sozialisation mit ein und drücken sich in der Art von Handlungen oder auch im

Nicht-Handeln aus. Mit 89 Nennungen bei sechs Kodes (siehe Tabelle 9), die hier einbezogen wurden, ist dies die Gruppe mit den wenigsten Nennungen. Sie verdient dennoch Beachtung, da viele der in den Interviews geschilderten gelungenen oder nicht gelungenen Kooperationssituationen von den Experten mit Haltungsthemen in Verbindung gebracht wurden. Es ist zu vermuten, dass die relativ geringe Anzahl an Nennungen mit der Art der Interviewfragen, die stark auf konkrete Beispiele bezogen waren, zusammenhängen.

Tabelle 9
Auflistung der Haltungsaufgaben mit Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode Erläuterung	Ankerbeispiele
<p>Entscheidung und Bereitschaft aufeinander zuzugehen</p> <p>Die Entscheidung und Bereitschaft, aufeinander zuzugehen beinhaltet die Initiative zur Kontaktaufnahme, das Durchhaltevermögen, Anfangsschwierigkeiten zu überwinden und die Kooperation mit der betreffenden Profession zu lernen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Insofern wäre dann die Zielgruppe, mit der wir überhaupt neu lernen müssen zu kooperieren, das wären Kinderärzte, Hausärzte, die Hebammen usw. Und die sind noch nicht bei uns angesiedelt. Die sind noch außen vor. Man hat die nie gezielt eingeladen. [...] Man müsste sie tatsächlich mal einladen hier vor Ort, so wie wir’s mit den anderen Trägern auch machen, oder so wie es mit den Familienrichtern passiert ist, ins Team bei uns und erläutern, um was es geht oder auch sehr einfach, mal einen großen Tag zu veranstalten, wie man’s mit anderen Trägern auch gemacht hat. Thematisch zu einem Punkt ‚Kindeswohlgefährdung‘, einiges darstellen wie wir das handhaben, was wir wollen und wo wir sie brauchen. Und wenn das nicht gemacht wird, dann passiert auf der Seite nichts.“ • „Ich denke mir einfach auch, dass es wichtig ist, sich mal klar zu machen, ob man diese Zusammenarbeit überhaupt will. Ich denke, das ist mal der springende Punkt. Wenn ich sie will, dann muss ich sie mit jeder Konsequenz wollen. Aber nicht wieder so ‚ah ja wir wollen das schon ein bisschen.‘“
<p>Gegenseitige Wertschätzung, Begegnung auf Augenhöhe</p> <p>Die gegenseitige Wertschätzung zeigt sich im ernst nehmen der Wahrnehmungen und der fachlichen Einschätzung des Kooperationspartners sowie in der gleichwertigen Begegnung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Immer dann war es für mich unangenehm, wenn mir suggeriert wurde, meine Wahrnehmung hinsichtlich der Kindeswohlgefährdung wird nicht ernst genommen, wird sozusagen noch mal einer Überprüfung unterzogen und mir wird unterstellt, leichtfertig eine fachliche Einschätzung abgegeben zu haben.“ • „Der Kontakt zur Hebamme hätte irgendwie sein müssen, ja. Und sich dann das erst mal von der Hebamme auch anzuhören, was die jetzt da sagt und was die für Eindrücke hat. Das hätte auf alle Fälle besser sein müssen. Und dann, wie gesagt, eine Wertschätzung der gegenseitigen Arbeit hätte einfach auch da sein müssen.“

<p>Interessenausgleich, Win-Win-Situationen, Chancengleichheit</p> <p>Die Beteiligten sollen gleichermaßen von der Kooperation profitieren oder zumindest ohne persönliche Nachteile partizipieren können. Dies setzt auch eine chancengleiche Gestaltung der Kooperation voraus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Ja, und vor allen Dingen - also ich sag mal das ist eine gute Tradition in [...] - dass man versucht, ‚Win-Win-Situationen‘ zu schaffen. Dass alle Beteiligten an dem Prozess gewinnen oder dass der Prozess so gesteuert wird, oder so miteinander vereinbart wird, dass alle Beteiligten ohne persönliche Nachteile in dem Prozess auch mitwirken können.“ • „Man könnte ja sagen, die Gesundheitskonferenz ist das Gremium des Gesundheitsamtes, und dann ist die Jugendhilfe benachteiligt. [... So was kann man], wie soll ich mal sagen, ein Stück weit aufheben und kann dann für eine Chancengleichheit auch in der Zusammenarbeit sorgen. Und diese Wege haben wir hier auch bewusst angestrebt.“
<p>Lösungsorientiertes Herangehen</p> <p>Auftretende Reibungspunkte werden als methodische Herausforderungen betrachtet und Lösungen dafür gesucht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „So, und dann kommen Sie da drauf, es gibt eigentlich nicht ‚gut‘ und ‚schlecht‘, sondern es gibt eigentlich den Weg hin zu Lösungen, die alle Beteiligten tragen können.“ • „Einsteils hat es damit zu tun, das was ich Ihnen vorhin gesagt habe, dass man hier gerne alle zusammen problemorientiert an Dinge rangeht. Entschuldigung, lösungsorientiert an Probleme rangeht. Dass man versucht, wie kann man gemeinsam lösen. Nicht: wer ist vielleicht zuständig? Wer will vielleicht Probleme abwälzen? Oder sich Probleme dadurch schafft, dass man versucht, ein Problem zu lösen, was ja auch nicht selten ist. Sondern dass wir das alle zusammen machen und da kann eigentlich keiner aus, nicht? Das ist eine Kultur.“
<p>Verbindlichkeit, Verlässlichkeit, Vertrauen</p> <p>Die Bereitschaft, die Kooperationskontakte verbindlich und verlässlich zu gestalten und dabei vertrauensvoll zusammen zu arbeiten. Hier wird einerseits die personelle Kontinuität, andererseits aber auch die Erfordernis von tragfähigen Strukturen, z. B. mit regelmäßigen Treffen, betont.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und hier mit den Krankenschwestern hab ich jetzt einige Fälle zusammen, je besser man sich kennt, desto besser kann ich mich auch darauf verlassen und umgekehrt auch, dass eine Rückmeldung kommt, dass sie eine Rückmeldung geben oder ich, oder dass wir beide daran denken, das ist sehr hilfreich.“ • „Ich würde das jetzt nicht von Berufsgruppen oder Institutionen abhängig machen, sondern am liebsten habe ich mit den Kooperationspartnern gearbeitet, die wussten worum es geht. Und wo man schon eine Arbeitsebene hatte.“ • „Ich denke halt, es sollte was sein, was allgemein bekannt ist. Das muss! Weil jetzt regional, denke ich, gibt’s schon Vernetzungen, immer wieder zu einzelnen, also eher lockere, lose Verbindungen. Aber nichts Verbindliches. Und da fehlt’s mir einfach an der Verbindlichkeit.“

3.2.2 Rahmenbedingungen

Die Ressourcen

Kodes: 5

Quotations: 82

Verfügbare **Ressourcen** (z. B. zeitliche, personelle) sind eine wesentliche Grundlage für Kooperation wie auch für alle anderen Tätigkeiten. In die Faktorengruppe „Ressourcen“ gingen insgesamt fünf Kodes (siehe Tabelle 10) mit 82 verknüpften Textstellen ein. Diese Gruppe stellt insofern eine Besonderheit dar, als es sich in den einzelnen Kodes um

unterschiedliche Aspekte desselben Themas handelt, die meist unmittelbar ineinander überführt werden können (z.B. können personelle Ressourcen in zeitliche oder fachliche Ressourcen für bestimmte Themen umgesetzt werden). Wir haben uns für die Auffächerung der verwendeten Codes in diese Aspekte entschieden, um die Differenziertheit der Auseinandersetzung der Experten mit diesem Thema angemessen wiedergeben zu können, die im Kontrast zu einer in der öffentlichen Diskussion teilweise vereinfacht und verkürzt unterstellten fordernden Haltung der Fachkräfte stand.

Tabelle 10
Auflistung der Ressourcen mit Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode Erläuterung	Ankerbeispiele
<p>Ressourcen allgemein</p> <p>Es bedarf klarer Planung und überlegter Entscheidungen, an welchen Stellen die verfügbaren Ressourcen am gewinnbringendsten eingesetzt werden können.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Es ist doch eine Ressourcen-Verschleuderung, wenn ich sage ‚Leute ich hab zwar eine Planstelle‘ und sage ‚mach mal Prävention in Schulen und mach mal Kochkurse‘ oder ‚Anti-rauchertag‘. Da ist das so schnell verschleudert. Die Ressource ist mir wesentlich wichtiger in der Vernetzung, in der Initiierung von Projekten mit anderen zusammen. Da ist sie doch wesentlich wertvoller.“ • „Diese Dinge muss man, wenn man zu denen kommt, dass man sagt, wirklich mit einer guten Analyse, sagt ‚wie kann ich die Ressourcen, die sicher nicht unbegrenzt sind, gezielt einsetzen, wo ich mich das auch gesellschaftlich traue‘.“
<p>Zeitliche Ressourcen</p> <p>Zeitliche Ressourcen für Kooperation und Vernetzung müssen in den Stellenbeschreibungen und Aufgabenbereichen der Professionen verankert werden (infrastrukturelle Absicherung).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Das dritte finde ich, dass Kooperation dann Sinn macht, wenn man Zeit dafür hat. Also es müsste auch gerade in Fällen, wo viel Vernetzung und Kooperation notwendig ist, eine Zeit dafür beinhaltet sein, wo man sagt ‚okay‘, weil wir werden nach Stunden ja letztendlich abgerechnet, und die Stunden, soll ich ja mit der Familie verbringen. Was bedeutet das denn, wenn ich die Kooperation mache. In welcher Zeit denn dann?“ • „Kooperation. Ein Nachteil ist, es ist zeitaufwändig. Weil jemand muss ja allein erst mal Termine abmachen, und das bin ich in der Regel. Das klappt nicht immer. Es braucht viele Anrufe, viele Mitteilungen auf AB [Anrufbeantworter], über e-Mail, also es dauert eine Zeit.“
<p>Finanzielle Ressourcen</p> <p>Die Honorierung der Leistungen für Kooperation und Vernetzung (und präventiven Kinderschutz) soll für alle Berufsgruppen gegeben sein (infrastrukturelle Absicherung).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich denke, dass die Bezahlung geklärt werden muss. Dass diejenigen, die sich da drum kümmern, dann auch an ihr Geld kommen. Das ist im Moment noch nicht so ganz klar oder noch nicht organisiert. Und ich denke, dass das eine Grundvoraussetzung ist, nicht aus irgendeiner Geldgeilheit heraus, sondern weil es eine sehr intensive Arbeit ist. Wenn ich schon bei mir sehe, wie sehr mich solche Fälle dann gedanklich in Anspruch nehmen, auch wenn ich weggefahren bin bei diesen Familien, ist es einfach nur verdient, auch einen Lohn dafür zu bekommen. Und ich denke, das sollte geklärt sein.“ • „Ich glaube ganz einfach, guter Wille ist da, aber es mangelt immer noch an Geldern, ganz deutlich.“

<p>Personelle Ressourcen</p> <p>Der Arbeitsumfang inklusive Kooperation muss für die beteiligten Fachkräfte bewältigbar sein. Bei allgemeinem Erleben von Überlastung im Arbeitsfeld kann ausschließlich Minimalversorgung geleistet werden, Kooperation entfällt dann zumeist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und zum anderen werden Stellen bei uns nicht besetzt, seit Jahren. Das heißt, wir vertreten uns gegenseitig bis es nicht mehr geht, bis kaum einer mehr weiß, wer wo was macht. Ich finde, die Arbeitssituation hat sich sehr verschlechtert.“ • „Das ist eine rezensierte Studie die zeigt, wenn man den Kinderärzten Ressourcen dafür gibt, die soziale Abwicklung dieser Fälle zu machen, dass dann auch ihre Wahrnehmung verbessert wird. Und wenn man die allein lässt in der Kälte, dass sie dann halt, wie jeder von uns im beruflichen Alltag, überlegen würden, dass wir nicht nach acht Stunden aber nach zehn Stunden oder zwölf Stunden irgendwann mal unsere Arbeit geschafft haben wollen. Und dann sinkt natürlich die Neigung, sich noch irgendwelche irre Personen aufzuladen.“
<p>Fachliche Ressourcen</p> <p>Es braucht fachliche Ressourcen zum Thema Prävention von Kindeswohlgefährdung und zur Organisation von Kooperation in den Institutionen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich hab mal innerhalb von einer Fortbildung zu Missbrauch und Misshandlung in B. Training mit Kinderärzten gemacht. Und die haben dann in den Wochen danach natürlich deutlich mehr Fälle gehabt. Wenn man eine Fortbildung besucht, dann ist das frisch und dann nimmt man mehr wahr.“ • „Vielleicht auch wirklich Ressourcen in die Institution rein, zum Beispiel die Sprechstundenhilfe in der Praxis mit mehr Information über Sozialrecht ausstatten. Dass sie sich nicht selbst darum kümmern muss, sondern dass sie jemand hat, dem sie das wieder auf den Tisch legen kann. [...] Und das heißt, Vernetzung ist eins, in dem Fall das ins andere Lager zu spielen, aber das muss vielleicht auch im eigenen Lager Mitspieler geben, die das billiger und vielleicht auch kompetenter und mit einem Prestigezuwachs usw. erledigen können.“

Die gesellschaftspolitischen Faktoren

Kodes: 7

Quotations: 98

In der Hauptkategorie **gesellschaftspolitischen Faktoren** wurden all jene Einflussfaktoren zusammengeführt, die sich auf das Verhältnis der Gesamtgesellschaft zu Kindern, zur (Prävention von) Kindeswohlgefährdung und zu den Einrichtungen, die diese Aufgabe schwerpunktmäßig wahrnehmen, beziehen. Sie beinhaltet Faktoren, die von politischen Entscheidungsträgern auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene initiiert und umgesetzt werden müssen. In diese Gruppe gingen sieben Kodes (siehe Tabelle 11) mit 98 Nennungen ein, sie wird damit innerhalb der Rahmenbedingungen als sehr gewichtig gesehen.

Tabelle 11
Auflistung der gesellschaftspolitischen Faktoren mit Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode Erläuterung	Ankerbeispiele
<p>Gesellschaftspolitische Haltung</p> <p>Den Umgang mit (der Prävention von) Kindeswohlgefährdungen als kooperative gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen, die nicht ausschließlich an einzelne Berufsgruppen delegiert wird. Umfasst einerseits die Bereitschaft zu privatem und nachbarschaftlichem Engagement, andererseits die Bereitschaft, gesellschaftliche Gegebenheiten anzuerkennen und sich für Lösungen zu engagieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und da hab ich gedacht ‚das ist noch richtig gelebte Nachbarschaft‘. Die Probleme des anderen wahrnehmen und auch ein Stückweit rangelassen zu werden. Das sind ja dann zwei Aspekte, nicht? Wahrnehmen ist okay. Viele Leute nehmen ganz viel wahr. Aber in unserer heutigen Gesellschaftsform schickt es sich einfach nicht, den Nachbarn anzusprechen und zu fragen ‚Du, was war denn heute bei Dir los? Warum habt Ihr Euch so angebrüllt?‘ oder irgend etwas. Und ich glaube, dass wir in unseren gesellschaftlichen Bezügen da ganz viele Schwachpunkte haben. Wenn wir die kriegen könnten, dann hätten wir schon ein Stück gewonnen.“ • „Ich würde mir einen wesentlich unaufgeregteren Diskurs über dieses Thema wünschen, der akzeptiert, dass eben Kinder nicht immer in einer Gesellschaft, auch in unserer, unter gleichen Lebensbedingungen aufwachsen und auch unter gleichen Chancen, sondern dass man zur Kenntnis nimmt, dass wir eine Unterschiedsgesellschaft haben und dass diese Unterschiede auch bis dahin gehen, dass Kinder nicht optimal aufwachsen. Und dass das ein Fakt ist, und nicht eine Situation ist, die eigentlich doch gar nicht sein kann. Es ist so. Und sich dem zu stellen und hier eine Lösung zu finden. Das wäre mein zweiter Wunsch.“
<p>Ausrichtung auf Bedürfnisse von Kindern und Familien</p> <p>Die Ausrichtung an den Bedürfnissen von Kindern wird ergänzt durch Arbeitsbedingungen für Eltern, die ihnen die Erziehung der Kinder ermöglicht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und, ja, eher wieder ein bisschen zurückzufahren, und wieder auf diese normalen Bedürfnisse vom Kind zu achten.“ • „Ich denke da gehört auch dazu, weil Sie sagten ‚Fee‘, da komme ich gar nicht ran, dass eben auch letzten Endes die Gesellschaft wieder familienfreundlicher ausgelegt wird. Wenn eine Mutter, die allein erziehend ist und Friseurin ist, eine Anstellung kriegt, wo sie zwei Euro pro Stunde kriegt, das passt nicht. Also entweder wäscht sie dann zwanzig Stunden am Tag Haare und legt die, dann ist sie nicht zu Hause und die Kinder vereinsamen, oder sie kann ihre Kinder nicht ernähren. Dass da gesellschaftlich etwas geschieht.“
<p>Realistische Erwartungen</p> <p>Die gesellschaftspolitischen Erwartungen an die Fachkräfte erstrecken sich momentan von realistischen, umgrenzten Aufgaben (z. B. einzelfallbezogene Lösungen bei Meldern) bis zu umfassenden Lösungserwartungen sehr unterschiedlicher Aufgaben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Dort rufen natürlich auch Bürger an, weil dieses Telefon rund um die Uhr erreichbar ist. Und die erwarten von den Fachkräften in der Kinderschutzwohnung, dass sie sich beispielsweise um Kinder kümmern, die sie beobachtet haben und die der Meinung des Anrufers nach nicht genügend versorgt seien.“ • „Ich glaube das wäre eine Utopie zu sagen ‚wir können alle erreichen‘“.

<p>Klärung der Voraussetzungen</p> <p>Als Grundlage politischer Entscheidungen sind Kosten-Nutzen-Analysen und die Evaluation von Ansatzpunkten und Konzepten erforderlich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und ich denke, da haben wir zum Teil wenige Begründungen. Da müsste es auch - die ‚Strategy Unit‘ von Blair, die hat ja so ein Papier gemacht, wann die Kurve kippt bei Investments in Kindern. Und das liegt ungefähr bei vier Jahren. In den ersten vier Jahren, wenn ich Geld in die Entwicklung stecke, dann kriege ich in Bezug auf Zielgrößen wie Integration und Arbeitsfeld usw. mehr raus als ich rein stecke.“ • „Und das müsste von oben kommen, wie gesagt, am liebsten wäre mir, wir würden hier ein Projekt machen wo wir sagen ‚okay, das wird evaluiert‘, weil ich hab einfach das Gefühl, dass da gute Ergebnisse dabei rauskommen würden.“
<p>Geeignete Rahmenbedingungen schaffen</p> <p>Gestaltung von Rahmenbedingungen durch die politischen Entscheidungsebenen ohne direkte Verknüpfung mit Geldfluss.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Und aber auch sicher, dass es auch solche strukturierten Vernetzungen überall gibt. Das muss einfach sein, so wie das jetzt hier hoffentlich wird. Dass auch irgendjemand diese Initiative ergreift und das überall umsetzt.“ • „Das ist sehr kompliziert, budgetübergreifende Finanzierungen hinzubekommen. Überhaupt dieses Kastendenken und dieses Lobby-Denken, das hindert manchmal, ganz einfache Lösungen zu finden, wo Kinder besser geschützt werden können.“
<p>Politische Signale</p> <p>Steuerung von Entwicklungen durch die politischen Entscheidungsebenen mithilfe der Lenkung von Geldströmen. Insbesondere Ressourcen für primärpräventive, nicht stigmatisierende Angebote und früh ansetzende Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Als die Hausbesuche mehr bezahlt wurden, die Nachtbesuche, sind die angestiegen. Das kann man schon steuern. Das System ist natürlich auch gesteuert. Das Argument, glaube ich, ist ganz wichtig.“ • „Ich hab mal eine Sendung gehört über ein Projekt oder über ein Vorgehen, wie es in Holland gemacht wird. Dass dort aufsuchend Familien kompetent gemacht werden. Dass ein ‚Elternkompetenztraining‘ für Erziehungskompetenzen gemacht wird. Dass es dafür Mittel gibt, und dass das wirklich nicht halbherzig, sondern ganz bewusst gemacht wird, weil die Kinder in den Familien, die so schlimm laufen, die haben keine Chance.“
<p>Realistische und geklärte Erwartungen der politischen Gremien</p> <p>Bisher umfassen die Erwartungen der politischen Gremien auch Aspekte, die den optimalen bis perfekten Schutz von Kindern, die Einsparung von Kosten durch Synergieeffekte und die eigene Außenwirkung in der Öffentlichkeit in den Mittelpunkt der Bemühungen stellen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Dass es eigentlich alle begrüßen, aber alle unheimlich hohe Erwartungen an die Möglichkeit, wen man alles erreichen kann und was man alles tun muss, stellen. [...] Aber auch, dass die Erwartungen an die Effektivität und an das, was man da erreichen kann, entsprechend gespickt sind mit auch Hoffnungen auf finanzielle Einsparungsmöglichkeiten, eine bessere Versorgung von Kindern und Familien, und, und, und. Also sowohl fachliche, finanzielle Aspekte, aber eben auch im politischen Raum.“ • „Das andere, wenn es solche Fälle [von Vernachlässigung oder Misshandlung] gibt, dann ‚macht das aber bitte so, dass es keine Probleme macht‘. Also das heißt, die Problemlösung eigentlich zu reduzieren auf öffentliche, also auf Reduktion von öffentlichem Interesse. Also bloß nichts nach draußen. Bloß nicht zu sehr am Image der Stadt kratzend.“

3.2.3 Zwischenergebnis: Das Modell der Aufgaben und Rahmenbedingungen

Um die Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und die erforderlichen Rahmenbedingungen anschaulich in einem Modell darzustellen, wurden die bisherigen Ergebnisse von der Autorin zusammengeführt, einander zugeordnet und damit konzeptualisiert (Abbildung 11). Anschließend wurde das Modell in der Forschungsgruppe diskutiert und modifiziert. In der folgenden Beschreibung wurden die Aufgaben in ihrer Verbindung zum Ziel der Kooperation begründet und ihre wechselseitige Bedingtheit beschrieben.

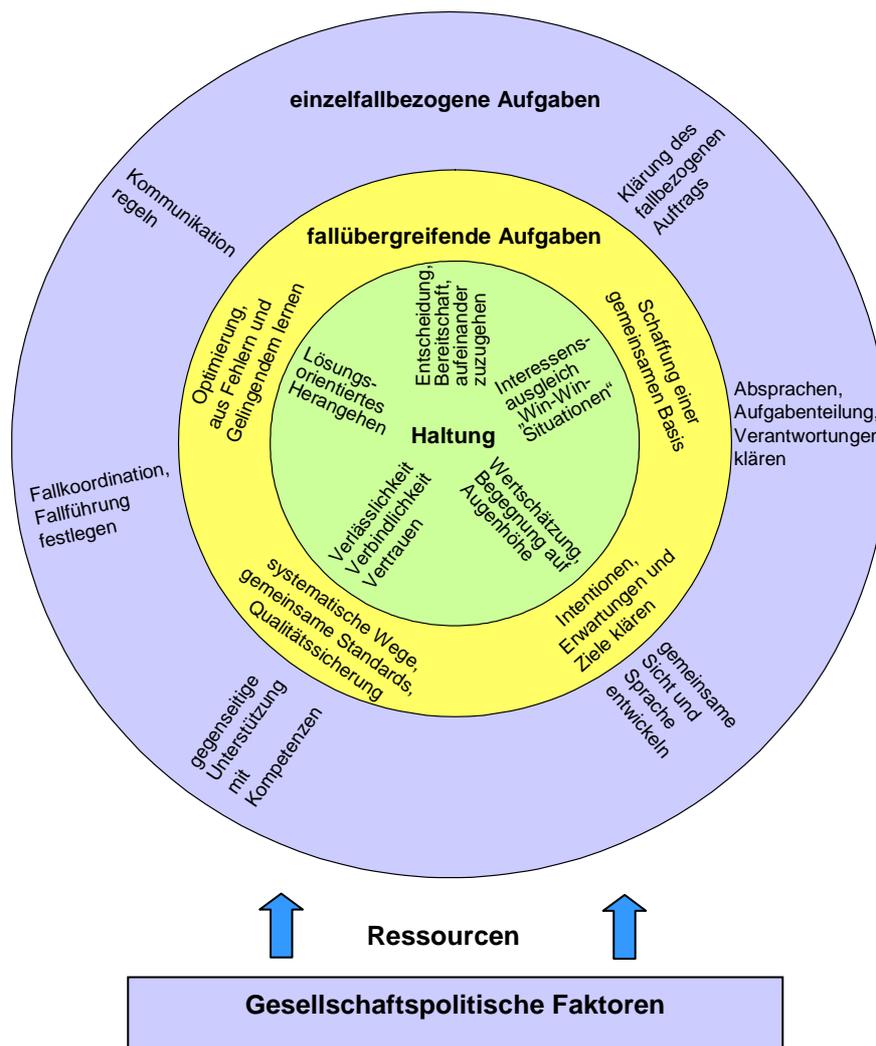


Abbildung 11
Das Modell der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und der Rahmenbedingungen

Im Modell stellen die **einzelfallbezogenen Aufgaben** mit ihren zugeordneten Aspekten den äußeren Bereich der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen dar. Sie sind direkt mit dem übergreifenden Ziel der Kooperation, der einzelfallbezogenen Unterstützung von Familien mit Kindern in Belastungssituationen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, verbunden. Über die erfolgreiche Umsetzung von Hilfen stellen sie Ziel und Grund der

Bemühungen dar. Zugleich markieren sie die Grenze zu den Rahmenbedingungen. So wird an dieser Stelle der Erfolg der Kooperationsbemühungen bemessen, ob es gelingt, Familien Hand in Hand, d.h. mit verbindlichen und systematischen Wegen zwischen den Professionen und Institutionen Hilfe und Unterstützung früh und passgenau zur Verfügung zu stellen. Andererseits zeigt sich hier letztlich, ob die angestrebte Zielsetzung im gesellschaftlichen und politischen Umfeld durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen ausreichend mitgetragen wird.

Die **fallübergreifenden Aufgaben** bilden den Hintergrund zur gelingenden Umsetzung einzelfallbezogener Aufgaben und sind hier als mittlerer Ring dargestellt. Ihre Wahrnehmung unterstützt die einzelfallbezogenen Aktivitäten, indem die zum Gelingen der Kooperation erforderlichen Informationen über die beteiligten Professionen und Institutionen ausgetauscht werden und Erwartungen, Ziele, Standards und Wege abgesprochen werden. Sie bilden die „Infrastruktur“ der interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, indem fallübergreifend Strukturen geschaffen werden, die erforderliche Wege zwischen den beteiligten Institutionen verkürzen, etablieren und nachhaltig gestalten. Trotz der hohen Bedeutung, die den fallübergreifenden Aufgaben im Zusammenhang mit Frühen Hilfen und Kinderschutz zukommt, können sie jedoch niemals Selbstzweck sein, sondern sind immer Mittel zu dem Zweck, die gemeinsame Arbeit in Bezug auf die Familien zu strukturieren und abzustimmen, sie möglichst zielführend zu gestalten.

Eine **Haltung**, die als zur Kooperation entschieden, wertschätzend, Interessen ausgleichend, lösungsorientiert und verbindlich beschrieben werden kann, bildet im Modell den Kern der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen. Sie kann den Impuls zur Entwicklung einer tragfähigen Kooperation geben und bei der Bewältigung auftretender Reibungspunkte und Differenzen unterstützen. Auf dieser Grundlage kann eine Bearbeitung der sich zeigenden Schwierigkeiten stattfinden, ohne die gemeinsame Basis nachhaltig zu gefährden. Damit unterstützt die entsprechende Haltung der Kooperationspartner zueinander sowohl die Umsetzung der einzelfallbezogenen als auch der fallübergreifenden Aufgaben und sichert die Belastbarkeit der Kooperation bei alltäglichen Widrigkeiten. In diesem Sinne stellt sie auch den Kern der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen dar.

In den **Rahmenbedingungen** zeigt sich, dass die Kooperation zwischen Professionen und Institutionen kein in sich abgeschlossenes System ist. Sie sind daher im Modell als Einflüsse in Form von Pfeilen in Richtung des Kreises der Aufgaben in Kooperations-

beziehungen dargestellt. Von den Interviewpartnern wurden Abhängigkeiten von **gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen** thematisiert, die wesentlich in den für die Kooperationsarbeit zur Verfügung stehenden **Ressourcen** ihren Ausdruck finden. In diesen Einflussbereichen entscheidet sich, welche Bedeutung der Prävention von Kindeswohlgefährdung zugemessen wird und wie die beteiligten Institutionen für die Erfüllung dieser Aufgabe ausgestattet werden. Über die Rahmenbedingungen kommt auch ein Zusammenhang mit allgemeinen gesellschaftspolitischen Strömungen (z.B. der Bedeutung, die dem Aufwachsen von Kindern in unserer Gesellschaft zugemessen wird) zum Ausdruck.

Die einzelnen Bereiche der **Aufgaben in Kooperationsbeziehungen** sind, wie im Modell dargestellt, in ihrer Umsetzung eng miteinander und eng mit den **Rahmenbedingungen** verbunden. Sie können in der gelingenden Form das Ziel der frühen Hilfe für Familien mit Belastungen unterstützen, andererseits in der mangelhaften Umsetzung von Aufgaben oder Aufgabenbereichen aber auch behindern. Damit knüpft das Modell an die eingangs dargestellten Schilderungen der Experten an, die das Ineinandergreifen und das Zusammenspiel der einzelnen Faktoren nahe legten.

3.3 Kooperationsprofile der Institutionengruppen: Ergebnisse des zweiten Analysezyklus

In den bisher vorgestellten Ergebnissen wurden die internen Bedingungen und der erforderliche externe Kontext von Kooperation herausgearbeitet und ein Modell der Zuordnungen der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und der Rahmenbedingungen entwickelt. Im zweiten Analysezyklus sollten die geschilderten Kooperationserfahrungen im Hinblick auf Schwerpunkte an Kompetenzen und Schwierigkeiten bei den Fachkräften der jeweiligen Institutionengruppen näher untersucht werden. Zur Klassifizierung der Erfahrungen wurden die im ersten Teil induktiv aus den Texten entwickelten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen genutzt. Der Blick auf die gelingenden und nicht-gelingenden Aspekte der Kooperationen kann Anhaltspunkte für Veränderungs- und Verbesserungsmöglichkeiten bieten.

Als Kooperationserfahrungen wurden „alle Äußerungen der Interviewpartner über einen Kooperationspartner, die sich auf konkretes Erleben beziehen und explizit oder implizit eine Bewertung beinhalten“, aufgenommen. Diese Aussagen wurden im Rahmen des Kodierens zunächst den betreffenden Institutionengruppen (welche Institutionengruppe schildert eine Erfahrung mit welcher anderen?) und der jeweiligen Ausprägung

(gelungen/positiv oder nicht gelungen/negativ) zugeordnet und damit zusammengefasst. Nach der Entwicklung der Aufgabenbereiche in Kooperationen (einzelfallbezogene Aufgaben, fallübergreifende Aufgaben und Haltungsaufgaben) und der dazugehörigen fünfzehn Faktoren (siehe Kapitel 3.2.1) wurden diese Textstellen mit Kooperationserfahrungen abstrahiert und den Aufgabenbereichen zugeordnet. Das Beispiel in Tabelle 12 kann das Vorgehen verdeutlichen.

Im Rahmen der Interviews äußerte sich ein Experte des Gesundheitsamtes zu Erfahrungen, die er mit dem Jugendamt gemacht hat.

Tabelle 12
Auszug aus einem Experteninterview und die Zuordnung zu den Kooperationserfahrungen (KE)

Gesundheitsamt
(Quotation 11.97)

Ich glaube Sie haben wohl gemerkt, dass wir (mit dem Jugendamt) untereinander einen sehr empathischen Umgang [→KE 1] haben. Dass wir sehr transparent und offen sind in den Dingen [→KE 2], außer personenbezogenen Sachen, wo es halt auch nicht geht. Und dass wir auch versuchen, dort, wo es unterschiedliche Auffassungen gibt oder Lösungsansätze gibt, durch aufeinander Zugehen, mit Angeboten versuchen, ehrlich ein Ergebnis zu makeln [→KE 3].

Die Äußerungen in dem Zitat des Interviewpartners bezogen sich auf unterschiedliche Kooperationsfaktoren mit positiver Ausprägung. Wie in Tabelle 13 dargestellt, wurde die Zuordnung des obigen Zitats vorgenommen.

Tabelle 13
Die beispielhafte Zuordnung der Äußerungen zu Kooperationserfahrungen (KE) in der Auswertung
 (Text siehe Tabelle 12)

Äußerung	über	Kooperations- erfahrung (Text siehe vorhergehende Tabelle)	Zuordnung Kooperationsfaktor	Aus- prägung
Gesundheitsamt	Jugendamt	KE 1	Haltungsaufgaben: Wertschätzung und Begegnung auf Augenhöhe	gelingen / positiv
	Jugendamt	KE 2	fallübergreifende Aufgaben: Schaffung einer gemeinsamen Basis (gegenseitige Information und Transparenz)	gelingen / positiv
	Jugendamt	KE 3	Haltungsaufgaben: Interessenausgleich	gelingen / positiv

Um Schwerpunkte der gelingenden und nicht gelingenden Bereiche in der Kooperation herausarbeiten zu können, wurden für die weitere Analyse die Bewertungen in Tabellen für die einzelnen Institutionengruppen übertragen. Die Auflistungen aller Institutionengruppen und Kooperationsbereiche sind im Anhang K als Tabellenübersichten beigelegt.

Die weitere Darstellung der geschilderten Kooperationserfahrungen mit den einzelnen Institutionengruppen hat den Charakter einer explorativ-deskriptiven Beschreibung von Häufigkeiten mit dem Ziel, Gewichtungen erkennen zu können und daraus Fragestellungen und Hypothesen für weitere Studien zu generieren. Dies entspricht sowohl in der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) als auch der Grounded Theory Methodologie (Strauss 1999) einem wesentlichen Ziel qualitativer Studien. Für die folgenden Ausführungen wurden jeweils nur die Bereiche aufgegriffen, an denen sich gelingende oder nicht-gelingende Aspekte der Kooperation aus Sicht der anderen Institutionengruppen zeigen, das heißt die Bereiche, die von den anderen Institutionengruppen überwiegend gelingend oder überwiegend nicht-geliegend beurteilt wurden. Vorangestellt wurde die jeweilige Anzahl der Bewertungen, da sie als ein Maß für die erlebte emotionale Besetzung der jeweiligen Institutionengruppe als Kooperationspartner dienen kann, das heißt, es wurden umso mehr wertende Äußerungen über einen Kooperationspartner gemacht, je mehr die Kooperationserfahrungen sowohl deutlich positive als auch deutlich negative Emotionen hervorriefen.

3.3.1 Jugendämter

Die Jugendämter lagen bei der Anzahl der durch die anderen Institutionengruppen erhaltenen Bewertungen der einzelnen Kooperationsfaktoren mit 60 Bewertungen (entsprechend 37% aller Bewertungen) aller fünfzehn Kooperationsfaktoren an der Spitze. Gelingend und nicht-gelingend bewertete Bereiche waren nahezu im Gleichgewicht (29 positive und 31 negative).

- ⊕ Mit Blick auf die gelingenden Bereiche von Kooperation zeigte sich, dass die **Haltung** der Jugendämter zu Kooperationspartnern von allen Institutionengruppen tendenziell positiv bewertet wurde. Insbesondere wurden die Themen „gegenseitige Wertschätzung“, „Streben nach Interessensausgleich und lösungsorientiertes Herangehen“ als positive Kooperationsfaktoren in der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern benannt. Hierzu ein Textbeispiel:

Freie Träger der Jugendhilfe (Quotation 14.46)

Ich persönlich [kooperiere am liebsten] mit dem Jugendamt. [...] Weil einmal eine sehr unkomplizierte Zusammenarbeit gewachsen ist, [...] dass man den jeweils anderen mit seiner Qualifizierung und Professionen auch Vertrauen entgegen gebracht hat über die auszuführende Arbeit. Und dass man auch sich schätzen gelernt hat, also auch im kritischen Meinungs Austausch.

Im Hinblick auf Ansatzpunkte zur Verbesserung von Kooperation fiel bei der Bewertung der *Jugendämter* durch die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* eine eher positive Bewertung im Bereich der **Haltung** gegenüber negativen Bewertungen in den anderen Themenbereichen auf.

- ⊖ Als klar nicht-gelingender Aspekt wurde die Wahrnehmung der **fallübergreifenden Aufgaben** durch die Jugendämter geschildert, insbesondere wurden die fehlende „Entwicklung systematischer Wege und gemeinsamer Standards“ sowie die mangelnde „Schaffung einer gemeinsamen Basis“ von den anderen Institutionengruppen betont. Dieser Bereich wurde von den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens durchgängig negativ bewertet, wie auch das Beispiel aus einem Experteninterview zeigt.

Akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens (Quotation 9.87)

Und die Schnittstelle beim Jugendamt, zu reagieren auf Hinweise der Klinik, hat nicht existiert.

Weiterhin wurde auch die **Haltung** der Jugendämter gegenüber den nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens mit mangelnder „Bereitschaft zum aufeinander Zugehen“ und fehlender „Verlässlichkeit“, entgegen der oben beschriebenen Tendenz, als nicht-gelingend beschrieben.

3.3.2 Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe

Über die freien Träger der Jugendhilfe wurden Aussagen zu neun unterschiedlichen Kooperationsfaktoren mit insgesamt achtzehn Bewertungen (11% aller Bewertungen) gemacht. Die freien Träger lagen in der Häufigkeit der Bewertungen durch die unterschiedlichen Institutionengruppen daher mit deutlichem Abstand an dritter Stelle nach den Jugendämtern und den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens. Dabei wurden einzelne Kooperationsfaktoren doppelt so häufig gelingend wie nicht-geliegend bewertet (12 positive, 6 negative).

- ⊕ Die Kooperation mit den freien Trägern der Jugendhilfe wurde in den Bereichen **einzelfallbezogene Aufgaben** und **Haltung** deutlich als gelingend beschrieben. Für die **fallübergreifenden Aufgaben** wurden nur wenige aber ebenfalls vorwiegend positive Bewertungen gemacht.

Akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens (Quotation 15.79)

Und diese freien Träger, jetzt auch diese Familienbildungsstätte zum Beispiel, ja, da ist diese Kontaktaufnahme zumindest gegenseitig. Die sind engagiert und haben Interesse da dran und wir haben Interesse da dran und da kommt von beiden Seiten die Kontaktaufnahme.

- ⊖ Da die freien Träger der Jugendhilfe sich durch ihr Aufgabengebiet und die Organisationsform deutlich unterscheiden, lohnt bei den nicht-gelgenden Aspekten der Kooperation ein genauerer Blick auf Einzelbewertungen der Institutionen Kindertageseinrichtungen, Beratungsstellen und Träger der Hilfen zur Erziehung. Bei den Kindertageseinrichtungen wurde mangelnde „Entschiedenheit zur Kooperation“ im Hinblick auf die Prävention von Kindeswohlgefährdung (kaum Einbezug anderer Professionen bei Auffälligkeiten der Kinder) als Faktor der **Haltung** nicht-geliegend bewertet. Dies zeigt folgendes Textbeispiel.

Jugendämter (Quotation 3.52)

Diese Kinder fallen auch im Kindergarten schon auf, aber der Kindergarten ist nach wie vor eher eine Instanz, die davon ausgeht, dass sich auch Dinge auswachsen und nicht bearbeitet werden müssen.

In der Kooperation mit den Beratungsstellen wurden die mangelnde „Übereinstimmung in den gegenseitigen Erwartungen“ mit Jugendämtern (**fallübergreifende Aufgaben**) und die mangelnde „Kommunikation mit anderen Institutionen“ (**einzelfallbezogene Aufgaben**) deutlich. Gegenüber den Trägern der Hilfen zur Erziehung wurden von den akademischen Institutionen des Gesundheitswesens Schwierigkeiten bei der „Klärung des einzelfallbezogenen Auftrags“ (**einzelfallbezogene Aufgaben**) benannt.

3.3.3 Gesundheitsämter

Über die Kooperation mit den Gesundheitsämtern konnten die dreizehn Bewertungen (6% aller Bewertungen) durch die anderen Institutionengruppen zehn verschiedenen Kooperationsfaktoren zugeordnet werden. Im Vergleich mit den anderen Institutionengruppen wurden die Gesundheitsämter damit am seltensten als Kooperationspartner bewertet. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass der überwiegende Anteil der Bewertungen von Experten eines Standortes mit einem ausdrücklichen Kooperationskonzept zwischen Jugend- und Gesundheitsamt stammte. Die Bewertungen fielen in nahezu gleichem Maße positiv wie negativ aus (7 positive, 6 negative).

- ⊕ Die Kooperation mit den Gesundheitsämtern wurde bezüglich der Wahrnehmung der **einzelfallbezogenen Aufgaben** ausschließlich gelingend beschrieben (insbesondere die „Klärung des einzelfallbezogenen Auftrags“, die „gemeinsame Sicht und Sprache“ sowie die „gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen“).

Freie Träger der Jugendhilfe (Quotation 1:53)

Vom medizinischen noch mal. [...] Und das war für mich eine große Entlastung, weil ich wusste, der Bereich wird gut abgedeckt. Ich hab das ja mitbekommen und wusste auch, ich kann das mit unterstützen, aber es ist nicht mehr mein Hauptaugenmerk gewesen, sondern ich konnte dann andere Dinge noch unterstützen. Das fand ich insofern war es eine Kooperation, die ich da sehr hilfreich erlebt habe.

- ⊖ Dagegen wurden die **Haltung** mit den Faktoren mangelnde „Wertschätzung“, fehlendem „Streben nach Interessensausgleich“ sowie unzureichender „Verlässlichkeit und Verbindlichkeit“ klar als nicht-gelingend bewertet. Auch die Umsetzung der **fallübergreifenden Aufgaben** wurde eher als nicht-gelingend beschrieben, Themen sind ungeklärte „Erwartungen und Ziele“ sowie fehlende „gemeinsame Standards“. Das Textbeispiel greift den Bereich der Haltung auf.

Jugendämter (Quotation 8:152)

[...] Also es ist so als ob es etwas gäbe, irgendwie so, wo die Ärzte doch irgendwie mehr zu sagen haben. Also so zumindest erscheint mir die Struktur dieses Amtes. Und dass das, was mir eigentlich erklärt wird, dass das nicht so wäre, weil die haben ja auch Sozialarbeiter. Aber das stimmt irgendwie nicht. Also ich spüre in der Praxis, dass das nicht stimmt.

3.3.4 Akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens

Die akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens wurden mit 24% aller Bewertungen (absolut: 39 Bewertungen) in elf der insgesamt fünfzehn Kooperationsfaktoren bewertet. Sie lagen damit an zweiter Stelle der Häufigkeiten nach den Jugendämtern. Qualitativ überwogen die negativen Bewertungen leicht gegenüber den positiven (17 positive, 22 negative Bewertungen).

- ⊕ Als gelingend wurde die Wahrnehmung der **einzelfallbezogenen Aufgaben** durch die akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens beschrieben. Klare

Schwerpunkte der positiven Bewertungen lagen bei „Absprachen, Aufgabenteilung“ und geklärt „Verantwortung“ (zum Beispiel im Sinne der Übernahme spezifischer Aufgaben und Verantwortungen vor allem durch Kinderärzte), der „Unterstützung mit Kompetenzen“ (zum Beispiel der medizinischen Absicherung bei Gefährdung) sowie der Bereitschaft zur „Kommunikation“ bei Rückfragen, wie das Textbeispiel illustriert.

Freie Träger der Jugendhilfe (Quotation 1.40)

Und das war schon so eine Sicherheitsschleife, die wir eingebaut haben, einfach mal den Dr. CD kommen zu lassen, damit er sich alle Kinder anguckt. [...] Es gibt einem als Mitarbeiter die Sicherheit zu sagen ‚okay, medizinisch ist da jetzt erst mal nichts weiter zu tun [...]‘. Und das fand ich für mich auch noch mal eine gute Rückmeldung von ihm.

- ⊖ Entgegen dieser Gesamtbewertung wurde die Entwicklung einer „gemeinsamen Sicht und Sprache“ im Bereich der **einzelfallbezogenen Aufgaben** als nicht-gelingend dargestellt.

Im Bereich der **Haltung** wurde die Kooperation mit den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens deutlich als nicht-gelingend beschrieben. Vor allem die „Entscheidung und Bereitschaft aufeinander zuzugehen“ sowie die mangelnde „Wertschätzung und Begegnung auf Augenhöhe“ standen im Mittelpunkt der Äußerungen. Hierzu ein Textbeispiel.

Jugendämter (Quotation 8.147)

Dann finde ich es hinderlich, dass ich sehr oft erlebe, [...] dass irgendwie sich diese Situation, dass Mediziner so gerne alles bestimmen und sagen möchten, wie es zu laufen hat, dass sich da nichts bewegt, nichts. Ich erlebe es zumindest nicht. Vielleicht ist das sehr drastisch ausgedrückt irgendwie, aber wir haben das, egal was ich bespreche oder in welcher Situationen ich komme, auf diesen Punkt treffe ich immer, immer.

Auch die Wahrnehmung **fallübergreifender Aufgaben** wie zum Beispiel die Teilnahme an Arbeitskreisen zur Schaffung einer „gemeinsamen Kooperationsbasis“ oder der „Entwicklung gemeinsamer Standards“ wurde von den kooperierenden Institutionengruppen als nicht-gelingend bewertet. Deutliche Schwerpunkte ließen sich hier nicht ausmachen.

3.3.5 Nicht-akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens

Die nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens wurden mit 9% aller Bewertungen (entsprechend vierzehn Nennungen) in Bezug auf sechs Kooperationsfaktoren durch die anderen Institutionengruppen erwähnt. Damit lag diese Institutionengruppe über der Bewertungshäufigkeit der Gesundheitsämter. Inhaltlich überwogen die positiven Bewertungen gegenüber den negativen Bewertungen (9 positive, 5 negative).

- ⊕ Klar gelingend wurde die Wahrnehmung der **einzelfallbezogenen Aufgaben** beschrieben. Insbesondere eine hilfreiche „Aufgabenteilung“ und die Übernahme von

„Verantwortung“ sowie die „gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen“ wurden in diesem Bereich hervorgehoben. Daneben erlebten die Experten auch eine „geregelter Kommunikation“ mit den Fachkräften als funktionierend und hilfreich. Ein Textbeispiel kann den ersten Teil veranschaulichen.

Jugendämter (Quotation 2.83)

Das macht die Kinderkrankenschwester. Die ist manchmal bei den Untersuchungen da und geht mit der Mutter hin, wenn die Mutter das möchte ... Und die hat auch Kontakt, das haben wir ein bisschen aufgeteilt, mit der Krankengymnastin. Das Kind hat dann Krankengymnastik bekommen, das bekommt er immer noch. Und der Kontakt läuft auf dieser Ebene. Und da halte ich mich raus.

- ⊖ Als eher nicht-gelingend wurden die Faktoren der **fallübergreifenden Aufgaben** beurteilt. Ungeklärte gegenseitige „Erwartungen“ und fehlende „gemeinsame Standards“ fanden hier Erwähnung, wie das Beispiel erläutert.

Jugendämter (Quotation 13.96)

Und ich hab keine Rückmeldung bekommen für das was ich eigentlich haben wollte. Damit war die Frühförderung überfordert. [...] Ja, [ich wollte] dass die vielleicht so eine Beobachtung macht und eben diese Mutter-Kind-Interaktion, und dass sie sagt ‚da sind Schwächen bei der Mutter da‘, oder dass sie sie anleitet und sagt ‚wenn Sie den MN wickeln, dann schauen Sie ihn an‘ oder, ja, solche Ideen hatte ich.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass innerhalb des Bereichs des Gesundheitswesens von den akademisch geprägten Institutionen keine Kooperationserfahrungen in Bezug auf die nicht-akademisch geprägten Institutionen berichtet wurden.

3.3.6 Spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener

Auf die spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener entfielen 11% der Bewertungen von Kooperationsfaktoren (absolut: 17 Bewertungen). Die Aussagen wurden über zehn der fünfzehn Kooperationsfaktoren gemacht, insgesamt überwogen dabei die negativen Bewertungen (7 positive, 10 negative Bewertungen).

- ⊕ Als eher gelingend wurden die **einzelfallbezogenen Aufgaben** in der Kooperation dargestellt, vor allem gemeinsame „Absprachen, Aufgabenteilung“ und die „Klärung von Verantwortungen“ sowie die „gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen“. Hierzu ein Beispiel.

Akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens (Quotation 15.29)

Ja gut, die Erwartung hatten wir schon, dass er [der Psychiater] die Situation der Mutter auch einschätzt. Wie krank die Mutter ist, welche Hilfe diese Mutter benötigt, und uns da hilft, die Mutter zu therapieren. Und der ist auch sofort immer gekommen, wenn; und den haben wir noch angerufen und gefragt, ob er auch dabei ist, wenn die Situation mit dem Kind dann akut wird. Und das hat auch alles geklappt.

- ⊖ Die wesentlichen nicht-gelgenden Aspekte wurden aus dem Bereich der **fallübergreifenden Aufgaben** berichtet. Die Äußerungen hatten dabei ungeklärte „Intentionen, Erwartungen und Ziele“, die fehlende Entwicklung „gemeinsamer

Standards“ und „systematischer Wege“ sowie die fehlende Bereitschaft, die weitere „Zusammenarbeit zu optimieren“, zum Thema.

Jugendämter (Quotation 3.101)

Die Methadon-Ärzte sind eine Lücke. Nicht die kommunalen, aber die freiberuflich tätigen Methadon-Ärzte. [...] wir [haben] das noch mal reflektiert wie es denn bei uns ist und die Einschätzung der Kollegen ist auch, mit den niedergelassenen Methadon-Ärzten ist sehr schwer in Kontakt zu kommen, wenn diese Frauen Kinder haben. Ja, also das ist in der Tat eine Lücke, also in der Situation, also gerade noch mal das Thema Drogensituation.

Weiterhin wurde die **Haltung** als eher nicht-gelingend beschrieben. Im Bereich der **einzelfallbezogenen Aufgaben** berichteten die Interviewpartner von Schwierigkeiten, eine „gemeinsame Sicht und Sprache“ zu entwickeln und „regelmäßige Kommunikationsstrukturen“ zu gestalten.

3.3.7 Zwischenergebnis: Die Kooperationsprofile der Institutionengruppen

Zur Zusammenfassung und Übersicht wurden in Tabelle 14 links die Häufigkeiten der Nennungen als Kooperationspartner und der bewertenden Aussagen über Kooperationspartner gegenübergestellt. Auf der rechten Seite wurden die Bewertungen der einzelnen Aufgabenbereiche in Kooperationen in Bezug auf die Institutionengruppen zusammengefasst.

Tabelle 14
Zusammenfassung der Ergebnisse der Häufigkeit der Angabe als Kooperationspartner, der Häufigkeit der Bewertungen als Kooperationspartner und der Bewertungen in den Aufgabenbereichen der Kooperation

	Anzahl Nennungen als Kooperationspartner	Anzahl Bewertungen als Kooperationspartner	Einzelfallbezogene Aufgaben	Fallübergreifende Aufgaben	Haltungsaufgaben
Jugendämter	★	★	+/-	-	+
Freie Träger	★	★	+	+	+
Gesundheitsämter	★	★	+	-	-
Akademische Institutionen	★	★	+	-	-
Nicht-akademische Institutionen	★	★	+	-	keine Angaben
Erwachsenenbehandlung	★	★	+	-	-

Abstufungen: ★ 0-9% + überwiegend gelingend bewertet
 ★ 10-19% - überwiegend nicht-geliegend bewertet
 ★ ab 20% +/- gemischt bewertet

aller Nennungen als Kooperationspartner / aller Bewertungen

Bei der Gegenüberstellung der Häufigkeit der Nennungen und der Häufigkeit der Bewertungen als Kooperationspartner zeigte sich, dass die Ergebnisse zwischen den beiden Spalten und zwischen den Institutionengruppen unterschiedlich ausfielen. Während die Anzahl der Nennungen als Kooperationspartner als Maß der Einbindung in Kooperationen

gesehen werden kann, stellt die Anzahl der Bewertungen eher einen Spiegel der emotionalen Bedeutung der Kooperation mit der jeweiligen Institutionengruppe dar.

Am Beispiel der *Jugendämter* ist zu sehen, dass sie mit mittlerer Häufigkeit als Kooperationspartner benannt wurden (mittlere Einbindung in Kooperationen), während die meisten wertenden Äußerungen über die Kooperation auf sie entfielen (hohe emotionale Besetzung). Dem gegenüber stellte sich für die *freien Träger der Jugendhilfe* eine hohe Einbindung bei mittlerer emotionaler Besetzung dar. Auf die *Gesundheitsämter* entfielen in beiden Bereichen die wenigsten Nennungen, sie schienen in Bezug auf (die Prävention von) Kindeswohlgefährdung nicht als Kooperationspartner wahrgenommen zu werden. Die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* zeigten sowohl eine hohe Eingebundenheit in Kooperationen als auch eine hohe emotionale Besetzung während die *nicht-akademisch geprägten Institutionen* bei einer mittleren Eingebundenheit eine geringe emotionale Besetzung aufwiesen. Die *spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener* bewegten sich jeweils im mittleren Bereich.

Bei der Bewertung der Aufgabenbereiche in Kooperationen fiel auf, dass die **einzelfallbezogenen Aufgaben** in der Regel für die Kooperationspartner überwiegend gelingend wahrgenommen wurden. Ausnahme waren die *Jugendämter*, bei denen die Wahrnehmung der einzelfallbezogenen Kooperationsaufgaben gemischt positiv und negativ bewertet wurde. Der deutlichste Mangel zeigte sich bei der Gestaltung der **fallübergreifenden Aufgaben**. Bis auf die *freien Träger der Jugendhilfe* fiel die Bewertung aller anderen Institutionengruppen diesbezüglich überwiegend nicht-gelingend aus.

In Bezug auf die **Haltung** zu den Kooperationspartnern wurde deutlich, dass für Institutionen, die aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen klar zur Kooperation beim Thema Kindeswohlgefährdung verpflichtet sind, die Bewertungen positiv ausfielen (*Jugendämter* und *freie Träger der Jugendhilfe*).

3.4 Mechanismen der Kooperation am Beispiel der Jugendämter und der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens: Ergebnisse des dritten Analsezyklus'

Bisher konnten Aufgaben und Rahmenbedingungen für das Gelingen von Kooperationsbeziehungen beschrieben sowie die gefundenen Faktoren auf die von den Experten geschilderten Kooperationserfahrungen übertragen und geklärt werden, dass sich für die Vertreterinnen und Vertreter der Institutionengruppen unterschiedliche Kompetenzen und

Schwierigkeiten zeigten. In einem dritten Analysezyklus sollten nun beispielhaft Kausalzusammenhänge⁸ (d.h. Ursachen und ihre Wirkungen) sowie Kausalmechanismen (d.h. die Prozesse zwischen Ursachen und Wirkungen) für eine gelingende bzw. nicht gelingende Kooperation aufgeklärt werden. Die Auswertung von Interaktionen und Zusammenhängen wird in der vorliegenden Arbeit als Teil der Ergebnisse dargestellt, nimmt in der qualitativen Arbeit jedoch einen Platz *zwischen* Ergebnis und Diskussion ein. Wie im Methodenteil bereits beschrieben (siehe 2.4.4) wurde die Kooperation zwischen den *Jugendämtern* (aufgrund ihrer herausgehobenen Position im Bereich des Kinderschutzes) und den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* (aufgrund ihrer zentralen Stellung im Gesundheitswesen und der subjektiv durch die anderen Experten wahrgenommenen Bedeutung in der Kooperation zur Prävention von Kindeswohlgefährdung) ausgewählt.

In den Interviews berichteten die Experten unter Berücksichtigung der interdisziplinären Kooperation von aus ihrer Sicht gelungenen und nicht gelungenen Fällen der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes. Diese Fallschilderungen bildeten das Ausgangsmaterial für diesen Teil der Ergebnisse. Innerhalb der elf Interviews der beiden ausgewählten Institutionengruppen wurden zwanzig Fälle geschildert, darunter sieben, die als gelungen und dreizehn, die als nicht-gelungen beschrieben wurden. Damit entspricht die Verteilung zwischen gelungen und nicht-gelungen der in allen Interviews.

Im Vergleich der als gelungen und der als nicht-gelungen geschilderten Fälle konnten Zusammenhänge mit unterschiedlichen Bedingungen herausgearbeitet werden. Beispielsweise wurde in allen gelingend geschilderten Fällen von gelingender Kooperation und umgekehrt in den nicht-geliegend beschriebenen Fällen gehäuft von Problemen in der Kooperation berichtet. Weiterhin zeigten sich Unterschiede darin, wie systematisch die bisherige Kooperation organisiert war, welches Rollenverständnis die Berufsgruppen in den Institutionen hatten und welche Ressourcen für die Kooperation zur Verfügung standen. Bei der Differenzierung in notwendige, hinreichende, fördernde, hemmende und verhindernde Bedingungen zeigte sich die systematische Gestaltung der bisherigen Kooperation in allen Fallschilderungen als einzige hinreichende Bedingung für die Zufriedenheit mit der Kooperation im Fallverlauf. Zufriedenheit wurde dann geäußert, wenn die Kooperationspartner sich und ihre Arbeitsweise vorher kannten und die Kooperationsgrundlagen in entspannten Zeiten ohne den aktuellen Druck eines Falles

⁸ Zur Verwendung der Begriffe „Kausalzusammenhang“ und „Kausalmechanismus“ siehe Kapitel 2.4.4

befriedigend erarbeitet worden waren. Unzufriedenheit herrschte dann vor, wenn die Kooperation auf krisenhafte Situationen beschränkt war, die Beteiligten sich und ihre Arbeitsweise nicht oder nur flüchtig kannten oder Kooperationsthemen unbefriedigend gelöst waren. Es bestand also ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Systematik der bisherigen Kooperation und der Zufriedenheit mit der Kooperation in den Einzelfällen.

Zur weiteren Überprüfung wurden die insgesamt zwanzig Fälle nach dem Ausmaß systematischer Kooperation in drei Kategorien eingeteilt. Die Einteilung wurde in der Forschungsgruppe diskutiert und inhaltlich beschrieben.

- „hohe Systematik“ für gezielt entwickelte Kooperationen in allen drei Aufgabebereichen (einzelfallbezogene Aufgaben, fallübergreifende Aufgaben und Haltungsaufgaben)
- „mäßige Systematik“ für beginnende, wenig oder nur in Teilbereichen systematisch entwickelte Kooperationen
- „geringe Systematik“ für ausschließlich auf die akute Einzelfallarbeit beschränkte Kooperationen

Fälle, in denen die Kooperation zwischen den *Jugendämtern* und den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* im Rahmen der Fallschilderung nicht erwähnt wurde, wurden unter „nicht einzuordnen“ erfasst. Es ergab sich die in Tabelle 15 dargestellte Verteilung.

Tabelle 15
Die Häufigkeiten der Schilderung gelungener und nicht-gelungener Fälle in Beziehung zur Systematik der Kooperation

Systematik der Kooperation	gelungener Fall	nicht-gelungener Fall
hoch	4	2
mäßig	2	0
gering	1	9
nicht einzuordnen	0	2
GESAMT	7	13

In den beiden trotz insgesamt hoher Systematik der Kooperation nicht-gelungenen Fällen zeigte sich, dass jeweils ein zentrales Thema der Kooperation noch nicht befriedigend gelöst worden war. Im trotz geringer Systematik zwischen den direkt beteiligten Kooperationspartnern gelungenen Fall gab es eine Vermittlung über einen dritten, systematisch gestalteten Kooperationskontakt.

Die der Kooperation zugrunde liegenden Kausalmechanismen, d.h. die vermittelnden Prozesse zwischen Ursache (hier: Systematik der bisherigen Kooperation) und Wirkung (hier: Zufriedenheit mit der einzelfallbezogenen aktuellen Kooperation), wurden zu einem negativen und einem positiven Kreislauf der Kooperation konzeptualisiert. Es zeigte sich, dass die jeweiligen Handlungen und das Erleben sich selbst aufrechterhalten, wenn der Kreislauf in Gang gesetzt ist. Die gefundenen fördernden und hemmenden Bedingungen konnten jeweils als verstärkende Faktoren den zugrunde liegenden Schlüsselmechanismen zugeordnet werden. Das bedeutet, sie verursachen zwar nicht die Dynamik des negativen oder des positiven Kreislaufs, verstärken diese jedoch zusätzlich. Auf der Ebene der verstärkenden Faktoren zeigten sich Zusammenhänge zu den eingangs erarbeiteten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und den erforderlichen Rahmenbedingungen.

Die beiden Kooperationskreisläufe zwischen den *Jugendämtern* und den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* werden mit jeweils vier Stationen dargestellt, die sowohl die Handlungs- und Verhaltensebene der beiden Partner als auch die Ebene des Erlebens mit einbeziehen. Zur Illustration des negativen Kreislaufs werden im Folgenden Fallvignetten mit repräsentativen Textstellen aus den Experteninterviews dargestellt. Ergänzend wird der positive Kreislauf der Kooperation mit charakteristischen Zitaten zur Initiierung und den Folgen des positiven Kreislaufs skizziert.

3.4.1 Der negative Kreislauf der Kooperation ohne gemeinsam erarbeitete Grundlagen

Im Kooperationskreislauf wird das lineare Erleben der beiden Kooperationspartner („weil sie ... müssen wir ...“) zirkulär betrachtet, das heißt immer zugleich als Re-aktion auf das vorhergehende Verhalten des Kooperationspartners und als ursächliche neue Aktion, die wiederum nachfolgendes Verhalten auslöst. Zusätzliche Dynamik kann durch so genannte „Hilfsmotoren“ entstehen bzw. forciert werden (Thomann 1997). Diese im Zusammenhang der beschriebenen Kooperation verstärkenden Faktoren beinhalten sowohl innere (z.B. Haltung) als auch äußere Bedingungen (z.B. Rahmenbedingungen) und wirken auf die Handlungsebene ein. Sie werden, wie in Abbildung 12 dargestellt, an der Handlungs- und Verhaltensebene ansetzend beschrieben.

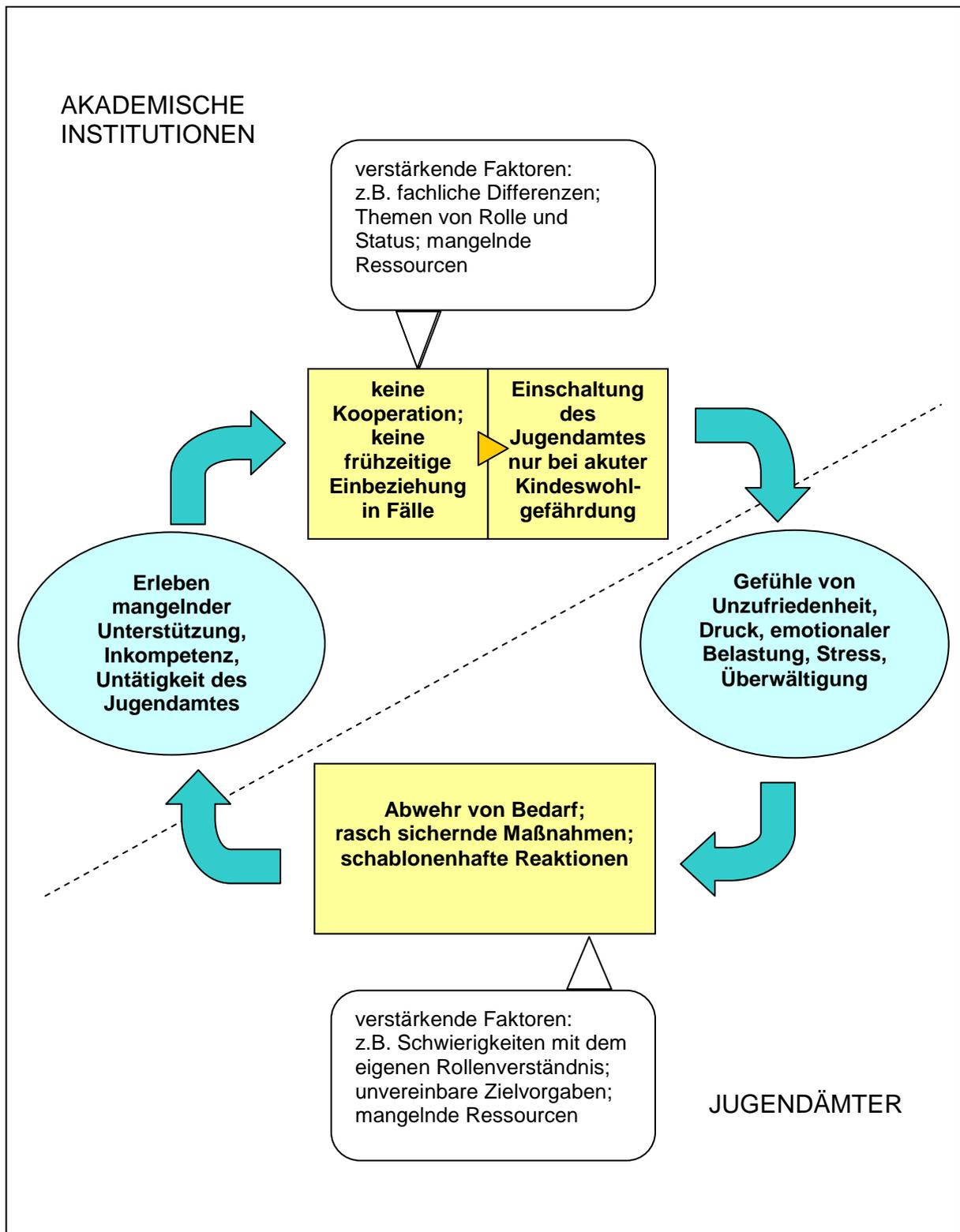


Abbildung 12

Der negative Kreislauf der Kooperation zwischen den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens und den Jugendämtern. In den Rechtecken wird die Verhaltensebene beschrieben, in den Ellipsen die dadurch ausgelösten inneren Reaktionen (Erläuterungen im Text)

Das Vorgehen der **akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens** und das sich daraus ergebende Erleben der Handlungen des Jugendamtes lassen sich beispielhaft mit einer Fallvignette aus einer Geburtsklinik illustrieren.

Eine 16 Jahre alte Teenage-Schwangere entbindet in der Geburtsklinik, die sie nach einem Tag wieder verlässt. Auf Initiative der Geburtsklinik nimmt die junge Mutter Hebammenhilfe an. Sie lebt in der Wohnung eines Freundes, der nicht der Kindsvater ist. Die Hebamme erreicht sie ein oder zwei Mal unter wechselnden Handynummern, da sie aus finanziellen Gründen immer wieder neue Verträge abschließen muss. Bei diesen Terminen bemerkt die Hebamme, dass die junge Mutter nur wenig Kinderausstattung besitzt (zwei oder drei Strampler, keinen Kinderwagen, keinen Autositz). Dann werden die Termine von ihr nicht mehr eingehalten, die Hebamme steht vor verschlossener Tür, erreicht die junge Mutter nicht mehr. Aufgrund eines positiven Tests für eine Stoffwechselerkrankung müsste eine kinderärztliche Kontrolle stattfinden. Alle Kontaktversuche (über den niedergelassenen Frauenarzt, verschiedene Telefonnummern und Postweg) scheitern. Zu diesem Zeitpunkt wird das Jugendamt durch die Geburtsklinik eingeschaltet.

Ärztin, Geburtsklinik (Absatz 163 ff)

I: Also Sie haben das gerade schon gesagt von diesem auffälligen Befund beim Kind. War das dann er Auslöser, warum Sie dann gehandelt haben und das Jugendamt eingeschaltet haben?

E: Ja. Ja, wahrscheinlich hätte man auch aus den anderen Sachen, wenn die Hebamme dahin kommt und es macht niemand auf und man weiß, die hat eigentlich überhaupt nichts für das Kind richtig zu Hause, das wäre wahrscheinlich auch dann, das hätte auch schon gereicht. Das kam irgendwie so gleichzeitig beides zusammen.

Im Sinne der Prävention von Kindeswohlgefährdung erscheint eine Einbeziehung weitergehender Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten über das Jugendamt bereits aufgrund der in der Geburtsklinik anfänglich bekannten Informationen (16-jährige Mutter ohne ausreichend stützenden Hintergrund) dringend angezeigt. Dennoch bedarf es vieler zusätzlich verschärfender Wahrnehmungen und Ereignisse, bis das Jugendamt aufgrund des ungeklärten medizinischen Befundes hinzugezogen wird. Der Einbezug des Jugendamtes wird als der allerletzte Weg gesehen und erst zu einem Zeitpunkt erwogen, als die Beteiligten des Gesundheitswesens sich am Ende aller Möglichkeiten sehen.

Ärztin, Geburtsklinik (Absatz 161 ff)

E: Ja es war schon, als wir die überhaupt nicht erreicht haben, fühlt man sich schon relativ hilflos. Also wirklich hilflos. Ich meine man steht da und erreicht die nicht. Und, ja, dann weiß man, dass das dann übers Jugendamt laufen muss.

Die hohen Erwartungen an die Unterstützung durch das Jugendamt trotz des späten Einbezugs werden im Zusammenhang mit dem vermuteten Hilfebedarf der jungen Mutter deutlich. Trotz der multiplen Problembereiche im Vorfeld wird die Hoffnung formuliert, dass „das dann klappt“ (Absatz 157), wenn die Mutter strukturierte Hilfe bekommt.

Ärztin, Geburtsklinik (Absatz 179 ff)

I: Was hatten Sie sich vom Jugendamt erhofft?

E: Na ja, wir hatten uns erhofft, dass die sich jetzt mit einschalten und sich um diese Frau kümmern. [...]

(Absatz 205)

E: Ja, die hätte wahrscheinlich ganz viel gebraucht. Die hätte sicher so was wie ein Elterntraining gebraucht, erst mal um Kontakt zum Kind aufzunehmen. Die hätte sicherlich auch finanzielle Hilfe gebraucht, ganz sicher hätte die finanzielle Hilfe gebraucht. Und die hätte sonstige, ich weiß gar nicht was es alles gibt, aber die hätte solche Hilfen gebraucht zur Strukturierung ihres Alltags. Die hätte wahrscheinlich Hilfe gebraucht, um irgendeine Berufsausbildung zu machen. Die hatte keinerlei Berufsausbildung, oder hat irgendwas angefangen und abgebrochen. Die hätte ganz viele Hilfen diesbezüglich gebraucht.

Der Fortgang des Falls konnte im Experteninterview nicht geklärt werden, da er zum Interviewzeitpunkt noch offen war. Dennoch ist leicht vorstellbar, dass die hohen Erwartungen an die Unterstützungsmöglichkeiten des Jugendamtes in der bereits zugespitzten Situation von Gefährdung des Kindes enttäuscht werden und der Eindruck des Versagens des Jugendamtes bleibt. Die Erwartungen der Ärztin der Geburtsklinik sind zu diesem Zeitpunkt bereits entsprechend negativ, hinzu kommt das Empfinden mangelnder Unterstützung durch das Jugendamt.

Ärztin, Geburtsklinik (Absatz 211 ff)

I: [...] Was hat Ihrer Meinung nach diesen Fall zu so einem negativen Kinderschutzfall gemacht?

E: hm. Also ich hab also keine Ahnung, wie's da jetzt weitergegangen ist. Aber ich kann mir einfach nicht richtig vorstellen, dass es positiv weitergegangen ist.

(Absatz 229)

E: Na ja, vom Jugendamt hätte ich mir schon mehr Unterstützung gewünscht. Es war ja so, dass vom Jugendamt erst mal keine Unterstützung kam, sondern Kritik. Das hat uns schon ziemlich ‚geplättet‘ da.

In der Fallschilderung eines weiteren Experten aus einer Kinderklinik wird das Erleben von Inkompetenz und Untätigkeit auf Seiten des Jugendamtes ausgedrückt, die zu einem tragischen Verlauf geführt hätten. Des Weiteren werden die Konsequenzen benannt, die für die weitere Kooperation daraus gezogen wurden.

Ein Säugling wird mit einer Hirnblutung in die Klinik eingeliefert. Aufgrund des Verdachts einer Misshandlung durch die Eltern des Kindes werden sowohl das Jugendamt als auch die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Die Eltern brechen die Behandlung ab, das Kind wird entgegen der Empfehlungen der Klinik vom Jugendamt nach Hausbesuchen bei der Familie nicht in Obhut genommen, da eine akute Gefährdung nicht gesehen wird. Einige Wochen später wird das Kind in der Wohnung der Eltern tot aufgefunden. Die polizeilichen Ermittlungen bleiben ohne Ergebnis, eine vorgenommene Obduktion ohne Befund. Das Verfahren wird aus Mangel an Beweisen eingestellt.

Psychologe, Kinderklinik (Absatz 325 ff)

E: Ich meine, es geht einem ja nicht gut mit so einem Fall. Persönlich hatte ich für mich die Abwägung getroffen, das Jugendamt wegen Untätigkeit anzuzeigen. Es hat mich ein paar Tage gekostet diese Entscheidung, ob ich das mache, ja.

I: Haben Sie es gemacht?

E: Ich habe es nicht gemacht. Wir haben uns dann intern beraten und haben gesagt, wir bestellen die verantwortlichen Leute vom Jugendamt ein. Natürlich konnten die das nicht in dem Sinne offen zugeben, dass sie da Fehler gemacht haben, aber wir haben es deutlich dokumentiert. Dieses Gespräch ist allerdings nirgendwo aktenkundig. Es ist ein rein informeller Kontakt der Aufarbeitung gewesen und ...

I: Warum haben Sie das nicht aktenkundig, aus welchen Gründen? War das eine bewusste Entscheidung, oder?

E: Ich denke der Umgang mit Verantwortung und Versagen im Kinderschutzbereich ist schon ein kritischer Punkt. Man ist ja selber auch nicht gefeit davor, Fehleinschätzungen zu machen. Und jetzt sozusagen die Schuld dem Jugendamt zuzuschieben, so weit zu gehen, dass man das auch dem Staatsanwalt mitteilt, strapaziert natürlich schon die Kooperation zu einer Behörde, wo man ja in vielen wichtigen Fällen kommt, um mit diesen zusammenzuarbeiten.

Trotz der Hausbesuche und Gespräche des Jugendamtes bei und mit den Eltern sowie der wahrgenommenen Gefahr von Fehleinschätzungen wird die Handlungsweise des Jugendamtes als Untätigkeit erlebt und eine Anzeige erwogen. In Bezug auf die Hintergründe der Fehleinschätzung wird die Kompetenz der Mitarbeiter des Jugendamtes zur Einschätzung einer Gefährdung im Gespräch mit den Eltern thematisiert und unterschwellig in Frage gestellt.

Psychologe, Kinderklinik (Absatz 365)

E: Es kann auch sein, dass die Sozialarbeiter sich um die Finger wickeln lassen von den Eltern. Wenn zum Beispiel die Sozialarbeiter nicht zu uns in die Klinik kommen zum gemeinsamen Gespräch. Sie machen ihren Hausbesuch, fragen die Eltern ‚was ist denn hier los? Wir haben eine Meldung einer Kindesmisshandlung bekommen. Können sie uns mal erzählen, was da dran ist‘. Die Eltern haben zig Ausflüchte. Erzählen den Sozialarbeitern dann auch ‚ach, ich hab ein frühgeborenes Kind‘ und ‚ja das ist alles so, ich hab auch einen anderen Arzt, der hat schon sagt, das kann’s mal geben bei einem frühgeborenen Kind‘. Das führt dann auch schnell dazu, dass Sozialarbeiter sich verunsichern lassen von Eltern, die Ausflüchte suchen. Und in dem Fall war’s ja so. Die standen ja unter Strafandrohung, weil es ein Ermittlungsverfahren gab; die wussten ja, dass gegen sie ermittelt wird und die mussten ihren Kopf aus der Schlinge ziehen. [...]

Um den Schutz des Kindeswohls für künftige Fälle zu sichern, wird die Einschaltung des Familiengerichts als Mittel gewählt, um in akuten Fällen zusätzlichen Druck auf das Jugendamt ausüben zu können.

Psychologe, Kinderklinik (Absatz 397 ff)

E: Wir haben natürlich noch eine Option gehabt, die haben wir in späteren Fällen häufiger dann auch ergriffen, das ist nämlich die Möglichkeit, die ja jeder hat, jeder Profi, aufs Familiengericht direkt zu kommen. Man kann ja als Klinik beim Familiengericht eine Mitteilung machen auf Kindeswohlgefährdung, und das Familiengericht dazu bringen, ein Verfahren zu eröffnen. Dann wird automatisch das Jugendamt auch noch mal zu einer Stellungnahme aufgefordert. Der Familienrichter muss sich unabhängig vom Jugendamt ein eigenes Bild machen.

Eine geregelte Kooperation zwischen Kinderklinik und Jugendamt und eine frühzeitige Einbeziehung des Jugendamtes in weniger zugespitzten Fällen kamen auf dieser Grundlage nicht zustande.

Die **verstärkenden Faktoren** auf Seiten der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens, das heißt zusätzliche, die Kooperation behindernde Faktoren, konnten überwiegend aus Äußerungen der Institutionengruppe über sich selbst aber auch aus den Schilderungen über die Jugendämter als Kooperationspartner entwickelt werden. Aus der Analyse des vorliegenden Materials konnten fünf Bereiche identifiziert werden, die Kooperation und frühzeitige Einbeziehung des Jugendamtes erschwerten oder verhinderten.

- Rollenverständnis
z. B. fühlten Gynäkologen sich für die Prävention von Kindeswohlgefährdung nicht zuständig; Kinderärzte sahen sich in der Rolle „Helfer und Unterstützer“ für Kinder und ihre Familien, das Jugendamt dagegen in der Rolle „Kontrolleur für kritische Fälle“;
- Fachliche und emotionale Themen
z. B. wurde eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls nicht erkannt oder aus fachlicher Unsicherheit nicht mit den Eltern thematisiert; die (unbewusste) Vermeidung der mit dem Thema verbundenen Belastung;
- mangelnde Ressourcen
z. B. fehlende zeitliche Ressourcen für Kooperation, keine Honorierung der erforderlichen Arbeit; keine weiterversorgenden Institutionen vorhanden oder bekannt;
- Vorurteile
z. B. negatives Bild von Jugendämtern; falsches Bild von zur Verfügung stehenden (zeitlichen) Ressourcen der Jugendämter;
- Status
z. B. fiel es Ärzten aus hierarchischen Erwägungen schwer, die Federführung in entsprechenden Fällen Sozialarbeitern in Jugendämtern zu überlassen.

An dieser Stelle zeigte sich, dass zwischen den verstärkenden Faktoren und den eingangs erarbeiteten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.2) ein enger Zusammenhang besteht. So verstärkte sich die negative Kooperationsdynamik in den Fallschilderungen durch ungelöste einzelfallbezogene Aufgaben, ungelöste fallübergreifende Aufgaben und ungelöste Haltungsaufgaben. Beispielhaft seien die mangelnde gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen, wenn eine mögliche Kindeswohlgefährdung aus fachlicher Unsicherheit mit den Eltern nicht thematisiert wurde oder die mangelnde Klärung von Intentionen und Zielen, wenn das Jugendamt ausschließlich als „Kontrolleur für kritische Fälle“ betrachtet wurde, genannt. Auch nicht hinreichende und damit hemmende Rahmenbedingungen, wie fehlende Ressourcen für die Wahrnehmung der Kooperationsaufgaben, zeigten sich als verstärkende

Faktoren im negativen Kreislauf der Kooperation. Damit kann ein Zusammenhang zwischen der unzureichenden Umsetzung der Kooperationsaufgaben und der Verstärkung im negativen Kreislauf der Kooperation festgestellt werden.

Die Handlungen und das Erleben auf Seiten der **Jugendämter** vervollständigen den negativen Kreislauf. Anknüpfend an die Einbeziehung des Jugendamtes zu einem Zeitpunkt, an dem die fachlichen Möglichkeiten anderer Professionen und Institutionen bereits ausgeschöpft waren und sich eine für das Kindeswohl kritische Entwicklung zeigte, erlebten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes, dass der zunehmende Handlungsdruck an sie weitergegeben wurde.

Bezirkssozialdienst, Jugendamt (Absatz 157)

Was ich da schon erlebe, ist auch eine gewisse Anforderung an mich, oder Forderung an mich: ‚Mach mal, Jugendamt. Das läuft jetzt so und so. Ich hab das und das schon versucht‘, also gerade wenn es freiwillige Dinge sind, die dann irgendwann nicht mehr laufen. ‚Jetzt mach Du mal‘, also auch eine gewisse Erwartung an mich, etwas zu tun. Das erlebe ich natürlich schon. Den Druck, wenn eine kritische Situation ist, auch jemand den Druck auf mich ablädt. Den Druck den er dann weitergibt und ich hab ihn dann. Das erlebe ich oft.

In zugespitzten Situationen konnte es so zu belastenden oder sogar bedrohlichen Ereignissen kommen, wie eine Fallschilderung zeigt.

Die Mitarbeiterin einer Geburtsklinik erreicht nach einer anonymen Beratung durch das Jugendamt und einem Gespräch mit der Mutter deren Einverständnis, das Jugendamt hinzuzuziehen. Trotz eines ungunstigen Gefühls auf Seiten der Mitarbeiterin des Jugendamtes wird die Mutter mit dem Kind am selben Tag aus der Klinik entlassen. Ein Hausbesuch am folgenden Tag zeigt eine „katastrophale“ häusliche Situation (Absatz 157), das Kind muss aus der vorgefundenen Situation in Obhut genommen werden. Die zuständige Mitarbeiterin wird im Umfeld der Familie „an Leib und Leben“ (Absatz 157) bedroht, so dass die weitere Bearbeitung des Falls zur Absicherung auf der Leitungsebene erfolgt.

Stabstelle, Jugendamt (Absatz 157)

E: [...] Ich schildere das eigentlich nur deswegen, weil ich denke, da ist etwas gewesen, wo ich nachher gesagt habe, das tue ich nicht mehr. Und ich lasse mich auch nicht mehr unter Druck setzen von ‚wir wollen aber entlassen‘. Ich weiß, was da im medizinischen System auch für ein Druck auf der Hebamme dann liegt und auf den Krankenschwestern. Das werde ich nicht mehr tun, das war mir eine Lehre. Wenn ich das Gefühl habe ‚nein, wir müssen da erst drauf gucken‘, diese Konsequenz müssen wir ziehen [...].

Neben der Zufriedenheit über den Schritt der Hebamme der Geburtsklinik, sich anonym beraten zu lassen und darüber das Einverständnis der Mutter zur Hinzuziehung des Jugendamtes zu erlangen, wird der Eindruck vielschichtiger und unklarer Interessen und Motivationen im Zusammenhang mit der Fallübergabe formuliert.

Stabstelle, Jugendamt (Absatz 168)

[...] Was weniger gut funktioniert hat war, dass ich das Gefühl hatte [...], dass in die Situation irgendwelche Interessen schwappten. Finanzdruck, wie soll ich mal sagen, Wertevorstellungen von der Hebamme - es ist ja kein Problem, haben wir ja alle - aber das schwappte mit rein ‚oh, denen müsste aber auch ganz besonders geholfen werden‘, also so was, kann ich mich noch daran erinnern. Werte bezogen auf Migration spielten eine Rolle. Nichtwissen über Migrationszusammenhänge und Sprachprobleme spielten eine Rolle, weil die Hebamme sich kaum mit denen verständigen konnte. Das heißt, auch ein ‚Nichtwissen‘ - das ist kein Vorwurf, sondern einfach ein Nichtwissen - von Signalen bei der Hebamme - kann die nicht wissen - aber Nichtwissen ist auch gefährlich - das war nämlich auch eine Frau, die keine Kleidung dabei hatte, die hatte auch keine Babykleidung dabei, und Nichtwissen, dass diese Bevölkerungsgruppe geeignet ist, einen zu belügen. Das sind dann so bestimmte Sachen, klar, das weiß man, wenn man das zehn Jahre macht, das weiß man im Jugendamt. Aber das konnte die alles nicht wissen. Das hat aber alles eine Rolle gespielt. Und ich konnte es ihr auch nicht sagen, es konnte sich in der Beratung auch nicht entwickeln, weil, dadurch dass sie es nicht wusste, dass es wichtig sein könnte, hat sie es mir nicht gesagt. So wie das ist, wie es halt sonst so läuft. Trotzdem fand ich es gut, dass wir irgendwie einen Weg gefunden haben, die Situation zu regeln und auch eine Absprache gekriegt haben. Wobei ich mir nicht ganz sicher war, mit welchem Druck eigentlich, Finanzdruck, die Hebamme mir das sagte, also unter welchem Druck die eigentlich stand, das erfolgreich abzuwickeln und uns zu übergeben, damit das Krankenhaus die los ist. Also jetzt nicht die Hebamme, sondern das Kliniksystem die jetzt los ist, das was bei mir dann auch ankam. [...].

Vermuteter Finanz- und Entlassdruck, persönliche Wertvorstellungen und Hilfemotivationen in Verbindung mit sprachlichen und fachlichen Hindernissen führen zu dem Bedürfnis, die Mutter und das Kind und die damit verbundenen Belastungen abzugeben und für die Geburtsklinik abzuschließen. Bei der Mitarbeiterin des Jugendamtes bleiben der diffuse Druck und das unguete Gefühl.

Mögliche Reaktionen auf die von den Experten beschriebenen Gefühle von Unzufriedenheit, Druck, Belastung, Stress und sogar Überwältigung können in Anlehnung an allgemeine menschlich Stressreaktionen (Aronson et al. 2008) beschrieben werden. Der offensichtliche Bedarf an Intervention in Fällen von Kindeswohlgefährdung wird nicht beantwortet (z. B. keine oder unzureichende Reaktionen auf alarmierende Informationen als „tot stellen“), es findet ein Rückzug auf absicherndes Verhalten statt (z. B. vertraute und standardisierte Vorgehensweisen aber auch vorschnelle Inobhutnahmen als „Flucht“) oder forciertes Herangehen an die Situation (z. B. offensive Suche nach Lösungsmöglichkeiten aber auch erzwungene Lösungen oder anklagendes und beschuldigendes Verhalten als „Kampf“).

Ein weiterer Fall, der aus Sicht der Abteilungsleitung eines Jugendamtes berichtet wird, veranschaulicht Teile dieser inneren Dynamik bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Eine psychotisch erkrankte Mutter verweigert eine medikamentöse Behandlung in der Psychiatrie und wird vom psychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes betreut. Das erste Kind lebt nach einem Sorgerechtsentzug in einer Erziehungsstelle, das zweite Kind soll direkt nach der Geburt in Obhut genommen werden. Nach der Geburt des zweiten Kindes ergibt sich eine neue Situation.

Leitungsebene, Jugendamt (Absatz 145)

[...] Der Fall war eigentlich glasklar. Und es war alles vorbereitet auf den Punkt X. Die Klinik war informiert ‚Ihr kriegt eine Verrückte, und wenn die kommt, sagt uns Bescheid‘ und es war alles schon vorbereitet, Bereitschaftspflegefamilie, alles war klar, wohin das Kind kommt. Dann war die Situation, dass sie sich sozusagen direkt nach der Geburt bereit erklärte, in die psychiatrische Behandlung zu gehen, sich medikamentieren zu lassen. Und wider Erwarten auf das Medikament positiv ansprang, und wir in Zweifel kamen, ob es nun richtig ist, der Frau das Kind abzunehmen. [...]

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes stehen vor der Frage, ob eine Lösung, in der Mutter und Kind zusammen bleiben und die Mutter das Kind selbst betreut und erzieht, verantwortet werden kann.

Leitungsebene, Jugendamt (Absatz 145)

[...] Es gab dann harte Auseinandersetzungen zwischen Vormund, Fallführung, Bereitschaftspflegefamilie, Betreuung und die waren alle so eingestellt: ‚das ist unverantwortlich‘. [...]

Die Abteilungsleitung trifft nach fachlicher Rückversicherung (Bindungsdiagnostik, psychiatrische Einschätzung) und Rücksprache mit den zuständigen Kolleginnen und Kollegen die Entscheidung, einen eng begleiteten Versuch zu wagen, um erforderliche Rahmenbedingungen für ähnlich gelagerte Fällen entwickeln zu können und das Handlungsspektrum des Jugendamtes damit zu erweitern. Ein individuell angepasstes Setting wird entwickelt, Ressourcen im Umfeld der Mutter werden mit einbezogen. Innerhalb des Jugendamtes gibt es neben der Zustimmung zu diesem Vorgehen auch Schwierigkeiten und Widerstände.

Leitungsebene, Jugendamt (Absatz 157)

E: Es gab eine Fallführung, das heißt die Fallführung ist... wir haben sie dann gewechselt, weil die Kollegin hatte sich zu sehr, sie war ‚verbrannt‘ gewesen nachher, weil sie zu sehr noch in der Schleife war ‚wir müssen das Kind wegnehmen‘. Sie war nachher auch nicht mehr der Auffassung, aber das war trotzdem nicht mehr kompatibel. [...]

(Absatz 189)

[...] Sondern letztendlich, es war ein Zweifrontenkampf, oder Dreifrontenkampf, für mich selber kann ich Verantwortung übernehmen, das so laufen zu lassen. Die zweite Situation ist die, gegen die Widerstände der Mitarbeiter zu arbeiten und die dritte Situation, eben zu verdeutlichen, dass das auch ein Lernprozess ist. [...]

(Absatz 209)

E: Ja, es gab Momente, wo ich den Eindruck hatte, es wird boykottiert, ja. Es wird sozusagen ‚undercover‘ gegen den Fall gearbeitet. Das ist auch das, wo dann die Frau JK auf diesen Fall in der Stabsituation, die ein sehr feines Gespür dafür hat, wenn sozusagen versucht wird, sozusagen, zu konterkarieren was eigentlich fehlt. Es gab immer wieder Störungen der Situation. Also dass dann mal plötzlich kein Besuchskontakt zustande kommen konnte in der Pflegefamilie. Kann sein, dass das stimmte. Aber wo ich sage, es gab schon immer wieder zwischendurch Störfeuerchen. [...]

Das Festhalten an Entscheidungen, die als Richtlinien für den allgemeinen Rahmen oder unter anderen Voraussetzungen getroffen wurden, kann hier erst über eine Leitungsentscheidung verändert werden. Individuelle und an den Einzelfall angepasste Herangehensweisen unter veränderlichen Rahmenbedingungen werden eher nicht geplant und systematisch in ihrer Wirkung überprüft. Hintergründe und Motivationen für das

Vorgehen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes schildert der Experte im Rahmen seiner allgemeinen Reflexionen zu den von ihm geschilderten Fällen.

Leitungsebene, Jugendamt (Absatz 221)

[...] es geht um standardisierte Vorgehensweisen, keine individuellen Vorgehensweisen, die sind viel zu kompliziert, viel zu aufregend, viel zu unsicher. [...]

[...] Es geht um Absicherungstendenzen, sprich rechtliche Absicherung, der beste Kinderschutz ist, wenn die Kinder nicht mehr da sind', also auf diese Situation des Kindes. [...]

Die Reaktion und das Verhalten wird als Streben nach Vereinfachung (gegen komplexe und komplizierte Fälle), Beruhigung (gegen Aufregung, Belastung und Stress), Absicherung (gegen eigene Unsicherheiten und befürchtete Konsequenzen) und Kontrolle (gegen unkontrollierbare Situationen und hilflose, ohnmächtige Gefühle) im Zusammenhang mit Fällen von Kindeswohlgefährdung beschrieben. Dieser Umgang bestätigte sich durch eine Vielzahl von Äußerungen in den unterschiedlichen Interviews. Eine der Situation angemessene und individuell zugeschnittene Mischung der unterschiedlichen Verhaltensstrategien wurde damit vielfach nicht möglich und konnte wiederum zu dem oben beschriebenen Erleben der Kooperationspartner führen.

Leitungsebene, Jugendamt (Absatz 221)

[...] Und es geht nicht darum eigentlich in den Interessenslagen der betroffenen Person, selbst derjenigen, die vermeintlich Schuldigen, in einen vernünftigen Interessensausgleich zu treten. Der mal für das Kind, mal für die Situation selbst, mal auch ein Kompromiss ist. Aber dass mal alle Sachen auf den Tisch kommen und zu sagen ,wem dient eigentlich was?'

Als **verstärkende Faktoren** auf Seiten der Jugendämter konnten anhand des Datenmaterials ebenfalls fünf Bereiche identifiziert werden, die sich teilweise mit den Themen der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens überschneiden (Rollenverständnis, fachliche Themen, mangelnde Ressourcen), teilweise differierten (emotionale Themen, Vorurteile, Status / unvereinbare Aufträge, Außenbild und interne Reaktion darauf).

- Rollenverständnis
z.B. Schwierigkeiten mit der Integration der beiden Aspekte „Hilfe und Unterstützung“ und „Kontrolle“;
- Fachliche Themen
z.B. Balance zwischen standardisiertem und individuell angepasstem Vorgehen;
Dilemma zwischen „zu früh zu viel“ und „zu spät zu wenig“ tun; moralische Kategorien „gut und böse“ oder rationale Entscheidungen des Interessensausgleichs;
- mangelnde Ressourcen
z.B. präventive Angebote wurden gekürzt; passgenaue Angebote standen nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung (finanzielle und infrastrukturelle Gründe); fehlende zeitliche Ressourcen für Kooperationsaufbau;

- Unvereinbare Aufträge
unvereinbare Zielvorgaben (minimale Kosten bei maximalem Schutz); „Kinder wegnehmen“ als gesellschaftlicher Wunsch und Vorwurf;
- Reaktion auf das Außenbild des Jugendamtes
z. B. kann ein negatives oder zwiespältiges Bild von Jugendämtern zur Angst, Fehler zu machen oder zu Entscheidungen auf der Grundlage von Organisationsinteressen und des Systemerhalts (anstatt des Kindeswohls) führen.

Auch hier konnten viele der verstärkenden Faktoren auf die nicht-gelungene Wahrnehmung und Umsetzung einzelfallbezogener und fallübergreifender Aufgaben und von Haltungsschwierigkeiten oder mangelnde Rahmenbedingungen übertragen werden. Es fiel jedoch auf, dass einige Faktoren sich hier nicht einordnen ließen. Sie verwiesen vielmehr auf interne Problembereiche der jeweiligen Institutionengruppe (z. B. die interne Integration der unterschiedlichen Rollen des Jugendamtes), die keine Aufgaben in Kooperationsbeziehungen sind und daher nicht in diesem Rahmen gelöst werden können. Die Rolle und Bedeutung dieser Faktoren konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht weiter geklärt werden, sie bietet jedoch fruchtbare Ansatzpunkte für weitere Studien in diesem Bereich.

Die Berechtigung der durch Thomann und Schulz von Thun gewählten Bezeichnung „Teufelskreis“ (1997) für einen so gestalteten Kreislauf wird an dieser Stelle deutlich: da es keine hinreichende Kooperation gibt, setzt eine negative gegenseitige Wahrnehmung (Abwärtsspirale) ein, die die Entwicklung einer zufrieden stellenden Kooperation wiederum behindert.

3.4.2 Der positive Kreislauf der Kooperation mit gemeinsam erarbeiteten Grundlagen

Der positive Kreislauf der Kooperation (siehe Abbildung 13) weist im Gegensatz zum negativen Kreislauf der Kooperation kontrastierende Verhaltens- und Handlungsweisen sowie ein anderes Empfinden und Erleben der beiden Institutionengruppen auf.

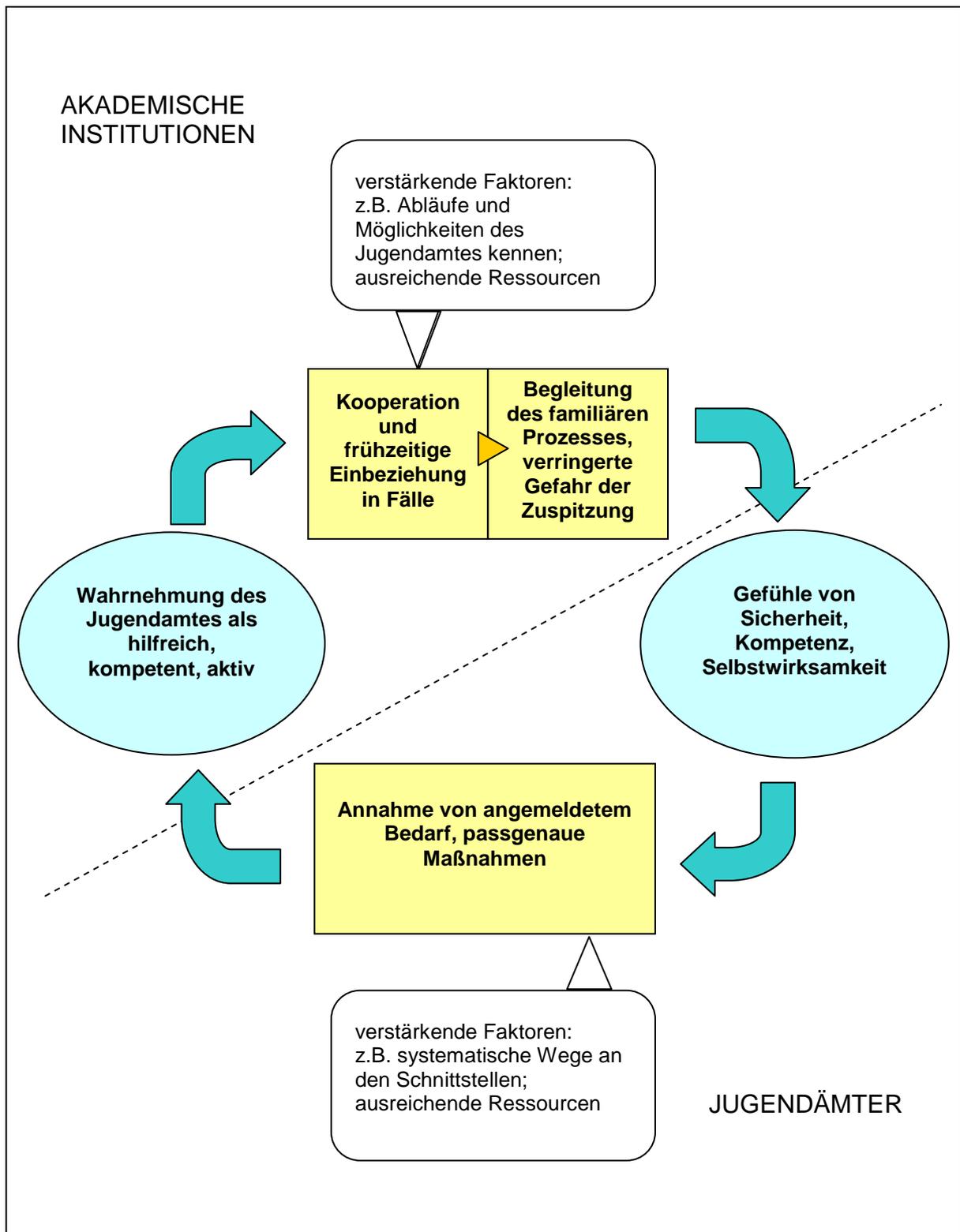


Abbildung 13

Der positive Kreislauf der Kooperation zwischen den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens und den Jugendämtern. In den Rechtecken wird die Verhaltensebene beschrieben, in den Ellipsen die dadurch ausgelösten inneren Reaktionen (Erläuterungen im Text)

Der **Beginn** eines positiven Kooperationskreislaufs wurde in der Regel über einen Arbeitskreis beschrieben, in dem die relevanten Berufs- und Institutionengruppen vertreten

waren und in dem die Gelegenheit bestand, die unterschiedlichen Hintergründe und Arbeitsweisen kennen zu lernen.

Arzt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Absatz 77 ff)

E: [...] Und vielleicht noch zum Hintergrund: es gab ja damals schon eigentlich lange diese gut funktionierende Kinderschutz-, diesen Arbeitskreis Kinderschutz.

I: Wer war denn da drin?

E: Wo von Anfang an die Polizei mit drin war. Sehr schnell hat sich das ergeben, da war das Kinderschutzzentrum drin, da war die Kinderklinik gut vertreten, da war das Jugendamt mit drin und die Polizei. Ich hab neulich ein Poster rausgezogen von 1985. Da war ein Polizeidirektor drin, der hat mal angefangen so Flussdiagramme zu malen. Und jede Stelle hat dann für sich ein Flussdiagramm gemalt.

I: wie es bei ihnen weitergeht?

E: Jeder für sich: ‚was machen Sie bei dem Verlauf?‘ Und im Grunde ist das ja dann auch gemündet in dem Blatt, das wir für das Forschungsprojekt hatten. Da war schon der Vorlauf diese Flussdiagramme zu malen und Entscheidungsprozesse abzubilden.

I: Für die jeweilige Institution?

E: Für die jeweilige Berufsgruppe und Institution. Und man hat sich’s gegenseitig erzählt. Es war toll, ja, also zum Verständnis.

(Absatz 109 ff)

[...] Und im Grunde haben dann alle Feuer gefangen und haben jeder für sich nach diesem Modell das aufgemalt. Und wirklich kopiert, verteilt und zur Diskussion gestellt. War sensationell gut! Ich hab wirklich da gedacht, ich hab was Wesentliches kapiert in meinem Leben. Und im Grunde immer Entscheidungsprozesse und Schleifen und ‚wie klar ist das?‘ und noch mal zurück an den Anfang und solche Geschichten.

I: Und was haben Sie da neu für sich verstanden, wo Sie die anderen die Diagramme gesehen haben? Können Sie sich daran noch erinnern? Was hat Ihnen da geholfen, oder was war das Revolutionäre was Sie irgendwie begeistert hat?

E: Das hat einfach für Klarheit gesorgt. Das hat für Klarheit gesorgt, weil man genau miteinander diskutieren konnte ‚Ist das ein Schritt? Ist der schon entscheidungsrelevant oder was muss ich sammeln?‘ oder auch dass das Prozesse sind, ja. Dass das Prozesse sind und man nicht sagen kann ‚ich hab jetzt das und das und das‘, sondern ‚wie sammle ich das?‘ [...]

In der Schilderung des **gemeinsamen Prozesses** wird deutlich, dass über die Initiative einer einzelnen Person bzw. Institution und den sich anschließenden gemeinsamen Diskussions- und Auseinandersetzungsprozess eine tragfähige Grundlage des Verstehens entwickelt werden konnte. Über **gebahnte Wege** und das Wissen um die Möglichkeit frühzeitiger Unterstützung und Hilfe durch das Jugendamt veränderte sich das Bild des Jugendamtes (bei Professionellen und Eltern) und damit auch die Handlungs- und Verhaltensebene gegenüber diesem.

Leitungsebene, Jugendamt (Absatz 121)

E: [...], allerdings ist auch bei den Eltern die Situation sogar andersrum, man glaubt, dass die Eltern immer das Jugendamt im Hintergrund haben, was den ‚Kinderklau‘ bedeutet. In dem Projekt machen wir die umgekehrte Erfahrung, nämlich dass wenn wir frühzeitig mit den Eltern in Kontakt sind, das Thema Jugendamt vielleicht gar keine Rolle spielt. Weil da tatsächlich das Jugendamt hilft. Und zwar liegt das daran, dass wir in der Regel ja zu spät kommen, also wir kommen immer dann, wenn schon was passiert ist, das heißt wir arbeiten gegen Widerstände, gegen Geheimnisse, gegen Blockaden. Bei dem Projekt XX haben wir zum ersten Mal die einfache Chance zu kommen, wenn noch nichts passiert ist und zu unterstützen, dass nichts passieren muss. Insofern kann die Hilfe auch ehrlich wahrgenommen werden von den Eltern. Sie haben ja nicht den Eindruck, dass sie was verbergen müssen. Und überall da wo unsere Kollegen reinkommen und der Zugang gut gelingt, klappt das hervorragend. Selbst die Übergänge zu anderen Hilfen funktionieren reibungsloser als wir sie eigentlich in der Standardarbeit haben.

Das zur Verfügung stehende Angebots- und Konzeptspektrum des Jugendamtes war den Institutionen des Gesundheitswesens bekannt und führte zur Wahrnehmung des Jugendamtes als hilfreich, kompetent und aktiv. Kleine **Störungen** der Kooperationskontakte beeinträchtigten die Kooperation nicht nachhaltig. Die positive Haltung, die bereits den Anfang der Zusammenarbeit prägte, blieb vorrangig.

Arzt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Absatz 383)

[...] Also nehmen Sie mal das GHIer Jugendamt, die haben tolle Konzepte. Und selbst wenn das mal im Einzelfall kracht, und das tut's natürlich, und es kracht besonders wenn Zuständigkeitsfragen sind, das sind so Spiele, ‚wir sind nicht zuständig, weil die Familie in einem anderen Stadtviertel wohnt‘, also solche Geschichten die sind nach wie vor. Aber im Grunde sind sie lösbar, weil man weiß, an welcher Stelle man einhaken muss. Und die Leitung des Jugendamtes GHI ‚hervorragend!‘ Oder auch das Landesjugendamt, Herr KL, der war ja auch in HIJ neulich wieder. Man kennt sich seit vielen Jahren und im Grunde finde ich aber schon auch, dass die Gespräche mit einer hohen Fachlichkeit geführt werden. Und wir hatten in der Anfangszeit, als es noch Berührungängste gab, da haben wir mal Fälle besprochen unter dem Vorzeichen ‚was läuft gut‘. Das ist ja eine sehr ungewohnte Diskussion, aber sie war sehr fruchtbar. ‚Was sind Elemente, warum es gut gelaufen ist?‘

Hier zeichnete sich ein Kreislauf mit sich selbst stabilisierenden Gefühlen und Handlungen unter umgekehrten Vorzeichen ab.

Als **verstärkende Faktoren** des positiven Kreislaufs der Kooperation wurden gelingende Erfahrungen zu den erarbeiteten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und den erforderlichen Rahmenbedingungen konkretisiert:

- einzelfallbezogene Aufgaben in Kooperationsbeziehungen
z. B. gemeinsame Auftragsklärung, gemeinsame Sicht und Sprache, gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen
- fallübergreifende Aufgaben
z. B. gemeinsame Basis, geklärte Intentionen, Erwartungen und Ziele
- Haltung der Kooperationspartner zueinander
z. B. Bereitschaft, aufeinander zuzugehen, Wertschätzung, Interessensausgleich
- Rahmenbedingungen
z. B. ausreichende Ressourcen, geeignete politische Rahmenbedingungen

Sie bestätigten damit den im Kapitel 3.4.1 beschriebenen Zusammenhang zwischen den Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und den verstärkenden Faktoren auch für den positiven Kreislauf der Kooperation.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zentrales Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der Bedingungen von Kooperation zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung. Die Interviews gaben differenzierte Einblicke in die Aufgaben und Rahmenbedingungen einer gelingenden Kooperation in diesem Feld, die von den Expertinnen und Experten erlebten Kompetenzen und Schwierigkeiten unterschiedlicher Institutionengruppen dabei und die zugrunde liegenden Mechanismen gelingender bzw. nicht-gelingender Kooperationsbeziehungen.

1. Aufgaben und Rahmenbedingungen in Kooperationen

Über die Analyse des Textmaterials konnten sowohl **Aufgaben** für das Gelingen von Kooperationen als auch erforderliche **Rahmenbedingungen** erfasst werden. Sie wurden in drei bzw. zwei Kodefamilien beschrieben.

Aufgaben in Kooperationsbeziehungen

- *Einzelfallbezogene Aufgaben* beziehen sich auf die Anforderungen an die Kooperationspartner in Bezug auf die gemeinsame Arbeit in individuellen Fällen. Die Aufgaben werden mit den Codes „Klärung des einzelfallbezogenen Auftrags“, „Absprachen, Aufgabenteilung und Verantwortungen klären“, „gemeinsame Sicht und Sprache entwickeln“, „gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen“, „Fallkoordination, Fallführung“ und „Kommunikation regeln“ beschrieben.
- *Fallübergreifende Aufgaben* beziehen sich auf Erfordernisse der Entwicklung fallübergreifender Kooperationsgrundlagen, die über die Zusammenarbeit an Einzelfällen hinausgehen. Sie beinhalten die Aufgabenkodes „Schaffung einer gemeinsamen Basis“, „Intentionen und Erwartungen klären, Ziele definieren“, „Entwicklung gemeinsamer Wege und gemeinsamer Standards, Qualitätssicherung“ sowie „Optimierung, aus Fehlern und Gelingendem lernen“.
- *Haltungsaufgaben* beziehen sich auf persönliche Einstellungen aber auch Themen der beruflichen Sozialisation, die die Art, wie Kooperationspartner aufeinander zugehen und wie sie die gemeinsame Aufgabe gestalten, beeinflussen. Die Beschreibungen der Experten wurden in den Codes „Entscheidung und Bereitschaft, aufeinander zuzugehen“, „gegenseitige Wertschätzung, Begegnung auf Augenhöhe“, „Interessenausgleich, Win-Win-Situationen, Chancengleichheit“, „lösungsorientiertes Herangehen“ und „Verbindlichkeit, Verlässlichkeit, Vertrauen“ zusammengefasst.

Rahmenbedingungen

- *Ressourcen* beziehen sich auf zur Verfügung stehende Kapazitäten für Kooperation. Die von den Experten benannten Ressourcen wurden in die Codes „Ressourcen allgemein“, „zeitliche Ressourcen“, „finanzielle Ressourcen“, „personelle Ressourcen“ und „fachliche Ressourcen“ gegliedert.
- *Gesellschaftspolitische Faktoren* beziehen sich auf das Verhältnis der Gesamtgesellschaft zu Kindern, zur Prävention von Kindeswohlgefährdung und zu den Einrichtungen, die diese Aufgabe schwerpunktmäßig wahrnehmen. Sie beinhalten die Einflussfaktoren, die über politische Entscheidungsträger auf unterschiedlichen Ebenen (Kommune, Land oder Bund) initiiert und umgesetzt werden müssen. Die Codes „gesellschaftspolitische Haltung“, „Ausrichtung auf Bedürfnisse von Kindern und Familien“, „realistische Erwartungen“, „Klärung der Voraussetzungen“, „geeignete Rahmenbedingungen schaffen“, „politische Signale“ und „realistische und geklärte Erwartungen der politischen Gremien“ beschreiben diese Form von Rahmenbedingungen.

Die gefundenen Aufgaben und Rahmenbedingungen in Kooperationen wurden in einem graphischen Modell zusammengefasst. Darin wurden die Aufgaben in ihrer Verbindung zum Ziel der Kooperation begründet und ihre wechselseitige Bedingtheit beschrieben. Damit ergab sich ein umfassendes Bild der Voraussetzungen und Anforderungen für Kooperation.

2. Kooperationsprofile der Institutionengruppen

Die Auswertung der von den Experten geschilderten Kooperationserfahrungen ergab für die jeweiligen Institutionengruppen unterschiedliche Kompetenzen und Schwierigkeiten. Es zeigte sich, dass die Wahrnehmung der **einzelfallbezogenen Aufgaben** bei den Institutionengruppen in der Regel gelingend bewertet wurde. Lediglich für die *Jugendämter* war die Bewertung gemischt positiv und negativ. Dem gegenüber stellten sich für die Gestaltung der **fallübergreifenden Aufgaben** die deutlichsten Mängel dar. Bis auf die *freien Träger der Jugendhilfe* wurde dieser Aufgabenbereich für alle anderen Institutionengruppen überwiegend nicht-gelingend bewertet. Die **Haltungsaufgaben** wurden für die *Jugendämter* und die *freien Träger der Jugendhilfe* positiv bewertet. Beide Institutionengruppen sind aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Kooperation beim Thema Kindeswohlgefährdung verpflichtet.

Daneben wurde deutlich, dass die jeweiligen Institutionengruppen sich in der Anzahl der Nennungen als Kooperationspartner und der Anzahl der Bewertungen als Kooperations-

partner unterschieden. Während die Anzahl der Nennungen als Kooperationspartner als Maß der Einbindung in Kooperationen gesehen werden kann, stellt die Anzahl der Bewertungen eher einen Spiegel der emotionalen Bedeutung der Kooperation mit der jeweiligen Institutionengruppe dar. Den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* wurden in beiden Bereichen die größte Bedeutung zugemessen, den *Gesundheitsämtern* die geringste. Die *spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener* erreichten bei beiden Themen mittlere Werte. Bei allen anderen Institutionengruppen unterschied sich die Anzahl der Nennungen als Kooperationspartner von der Anzahl der Bewertungen als Kooperationspartner und zeigte ein Spannungsfeld zwischen der Einbindung in Kooperationsbeziehungen und der emotionalen Bedeutung der jeweiligen Kooperationsbeziehung auf.

Auf dieser Basis wurde die Erstellung von (aufgrund der geringen Größe der Untersuchungsgruppe vorläufigen) Kooperationsprofilen für die einzelnen Institutionengruppen möglich. Die Kooperationsprofile der Institutionengruppen erlauben, deren Kompetenzen in Bezug auf Kooperation gezielt zu berücksichtigen und gegebenenfalls weiter zu entwickeln.

3. Mechanismen der Kooperation

Hinsichtlich der Wirkfaktoren und Kausalmechanismen in Kooperationen wurden für die Kooperation zwischen *Jugendämtern* und den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* beschrieben, wie fehlende Kooperationsgrundlagen einen negativen Kreislauf der Kooperation mit sich selbst verstärkenden Handlungen und Gefühlen in Gang setzen und aufrecht erhalten können. Wenn *Jugendämter* in Fällen einer akuten Kindeswohlgefährdung eingeschaltet wurden, löste das bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Gefühle von Unzufriedenheit, Druck, emotionaler Belastung, Stress und Überwältigung aus. Diese Gefühle führten zu einer Abwehr des Bedarfs der Familien oder zu rasch sichernden, schablonenhaften Reaktionen, um die eigene Belastung zu begrenzen. Daraus ergab sich, dass die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* beim Umgang mit Kindeswohlgefährdung erlebten, dass sie als Kooperationspartner nicht ausreichend unterstützt wurden, sie erlebten die *Jugendämter* als inkompetent und untätig. Unter diesen Bedingungen wurde der Kontakt zu *Jugendämtern* gemieden, es wurde keine Kooperation entwickelt, in deren Rahmen die *Jugendämter* frühzeitig in Fälle einbezogen wurden. An dieser Stelle schloss sich der Kreis und führte zur „Bestätigung“ des eigenen Erlebens.

Weiterhin wurde in einem komplementären positiven Kreislauf der Kooperation dargestellt, wie gemeinsame Kooperationsgrundlagen initiiert wurden und wie sie auf die gegenseitige Wahrnehmung und die Lösung auftretender Reibungspunkte wirkten. Arbeitskreise, in denen die relevanten Berufs- und Institutionengruppen vertreten waren, boten die Gelegenheit, die jeweiligen Hintergründe und Arbeitsweisen kennen zu lernen. In Diskussions- und Auseinandersetzungsprozessen entstand eine tragfähige Grundlage des Verstehens, es wurden Wege für die frühzeitige Einbeziehung des *Jugendamtes* gebahnt. Das Bild der Jugendämter und deren Handlungsmöglichkeiten und –kompetenzen veränderte sich über diese Erfahrungen. Störungen wurden auf dieser gemeinsamen Basis rasch behoben.

Bei der Beschreibung dieser Kreisläufe zeigte sich, dass die eingangs erfassten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und Rahmenbedingungen als verstärkende Faktoren in den beiden Kreisläufen wirken können. Daneben wurde deutlich, dass auch institutionsintern ungelöste Themen hemmenden Einfluss auf die Gestaltung der Kooperation haben können.

4 Diskussion

Mit der Beantwortung der in dieser Studie gestellten Fragen sind zwei Wünsche bzw. Hoffnungen verbunden. Einerseits die Hoffnung, dass Chancen und Potentiale der Kooperation genutzt werden können und Kooperation von den Beteiligten wertvoll und befriedigend erlebt wird. Andererseits die Hoffnung, dass die Energie, die vielfach in Reibungen zwischen den unterschiedlichen Professionen und Institutionen verpuffte künftig für die hoch anspruchsvolle und oft genug spannungsreiche Arbeit mit den Familien zur Verfügung steht.

4.1 Die Organisation der Kooperation

Mit den im Rahmen der Studie entwickelten und beschriebenen Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und den erforderlichen Rahmenbedingungen wurde ein Modell zu den Bedingungen von Kooperation vorgestellt. Die darin benannten Faktoren können mit den eingang aus der Literatur beschriebenen Bedingungen und Voraussetzungen von Seckinger (2001), Jungmann (2003) und Behringer und Höfer (2005) verglichen werden. Trotz der unterschiedlichen Terminologie sowohl zwischen den Autoren als auch zwischen den Autoren und der vorliegenden Studie wird deutlich, dass dieselben Kerngedanken sich in allen Arbeiten wieder finden. Über die von den Autoren genannten Aspekte hinaus wurden von den befragten Experten zusätzliche und differenzierende Kategorien, vor allem in dem mit „Haltung“ überschriebenen Bereich, eingebracht. Auch die deutliche Unterscheidung zwischen einzelfallbezogenen und fallübergreifenden Aufgaben in der Kooperation ist neu und hat eine neue Qualität der Beschreibung zur Folge. Diese Kategorien schärfen den Blick für die Details der Kooperation und bisher un- oder wenig beachtete Aufgaben in Kooperationsbeziehungen. Der Blick auf die unterschiedlichen Schwerpunkte von Kooperationsaufgaben erleichtert den beteiligten Institutionen die Organisation der Kooperation und die Klärung möglicher Ansatzpunkte zur Verbesserung bestehender Strukturen.

Bei den **einzelfallbezogenen Aufgaben** geht es um die möglichst reibungslose Zusammenarbeit zugunsten der einzelnen jungen Familien. Die Kooperation und die Unterstützungsleistungen müssen individuell auf den Bedarf und die Möglichkeiten der Familie zugeschnitten und immer wieder angepasst werden. Die beschriebenen Einzelaufgaben gliedern den Bereich können Fachkräften beim Aufbau oder bei der Weiterentwicklung von interdisziplinären/interinstitutionellen Kooperationsbeziehungen unterstützen. Wer sieht welchen Bedarf in der Familie? Wer übernimmt im Einzelfall

welche Aufgabe? Welche Kompetenzen werden gebraucht und wer kann sie einbringen? Wer koordiniert die Hilfen und führt die Informationen zusammen? Mit der gezielten Besprechung der von den Experten genannten Punkte zu Beginn und im Verlauf der Zusammenarbeit können Reibungsverluste verringert, Lücken oder Doppelungen vermieden werden, Missverständnissen wird vorgebeugt.

Als interdisziplinäre Arbeitsformen eignen sich die von den Experten benannten anonymisierten Fallberatungen bzw. die anonymisierten interdisziplinären Fallbesprechungen, bi- und multilaterale Fachgespräche, Helferkonferenzen, Gespräche zur Fallkoordination und Hilfeplangespräche (zur Feststellung und Überprüfung des erzieherischen Bedarfs und der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen nach § 36 SGB VIII). Fach-, Koordinierungs- und Clearingstellen, die zum Beispiel an den Jugendämtern angesiedelt werden, können Teile dieser Aufgaben steuern und koordinieren.

An dieser Stelle wird jedoch auch deutlich, dass die einzelfallbezogenen Aufgaben umso besser wahrgenommen werden können, je klarer und sorgfältiger bereits gemeinsame Grundlagen geschaffen wurden. Wenn Fachkräfte unter zeitlichem und/oder emotionalem Druck handeln, gibt es keinen Raum, zunächst eine gemeinsame Basis zu schaffen oder Ziele und Erwartungen an die Kooperation sorgfältig zu klären. Wie die Ergebnisse der Studie gezeigt haben, werden damit Missverständnisse und Unzufriedenheiten deutlich wahrscheinlicher. In Übereinstimmung mit Behringer und Höfer (2005) wurde anhand der empirischen Daten belegt, dass es einer fallübergreifenden gemeinsamen Grundlage bedarf, um Kooperation effektiv und befriedigend zu gestalten.

Im Rahmen der **fallübergreifenden Aufgaben** wurden die längerfristigen Grundlagen für die gelingende Zusammenarbeit im Netzwerk herausgearbeitet. Auch sie können beim Aufbau oder der Weiterentwicklung von Kooperationen wertvolle Hilfestellungen bieten, indem sie Themen für den gemeinsamen Prozess anregen: eine gemeinsame Informationsbasis zu schaffen, sich über Intentionen und Ziele der Kooperation zu verständigen, systematische Wege und gemeinsame Standards abzusprechen und qualitativ abzusichern sowie die weitere Entwicklung der Standards bei auftretenden Schwierigkeiten. Zielrichtung dieser Aufgaben ist es, eine „Infrastruktur“ als Unterbau der Kooperation zu gestalten und Wege zwischen den Institutionen konsequent zu bahnen. Dazu muss das systematische Zusammenspiel der beteiligten Institutionen in einem lokalen Netzwerk organisiert werden, die gelingende Kooperation bedarf der Planung, Umsetzung und Pflege der Zusammenarbeit (vgl. Ziegenhain et al. 2010). Als mögliche Arbeitsformen zur Erarbeitung dieser Strukturen wurden von den Experten Runde Tische, Arbeitskreise

und ein Schnittstellenmanagement beschrieben, in denen verbindliche Absprachen bis hin zu vertraglichen Regelungen gemeinsam erarbeitet werden.

Der Blick auf die jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen zeigt, dass nicht jede der beteiligten Institutionen gleichermaßen geeignet ist, die Organisation der Kooperation in einem lokalen Netzwerk zur Prävention von Kindeswohlgefährdung federführend zu übernehmen. Diese Aufgabe kann nachhaltig nur mit einem gesetzlichen Auftrag und entsprechenden Rahmenbedingungen wahrgenommen werden. Auf die möglichen Rollen und die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die einzelnen Institutionen in einem Netzwerk zur Prävention von Kindeswohlgefährdung wird im Abschnitt 4.2 näher eingegangen.

Über den Rahmen der vorliegenden Untersuchung hinaus wird aus den Ergebnissen deutlich, dass die interinstitutionelle Kooperation nicht nur Anforderungen an die Gestaltung der Kooperation zwischen den Institutionen beinhaltet, sondern auch Anforderungen an die interne Kommunikation und Organisation der Institutionen mit sich bringt. Sollen Ergebnisse der Kooperationsabsprachen und sich daraus ergebende Handlungskonsequenzen zuverlässig innerhalb der Institutionen oder Institutionengruppen kommuniziert und umgesetzt, Entwicklungen und Erfahrungen systematisch rückgemeldet werden, müssen institutionsintern entsprechende Bedingungen geschaffen und bereitgestellt werden. Die von Seckinger (2001) benannten Voraussetzungen beschreiben und ergänzen diesen Bereich: individuelle Kompetenzen und Qualifikationen für Kooperation, innerinstitutionelle Klärung und Abstimmung von Zielen und Rollen und innerinstitutionelle Absicherung und Verankerung der Kooperation. Nicht in jedem Fall sind diese Bedingungen bereits gegeben. Wenn Kooperation ernst gemeint wird, müssen Institutionen bereit sein, sich auch intern zu entwickeln und anzupassen.

Nicht zuletzt fokussieren die **Haltungsaufgaben** auf die Einstellungen der Akteure zu Kooperationspartnern und zu Kooperationsthemen und die Gestaltung des sozialen Kontaktes durch die Fachkräfte als Vertreterinnen und Vertreter ihrer jeweiligen Institution. Die Bereitschaft und Entschiedenheit, auf Kooperationspartner zuzugehen und immer wieder einen Interessensausgleich herzustellen, die wertschätzende Haltung gegenüber den Kooperationspartnern, eine lösungsorientierte Herangehensweise bei auftretenden Schwierigkeiten und eine verlässliche, verbindliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit stellen mitunter hohe Anforderungen an die beteiligten Partner. Diese Aufgaben unterscheiden sich wesentlich von den zuvor beschriebenen und stehen doch im Zentrum beider Bereiche. Henning van den Brink (2005) merkt an, dass es gerade die 'weichen' Komponenten, die 'soft skills', sind, die wesentlich über Erfolg, Effizienz und

Effektivität von kooperativer Präventionsarbeit entscheiden. Eine adäquate Haltung beruht auf der Auseinandersetzung mit den eigenen professionellen und institutionellen Grenzen, der Relativierung des eigenen Blickwinkels und der Anerkennung anderer Sichtweisen, der Bindung an soziale Werthaltungen im zwischenmenschlichen Kontakt und einer lösungsorientierten Haltung zur Kooperation. So stehen bei den Haltungsaufgaben die individuumszentrierte Entwicklung einer geeigneten Haltung und des Bewusstseins, bei der (Prävention von) Kindeswohlgefährdung Teamspieler zu sein, im Mittelpunkt.

Ansatzpunkte bieten sich nach den Erfahrungen der Experten in interdisziplinär gestalteten Angeboten der beruflichen Bildung. Praxismodelle, in denen die Auseinandersetzung mit Themen des Kinderschutzes in der beruflichen Ausbildung interdisziplinär stattfindet und fachlich begleitet wird, sind Beispiele hierfür. Zahlreicher, allerdings keineswegs regelhaft, sind interdisziplinäre Angebote der Fort- und Weiterbildung, in denen die Sichtweisen der unterschiedlichen Professionen gezielt aufgegriffen und thematisiert werden. Als Praxisbeispiele sind Supervisionsangebote wie interdisziplinäre anonymisierte Fallbesprechungen im Feld der Prävention von Kindeswohlgefährdung zu nennen. Dies verdeutlicht, dass die erforderlichen Kompetenzen für eine interdisziplinäre und interinstitutionelle Kooperation in einem Netzwerk zur Prävention von Kindeswohlgefährdung fachlich vermittelt und weiter entwickelt werden müssen. Dabei sind sowohl kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten einzubeziehen. Bereits in der beruflichen Ausbildung aller beteiligten Professionen sollten daher die Themen Frühe Hilfen und Kinderschutz sowie die Erfordernisse der interdisziplinären Kooperation verankert werden.

Die Komplexität und Vielschichtigkeit der Aufgaben im Zusammenhang mit einem Kooperationsnetzwerk zur Prävention von Kindeswohlgefährdung lassen andererseits auch erkennen, dass diese Aufgaben nicht beiläufig und nebenher wahrgenommen werden können. Kooperation und Netzwerkarbeit müssen organisiert werden, die dazu erforderlichen Leistungen der einzelnen Berufsgruppen und Institutionen in Aufgaben- und Stellenbeschreibungen verankert und in der Planung und Vergütung entsprechend berücksichtigt werden. Die für die psychosoziale Versorgung getroffene Feststellung, nach der Kooperation zu einer „strukturell eigenständigen konzeptionellen, fachlichen und organisatorischen Aufgabe“ (Kardorff v. 1998) wird, gilt in besonderer Weise auch für das Feld der Prävention von Kindeswohlgefährdung.

Die im Rahmen der Untersuchung entwickelte Darstellungsform der Kooperationsaufgaben bildet eine praxisrelevante Grundlage für den Aufbau, die Weiterentwicklung oder die Evaluation von Kooperationen im Bereich der (Prävention von) Kindeswohlgefährdung. Die Darstellung der unterschiedlichen Aufgaben, Aufgabenbereiche und der Rahmenbedingungen ermöglicht den beteiligten Fachkräften, die wesentlichen Faktoren und Ebenen im Blick zu behalten, wobei die institutionsinternen Aufgaben aufgrund des Schwerpunktes der Untersuchung nicht gesondert aufgegriffen wurden. Die Darstellung beugt der Gefahr vor, einzelne Bereiche über der Komplexität des Gesamtgeschehens zu vernachlässigen, schlimmstenfalls über der Organisation der Kooperation auf der fallübergreifenden Ebene die Familien als Adressaten der Unterstützung zu vernachlässigen (vgl. auch Seckinger 2001).

Besondere Beachtung verdienen an dieser Stelle die Fallschilderungen, aus denen der positive und der negative Kreislauf der Kooperation entwickelt wurden. In allen gelingend geschilderten Fällen wurde auch von gelingender Kooperation, in den nicht-geliegend geschilderten Fällen dagegen gehäuft – wenn auch nicht durchgängig - von Problemen in der Kooperation berichtet. Dieser Zusammenhang gibt einen spannenden Hinweis bezüglich des in der Einleitung (Kapitel 1.2.2) benannten bisher fehlenden Nachweises, dass verbesserte Kooperation auch zu einem verbesserten Schutz von Kindern führt. Gelingende Kooperation scheint tatsächlich zu einer Verbesserung im Kinderschutz zu führen. Die gut abgestimmte Zusammenarbeit der beteiligten Professionen und Institutionen zeigt sich hier als ein empirisch belegbarer Baustein bei der gelingenden Gestaltung von Fällen im (präventiven) Kinderschutz. Bestätigt sich diese Hypothese in weiteren Untersuchungen, sind die beteiligten Professionen, Institutionen und auch die Politik in besonderer Weise aufgefordert, Bedingungen für eine gelingende Kooperation zu schaffen. Darüber sollten allerdings andere zentrale Elemente, wie beispielsweise die Gestaltung des Kontakts und der Kommunikation mit Eltern, nicht vergessen werden.

4.2 Herausforderungen für die Institutionen in Bezug auf die Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung

Bisher wurde in der Forschungsliteratur vielfach über Ergebnisse zu Voraussetzungen, Bedingungen, Hindernisse und Chancen der interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation in verschiedenen Kontexten berichtet (z. B. Seckinger 2001, Höfer et al. 2003, Jungmann 2003, Behringer et al. 2004, van Santen et al. 2005, Behringer et al. 2005). Allerdings wurden dabei die spezifischen kooperativen Kompetenzen oder auch Schwierigkeiten bei den Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Professionen und

Institutionen kaum beforscht und beschrieben. Aussagen darüber bilden jedoch die Grundlage für die zielgerichtete Weiterentwicklung der für die Kooperation erforderlichen Schlüsselkompetenzen. Auf der Basis der in der beruflichen Bildung erworbenen Selbst-, Sach- und Sozialkompetenzen (Roth 1976) können dann die jeweiligen beruflichen und institutionellen Rollen und Aufgaben sowohl im einzelfallbezogenen als auch im fallübergreifenden Kooperationsprozess abgestimmt werden.

Indem die Ergebnisse zu den Aufgaben in Kooperationsbeziehungen auf die geschilderten Kooperationserfahrungen angewendet wurden, konnte erarbeitet werden, welche unterschiedlichen Schwerpunkte von Kompetenzen und Hemmnissen sich für die Vertreterinnen und Vertreter der Institutionengruppen zeigen. In Verbindung mit den institutionellen Rollen bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung ergeben sich institutionenspezifische Ressourcen aber auch Bedarfe für die weitere Entwicklung von Kooperationskompetenzen. In Bezug auf die einzelnen Institutionengruppen können aus den dargestellten Ergebnissen Anregungen und Konsequenzen für die gelingende Gestaltung der Kooperationsbeziehungen abgeleitet werden (vgl. Ziegenhain et al. 2010, Schöllhorn et al. 2010). Für die folgende Darstellung wird für die hier beschriebenen Institutionengruppen zunächst eine mögliche Rolle in einem Netzwerk Frühe Hilfen skizziert. Grundlage sind die jeweiligen institutionellen Aufträge und die institutionellen Rahmenbedingungen. Im Anschluss wird für die Institutionengruppen der entsprechende Entwicklungsbedarf auf der Basis der erarbeiteten Kooperationsprofile abgeleitet.

Die *Jugendämter* als öffentliche Träger der Jugendhilfe sind aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages (z.B. § 78 SGB VIII: Arbeitsgemeinschaften) und ihrer Struktur primär geeignet, die regionale Organisation der fallübergreifenden Kooperation und Vernetzung zu übernehmen. Diese Rolle wurde in verschiedenen Landesgesetzen zum Kinderschutz betont und festgeschrieben, z.B. in Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Für die Gestaltung können bestehende Konzepte zur Initiierung und Gestaltung der Kooperation, wie sie zum Beispiel im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ (vgl. Ziegenhain et al. 2010) entwickelt wurden, aufgegriffen und an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Die Wahrnehmung dieser fallübergreifenden Aufgaben bietet zugleich die Chance, der (Fach-)Öffentlichkeit ein transparentes und realitätsgerechtes Bild des Jugendamtes zu vermitteln und Kooperationskontakte vor allem mit den Institutionen des Gesundheitswesens zu erweitern. Hier scheint es wichtig, dass die Jugendämter auch die nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere die Hebammen als besonders geeignete Zugangswege zu belasteten Familien, in die

Kooperation einbinden. Die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit können in die planenden und koordinierenden Aufgaben des Jugendamtes einbezogen werden und darüber deren Nachhaltigkeit absichern. Weiterer Schwerpunkt des Jugendamtes kann darüber hinaus die einzelfallbezogene Koordinierung von Frühen Hilfen sein, wie sie beispielsweise in Bayern mit den Koordinierenden Kinderschutzstellen vorgesehen ist.

Um die skizzierte Rolle wahrnehmen zu können, wäre für die Jugendämter vor allem die Weiterentwicklung der Kompetenzen der Fachkräfte zur Organisation der fallübergreifenden Kooperation sinnvoll und notwendig. Im Rahmen des fallübergreifenden Kooperationsprozesses wäre dann zu prüfen, ob die in der Studie geschilderten gemischt positiven und negativen Erfahrungen der einzelfallbezogenen Kooperation auf tatsächlichen Qualifizierungsbedarf verweisen oder auf einer bisher unvollständigen Wahrnehmung der Rolle der Jugendämter durch die anderen Institutionengruppen beruhen. Bestätigt sich der erste Fall, zeigt sich an dieser Stelle Bedarf, der im Rahmen der beruflichen Bildung aufgegriffen werden sollte. Zudem scheint es notwendig, die Fachkräfte der Jugendämter bei der Integration der unterschiedlichen Rollen des Jugendamtes zwischen Hilfe und Kontrolle fachlich zu unterstützen. Allerdings stellt dies auch eine Anforderung für alle anderen beteiligten Professionen und Institutionen dar. Wie Fegert et al. (2010a) betonen, kann der hohe Anspruch, Förderung und Kontrolle gleichermaßen zu gewährleisten, letztlich „nicht durch einzelne Personen, Angebote oder Institutionen, sondern nur in der interdisziplinären Kooperation in einer Kommune erfüllt werden.“

Die strukturell entsprechenden Institutionen auf Seiten des Gesundheitswesens, die *Gesundheitsämter* als öffentliche Träger der Gesundheitshilfe, werden nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie und der Bestandsaufnahme des Deutschen Instituts für Urbanistik – DIfU - (Sann 2010) wenig als relevante Kooperationspartner im Bereich der Frühen Hilfen wahrgenommen. Eine mit dem Jugendamt gleichberechtigte Einbindung in die Organisation von Kooperation und Vernetzung vor Ort böte die Chance, die erforderlichen Übergänge und Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen auf dieser Ebene anzubahnen sowie den fachlichen Zugang zu den Institutionen des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Die Distanz zwischen den Jugendämtern und den privatwirtschaftlich organisierten Institutionen auf Seiten des Gesundheitswesens (v.a. Kliniken und niedergelassene Ärztgruppen) könnte so überbrückt werden. Die einzelfallbezogenen Vorteile, die sich daraus ergeben, die Gesundheitsämter verstärkt in die Prävention von Kindeswohlgefährdung einzubeziehen, sind offensichtlich. Beispielsweise können gesundheitliche Beratungs- und Unterstützungsangebote das

Spektrum der Frühen Hilfen wirkungsvoll ergänzen oder die einzelfallbezogene Koordination der Hilfen bei vorwiegend gesundheitlichen Risiken für das Kindeswohl übernommen werden.

Verschiedene Bundesländer erwähnen die Gesundheitsämter in ihren Landesgesetzen zum Kinderschutz als Beteiligte an den lokalen Netzwerken (z. B. Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen) oder richten eine ausdrückliche Kooperationsverpflichtungen an die Gesundheitsämter (z. B. Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg). Allerdings bleibt offen, ob die Gesundheitsämter fallübergreifende Vernetzungsstrukturen einrichten bzw. sich an ihnen beteiligen sollen, oder ob die gesetzlichen Vorgaben der Unterstützung fallbezogener Kooperation dienen (Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 2010). Ob die Gesundheitsämter auf dieser Grundlage künftig eine angemessen bedeutsame Rolle in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung einnehmen werden, muss sich zeigen. Ein gesetzlich formulierter Auftrag und eine entsprechende Ausstattung ergänzend zu den bestehenden gesetzlichen Regelungen würde die Zuständigkeit für den Bereich des präventiven Kinderschutzes hervorheben und regeln.

Darüber hinaus zeigt sich in den Ergebnissen der Bedarf, Kompetenzen bei den Fachkräften für die Organisation der fallübergreifenden Kooperation zu entwickeln. Die erforderlichen Kompetenzen im Bereich der Haltung zu Kooperationspartnern können neben Fort- und Weiterbildungsangeboten über gemeinsame Erfahrungen ausgebaut werden.

Die *freien Träger der Jugendhilfe* haben aufgrund ihrer vielfältigen Erfahrungen mit den Zielgruppen und der Entwicklung von präventiven Konzepten die Möglichkeit, einen wesentlichen Beitrag zur Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung zu leisten. Ihr Tätigkeitsbereich erstreckt sich von universell präventiven Angeboten in Kindertages- und Familienbildungseinrichtungen bis zu indiziert präventiven Angeboten mit stationären Wohnformen für Familien mit Kindern bei den Trägern der Hilfen zur Erziehung. Auf dieser Basis können sie Lücken im Angebotsspektrum wahrnehmen, Bedarfe an Kooperationspartner rückmelden und die Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur unterstützen. Zusätzlich können sie im Rahmen ihres institutionellen Auftrages die Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen mit Hilfe von Angeboten gestalten und damit Brückenfunktion übernehmen. Als in der Praxis bereits bewährte Beispiele wären hier Beratungs- oder Kursangebote der Beratungsstellen in Geburtskliniken oder Elternveranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in

Zusammenarbeit mit Institutionen des Gesundheitswesens in Kindertageseinrichtungen vorstellbar. So können niedrigschwellige Übergänge zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe für junge Familien geschaffen werden.

In den Ergebnissen der vorliegenden Studie zeigt sich kein unmittelbarer Bedarf zur Weiterentwicklung von Kooperationskompetenzen für die Fachkräfte. Sowohl die einzelfallbezogenen, als auch die fallübergreifenden und Haltungsaufgaben wurden von den Kooperationspartnern gelingend beschrieben. Ein wichtiger Beitrag der freien Träger der Jugendhilfe zur Kooperation kann darin liegen, Bedarfe der Zielgruppe zu beschreiben und entsprechende Angebote, insbesondere auch Brückenangebote, zu entwickeln. Anschließend wären sie mit den zuständigen Institutionen des Gesundheitswesens abzustimmen und auszuarbeiten.

Die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens*, allen voran die Geburtskliniken und die niedergelassenen Ärztegruppen, sind für die meisten Familien niedrigschwellige Zugangswege zu Hilfe und Unterstützung. Wenn es gelingt, Risiken und Belastungen hier zuverlässig wahrzunehmen und Familien bei Bedarf systematisch weiter zu vermitteln, wäre dies ein wesentlicher Schritt zur frühen Prävention von Kindeswohlgefährdung. Insofern kommt dieser Institutionengruppe eine hohe Bedeutung in Bezug auf die fallbezogene aber auch die fallübergreifende Kooperation zu, in deren Rahmen beispielsweise Wissen um mögliche Kooperationspartner und Informationen über deren Angebot vermittelt werden können. Gleichzeitig ist eine systematische Kooperation in dieser Institutionengruppe aufgrund der Vielzahl an autonomen Akteuren und Institutionen, die jeder für sich vom Nutzen einer Kooperation überzeugt sein müssen, mit besonderen Anforderungen und Schwierigkeiten verbunden. So ist beispielsweise die direkte Beteiligung aller relevanten niedergelassenen Ärzte an Kooperationstreffen organisatorisch meist nicht möglich.

Daher stellt sich für diese Institutionengruppe aus unserer Sicht in erster Linie die Aufgabe, die Kommunikation von Themen der Vernetzung und Kooperation intern zu organisieren. Über die Qualitätszirkel und Stammtische der relevanten Facharztgruppen (Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin) können Verbindungspersonen bzw. Multiplikatoren benannt werden, die in Zusammenarbeit mit den anderen Institutionengruppen eine gemeinsame Basis der Kooperation entwickeln und systematische Wege der Vernetzung erarbeiten. Zu ihren Aufgaben gehörte es dann, die Kommunikation in beide Richtungen sicherzustellen. Zusätzlicher Weiterentwicklungsbedarf der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens zeigte sich in der überwiegend als nicht-geliegend bewerteten Haltung in Kooperationsbeziehungen. Passend zu den Ergebnissen

der vorliegenden Studie bemerkt Lützenkirchen (2005): „Teamgeist und Anerkennung der anderen Professionen sind im deutschen Gesundheitswesen wenig etabliert. Interdisziplinarität wird noch stark als Bedrohung, statt als Bereicherung erlebt.“ Kooperationskompetenzen müssten daher folgerichtig bereits im Studium als wichtige Schlüsselqualifikation vermittelt, aber auch in Fort- und Weiterbildungen aufgegriffen und weiter entwickelt werden.

Die *nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens*, insbesondere die Hebammenpraxen und die Frühförderstellen können eine wichtige Brücke für Familien zwischen den beiden Systemen darstellen. Aufgrund ihres frühen und gut gelingenden Zugangs zu Familien haben Hebammen und Entbindungspfleger die Möglichkeit, Hilfebedarfe wahrzunehmen und Übergänge in andere Hilfen anzuregen und zu begleiten. Im Vergleich zu Geburtskliniken oder niedergelassenen Ärzten haben sie die Gelegenheit, die familiäre Situation umfassend kennen zu lernen. Frühförderstellen, die über so genannte Komplexleistungen in beiden Systemen verankert sind, haben auf dieser Grundlage Zugang zu beiden Bereichen. Die gemeinsame Arbeit an fallübergreifenden Strukturen kann daher genutzt werden, um Hintergrund und Rückhalt für diese Aufgabe zu schaffen. In der vorliegenden Studie überrascht, dass trotz eines mittleren Wertes bei den Nennungen als Kooperationspartner nur wenig konkrete Kooperationserfahrungen mit diesen Institutionen berichtet wurden. Insbesondere von den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens, die zwangsläufig Berührungspunkte mit den nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens haben, wurde in keinem Beispiel über Kooperationserfahrungen mit dieser Institutionengruppe berichtet. Gründe hierfür konnten in der dargestellten Untersuchung nicht aufgeklärt werden und bieten Anlass für weitere Fragestellungen. Vorstellbar wäre, dass Statusthemen oder einseitige berufliche Rollenbilder zu diesem Ergebnis beitragen.

Weiterentwicklungsbedarf zeigte sich auch bei den nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens im Bereich der fallübergreifenden Aufgaben der Kooperation. Die benannten Hemmnisse der Kooperation (unklare Erwartungen und fehlende systematische Wege) können in strukturierten Kooperationsprozessen geklärt werden. Zusätzlich ist die Verankerung des Erwerbs von Kooperationskompetenzen in der beruflichen Bildung, wie bei den anderen Institutionengruppen, wünschenswert.

Die *spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener* sind die Institutionen im Netzwerk, die keinen eigenen Auftrag in Bezug auf Kinder haben. Ihre Aufgabe und Rolle in einem Netzwerk zur Prävention von Kindeswohlgefährdung bedarf daher eines besonders

sorgfältigen Prozesses der Klärung und gemeinsamen Zielvereinbarung. Die Berücksichtigung der Elternschaft bei der Gestaltung des jeweiligen Behandlungssettings, die Wahrnehmung der Patienten/Klienten in ihrer Elternrolle, die institutionelle Verantwortungsübernahme auch für das Wohl des Kindes, ggf. die Begleitung beim Übergang in geeignete Hilfen für die Wahrnehmung der Elternrolle und die Beratung von anderen Fachkräften sind hierbei als Aufgaben zu nennen. Sie verdeutlichen die Notwendigkeit, in fallübergreifenden Strukturen eine gemeinsame Basis zu schaffen, Erwartungen und Ziele zu klären und systematische Wege zu verabreden.

Entsprechend zu den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens zeigte sich auch hier die Notwendigkeit, Kooperationskompetenzen der Fachkräfte weiter zu entwickeln und in der beruflichen Bildung zu verankern. Vor allem das Bewusstsein der Verantwortung im Bereich der (Prävention von) Kindeswohlgefährdung und die Bereitschaft, diese Kooperation in das eigene Arbeitsfeld zu integrieren, stellen sich hier als zentrale Themen dar.

Ergänzend ist zu bemerken, dass die Wahrnehmung der fallbezogenen Aufgaben für nahezu alle Institutionengruppen gelingend beurteilt wurde, während sich bei den fallübergreifenden Aufgaben deutliche Lücken zeigten. Dies legt den Schluss nahe, dass die institutions- und systemübergreifende Zusammenarbeit in (brisanten) Einzelfällen – auch aufgrund klarer gesetzlicher Normen - gebahnt ist und gelingt. Dem gegenüber ist die Anforderung, zur Etablierung Früher Hilfen systematische Wege und Strukturen in Situationen ohne akuten Handlungsdruck zu schaffen, für nahezu alle Institutionen- und Berufsgruppen relativ neu und ungeübt. Das Bewusstsein, im Bereich der Prävention von Kindeswohlgefährdung Teamspieler zu sein, muss offenbar zuerst entwickelt und etabliert werden. Weiterhin wurde die Haltung zu Kooperationspartnern ausschließlich bei den Jugendämtern und freien Trägern der Jugendhilfe positiv bewertet. Beide sind aufgrund gemeinsamer gesetzlicher Rahmenbedingungen (z.B. § 4, §§ 71, 78 SGB VIII) zur Kooperation verpflichtet. Das heißt, es besteht berechnete Hoffnung, dass gesetzliche Regelungen und die Etablierung von Kooperation unter geeigneten Bedingungen letztlich auch eine positive Haltung der Institutionengruppen zueinander nach sich zieht.

Der Aufbau eines Netzwerkes Früher Hilfen und die Entwicklung der Kooperationen stellen an alle Beteiligten besondere Anforderungen. Sie müssen sich auf ein fortwährendes Auspendeln zwischen dynamischen, d.h. instabilen Phasen, in denen neue Wege beschritten und erprobt werden, und Phasen der Stabilisierung, in denen erarbeitete Muster strukturell gefestigt werden, einlassen (vgl. Ziegenhain et al. 2010). Während die

Entwicklungen in den dynamischen Abschnitten oft maßgeblich über persönlich geprägte Kontakte vorangebracht werden, ist es Aufgabe der konsolidierenden Phasen, die erarbeiteten Wege in eine nachhaltige Struktur zu bringen, die unabhängig von einzelnen Personen Bestand hat. Jedoch lässt sich der Prozess, in dem ein Netzwerk Frühe Hilfen auch auf der Grundlage persönlicher Beziehungen entsteht, nicht umgehen und erfordert von den Beteiligten immer wieder die Bereitschaft, mit Kompromissen zu leben und vorhandene Schwächen auszugleichen. Vor allem in den instabilen Phasen ist es daher erforderlich, nicht-gelungene Fallverläufe und Erfahrungen besonders sorgfältig aufzuarbeiten und gemeinsame Erfolge bewusst zu machen, um die Motivation für weitergehende Schritte nicht zu gefährden.

4.3 Herausforderungen für die Politik in Bezug auf die Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung

Die beschriebenen Ansatzpunkte können von den jeweiligen Institutionen vielfach nicht im Alleingang bewältigt werden. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung wird ein differenzierter Unterstützungsbedarf deutlich. Nachhaltige Veränderungen, die nicht nur auf dem persönlichen Engagement Einzelner beruhen, bedürfen (berufs-)politischer, rechtlicher und struktureller Weichenstellungen, die in den entsprechenden Kontexten diskutiert, geplant und umgesetzt werden müssen. Nur durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, d.h. struktureller Verankerungen in Rahmenplänen, Regelungen und Gesetzen sowie die Bereitstellung entsprechender Ressourcen, kann (präventiver) Kinderschutz und die dazu erforderliche Kooperation der beteiligten Professionen und Institutionen langfristig implementiert werden. Da sie über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinausweisen, sollen sie hier nur kurz umrissen werden.

- Bereits in der beruflichen Ausbildung aller beteiligten Professionen sollten die Themen Frühe Hilfen und Kinderschutz sowie die Vermittlung von Kompetenzen zur Gestaltung interdisziplinärer Kooperationen strukturell verankert werden. Zentrale Themen der interdisziplinären Zusammenarbeit können dann bereits in Studium und Ausbildung berufsspezifisch vermittelt und eingeübt (z.B. Wissen um eigene Kernkompetenzen, Wissen um andere Professionen, Fallmanagement, Netzwerkarbeit), sowie in Fort- und Weiterbildungen berufsfeldspezifisch erweitert werden.
- Sollen die Bemühungen um verbesserte Vernetzung und Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen nachhaltig sein, müssen die für die Netzwerkarbeit erforderlichen Leistungen der einzelnen Berufsgruppen und Institutionen als integraler

Bestandteil der Arbeit betrachtet und als eigenständige Aufgabenfelder in Aufgaben- und Stellenbeschreibungen verankert werden. Sie müssen in der Planung und Vergütung entsprechend berücksichtigt und strukturell, rechtlich und finanziell abgesichert werden (Seckinger 2001, vgl. van Santen et al. 2005, Behringer et al. 2005). Aktuell findet Kooperationsarbeit häufig als „Zusatz“ in der Freizeit der Mitarbeiter statt, insbesondere für die Berufe des Gesundheitswesens sind Abrechnungsmöglichkeiten nicht gegeben. Werden keine Ressourcen für den Aufbau und Erhalt eines Netzwerkes Frühe Hilfen bereitgestellt, bleiben die Ansätze weit hinter dem Sinnvollen und auch Notwendigen zurück. Die Abhängigkeit vom privaten Engagement der Beteiligten läuft einer systematischen Entwicklung der Kooperation in einem Netzwerk Frühe Hilfen entgegen.

- Auf politischer Ebene wäre zu klären, welche Institutionen für die Organisation und das Management der Kooperation im Bereich der Frühen Hilfen verbindlich zuständig sind. Um sowohl die Seite der Jugendhilfe als auch die Seite des Gesundheitswesens mit entsprechendem fachlichem Hintergrund erreichen zu können, empfiehlt sich aus unserer Sicht eine Verankerung jeweils bei den öffentlichen Trägern der beiden Systeme, den Jugend- und den Gesundheitsämtern. Helming kommt in ihrer Kurzevaluation zu Programmen Früher Hilfen zu einem ähnlichen Schluss. Sie fordert, Frühe Hilfen in einem System zu verankern, das Gesundheitswesen und Jugendhilfe verknüpft und dafür die entsprechenden Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten zu schaffen (2007). Mit der klaren Anbindung dieser zentralen Aufgabe können in den beiden Ämtern fachliche und strukturelle Grundlagen geschaffen werden, die zur Bewältigung dieser Aufgabe erforderlich sind. Im Rahmen der beruflichen Sozialisation können Mitarbeiter auf diese spezifischen Aufgaben vorbereitet und eingearbeitet werden.

Über die gezielte Unterstützung der Professionen und Institutionen hinaus erscheint es wesentlich, kommunale Gesamtstrategien für ein Netzwerk Frühe Hilfen zu entwickeln, nicht zuletzt, um ineffektive Prozesse mit Lücken oder Doppelungen zu vermeiden (vgl. Ziegenhain et al. 2010). Die Jugendhilfeplanung mit der Jugendhilfeberichterstattung und die Gesundheitsplanung mit der Gesundheitsberichterstattung sind Foren, die für die Entwicklung und die konzertierte Umsetzung einer solchen kommunalpolitischen Gesamtstrategie genutzt werden können. Im Brückenschlag zwischen diesen beiden Bereichen kann eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von Angeboten, von Zugangswegen und Vernetzungsstrukturen veranlasst und erarbeitet werden, die eine

wesentliche Basis für die Entwicklung zielgerichteter, effektiver und erfolgreicher Kooperationen darstellt.

Zudem können die politischen Entscheidungsträger auf Länder- und Bundesebene entscheidende Impulse zum Aufbau und zum Erhalt von Netzwerken Früher Hilfen setzen. So können Entwicklungen angestoßen und durch die Vorgabe struktureller, finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen abgesichert werden. Im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ haben die vier beteiligten Bundesländer die Entwicklung und Erprobung von Vernetzungsstrukturen zunächst an den Modellstandorten angestoßen, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat durch die Förderung der Evaluation die Überprüfung der Wirksamkeit der erprobten Maßnahmen unterstützt. Die Länder haben den Entwicklungsprozess eng begleitet und mit weitergehenden Maßnahmen, Förderrichtlinien oder durch gesetzliche Verankerung die Umsetzung in die Breite und in die Nachhaltigkeit geebnet. Dieses Vorgehen hat sich als wirksam erwiesen und eignet sich als Modell über die beteiligten Länder hinaus.

Die interdisziplinäre Kooperation im Feld der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes stellt sich als komplexes Geschehen auf unterschiedlichen Ebenen dar. Der Aufbau gut eingespielter und nachhaltig abgesicherter Kooperationen innerhalb eines Netzwerkes ist vielschichtig und braucht daher vor allem auch einen langen Atem.

Es ergeben sich Aufgaben für die einzelnen Professionen und Institutionen und darüber hinaus auf der politischen und gesellschaftlichen Ebene, deren Erfüllung nicht vorausgesetzt oder selbstverständlich erwartet werden kann. Neben dem anspruchsvollen Zusammenspiel der institutionellen Kooperationspartner auf einer gleichgestellten, horizontalen Ebene, ist gleichzeitig das Zusammenspiel verschiedener hierarchischer Ebenen erforderlich. Zusätzlich zur Mitarbeiter- und Leitungsebene innerhalb der Institutionen sind dies die Kostenträger (z.B. Krankenkassen oder Jugendämter), die Entscheidungsträger auf kommunaler Ebene (z.B. Jugendhilfeausschuss, Gemeinderat) und die politischen Entscheidungsträger auf Landes- und Bundesebene. Um die Bedingungen für Kooperation bei der Prävention von Kindeswohlgefährdung weiter zu entwickeln, sind hier sowohl Top-Down- als auch Bottom-Up-Prozesse mit einem System aus Vorgaben (Anweisungen, Regelungen, Gesetze) von oben nach unten und Rückmeldungen (Anregungen aus der Praxis, Erfahrungen mit der Ausgestaltung und dem Vorgehen) von unten nach oben erforderlich. Beispielhaft für solche Prozesse sei hier auf die Entstehung des Landeskinderschutzgesetzes Rheinland-Pfalz oder der Förderrichtlinien für Koordinierende Kinderschutzstellen in Bayern verwiesen. Beide wurden aus den

Praxiserfahrungen und den Ergebnissen der Begleitforschung an den insgesamt acht Modellstandorten des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelt. Die gesetzliche Vorlage aus Rheinland-Pfalz lieferte wiederum wichtige Anregungen für die Ausgestaltung des Kinderschutzgesetzes auf Bundesebene.

4.4 Methodik und methodische Limitation

Zusammenfassend zeigte sich, dass die gewählte Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse sehr gut geeignet ist, die komplexen Inhalte der Experteninterviews zu den Themen der Kooperation zusammenzufassen, zu strukturieren und zu präzisieren. Das Feld der Kooperation verschiedener Institutionen bei der Prävention von Kindeswohlgefährdung konnte damit empirisch gut erschlossen werden. Im Ergebnis konnten aussagekräftige Konzepte für die Kooperationsbeziehungen zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe entwickelt werden. Aufgaben und Rahmenbedingungen der Kooperationsbeziehungen, Kooperationsprofile der beteiligten Institutionengruppen und kausale Mechanismen der Kooperation wurden über die drei Analysezyklen mit unterschiedlichen methodischen Schwerpunkten erschlossen.

Die Expertengruppe wurde aufgrund theoretisch abgeleiteter Kriterien (z. B. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Institution, Dauer der beruflichen Erfahrung, Kooperationserfahrung) inhaltlich repräsentativ für die Untersuchung ausgewählt. Die Vielzahl und die Besonderheiten der an der Prävention von Kindeswohlgefährdung potentiell beteiligten Institutionen führte zu einer hohen Zahl an Interviews, um die unterschiedlichen „Fälle“ (vgl. Merkens 2005) in der Untersuchung rekonstruieren zu können. Der Geltungsbereich der Ergebnisse bezieht sich auf die Berufsgruppen und Institutionen der Untersuchungsgruppe. Für die Beschreibung der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und die Entwicklung der Kooperationsprofile wurden die Aussagen aller sechs entwickelten Institutionengruppen einbezogen. Die Ergebnisse beziehen sich auf ihre Sichtweise von Kooperation und Kooperationspartnern. Für den dritten Analysezyklus zu den Mechanismen der Kooperation wurde auf die Fallschilderungen der *Jugendämter* und der *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* fokussiert. Die Ergebnisse gelten daher für die Dynamik zwischen diesen beiden Institutionengruppen. Die präsentierten Ergebnisse in den drei zentralen Fragestellungen lassen Aussagen über das spezifisch benannte Feld im Sinne einer ‚materialen Theorie‘ zu (vgl. Truschkat et al. 2007 S. 254). Für eine ‚formale Theorie‘ sind weitere Forschungsergebnisse abzuwarten.

Trotz der offenen Herangehensweise an das Textmaterial lässt sich eine gewisse Subjektivität des Forschungsprozesses nicht vermeiden. Der Einfluss der Forschungs-

gruppe ist in allen Phasen des Prozesses, vom Interviewleitfaden über die Interviewführung bis zu den Abstraktionen bei den Kategorien höherer Ordnung, gegeben. Durch die beschriebenen Schritte der Kontrolle und Validierung konnte dieser Einfluss reflektiert und begrenzt werden. Da es jedoch nicht möglich und auch nicht sinnvoll ist, Vorerfahrungen und aktuelle Umgebungseinflüsse vollständig auszublenden, unterliegt die Wahrnehmung der ‚Kooperationsrealität‘ durch die Forscher einer – in bestimmten Grenzen unvermeidlichen - subjektiven Sichtweise.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Übereinstimmung der Vorannahme, dass die ‚systematische Entwicklung und Einübung von Kooperationskontakten wesentlich zu deren Qualität und Gelingen beiträgt‘, mit den Ergebnissen des dritten Analysezyklus kritisch zu betrachten. Hierzu bemerken Truschkat et al. (2007), dass die Ausformulierung der Vorannahmen im Hinblick auf begrenzte Ressourcen zu einer gezielteren Auswahl der Experten führe. Dies wurde in der vorliegenden Studie umgesetzt. Dabei gehe es nicht um vorgefertigte Hypothesen "sondern um Aufmerksamkeitsrichtungen, um eine Sensibilität für den Forschungsgegenstand, die ein bestimmtes Maß an Offenheit bewahrt." (S. 245). Im dritten Analysezyklus wurden neben dieser Vorannahme verschiedene andere, im Verlauf der Untersuchung herausgearbeitete Einflussfaktoren geprüft. Dabei bestätigte sich die eingangs formulierte Annahme, wurde jedoch über die Analyse modifiziert und erweitert. „Die Ausformulierung dieser Annahmen gewährleistet nicht nur die Nachvollziehbarkeit der Forschungsschritte, sondern dokumentiert auch die Weiterentwicklung der Vorannahmen.“ (Truschkat et al. 2007, S. 240).

Für die präsentierte Studie wurde keine statistische Interkoder-Reliabilitätsprüfung durchgeführt, wie für manche Bereiche der qualitativen Forschung gefordert wird. Mörtl et al. (2008, S. 116) stellen hierzu fest, dass durch die - angesichts des komplexen Textmaterials notwendigerweise stattfindende - Schulung der Kodierer der Reliabilitätsindex vor allem das gute Inter-Rater Training widerspiegelt. Dem Datenmaterial und der Fragestellung wird dieses Gütekriterium aus der Sicht der Autoren bei weitem nicht gerecht. Auf die aufwändige Prüfung der Interkoder-Reliabilität bei fraglicher Aussagequalität wurde daher verzichtet. Die Reliabilität wurde für die vorliegende Arbeit durch den konstanten Austausch in der Forschungsgruppe und die Dokumentation der Kodierungen und Analyseschritte gewährleistet.

4.5 Ausblick

Die präsentierten Ergebnisse geben sowohl Anregungen für die Praxis als auch für die Forschung. Beide Bereiche können sich dabei gegenseitig befruchten, sie sollten daher in

enger Verbindung weitergeführt werden. Für den Bereich der Forschung gehört die Generierung neuer Fragestellungen und Hypothesen, neben der Entwicklung von Konzepten, zu den Zielen und Ergebnissen qualitativer Studien (Strauss 1999, Mayring 2003, Mayring et al. 2008). Die über die vorliegende Untersuchung neu entwickelten Fragestellungen und Hypothesen werden mit Blick auf sich anschließende Studien in diesem Abschnitt dargestellt.

Für die Praxis können die erarbeiteten Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und die Rahmenbedingungen in Kooperationsfragebögen oder Checklisten umgesetzt werden. Die Entwicklung von Instrumenten aus den qualitativen Daten hat den Vorteil, dass die einzelnen Items aus der Textanalyse stammen und damit Nutzer-nahe sind.

Ihr Einsatz ermöglicht in der Praxis, den aktuellen Stand in Netzwerken aber auch in einzelnen Kooperationsbeziehungen zu erheben, Entwicklungsbedarf zu klären, lokale/individuelle Ziele festzulegen und Netzwerke bzw. Kooperationsbeziehungen zu evaluieren. Die Wirkungen der ergriffenen Maßnahmen sollten dann durch Implementierungsforschung mit gemeinsam entwickelten Forschungsfragen und Studiendesigns kontrolliert werden, um unerwünschte Effekte erkennen und ggf. korrigieren zu können.

Andererseits stellen solche Fragebögen bzw. Checklisten für die weitere Kooperationsforschung eine ressourcenorientierte Erhebungs- und Auswertungsmethode dar, mit der die bisherigen Erkenntnisse überprüft, erweitert oder modifiziert werden können. Die Ergebnisse können so auf einer breiteren Basis überprüft werden.

Die strukturierende Inhaltsanalyse der Kooperationserfahrungen zeigte spezifische Kompetenzen, aber auch Schwierigkeiten der Institutionengruppen in der Kooperation. Die bisher gewonnenen Ergebnisse reichen jedoch für zuverlässige Aussagen nicht aus, daher sollte der Geltungsbereich der Ergebnisse mit einer größeren, nach Möglichkeit statistisch repräsentativen Stichprobe überprüft werden. Die weitere Beforschung der spezifischen Kompetenzen und Schwierigkeiten der Berufs- und Institutionengruppen kann z.B. mithilfe von aus der vorliegenden Untersuchung entwickelten Fragebögen zeit- und kostengünstig durchgeführt werden. Diese Ergebnisse können die Grundlage für pass- und zielgenaue Qualifizierungsmaßnahmen zur Kooperation bilden.

Die Untersuchung zeigte am Beispiel der *Jugendämter* und der *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens*, wie bedeutsam eine systematisch entwickelte Kooperation für die erfolgreiche Zusammenarbeit ist. In sich anschließenden Studien wäre näher zu untersuchen, ob sich die entwickelten zentralen Mechanismen auf andere Kooperationsbeziehungen übertragen lassen. Hypothetisch ist zu erwarten, dass der

zentrale Kreislauf sich auch in anderen Kooperationsbeziehungen wieder findet, sich allerdings die verstärkenden Faktoren der einzelnen Berufsgruppen, wie am gezeigten Beispiel, unterscheiden. Die verstärkenden Faktoren bieten ebenfalls Anlass für weitere Fragestellungen: Wie können die Rollen angesichts differierender Rollenverständnisse im Netzwerk aufeinander abgestimmt werden? Wie prägen unterschiedliche berufliche Traditionen und Sozialisierungen den Umgang mit Kooperationspartnern? Welche Rolle spielen Statusunterschiede der jeweiligen Berufs- und Institutionengruppen für deren Bereitschaft zur Kooperation untereinander? Vielleicht gelingt es in künftigen Untersuchungen, an dieser Stelle allgemein gültige, übergeordnete Themen zu finden, die sich für die einzelnen Institutionen in ihren Ausprägungen unterscheiden.

Weiterhin wurde in den Ergebnissen zu den Mechanismen der Kooperation deutlich, dass auch institutionsintern ungelöste Themen hemmenden Einfluss auf die Gestaltung der Kooperation haben können. Sie müssen in weiteren Untersuchungen mit einbezogen werden.

Die spezifische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen gelingenden Fallverläufen und gelingender Kooperation ist von zentraler Bedeutung. Falls sich der Zusammenhang in weiteren Studien bestätigt, kann damit der Nachweis erbracht werden, dass die verbesserte der Zusammenarbeit tatsächlich zu einem verbesserten Schutz von Kindern führt.

Über die Akteure Jugendhilfe und Gesundheitswesen in der vorliegenden Studie hinaus wäre es wichtig, in künftigen Untersuchungen weitere für ein Netzwerk Frühe Hilfen relevante Vertreter von Institutionen wie Schwangerschaftsberatungsstellen, Arbeits- und Sozialbehörden, Polizei und Familiengerichte einzubeziehen. Damit kann die Sicht auf alle beteiligten Professionen erweitert und die bisher gewonnenen Ergebnisse ergänzt werden.

Neben den bisher benannten Perspektiven wurden neue Fragestellungen und Hypothesen zu angrenzenden Themenfeldern generiert, die Anlass für weitere Studien bieten.

Zunächst fiel bei den Fallschilderungen der Experten auf, dass trotz der gleichermaßen an jeden Experten gestellten Frage nach gelungenen und nicht gelungenen Fällen von nahezu doppelt so vielen nicht-gelungen erlebten Fällen berichtet wurde. Die Ursachen sind unklar. Als Hypothese kommt ein Zusammenhang mit der einleitend benannten neurobiologisch begründeten Neigung, emotional stark erregende (hier: negative) Ereignisse besonders gut im Gedächtnis zu verankern, in Frage.

Weiterhin zeigten die Ergebnisse zur aktuellen Situation in der Kooperation bei (der Prävention von) Kindeswohlgefährdung Unterschiede in der Ursachenzuschreibung zwischen den als gelungen und den als nicht-gelungen erlebten Fällen. Bei der Schilderung

nicht-gelungen erlebter Fälle standen externale Ursachenzuschreibung (Faktoren bei den Eltern) im Vordergrund, bei der Schilderung gelungen erlebter Fälle dagegen Ursachen, die im Einflussbereich der Fachkräfte liegen (Faktoren des Kontakts zwischen Eltern und Professionellen). Hier stellt sich die Frage, ob die Verschiebung sich in anderen Untersuchungen bestätigen lässt und welche Ursachen zugrunde liegen. Hypothetisch kann formuliert werden, dass die unterschiedlichen Erklärungsmuster der innerpsychischen Entlastung der Fachkräfte dienen.

Für sich anschließende Untersuchungen sind, je nach Erkenntnisinteresse und Ressourcen, sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren vorstellbar. Der Einsatz der qualitativen Forschung hat sich hier sehr bewährt und sollte daher in der weiterführenden Forschung jedenfalls mit berücksichtigt werden.

5 Zusammenfassung

Die Unterstützung und Versorgung belasteter Familien im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz bedarf systematischer Vernetzung und Kooperation zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe. Praxiserfahrungen zeigen jedoch, dass Reibungsverluste im Alltag der beteiligten Professionen und Institutionen keinesfalls Ausnahmen sind. Bisher fehlen theoretisch oder empirisch begründete Konzepte für die gelingende Gestaltung der Kooperation in diesem spezifischen Feld. Mit der Studie sollte geklärt werden, welche Aufgaben sich den Fachkräften des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Kooperation stellen und welche Rahmenbedingungen zu deren Bewältigung erforderlich sind. Weiterhin wurde untersucht, wie diese Aufgaben in den jeweiligen Institutionen wahrgenommen werden und welche Mechanismen in gelingenden bzw. nicht-gelingenden Kooperationen wirken.

Im Zeitraum zwischen Januar und November 2007 wurden 27 Experten aus Institutionen der Bereiche Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen interviewt. Die von drei Forschungsmitarbeiterinnen geführten Interviews dauerten durchschnittlich 60 Minuten, wurden analog aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Das über 1000 DIN-A4 Seiten umfassende Textmaterial wurde anhand einer speziell entwickelten Methodenkombination aus Qualitativer Inhaltsanalyse und Techniken der Grounded Theory Methodologie ausgewertet. Zur Unterstützung und Dokumentation des Auswertungsprozesses wurde die Software ATLAS.ti eingesetzt. Die 3.260 extrahierten Textstellen wurden mit insgesamt 737 Kodes zu den unterschiedlichen Frageschwerpunkten verknüpft. Auf der Grundlage des Textverständnisses und der Kodierungen wurden zusammenfassende Kategorien entwickelt und Bezüge zwischen den Kategorien herausgearbeitet.

Über die Analyse des Textmaterials konnten zunächst Aufgaben für das Gelingen von Kooperationen beschrieben und in *einzelfallbezogene Aufgaben* (z.B. Absprachen, gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen), *fallübergreifende Aufgaben* (z.B. Zielklärung, Entwicklung systematischer Wege) und *Haltungsaufgaben* (z.B. Wertschätzung, Verlässlichkeit) differenziert werden. Zusätzlich wurden Rahmenbedingungen für gelingende Kooperationen mit *Ressourcen* (z.B. zeitliche, personelle), *politischen* (z.B. Voraussetzungen schaffen, politische Signale setzen) und *gesellschaftlichen Faktoren* (z.B. geklärte Erwartungen) erarbeitet.

In einem weiteren Schritt zeigte sich, dass die Experten für die jeweiligen Institutionengruppen unterschiedliche Kompetenzen und Schwierigkeiten in der Kooperation

schilderten. Damit wurde die Erstellung eines (aufgrund der geringen Größe der Untersuchungsgruppe vorläufigen) Kooperationsprofils für die einzelnen Institutionen-
gruppen möglich.

Für die ausgewählte Kooperation zwischen *Jugendämtern* und den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* wurde beispielhaft herausgearbeitet, wie fehlende Kooperationsgrundlagen und die sich daraus ergebende späte Einbeziehung des Jugendamtes einen negativen Kreislauf der Kooperation in Gang setzen und aufrecht erhalten können. Weiterhin wurde in einem positiven Kreislauf der Kooperation dargestellt, wie gemeinsame Kooperationsgrundlagen initiiert und aufrecht erhalten werden können.

Interdisziplinäre und interinstitutionelle Kooperation im Feld der Frühen Hilfen zeigte sich als komplexes Geschehen. Die Erfüllung der damit verbundenen vielgestaltigen Aufgaben stellt besondere Anforderungen an die Professionen und Institutionen und kann nicht vorausgesetzt werden. Kooperation und Netzwerkarbeit im Feld der Frühen Hilfen müssen, um gewinnbringend zu sein, systematisch organisiert und umgesetzt sowie die Rollen im Netzwerk geklärt werden. Die dazu erforderlichen Kompetenzen sollten entsprechend der jeweiligen beruflichen und institutionellen Rollen und Aufgaben in der Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt und weiter entwickelt werden. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung wird zudem ein Unterstützungsbedarf der kooperierenden Berufsgruppen und Institutionen durch politische, rechtliche und strukturelle Weichenstellungen deutlich.

Die Fallschilderungen der Experten weisen darauf hin, dass gelingende Kooperation tatsächlich zu einer Verbesserung im Kinderschutz führt. Die gut abgestimmte Zusammenarbeit der beteiligten Professionen und Institutionen ist ein empirisch belegbarer Baustein bei der gelingenden Gestaltung von Fällen im (präventiven) Kinderschutz.

6 Literaturverzeichnis

1. Aronson E, Wilson T D, Akert R M: Sozialpsychologie. 6, Pearson Studium, München (2008)
2. Bastian P, Diepholz A, Lindner E (Hrsg) Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Waxmann, Münster (2008)
3. Behringer L, Höfer R: Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. 1, Reinhardt, München (2005)
4. Behringer L, Höfer R: Kooperation mit niedergelassenen ÄrztInnen in der interdisziplinären Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär: Zeitschrift für Praxis und Theorie der frühen Hilfe für behinderte und entwicklungsauffällige Kinder: Organ der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung, 23: 3-15 (2004)
5. Bender D, Lösel F: Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: Deegener G and Körner W (Hrsg) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch, Hogrefe, Göttingen, 317-346 (2005)
6. Berg C and Milmeister M: Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodiervverfahren der Grounded-Theory-Methodologie. Forum Qualitative Sozialforschung, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/417/904>, letzter Zugriff 17.09.2011
7. Bischof-Köhler D: Zur Phylogenese menschlicher Motivation. In: Eckensberger L H and Lantermann E D (Hrsg) Emotion und Reflexivität, Urban und Schwarzenberg, München, 1-47 (1983)
8. Blau P M: Exchange and Power in life. Wiley, New York (1964)
9. Blomeyer D, Coneus K, Laucht M, Pfeiffer F: Initial Risk Matrix, Home Resources, Ability Development and Childrens Achievement. Journal of the European Economic Association, 7: 638-648 (2009)
10. Böhm A, Mengel A, Muhr T: Texte verstehen. Konzepte - Methoden - Werkzeuge. Universitätsverlag, Konstanz (1994)
11. Brown J, Cohen P, Johnson J G, Salzinger S: A Longitudinal Analysis of Risk Factors for Child Maltreatment: Findings of a 17-year prospective Study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect, 22: 1065-1078 (1998)
12. Cahill L T, Kaminer R K, Johnson P G: Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 8: 827-843 (1999)

13. Calderón Gomez C: Assessing the Quality of Qualitative Health Research: Criteria, Process and Writing. Forum: Qualitative Social Research, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2806>, letzter Zugriff 17.09.2011
14. Chicchetti D, Toth S L: Child maltreatment. Annual Review of Clinical Psychology, 409-438 (2005)
15. Crittenden P M: Children's strategies for coping with adverse home environments: an interpretation using attachment theory. Child Abuse and Neglect, 16: 329-343 (1992)
16. Daro D, McCurdy K: Current trends in child abuse reporting and fatalities. APSAC Advisor, 9: 21-24 (1996)
17. Deutsche Shell (Hrsg) Jugend 2000. 13. Shell Jugendstudie. Leske & Budrich, Opladen (2000)
18. Deutscher Bundestag: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (2009)
19. Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht: Rechtsvergleich. In: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm and Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (Hrsg) Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG), Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz, 12-107 (2010)
20. Egle U: Welche Auswirkungen können Verletzungen des Kindeswohls auf Kinder haben? Kindeswohlgefährdung aus neurobiologischer Sicht. In: Kinderschutzzentrum Berlin e.V. (Hrsg) Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen, Berlin, 76-87 (2009)
21. Elliott R, Fischer C T, Rennie D L: Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. British Journal of Clinical Psychology, 215-229 (1999)
22. Erickson M F, Egeland B: Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm. Klett-Cotta, Stuttgart (2006)
23. Erickson M F, Egeland B: Child Neglect. In: Myers J E and Berliner L (Hrsg) The APSAC Handbook on Child Maltreatment, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 3-20 (2002)
24. Esser G: Ablehnung und Vernachlässigung von Säuglingen. In: Zenz W M, Bächer K and Blum-Maurice R (Hrsg) Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland, Papy Rossa, Köln, 103-111 (2002)

25. Esser G, Weinel H: Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martnius J and Frank R (Hrsg) Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen, Huber, Bern (1990)
26. Esser G (Hrsg) Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Georg Thieme, Stuttgart (2008)
27. Fegert J M, Ziegenhain U, Bolte D, Künster A K: Frühe Hilfen im Spannungsfeld zwischen allgemeiner Unterstützung und Prävention von Kindeswohlgefährdung. FAMPra.ch, 77-101 (2010a)
28. Fegert J M, Ziegenhain U, Fangerau H: Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Juventa, Weinheim; München (2010b)
29. Fegert J M: Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordinierung und Vernetzung im Kinderschutz. In: Ziegenhain U und Fegert J M (Hrsg) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, Bd 15, Ernst Reinhardt, München, Basel, 195-206 (2007)
30. Fegert J M, Berger C, Klopfer U, Lehmkuhl U, Lehmkuhl G: Umgang mit sexuellem Missbrauch. Institutionelle und individuelle Reaktionen. Votum Verlag, Münster (2001)
31. Fegert J M, Schrappner C: Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Handbook of youth welfare and adolescent psychiatry. Interdisciplinary cooperation. Juventa, Weinheim (2004)
32. Filsinger D: Anforderungsprofile für Fachkräfte: Aus-, Fort- und Weiterbildung. In: DIJuF (Hrsg) Verantwortlich handeln - Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum, Bundesanzeiger Verlag, Köln, 175-187 (2004)
33. Filsinger D, Bergold J B: Entwicklungsmuster und Entwicklungsdynamik psychosozialer Dienste: Probleme und Perspektiven der Vernetzung. In: Bergold J B und Filsinger D (Hrsg) Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie, Juventa, Weinheim; München, 11-47 (1993)
34. Flick U: Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardorff E und Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 309-318 (2005)

35. Flick U: Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repraesentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten. Psychology of mechanized everyday life. Social construction and representation of technological change in different cultural contexts. Westdeutscher Verlag, Opladen, (1996)
36. Fossey E, Harvey C, McDermott F, Davidson L: Understanding and Evaluating Qualitative Research. Australian and New Zealand Journal of Psychiatrie, 717-732 (2002)
37. Frank R: Vernachlässigung im Säuglings- und Kleinkindalter aus ärztlicher Sicht. In: Ziegenhain U und Fegert J M (Hrsg) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, Ernst Reinhardt, München, 84-93 (2007)
38. Friedman S R, Reynolds J, Quan M A, Callb S, Crusto C A: Measuring changes in interagency collaboration: An examination of the Bridgeport Safe Start Initiative. Evaluation and Program Planning, 30: 294-306 (2007)
39. Frommer J, Langenbach M, Streeck U: Qualitative Psychotherapy Research in German-Speaking Countries. Psychotherapy Research, 57-75 (2004)
40. Gehres W, Müller B, Siegler M: Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Kooperationsformen bei der Frühförderung. Einige Ergebnisse einer empirischen Studie. Gemeinsam Leben: Zeitschrift für integrative Erziehung; Zeitschrift für Inklusion, 9: 21-241 (2001)
41. Gläser J, Laudel G: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2., durchgesehene Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2006)
42. Gloger-Tippelt G: Eltern-Kind und Geschwisterbeziehung. In: Ecarius J (Hrsg) Handbuch Familie, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 157-178 (2007)
43. Goldbeck L, Laib-Koenemund A, Fegert J M: A randomized controlled trials of consensus-based child abuse case management. Child Abuse and Neglect, 31: 919-933 (2007)
44. Goldstein J, Freud A, Solnit A J, Goldstein S: Das Wohl des Kindes. Grenzen professionellen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt (1988)
45. Gordon R: An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Report, 98: 107-109 (1983)
46. Grunwald W: Konflikt-Konkurrenz-Kooperation: Eine theoretisch-empirische Konzeptanalyse. In: Grunwald W und Ligne H (Hrsg) Kooperation und Konkurrenz in Organisationen, Haupt, Bern, 50-96 (1981)

47. Gunnar M R, Quevedo K M: Early care experiences and HPA axis regulation in children: a mechanism for later trauma vulnerability. *Progress in Brain Research*, 137-149 (2008)
48. Hacking I: The Making and Molding of Child Abuse. *Critical Inquiry*, 17: 253-288 (1991)
49. Hallet C: Interagency Coordination in Child Protection. Her Majesty's Stationery Office, (1995)
50. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H: Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt*, 108: 287-294 (2011)
51. Helming E, Sandmeir G, Sann A, Walter M: Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. Deutsches Jugendinstitut, München (2007)
52. Hernandez M, Hodges S: Applying a theory of change approach to interagency planning in child mental health. *American Journal of Community Psychology*, 38: 165-173 (2006)
53. Hernandez M, Hodges S: Building upon theory of change for systems of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11: 19-26 (2003)
54. Herrenkohl R C: The definition of child maltreatment: from case study to construct. *Child Abuse and Neglect*, 29: 413-424 (2005)
55. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg (2008)
56. Höfer R, Behringer L: Zur Kooperation zwischen psychologischen, pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen in der Frühförderung Bayern. *Frühförderung interdisziplinär*, 90-91 (2003)
57. Hofstätter P R: Gruppendynamik. Kritik der Massenpsychologie. Rowohlt, Reinbek (1957)
58. Homans G C: Soziales Verhalten als Austausch. In: Hartmann H (Hrsg) *Moderne amerikanische Soziologie*, Enke, Stuttgart, 247-263 (1973)
59. Jud A: , Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch. <https://fruehehilfen-bw.de>, letzter Zugriff 17.09.2011
60. Jungmann J: Interdisziplinäre Kooperation - Wie erreichbar ist das Ziel? *Zeitschrift für systemische Therapie*, 21: 224-232 (2003)

61. Kaplan S J, Pelcowitz D, Labruna V: Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part 1: Physical an emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38: 1214-1222 (1999)
62. Kelle U, Kluge S: Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Leske & Budrich, Opladen (1999)
63. Kindler H: Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Ziegenhain U und Fegert J M (Hrsg) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, Ernst Reinhardt, München, 94-108 (2007)
64. Kindler H, Lillig S, Blüml H, Werner A: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut, München (2006)
65. Kindler H: Kinderschutz in Deutschland stärken. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis, Deutsches Jugendinstitut, München (2007)
66. Kindler H, Ziesel B, König C, Schöllhorn A, Ziegenhain U, Fegert J M: Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter. *Das Jugendamt*, 467-470 (2008)
67. Kißgen R, Suess G J: Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hochrisiko-Familien: Das STEEP-Programm. *Frühförderung interdisziplinär*, 3: 124-133 (2005)
68. Knorr C C, Fangerau H, Ziegenhain U, Fegert J M: "Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt." Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, Frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. *Das Jugendamt*, 352-357 (2009)
69. Lamnek S: *Qualitative Sozialforschung Lehrbuch*. 4. Aufl., Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim Basel (2005)
70. Laucht M, Esser G, Schmidt M H: Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit. Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29: 284-292 (2000)
71. Laucht M, Schmidt H: Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. *Kinderärztliche Praxis*, 348-354 (2005)

72. Layzer J L, Goodson B D, Bernstein L, Price C: National evaluation of family support programs. Final report, Vol. A: the metaanalysis, Abt. Associates, Cambridge, MA (2001)
73. Leeb R T, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I: Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health an recommended data elements, version 1:0, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta (GA) (2008)
74. Lengning A, Zimmermann P: Evaluation von Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland, Köln (2009)
75. Lewins A, Silver C: Using Software in Qualitative Research. A Step-by-Step Guide. Sage Publications, London (2007)
76. Lincoln Y S, Denzin N K: The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues. Sage Publications, Thousand Oaks (1998)
77. Lützenkirchen A: Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen - eine aktuelle Bestandsaufnahme. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 36: 311-324 (2005)
78. Maier N R F, Solem A R: The contribution of a discussion leader to the quality of group thinking: The effective use of minority opinion. Human Relations, 277-288 (1952)
79. Main M, George C: Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress of an agemate: A study in a day care setting. Developmental Psychology, 21: 407-412 (1985)
80. Mayring P: Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In: Mayring P and Gläser-Zikuda M (Hrsg) Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Beltz, Weinheim, Basel, 7-19 (2008)
81. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E und Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 468-475 (2005)
82. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim, Basel (2003)
83. Mayring P, Gläser-Zikuda M: Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim (2008)
84. Mayring P: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim (2002)

85. Meier-Gräwe I, Wagenknecht I: Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt "Guter Start ins Kinderleben", Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln (2011)
86. Merkens H: Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick U, von Kardorff E und Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 286-299 (2005)
87. Meysen T, Katzenstein H, Schönecker L: , Rechtliche Rahmenbedingungen im Bereich des Kinderschutzes. <https://fruehehilfen-bw.de>, letzter Zugriff 17.09.2011
88. Minde K, Minde R: Parenting and development of children. In: Adams P L and Blehy E (Hrsg) Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 7: Advances and new directions, Wiley, New York, 265-283 (1997)
89. Mörtl K, Epple N, Rothermund E, von Wietersheim J: Gruppen-zwischen-Räume(n). Eine qualitative Studie zum therapeutischen Transfer zwischen Tagesklinik und Zuhause. Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 110-134 (2008)
90. Muhr T: ATLAS.ti. The Knowledge Workbench [Computer program]. Scientific Software Development, Berlin (1997)
91. Münder J, Mutke B, Schone R: Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Votum, Münster (2000)
92. Parlamentarischer Untersuchungsausschuss "Kindeswohl": Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste, Drucksache 16/1381. Bremen (2007)
93. Paul M, Backes J: Kinderschutz durch Frühe Hilfen. In: Geene R and Gold C (Hrsg) Kinderarmut und Kindergesundheit, Huber, Bern, Göttingen, Toronto (2009)
94. Pillhofer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert J M, Goldbeck L: Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. Annäherung an ein Dunkelfeld. Kindheit und Entwicklung, 20: 64-71 (2011)
95. Reder P, Duncan S: Lost Innocents. A follow-up study of fatal child abuse. Routledge, London (1999)
96. Renner I, Heimeshoff V: Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln (2010)
97. Renner I: Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt, 1048-1055 (2010)

98. Rietmann S, Hensen G: Perspektivendifferenz und Interessenanalyse - Koordination Früher Hilfen als Systemischer Diskurs. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 11: 33-46 (2008)
99. Roth H: *Entwicklung und Erziehung: Grundlagen einer Entwicklungspädagogik*. Schroedel, Hannover (1976)
100. Sann A: *Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Bestandsaufnahme*, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln (2010)
101. Sann A, Landua D: *Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme bei Jugend- und Gesundheitsämtern*. *Bundesgesundheitsblatt*, 1018-1028 (2010)
102. Scharpf F W: *Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen*. In: Heriter A (Hrsg) *Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung*, Leske & Budrich, Opladen (1993)
103. Scheeringa M S, Gaensbauer T J: *Posttraumatic stress disorder*. In: Zeanah C H (Hrsg) *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York, NY, 369-381 (2000)
104. Schmid H, Meysen T: *Was ist unter Kindeswohlgefährdung zu verstehen?* In: Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T und Werner A (Hrsg) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*, Deutsches Jugendinstitut, München, (2006)
105. Schneider-Rosen K, Chicchetti D: *Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and non-maltreated toddlers*. *Developmental Psychology*, 27: 471-478 (1991)
106. Schneider-Rosen K, Chicchetti D: *The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition*. *Child Development*, 55: 648-658 (1984)
107. Schöllhorn A, König C, Künster A K, Fegert J M, Ziegenhain U: *Lücken und Brücken. Eine qualitative Studie zu gelingenden und nicht-gelingenden Bereichen von Kooperationsbeziehungen zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“*. In: Renner I und Sann A (Hrsg) *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Früher Hilfen*, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln (2010)

108. Schönecker L: Kooperation und Vertrauensschutz bei frühen Hilfen - ein Entweder - Oder? Frühförderung interdisziplinär, 28: 61-70 (2009)
109. Seckinger M: Kooperation - eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50: 279-292 (2001)
110. Sinclair I, Bullock R: Learning from past experience. A review of serious case reviews, Department of Health, London (2002)
111. Springer J F, Phillips J L: The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (2007)
112. Steinke I: Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E und Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 319-331 (2005)
113. Strauss A L, Corbin J M: Grounded Theory in Practice. Sage Publications, London (1997)
114. Strauss A L: Grounded theory in practice. Sage, Thousand Oaks (1999)
115. Strohschneider S: Handlungsregulation unter Stress. Bericht über ein Experiment. Memorandum Nr. 3, Lehrstuhl Psychologie II, Universität Bamberg (1992)
116. Teti D, Candelari M: In: Bornstein M H (Hrsg) Vol. 4. Applied parenting, Erlbaum, Mahwah NJ, 149-180 (2002)
117. Thomann C: Klärungshilfe Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen; Theorien, Methoden, Beispiele. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg (1997)
118. Thyen U: Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. Bundesgesundheitsblatt, 992-1001 (2010)
119. Trocmé N, MacMillan H, Fallon B, De Marco R: Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian incidence study. Canadian Medical Association Journal, 169: 911-915 (2003)
120. Truschkat I, Kaiser-Belz M, Reinartz V: Grounded Theory Methodologie in Qualifikationsarbeiten. Zwischen Programmatik und Forschungspraxis - am Beispiel des Theoretical Samplings. In: Mey G and Mruck K (Hrsg) Grounded Theory Reader. Historical Social Research, Supplement 19, Zentrum für Historische Sozialforschung, Köln, 232-257 (2007)

121. US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families: Child maltreatment 1997: Reports from the states to the National Child Abuse and Neglect Data System, US Government Printing Office, Washington DC (1999)
122. van den Brink H: Kooperationsbeziehungen in kommunalen Präventionsgremien - von der qualitativen Sozialforschung vernachlässigt? Forum: Qualitative Social Research, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/30/63> letzter Zugriff 17.09.2011
123. van Santen E, Seckinger M: Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppelebenen interinstitutioneller Netzwerke. In: Bauer P und Otto U (Hrsg) Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 201-219 (2005)
124. von Kardorff E: Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle B, Sommer G und Nestmann F (Hrsg) Netzwerkintervention. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 203-222 (1998)
125. Walper S, Franzkowiak P, Meysen T, Papousek M (Wissenschaftlicher Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen): Begriffsbestimmung "Frühe Hilfen". <http://www.fruehehilfen.de>, letzter Zugriff 17.09.2011
126. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen: Familiäre Erziehungs Kompetenzen, Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe - Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Juventa, Weinheim; München (2005)
127. Wunderer R: Laterale Kooperation als Selbststeuerungs- und Führungsaufgabe. In: Wunderer R (Hrsg) Kooperation. Gestaltungsprinzipien und Steuerung der Zusammenarbeit zwischen Organisationseinheiten, Poeschel, Stuttgart, 205-219 (1991)
128. Ziegenhain U, Fegert J M, Ostler T, Buchheim A: Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. Chancen früher, beziehungsorientierter Diagnostik. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 410-428 (2007)
129. Ziegenhain U: Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit. Psychotherapeut, 49: 243-251 (2004)

130. Ziegenhain U, Fegert J M: Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte Prävention im Kinderschutz. Frühförderung interdisziplinär, 28: 71-81 (2009)
131. Ziegenhain U, Fegert J M (Hrsg) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Ernst Reinhardt, München, Basel (2007)
132. Ziegenhain U, Fries M, Bütow B, Derksen B: Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Ein Handlungsmodell für die Jugendhilfe. Juventa, Weinheim (2004)
133. Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künster A K, Hofer A, König C, Fegert J M: Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln (2010)

Anhang

- Anhang A: Verzeichnis der Abbildungen
- Anhang B: Verzeichnis der Tabellen
- Anhang C: Kurzfragebogen für die Interviewpartner
- Anhang D: Interviewleitfaden und institutionsspezifische Fragen
- Anhang E: Tipps für die Durchführung der Interviews
- Anhang F: Bereiche, Profession bzw. Funktion, und Seitenzahlen pro Interview
- Anhang G: Die Verteilung der Experteninterviews auf die Institutionengruppen
- Anhang H: Gesamtübersicht der Nennungen von Kooperationspartnern in Bezug auf die Institutionengruppen
- Anhang J: Interviewerin, Aufgaben- und Erfahrungskodes, Erfahrung der Experten pro Interview
- Anhang K: Die Bewertungen der Wahrnehmung der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen für die Institutionengruppen

Anhang A: Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1	Das schematische inhaltsanalytische Vorgehen in der dargestellten Studie	36
Abbildung 2	Ablaufmodell der gesamten Untersuchung.....	39
Abbildung 3	Ansicht des Datenfensters „Primary Doc Manager“	41
Abbildung 4	Ansicht des Datenfensters „Quotation Manager“	42
Abbildung 5	Ansicht des Datenfensters „Kode Manager“	43
Abbildung 6	Ansicht des Datenfensters „Memo Manager“	44
Abbildung 7	Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zur induktiven Kategorienbildung	46
Abbildung 8	Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse der geschilderten Kooperationserfahrungen	54
Abbildung 9	Ablaufmodell der explizierenden Inhaltsanalyse und der vergleichenden Analyse	59
Abbildung 10	Die prozentuale Häufigkeit der Nennungen von Faktoren, die aus Sicht der Experten zum Verlauf der Fälle beitragen.....	72
Abbildung 11	Das Modell der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen und der Rahmenbedingungen.....	93
Abbildung 12	Der negative Kreislauf der Kooperation zwischen den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens und den Jugendämtern	109
Abbildung 13	Der positive Kreislauf der Kooperation zwischen den akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens und den Jugendämtern	119

Anhang B: Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Die Interviewpartner aus den unterschiedlichen Bereichen mit Profession und Funktion sowie Gesamtzahl der Interviews und Anzahl der beteiligten Institutionen pro Bereich	33
Tabelle 2	Allgemeine Kodierregeln zum Codesystem	50
Tabelle 3	Mittelwerte, Standardabweichungen und durchschnittliche Erfahrung der Experten pro Interviewerin	68
Tabelle 4	Auszug aus einem Experteninterview und die Zuordnung zu Aufgaben in Kooperationsbeziehungen	79
Tabelle 5	Auszug aus einem Experteninterview	80
Tabelle 6	Darstellung der Kodefamilie „Themenbereiche der Kooperation“	81
Tabelle 7	Auflistung der einzelfallbezogenen Aufgaben	82
Tabelle 8	Auflistung der fallübergreifenden Aufgaben	85
Tabelle 9	Auflistung der Haltungsaufgaben	87
Tabelle 10	Auflistung der Ressourcen	89
Tabelle 11	Auflistung der gesellschaftspolitischen Faktoren	91
Tabelle 12	Auszug aus einem Experteninterview und die Zuordnung zu den Kooperationserfahrungen	96
Tabelle 13	Die beispielhafte Zuordnung der Äußerungen zu Kooperationserfahrungen	97
Tabelle 14	Zusammenfassung der Ergebnisse der Häufigkeit der Angabe als Kooperationspartner, der Häufigkeit der Bewertungen als Kooperationspartner und der Bewertungen in den Aufgabenbereichen der Kooperation	104
Tabelle 15	Die Häufigkeiten der Schilderung gelungener und nicht-gelungener Fälle in Beziehung zur Systematik der Kooperation	107

Anhang C: Kurzfragebogen für die Interviewpartner

Alter: _____

Institution:

Funktion:

Beruflicher Werdegang:

Vorherige Arbeitsstellen:

(Bereich, Dauer – ca. um Berufserfahrungsbereiche abschätzen zu können)

Spezielle Fort- und Weiterbildungen?

(bzgl. Diagnostik, Therapie von Säuglingen/Kleinkindern oder bzgl. Kinderschutz)

Sonstiges Erfahrungen / Engagement im Kinderschutz

(Gremien, Verbände, Arbeitskreise etc.)

Anhang D: Interviewleitfaden und institutionsspezifische Zusatzfragen

Allgemeine Fragen zum Tätigkeitsbereich alsin

<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Schildern Sie bitte kurz <u>ihre alltägliche Arbeit mit Säuglingen bzw. Kleinkindern und deren Bezugspersonen.</u> 	<p>Alltägliche Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern?</p>
---	--

Positives und negatives Fallbeispiel zu Frühen Hilfen/Kinderschutz

<ul style="list-style-type: none"> ⇒ <u>Kontaktaufnahme</u> durch wen? (intern/extern) ⇒ Wann haben sie das erste Mal gedacht, <u>da stimmt was nicht?</u> ⇒ Wann haben sie wie gehandelt? Warum gerade jetzt? ⇒ Mit wem haben sie wie Rücksprache gehalten? ⇒ Welche Bedenken hatten sie? ⇒ Welche Hoffnungen hatten sie? ⇒ Was haben sie gefühlt? ⇒ Mit wem haben sie kooperiert? ⇒ Warum gerade mit dieser Person / Institution ⇒ Was haben sie sich von ihrem Kooperationspartner erhofft? Hat er die Erwartungen erfüllt? Wie? ⇒ Was hätte der jew. Kooperationspartner besser machen müssen bzw. können? ⇒ Welche weiteren Hilfen wurden eingeleitet? ⇒ Wer hat die Finanzierung der weiteren Hilfen übernommen? ⇒ Gab es bei der Finanzierung Probleme? ⇒ Haben Sie Rückmeldung über den Verlauf der weiteren Hilfen bekommen? ⇒ Wer hat die Koordination des Falles übernommen? ⇒ gab es weitere Kinder im familiären Umfeld? ⇒ Wenn ja, was wurde getan? ⇒ Was hätte die Familie aus ihrer Sicht noch an Unterstützung gebraucht? ⇒ Was hätte sich die Familie aus ihrer Sicht an Unterstützung gewünscht? ⇒ FAZIT: was hat ihrer Meinung nach diesen Fall zu einem positiven/negativen Fall von Frühen Hilfen/Kinderschutz gemacht? (Wie kam es dazu?) Gab es auch Momente, in denen es nicht gut/gut gelaufen ist? 	<p>Kontaktaufnahme</p> <p>Hellhörigkeit Vorgehensweise Rücksprache Bedenken Hoffnungen Gefühle</p> <p>Kooperation Wer? Warum? Erwartungen Erfüllt? Kritik</p> <p>Weitere Hilfen? Finanzierung? Probleme?</p> <p>Rückmeldung?</p> <p>Koordination?</p> <p>Geschwister?</p> <p>Weitere Unterstützung? Wünsche der Familie?</p> <p>Warum positiv/negativ</p>
---	---

Allgemeine Fragen zur Kooperation

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kooperation</u> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ welchen Sinn macht Vernetzung? (Vorteile, Nachteile, Alternativen?) ⇒ Mit wem kooperieren sie am häufigsten? Warum? ⇒ Mit wem würden sie gerne häufiger kooperieren? Warum? ⇒ Mit wem kooperieren sie am liebsten? Warum? ⇒ Mit wem kooperieren sie eher nicht so gerne? Warum? ⇒ pflegen sie die genannten Kooperationskontakte auch unabhängig von akuten Krisensituationen? 	<p>Kooperation</p>
<p>Allgemeines Resumée:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Welche Faktoren oder Bedingungen braucht es</u> ihrer Meinung nach, um das Kindeswohl im Säuglings- und Kleinkindalter optimal sicherzustellen? ▪ <u>Welche Faktoren oder Bedingungen verhindern es</u> ihrer Meinung nach <u>am meisten</u>, das Kindeswohl im Säuglings- und Kleinkindalter sicherzustellen? (z. B. Sparzwang, Datenschutz mit seinen Vor- und Nachteilen, Arbeitsüberlastung nachfragen, falls nicht schon erwähnt) 	<p>Förderliche Faktoren</p> <p>Hemmende Faktoren</p>

Institutionsspezifische Zusatzfragen:

Jugendamt:

- ⇒ wie gestaltet sich ihre Zusammenarbeit mit den freien und öffentlichen Trägern der Jugendhilfe?
 - gibt es eine vertragliche Regelung
 - wenn ja, wie sieht die aus?
 - wenn nein, warum gibt es diese Regelung nicht?
- ⇒ wie definieren sie die „erfahrene Fachkraft“? Wie viele haben sie zur Verfügung? Wie gibt diese erfahrene Fachkraft ihr Wissen weiter?
- ⇒ welcher Prozentsatz des Gesamtbudgets des Jugendamtes fließt bei Ihnen in den Säuglings- und Kleinkindbereich? Auf welche Ressorts verteilen sich die anderen?
- ⇒ falls noch nicht angesprochen, auf finanzielle Zwänge des Jugendamtes eingehen.
- ⇒ Wie werden Sie (oder ihre Mitarbeiter) als Vertreter des Jugendamtes ihrer Meinung nach von ihrem Klientel wahrgenommen? Wie werden Sie (oder ihre Mitarbeiter) als Vertreter des Jugendamtes von ihren Kooperationspartnern wahrgenommen. Wie wirkt sich dies auf die Zusammenarbeit aus?
- ⇒ Erfahrungen mit Datenschutz

Gesundheitsamt:

- ⇒ worin bestehen die Aufgaben ihres Gesundheitsamtes?
(inwiefern besteht direkter Kontakt zu den Familien? Behördliche Stellungnahmen)
- ⇒ worin setzen Sie Schwerpunkte in ihrem Gesundheitsamt? (= regional verschieden!) –
Prävention, Beratung, Intervention, Seuchenschutz, etc.
- ⇒ Zuständigkeiten für Stadt bzw. Landkreis wie geregelt?
- ⇒ wie setzt sich das Personal zusammen? (welche Berufsgruppen, Berufserfahrung, etc.)
- ⇒ welche Angebote speziell für Säuglinge und Kleinkinder bzw. deren Familien?
- ⇒ inwiefern sind ihre Mitarbeiter im Bereich der Diagnostik und Therapie mit Säuglingen
und Kleinkindern ausgebildet und erfahren? Fortbildungen?
- ⇒ Wie gestaltet sich die Kooperation mit anderen Institutionen aus ihrer Sicht?

Kinderärzte:

- ⇒ kam die Familie regelmäßig?
- ⇒ Wurden alle U-Untersuchungen wahrgenommen?
- ⇒ Was halten sie als Kinderarzt von verpflichtenden U-Untersuchungen?

Niedrigschwellige Kontaktpersonen (Hebammen, Ergotherapeuten, Kinderkrippe...)

- ⇒ Erfahrungswerte mit „schwierigen Eltern“ und dem Umgang mit diesen Eltern?
- ⇒ Hauptprobleme im Umgang mit Eltern allgemein und wenn Schwierigkeiten, welche
Schwierigkeiten sind am häufigsten?
- ⇒ Welche Bedürfnisse haben die Eltern in schwierigen Situationen?
- ⇒ Ideen für niedrigschwellige Zugänge (insbesondere auch für jugendliche Eltern,
psychiatrisch auffällige Eltern, drogenabhängige Eltern, ...)
- ⇒ wenn noch kein Kinderschutzfall, was würden sie tun, wo würden sie sich hinwenden?

Institutionsleiter:

- ⇒ Aus welchen Berufsgruppen setzt sich ihr Personal zusammen?
- ⇒ Fortbildungen für Mitarbeiter?
- ⇒ Supervisionsmöglichkeiten?
- ⇒ Bezüglich welcher Fragen werden Sie am häufigsten von ihren Mitarbeitern hinzu-
gezogen?

Anhang E: Tipps für die Durchführung der Interviews

- Falls die Interviewpartner den Interviewleitfaden vorab gewünscht haben, deutlich machen, dass die Fragen nicht der Reihe nach abgearbeitet werden, sondern lediglich für den Interviewer (!) als Orientierung gelten. Der Interviewpartner soll einfach nur erzählen und sich nicht um Vollständigkeit kümmern
- Zu Beginn die beiden Fälle möglichst frei erzählen lassen und nicht gleich dazwischen fragen. Rückfragen lieber am Rand notieren und später an passender Stelle wieder darauf Bezug nehmen : z. B. „*sie hatten in diesem Zusammenhang vorhin den Begriff „...“ erwähnt, was ist hierunter zu verstehen?* O.ä. (Konzentration gefordert, der Interviewpartner erzählt dann aber freier)
Während des Interviews versuchen, dem Interviewpartner in seiner Themenabhandlung möglichst zu folgen und die Zahl „gewaltsamer“ thematischer Übergänge möglichst gering halten, lieber am Schluss übrig gebliebene Fragen anhängen. (Ziel = möglichst natürlicher Gesprächsverlauf, aber mit viel Informationen)
- Rückfragen gezielt aber nicht gerichtet formulieren, d.h. keine rethorischen bzw. suggestiven Fragen, die die Antwort bereits implizieren. Interviewer sollte neutral sein und seine persönliche Meinung möglichst wenig deutlich werden lassen, da sonst die Gefahr besteht, dass der Interviewpartner sich in seinem Antwortverhalten darauf einstellt und seine eigentliche Auffassung zurückhält.
(Suggestivfragen sind unter Umständen (!) dann geeignet, wenn man Sie so formuliert, dass man die nicht erwartete Antwort suggeriert, um Protest bzw. extreme Ansichten hervorzulocken – man muss hier aber gut über das vermutete Antwortverhalten und die Einstellung seines Interviewpartners informiert sein und bedenken, dass man hiermit eventuell das Antwortverhalten des gesamten Interviews beeinflusst)
- Bei Fragenformulierung aufpassen, dass möglichst viel Erzählanregung gegeben wird und nicht nur nach einem ja oder nein gefragt wird. Sicheres Zeichen einer falschen Fragestrategie = wenn der Interviewer mehr redet als der Interviewpartner.
- Aufpassen, dass man immer nur eine Frage stellt! (klingt logisch, passiert aber ganz schnell, vor allem wenn man sich selber nicht ganz sicher ist, was man jetzt eigentlich fragen will) => diese Frage möglichst einfach formulieren.
- Im Vorfeld darauf hinweisen, dass Rückfragen auch von Seiten des Interviewpartners erwünscht sind.
- Heikle Fragen (sollte es denn welche geben) eher gegen Ende des Interviews stellen (nach gewisser Aufwärmphase), aber nicht mit einer heiklen Frage aufhören.
- Vor dem Interview möglichst viele Informationen über den jeweiligen Interviewpartner sammeln (z. B. Homepage im Internet) und gezielte institutionsspezifische Fragen in den Leitfaden mit aufnehmen (thematisch passend an den Rand des Interviewleitfadens schreiben) => bringt interessante Zusatzinformationen und erhöht Akzeptanz des Interviewers.
- Nonverbale Reaktionen des Interviewpartners (z. B. Schulternzucken) bitte für die Transkription versprachlichen (z. B. „Sie zucken jetzt mit den Schultern, was bedeutet das?“), wenn der Inhalt nicht aus dem zuvor oder danach Gesagten deutlich wird. Man weiß sonst im Transkript nicht, welche Reaktion erfolgt ist.

Anhang F: Bereiche, Profession bzw. Funktion und Seitenzahlen pro Interview

Bereich	Profession und Funktion	Seitenzahlen der Interviews
Jugendamt als öffentlicher Träger der Jugendhilfe	Sozialarbeiterin (Bezirkssozialdienst) Sozialpädagoge (Sachgebietsleitung) Sozialarbeiter (Abteilungsleitung) Sozialarbeiterin (Stabstelle)	47 43 59 41
Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe (Familienbildungseinrichtungen, Kindertageseinrichtungen, ambulante, teilstationäre, stationäre Hilfen zur Erziehung –HzE-)	Erzieherin (Leitung Familienbildung) Krippenerzieherin (Leitung Kindertageseinrichtung) Pädagoge (stellvertretende Leitung Erziehungsberatung) Pädagoge (Geschäftsführer, Familienbildung, ambulante und stationäre HzE) Erzieherin (Mitarbeiterin ambulante HzE) Pädagogin (Leitung stationäre HzE) Sozialpädagoge (pädagogische Leitung ambulante, teilstationäre, stationäre HzE)	48 41 43 18 48 38 60
Gesamt Kinder- und Jugendhilfe	(Durchschnitt pro Interview)	486 (44)
Gesundheitsamt als öffentlicher Träger der Gesundheitshilfe	Kinderkrankenschwester (Mitarbeiterin) Kinderarzt (Sachgebietsleitung) Sozialarbeiter (Abteilungsleitung) Arzt (Leitung)	31 43 28 51
Kliniken und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens	Gynäkologin (Chefärztin Geburtsklinik) Hebamme (Geburtsklinik) Psychologe (Psychologischer Dienst, Klinik für Pädiatrie) Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) Kinder- und Jugendpsychiater (ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) Sozialpädagoge, Soziologe (Bereichsleitung, Rehabilitationsklinik Sucht)	27 32 28 33 28 51
Freiberufliche und niedergelassene Einrichtungen des Gesundheitswesens	Gynäkologin (niedergelassen) Kinderarzt (niedergelassen) Hebamme (freiberuflich) Physiotherapeutin (freiberuflich) Ergotherapeutin (freiberuflich) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (selbständig)	28 36 47 38 23 33
Gesamt Gesundheitswesen	(Durchschnitt pro Interview)	557 (35)
Gesamtzahl über alle Interviews	(Durchschnitt pro Interview)	1043 (37)

Anhang G: Die Verteilung der Experteninterviews auf die Institutionengruppen

Institutionengruppe	Anzahl der Experten
Jugendämter	4
Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe	7
Gesundheitsämter	4
Akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens	7
Nicht-akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens	4
Spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener	1
GESAMT	27

Anhang H: Gesamtübersicht der Nennungen von Kooperationspartnern in Bezug auf die Institutionengruppen

Spalte: gibt Kooperation an Zeile: mit	Jugendämter	Freie Träger Jugendhilfe	Gesundheitsämter	akademische Institutionen Gesundheitswesen	nicht-akademische Institutionen Gesundheitswesen	spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener	Total
Jugendämter	2	7	4	4	2	1	20
Freie Träger Jugendhilfe	7	9	5	9	2	0	32
Gesundheitsämter	3	3	1	0	1	0	8
akademische Institutionen Gesundheitswesen	13	11	7	14	8	1	54
nicht-akademische Institutionen Gesundheitswesen	6	3	6	2	1	0	18
spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener	4	4	3	2	2	1	16
Total	35	37	26	31	16	3	148

Anhang J: Interviewerin, zugeordnete Aufgaben- und Erfahrungskodes, sowie systematische Kooperationserfahrung der Experten pro Interview

Interview Nr.	Interviewerin	Aufgaben-kodes	Erfahrungs-kodes	Erfahrung der Experten*
1	Schöllhorn	16	19	1
2	Schöllhorn	24	19	1
3	Schöllhorn	36	18	1
4	Schöllhorn	25	11	1
5	Schöllhorn	27	14	1
6	Schöllhorn	42	0	1
7	Schöllhorn	19	8	1
8	Schöllhorn	60	15	1
9	König	11	11	2
10	König	24	12	2
11	König	32	3	2
12	König	5	14	3
13	König	23	7	2
14	König	15	4	3
15	Künster	11	25	2
16	Künster	10	4	2
17	Künster	23	8	3
18	König	29	15	1
19	König	24	8	2
20	König	10	11	2
21	Künster	9	8	3
22	König	14	5	2
23	König	10	10	3
24	König	20	8	3
25	König	18	3	2
26	König	21	11	3
27	König	14	6	2

- *
 1 intensive Erfahrung
 2 beginnende oder mäßig intensive Erfahrung
 3 keine oder geringe Erfahrung mit Kooperation

Anhang K: Die Bewertung der Wahrnehmung der Aufgaben in Kooperationsbeziehungen für die jeweiligen Institutionengruppen

Die Jugendämter in der Bewertung durch die Experten anderer Institutionengruppen

Jugendämter	einzelfallbezogene Aufgaben		fallübergreifende Aufgaben		Haltung	
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.
freie Träger Jugendhilfe	6	6	2	2	3	3
Gesundheitsämter	3	0	2	1	4	0
akademische Institutionen	1	3	0	4	4	3
nicht-akademische Institutionen	0	1	0	1	0	2
Erwachsenenbehandlung	1	1	1	2	2	1
Total	11	11	5	10	13	10

Die freien Träger der Jugendhilfe in der Bewertung durch die Experten anderer Institutionengruppen

freie Träger	einzelfallbezogene Aufgaben		fallübergreifende Aufgaben		Haltung	
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.
Jugendämter	4	0	1	1	1	1
Gesundheitsämter	0	0	0	0	0	0
akademische Institutionen	1	2	1	0	3	0
nicht-akademische Institutionen	0	0	0	0	1	2
Erwachsenenbehandlung	0	0	0	0	0	0
Total	5	2	2	1	5	3

Die Gesundheitsämter in der Bewertung durch die Experten anderer Institutionengruppen

Gesundheitsämter	einzelfallbezogene Aufgaben		fallübergreifende Aufgaben		Haltung	
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.
Jugendämter	3	0	1	3	0	3
freie Träger Jugendhilfe	2	0	0	0	0	0
akademische Institutionen	0	0	0	0	0	0
nicht-akademische Institutionen	0	0	1	0	0	0
Erwachsenenbehandlung	0	0	0	0	0	0
Total	5	0	2	3	0	3

Die akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens in der Bewertung durch die Experten anderer Institutionengruppen

akademische Institutionen	einzelfallbezogene Aufgaben		fallübergreifende Aufgaben		Haltung	
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.
Jugendämter	3	0	2	1	2	2
freie Träger Jugendhilfe	3	4	0	3	1	2
Gesundheitsämter	3	2	0	0	0	2
nicht-akademische Institutionen	3	2	0	1	0	3
Erwachsenenbehandlung	0	0	0	0	0	0
Total	12	8	2	5	3	9

Die nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens in der Bewertung durch die Experten anderer Institutionengruppen

nicht-akademische Institutionen	einzelfallbezogene Aufgaben		fallübergreifende Aufgaben		Haltung	
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.
Jugendämter	3	1	0	2	0	0
freie Träger Jugendhilfe	2	0	0	0	0	0
Gesundheitsämter	3	2	1	0	0	0
akademische Institutionen	0	0	0	0	0	0
Erwachsenenbehandlung	0	0	0	0	0	0
Total	8	3	1	2	0	0

Die spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener in der Bewertung durch die Experten anderer Institutionengruppen

Erwachsenenbehandlung	einzelfallbezogene Aufgaben		fallübergreifende Aufgaben		Haltung	
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.
Jugendämter	2	0	0	0	0	1
freie Träger Jugendhilfe	1	3	0	3	0	1
Gesundheitsämter	1	1	0	1	1	0
akademische Institutionen	0	0	0	0	0	0
nicht-akademische Institutionen	2	0	0	0	0	0
Total	6	4	0	4	1	2

Danksagung

Eine solche Arbeit entsteht nicht ohne die Unterstützung anderer Menschen. Besonders danken möchte ich

meiner Doktormutter, Ute Ziegenhain, die mich über alle erforderlichen Umwege hinweg unterstützt und gefördert hat, die mir die Freiheit und den Rahmen bot und die meine Arbeit mit wertvollen Anregungen bereichert hat,

Anne Künster und Cornelia König, die meine Basis und immer interessiert und bereit waren, auftauchende Fragen und Entscheidungen mit mir zu diskutieren,

Christine Mauser und Ferdinand Keller, die mich in statistischen Fragen engagiert und mit Anteilnahme beraten und unterstützt haben,

Kathrin Mörtl, die mich an den qualitativen Forschungsansatz herangeführt, mir die Technik zugänglich gemacht und zudem die Arbeitsgruppe ‚Qualitative Forschung‘ organisiert hat,

und meinem Mann, Georg Seitz, der mich durch alle Höhen und Tiefen dieser Arbeit begleitet hat und nicht müde wurde, mich zu unterstützen.

Darüber hinaus ist es mir ein Anliegen, den Expertinnen und Experten zu danken, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben und ohne deren Offenheit und Wissen diese Arbeit nicht möglich geworden wäre.