

Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
Institut für Erziehungswissenschaft  
Arbeitsbereich Sozialpädagogik

## **Abschlussbericht**

### **Kooperationen im Bereich Früher Hilfen**

**- Zur Kooperation der Ortsvereine des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen  
und Diensten des Gesundheitswesens im Kontext Früher Hilfen -**

Dr. Claudia Buschhorn, Dr. Silke Karsunky, Annika Ludewig (BA), Inga Selent (BA)

Juni 2014

Dieses Forschungsprojekt wurde unter anderem realisiert im Rahmen zweier Seminare zum Thema „Netzwerke Früher Hilfen“ im Masterstudiengang Erziehungswissenschaft an der Universität Münster, Arbeitsbereich Sozialpädagogik. Im Besonderen haben Nina Andernach, Mira Berlin, Greta Deist, Anja Fessel, Caroline Figge, Katharina Maas, Mareike Mertgen, Anna-Lena Suerbier, Anne-Kathrin Tödheide, Janna Trambacz und Kerstin Volland mitgewirkt.

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	6
1. Rechtliche Grundlagen Früher Hilfen .....	8
2. Kooperation und Netzwerkstrukturen im Bereich Früher Hilfen.....	9
2.1 Begriffsbestimmungen .....	10
2.2 Herausforderungen von Kooperation im Bereich Frühen Hilfen oder wie aus Stolpersteinen ein Weg gepflastert wird .....	12
2.3 Aktueller Forschungsstand .....	14
3 Netzwerke Früher Hilfen – Zur Kooperation des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Vertreter_innen des Gesundheitswesens im Kontext Früher Hilfen – das Forschungsprojekt ....	14
3.1 Das Vorgehen zur Erfassung bestehender Kooperationsstrukturen und -beziehungen im Kontext Früher Hilfen.....	15
3.2 Ergebnispräsentation der Online-Befragung.....	15
4. Die Kooperationen von SkF-Ortsverbänden mit dem Gesundheitswesen im Bereich Früher Hilfen – Ergebnisse der Expert_inneninterviews.....	22
4.1 Überblick über die Kategorien.....	23
4.2 Auswertungsergebnisse .....	24
5. Zusammenfassung.....	39
6. Fazit .....	41
Literaturverzeichnis .....	44

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Wir haben Angebote für ....	16
Abb. 2 Die Angebote dienen der Förderung der elterlichen ...	16
Abb. 3 Leistungen im Bereich Früher Hilfen	17
Abb. 4 Kooperationspartner_innen im Gesundheitswesen	18
Abb. 5 Akteur_innen, mit denen sich die Ortsvereine im Kontext Früher Hilfen eine intensivere Zusammenarbeit wünschen	21

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Ziele Früher Hilfen	16
Tab. 2 Kooperationspartner_innen des SkF im Kontext Früher Hilfen	17
Tab. 3 Initiierung der Kooperationsbeziehungen	19
Tab. 4 Instrumente der Kooperation	19
Tab. 5 Bewertung von Aussagen zu Kooperationsstrukturen und -beziehungen	20
Tab. 6 Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Kooperation mit dem Gesundheitswesen und ausgewählten Merkmalen der Kooperationsstrukturen und -beziehungen	21
Tab. 7 Das verwendete Kategoriensystem	24

## Einleitung

Kooperationen im Kontext Früher Hilfen bzw. Netzwerke Früher Hilfen<sup>1</sup> sind derzeit häufig verwendete Schlagwörter. Insbesondere im sozialen Dienstleistungssektor und damit auch in der Kinder- und Jugendhilfe scheinen sich Kooperation und Vernetzung zu Grundorientierungen entwickelt zu haben, mit welchen versucht wird, „den Nachteilen einer institutionellen Versäulung im Sinne einer Begrenzung von Zuständigkeiten“ (Meiner/ Fischer 2013: 364) in Einrichtungen und Diensten der Sozialen Arbeit entgegenzuwirken.

Darüber hinaus haben einige medial aufbereitete, dramatische Fälle von Kindeswohlgefährdung, -vernachlässigung und -misshandlung innerhalb des letzten Jahrzehnts die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Gestaltung des präventiven Kinderschutzes in Deutschland gelenkt (vgl. Renner 2010: 1048). Im Mittelpunkt der in der Öffentlichkeit, Politik und vor allem auch in der Kinder- und Jugendhilfe geführten Diskussionen steht seitdem die Frage, „wie Prozesse und Verhaltensweisen, die sich nachteilig auf die Entwicklung von Kindern [...] auswirken [können], frühzeitig erkannt und der Eintritt einer Kindeswohlgefährdung verhindert werden kann“ (Wiesner 2010: 32).

Im Zuge dieser Diskussionen wurden nun einerseits gesetzliche Rahmenbedingungen für eine Erweiterung des Kinderschutzes durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) sowie durch zahlreiche Landeskinderschutzgesetze fixiert, andererseits wurden fachliche Strategien und neue Ansätze zur Unterstützung von (werdenden) Eltern insbesondere mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren, sogenannte Frühe Hilfen, erprobt und implementiert (vgl. Pluto et al 2012: 8f.). Frühe Hilfen wurden mit der Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) im Jahr 2007 institutionalisiert.

Verstanden als Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote zielen Frühe Hilfen darauf ab, (werdende) Eltern bei Unsicherheiten und Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre ihrer Kinder voraussetzungslos und niedrigschwellig zu beraten, zu begleiten und zu unterstützen. Insbesondere mit Blick auf die Handlungslogiken der Kinder- und Jugendhilfe werden Frühe Hilfen vor allem zwischen Förderung, Hilfe und Kontrolle diskutiert. Sie bewegen sich damit aus jugendhilferechtlicher Perspektive im Spannungsfeld von Allgemeiner Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII), den Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) und dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) (vgl. hierzu und weiterführend Buschhorn 2012).

Als Zielgruppe von Frühen Hilfen werden in der Begriffsbestimmung des NZFH zunächst alle Schwangeren, Väter und Mütter mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren genannt (vgl. NZFH 2009). Insbesondere, so heißt es in der Definition des NZFH weiter, richten sich die Angebote jedoch an Schwangere und Eltern in Problemlagen, was auf eine Schwierigkeit bei der Bestimmung der Zielgruppe hindeutet: Die einerseits weit gefasste Zielgruppe alle (werdenden) Eltern und die andererseits erfolgte Eingrenzung auf „Familien in Problemlagen“ (ebd.) scheint widersprüchlich; Hentschke et al. (2011) konstatieren diesbezüglich eine „gewisse Diffusität“ (ebd.: 52) innerhalb des Verständnisses von Frühen Hilfen. Darüber hinaus wird in der Begriffsbestimmung des NZFH eine Kontrollfunktion, die Frühe Hilfen innehaben, deutlich: Reicht das Angebot nicht aus, um erkennbare Risiken für das Wohl der Kinder zu reduzieren, so ist es Aufgabe der Frühen Hilfen bzw. der hier tätigen Fachkräfte, eine Weitervermittlung der (werdenden) Eltern in (unter Umständen) intensivere Maßnahmen zu initiieren (vgl. NZFH 2009). Die Basis Früher Hilfen, so heißt es weiter, stellen multiprofessionelle Kooperationen interdisziplinärer Teams in den Angeboten sowie auch ehrenamtliches Engagement dar. Frühe

---

<sup>1</sup> Zur Definition der Termini „Kooperation“ und „Netzwerke“ siehe Kapitel 2.

Hilfen sollen, so die Vorstellung des NZFH, zu einer Vernetzung bzw. einer Kooperation von Angeboten der Schwangerschafts-(konflikt)beratung, des Gesundheitswesens, der Frühförderung und der Kinder- und Jugendhilfe beitragen, dies mit dem Ziel, eine flächendeckende Versorgung von Familien mit individuellen, bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten zu ermöglichen (vgl. ebd.: 14).

Deutlich wird, dass Frühe Hilfen auch auf der Annahme basieren, dass wirksamer Kinderschutz bereits vor der Geburt eines Kindes mit der Unterstützung der Eltern beginnt und gleichzeitig mit der Hoffnung verbunden sind, dass in den ersten Lebensjahren von Kindern präventiv ausgerichtete Angebote am wirkungsvollsten sind (vgl. Keupp 2010: 1015). Daher rücken neben Akteur\_innen der Kinder- und Jugendhilfe jene des Gesundheitswesens besonders in den Fokus, denn rund um die Geburt sowie in den ersten Lebensmonaten haben oft nur Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens Kontakt zu den (jungen) Familien (vgl. ebd.: 1016; DIJuF 2010: 2). Die Kooperation beider Systeme hat demzufolge eine wichtige, brückenbauende Funktion inne.

In dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz sind Frühe Hilfen fixiert (§1 KKG). In §3 KKG werden „Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz“ angeführt. Darüber hinaus wird der Ausbau Früher Hilfen mit der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ seit Juli 2012 vier Jahre lang explizit gefördert (vgl. BMFSFJ 2013). Ziel ist der Auf- und Ausbau von lokalen Netzwerken unter der Beteiligung möglichst aller relevanten Akteur\_innen. Im Gesetz angeführt sind beispielhaft Einrichtungen bzw. Dienste der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe sowie vielfältige Akteur\_innen des Gesundheitswesens. Jedoch wird einzig die Kinder- und Jugendhilfe in die Leistungsverantwortung genommen; der Bereich Gesundheit (SGB V) bleibt, was die finanzielle Leistungsübernahme angeht, außen vor, da entsprechende Änderungen bzw. Ergänzungen im SGB V im Zuge der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes fehlen. Dieser mangelnde Einbezug des Gesundheitswesens auch in die rechtliche Rahmung wird möglicherweise die Etablierung disziplinübergreifender Netzwerke vor Ort erschweren, wie bspw. Wiesner (2010) anmerkt.

An dieser Stelle setzt das hier beschriebene Forschungsprojekt an, indem es die Kooperationen des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF), eines auch im Kontext Früher Hilfen bundesweit tätigen freien Trägers, mit Akteur\_innen des Gesundheitssystems beleuchtet. Im Fokus steht dabei die leitende Frage, wie interdisziplinäre Kooperationsstrukturen und -beziehungen mit dem Gesundheitswesen in der Praxis Früher Hilfen aussehen und gelingen können.

Im Folgenden werden zunächst die (rechtlichen) Grundlagen Früher Hilfen sowie Kooperations- und Netzwerkstrukturen im Bereich Früher Hilfen skizziert und beleuchtet, bevor das zweischrittige Forschungsprojekt zur Beantwortung der fokussierten Fragestellung sowie Einblicke in die Ergebnisse dargestellt werden.

# 1. Rechtliche Grundlagen Früher Hilfen

Frühe Hilfen basieren auf einer breiten rechtlichen Rahmung. Diese umfasst sowohl bundes- und landesgesetzliche Regelungen als auch Vereinbarungen aus Koalitionsverträgen sowie Beschlüssen verschiedener Ministerkonferenzen (vgl. NZFH o.J.). Hier sollen lediglich die wichtigsten rechtlichen Rahmenbedingungen beschrieben werden, sodass deutlich wird, dass bisher keine strukturelle Verknüpfung mit dem Gesundheitswesen besteht.

Seit dem 1. Januar 2012 sind Frühe Hilfen gesetzlich im Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) normiert (vgl. BMFSFJ 2013: 300). Zuvor gab es auf Bundesebene keine einheitliche Regelung (vgl. DIJuF 2010: 2). Die Ansprüche und Ausgestaltung wurden ausschließlich durch die jeweiligen Landesgesetze geregelt (vgl. Ziegenhain 2012: 48). Das Kernelement des BKSchGs ist der Artikel 1, das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). §1 KKG beschreibt die staatliche Mitverantwortung im Kinderschutz und die Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft, Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung zu unterstützen.

## **§ 1 KKG Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung**

(1) Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern.

[...]

(4) Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst **frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern** vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).

§3 KKG beschreibt die Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Etablierung der Netzwerkstrukturen im Kinderschutz.

## **§ 3 KKG Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz**

(1) In den Ländern werden insbesondere *im Bereich* Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

(2) In das Netzwerk sollen insbesondere **Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe**, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, **Gesundheitsämter**, Sozialämter, Gemeinsame Servicestellen, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, **Krankenhäuser**, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.

(3) Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, soll die **verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert** werden. Die Beteiligten sollen die **Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen**. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden.

(4) Dieses Netzwerk soll zur Beförderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Aus- und Aufbau der Netzwerke Früher Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen, auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete **Bundesinitiative**, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen **Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Früher Hilfen** und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird. Die Ausgestaltung der Bundesinitiative und des Fonds wird in Verwaltungsvereinbarungen geregelt, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit den Ländern schließt“ [Hervorhebungen durch die Autorinnen]



Des Weiteren sind die Leistungen Früher Hilfen im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert. Speziell § 16 SGB VIII („Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“) wurde um Abs. 3 erweitert, der den (werdenden) Eltern Beratung und Hilfen in verschiedenen Lebensphasen anbietet (vgl. Buschhorn 2012: 112).

Zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes bestehen noch vielfältige Diskussionsbedarfe: So wird die rechtliche Verankerung ausschließlich im SGB VIII als problematisch angesehen. Schnittstellen zum SGB V fehlen gänzlich, zumal diese notwendig wären, um dem interdisziplinären Grundgedanken gerecht werden zu können (vgl. Kindler et al. 2014: 4; Buschhorn 2012: 112 f.). Auch Wiesner (2012) betont, dass das Gesundheitswesen wenig Bereitschaft zeigt, Leistungen im Bereich der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes zu übernehmen, sondern sich eher „als Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsvorsorge begreift und daher neben fiskalischen Erwägungen auch aus fachpolitischer Sicht keinen Anlass für eine stärkere Verantwortungsübernahme sieht“ (ebd.: 236). Das Bundesgesundheitsministerium weigerte sich, die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für Frühe Hilfen zu öffnen (vgl. ebd.). Um die Implementierung des BKiSchG nicht zu gefährden, wurde im letzten Moment von der Bundesregierung ein Fonds für den Ausbau von Netzwerkstrukturen und den Einsatz von Familienhebammen eingerichtet, die sogenannte Bundesinitiative (vgl. hierzu und weiterführend ebd.).

## 2. Kooperation und Netzwerkstrukturen im Bereich Früher Hilfen

Frühe Hilfen sind – wie einleitend aufgezeigt – insbesondere an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe, d.h. multiprofessionell, angesiedelt und erfordern somit eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus verschiedenen Professionen. Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich sind oft die ersten, die im Kontakt zum Säugling/Kleinkind und seinen Eltern stehen (vgl. Ziegenhain 2012: 36; Ziegenhain/ Fegert 2009: 15; Ziegenhain et al. 2011: 38). Für die Unterstützung bei Erziehungsleistungen sowie u.a. die Sicherung des Kindeswohls ist jedoch die Kinder- und Jugendhilfe zuständig. Bei einer Überschneidung von gesundheitlichen und sozialen Problemen werden häufig bspw. medizinische Fachkräfte eingeschaltet. Eine direkte und organisierte Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen findet jedoch nach wie vor selten statt (vgl. Ziegenhain/ Fegert 2009: 16).

An den Übergängen zeigen sich Systemlücken, die dazu führen, dass Familien mit weitergehendem Unterstützungsbedarf eben nicht an die Kinder- und Jugendhilfe weitervermittelt werden. Dies liegt Ziegenhain und Fegert (2009) zufolge vor allem an fehlenden verbindlichen Verfahrensroutinen zur Vermittlung zwischen den Unterstützungssystemen sowie an fehlenden Informationen der Fachkräfte der Gesundheitshilfe über sozial- und datenschutzrechtliche Grundlagen von Hilfemöglichkeiten sowie -angeboten bzw. gegenseitiger Unkenntnis. Zugespitzt formulieren sie: „Das Jugendamt wird, im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung und in seiner Funktion als Kontrollinstanz oder gar ‚Kinderklaubehörde‘, in vielen Fällen erst dann hinzugezogen, wenn eine Kindeswohlgefährdung droht“ (ebd.).

Aber auch für die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen wie u.a. der Frühförderung oder der Schwangerschaftsberatung, mit Familiengerichten und Polizei sowie mit der Arbeitsverwaltung bedarf es verbindlicher Kooperationsstrukturen, die bisher lediglich punktuell bestehen (vgl. Ziegenhain 2012: 37; Ziegenhain et al. 2011: 38). Dabei können bspw. Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie Erziehungsberatungsstellen als „*niedrigschwellige Partner/innen*“ (Meysen/ Schönecker 2009: 84; *Hervorheb. im Original*) für jeweils un-

terschiedliche Akteur\_innen der Gesundheitshilfe als Brücken zwischen diesen und dem Jugendamt fungieren, da sie sich voraussetzungslos an alle (werdenden) Eltern mit kleinen Kindern richten und ihre Angebote als nicht stigmatisierend wahrgenommen werden (vgl. ebd.).

## 2.1 Begriffsbestimmungen

Im Bereich Früher Hilfen sind multiprofessionelle und institutionsübergreifende Angebote bedeutsam. Gerade in der durch Frühe Hilfen fokussierten frühen Phase der Kindesentwicklung sollten bei Bedarf frühzeitige und verlässliche Unterstützungen angeboten werden. Frühe Hilfen richten sich an Eltern(teile) mit Kindern genau in dieser bedeutsamen Entwicklungsphase und weisen dabei eine große Heterogenität im Bereich der Angebote, Träger sowie Methodik und Theorie auf (vgl. Schone 2011: 21). Für die Etablierung dieser vielfältigen Angebote und für die sinnvolle infrastrukturelle Verknüpfung von Unterstützungsleistungen sind Kooperation und Vernetzung in diesem Bereich unabdingbar. In der Praxis kommt es oftmals zu Schnittstellenproblemen, da entsprechende Bedingungen, die die Kooperation zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Mitarbeiter\_innen regeln bzw. festschreiben, häufig fehlen (vgl. Künstler et al. 2010: 731 f.).<sup>2</sup>

Zum weiteren Verständnis sowie zur Fokussierung des zugrundeliegenden Forschungsinteresses soll nun eine Begriffsbestimmung der Termini *Netzwerke* und *Kooperation* vorgenommen werden, da diese häufig nicht scharf voneinander getrennt bzw. synonym verwendet werden (vgl. Quilling et al. 2013: 12 f.).

### *Netzwerke*

Unsere Gesellschaft ist durchzogen von unterschiedlichen Netzwerkstrukturen, die sich auf alle Lebensbereiche ausweiten. Entsprechend gewinnen Netzwerke auch in der Sozialen Arbeit immer mehr an Bedeutung. Jedoch ist zu konstatieren, dass Netzwerke dabei „ebenso omnipräsent wie dadurch begriffsleer“ (Fischer/ Kosellek 2013: 11) sind. Es existiert keine Einigung über eine konkrete Begriffsdefinition (vgl. Quilling et al. 2013: 9). Netzwerke beschreiben die unterschiedlichen sozialen Beziehungsgeflechte, in denen ein Mensch agiert. Sie sind immer kontextgebunden, sodass die Beschreibung eines Netzwerks immer zeit-, situations- und auch personengebunden ist (vgl. ebd.). Netzwerkarbeit an sich ist eine sinnvolle Methode, um Ressourcen zu bündeln und die Effektivität von Arbeitsprozessen zu steigern (vgl. ebd.: 10). Jedoch erfordert die Implementierung eines funktionierenden Netzwerkes auch Zeit und Ressourcen (vgl. ebd.). Generell können Netzwerke sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Meistens verfügen sie weder über eine klare, einheitliche noch leicht zugängliche Struktur (vgl. ebd.: 10). Gemein haben alle Netzwerke, dass sie eine Anzahl von Akteur\_innen miteinander verbinden, die „erfolgreiches gemeinsames Handeln zur Erreichung eines vereinbarten Zieles anstreben“ (ebd.). Sowohl die tatsächliche Form als auch die Anzahl der Personen, Organisationen und Institutionen, die miteinander vernetzt sind, können stark variieren.

„Als Netzwerk bezeichnet man in der Regel den losen Zusammenschluss von eigenständigen Akteuren mit unterschiedlichen, eigenständigen Interessen und mindestens einem gemeinsamen Ziel oder einer gemeinsamen Vision.“ (Brocke 2003: 14 zitiert nach Quilling et al. 2013: 12).

---

<sup>2</sup> Diese Problematiken sind nicht nur im Bereich der Frühen Hilfen sehr verbreitet, sondern bspw. auch bei Leistungen der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII. In diesem Fall sind Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe ebenfalls auf eine enge Zusammenarbeit angewiesen, die sich in der Praxis oft schwierig gestaltet (vgl. dazu Fegert/ Schrappner 2004: 15 ff.).

Die Netzwerkarbeit hat dabei „die Aufgabe, Wissen und andere Ressourcen der verschiedenen Akteure zusammenzutragen, in einen neuen übergreifenden Kontext unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und Interessen einzubringen [...] und über Sektorgrenzen hinweg neue Lösungsansätze zu entwickeln“ (ebd.).

Soziale Netzwerkforschung richtet ihr Erkenntnisinteresse auf die Qualität und/ oder Tragfähigkeit sozialer Beziehungen (vgl. Avenarius 2010: 99).<sup>3</sup> Winkler (2013) beschreibt zwei grundlegende Dilemmata von Netzwerken: Zum einen sind sie klar hierarchisiert und zum anderen kann Vernetzung nicht erzwungen werden (vgl. ebd.: 35). Beides sind Herausforderungen, die sich auch im Bereich der Frühen Hilfen widerspiegeln. In interdisziplinären Netzwerken kann die Unterschiedlichkeit von Professionen und deren Selbstverständnis zu Reibungen führen. Diese Problematiken sind bekannt, sodass es Bemühungen bspw. von Seiten des NZFH gibt, welches im Jahr 2013 eine Empfehlung zur Netzwerkarbeit herausgab. Darin heißt es:

„Benötigt wird vielmehr eine geregelte, gut koordinierte und konstruktive Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Institutionen, insbesondere aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Gute und nachhaltige Netzwerkarbeit ist konstitutiv für alle Angebote Früher Hilfen. Netzwerke organisieren und sichern den fachlichen Austausch, die Zusammenarbeit und ihre stete Verbesserung sowie die Planung und Koordination von Angeboten. Grundlagen sind geregelte Verfahren, verknüpft mit der beständigen Entwicklung und Aushandlung eines gemeinsamen Fach- und Fallverständnisses“ (NZFH 2013: 1).

Kooperation kann als ein Teil der Netzwerkarbeit verstanden werden.

### *Kooperation*

Kooperation kann als ein wesentlicher Bestandteil sozialer Netzwerke angesehen werden. Kooperationen basieren dabei auf Kommunikationsstrukturen und dienen der Etablierung verlässlicher Strukturen für die Zusammenarbeit sowie dem Austausch der beteiligten Fachkräfte. Bei Frühen Hilfen handelt es sich um „[...] eine interdisziplinäre und systemübergreifende Angelegenheit, die nicht mit einer isolierten Maßnahme und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin oder Zuständigkeit allein abgedeckt und geleistet werden können“ (vgl. Ziegenhain 2012: 36).

Kooperation ist ein alltäglicher Begriff, der vielfach auch in der Sozialen Arbeit verwendet wird. Kooperation ist positiv besetzt und doch oftmals – ebenso wie der Netzwerkbegriff – begriffleer (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 9, 21). Dies birgt die Problematik, dass Fachkräfte unterschiedliche Voraussetzungen und Bedingungen an Kooperation knüpfen, obgleich sie (vermeintlich) über denselben Sachverhalt diskutieren. Van Santen und Seckinger (2003) beschreiben in ihrer Arbeit den fachlichen Diskurs zu den Definitionsversuchen und setzen sich differenziert mit dem „Mythos Kooperation“ auseinander. Schließlich definieren van Santen und Seckinger (2003) Kooperation als

„ein Verfahren – also keinen inhaltlich definierbaren Handlungsansatz – der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. der Problemlösekompetenz angestrebt wird“ (ebd.: 29).

---

<sup>3</sup> Hierbei haben sich zwei Herangehensweisen als nützlich erwiesen. Zum einen können in einem relativ geschlossenen Kontext alle Sozialbeziehungen eines Vollnetzwerks erhoben werden. Zum anderen gibt es eine ego-zentrierte Betrachtungsweise, bei der ein Akteur mit seinen persönlichen Netzwerkstrukturen im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses steht (vgl. hierzu vertiefend u.a. Fischer/ Kosellek (2013) sowie Stegbauer/ Häußling (2010)).

Diese Definition impliziert die Auseinandersetzung und Kommunikation der verschiedenen Kooperationspartner\_innen über die gemeinsamen Ziele und Verfahrensregeln. Sie dient der Erhöhung der Handlungs- und Problemlösungskompetenz sowie der effizienteren Arbeit. Dieses Verständnis von Kooperation liegt auch den vorliegenden Ausführungen zugrunde.

## 2.2 Herausforderungen von Kooperation im Bereich Frühen Hilfen oder wie aus Stolpersteinen ein Weg gepflastert wird

Ziegenhain (2012) verweist auf Herausforderungen beim Auf- und Ausbau von Netzwerken im Bereich Früher Hilfen, deren „Entwicklung von interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen [...] zunächst eine kommunale Herausforderung [ist]. Je nach lokalen Gegebenheiten lassen sich unterschiedliche Ausformungen oder Schwerpunktsetzungen beobachten“ (ebd.: 47). So erweist es sich als überaus schwierig, eine Bestandsaufnahme der Strukturen Früher Hilfen vorzunehmen. Eine Vielzahl von Akteur\_innen aus unterschiedlichen Professionen ist beteiligt und vertreten, was als Chance und Schwierigkeit zugleich gesehen werden kann.<sup>4</sup> Zum einen können Adressat\_innen auf verschiedenen Wegen erreicht werden, zum anderen können Adressat\_innen damit eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Angebote in Anspruch nehmen. Gerade hier zeigt sich ein Vorteil, da es sich um voraussetzungslose Hilfen handelt (vgl. BMFSFJ 2013: 38, 300). So haben vor allem Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen frühzeitig und regelmäßig Kontakt zu (werdenden) Eltern, Säuglingen und Kleinkindern. Weiterführende Unterstützungs- und Hilfsangeboten, wie etwa die Vermittlung eines Kita-Platzes oder Beratung in Erziehungs- und Entwicklungsfragen fallen nach wie vor in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe. Darüber hinaus sind noch viele andere Einrichtungen und Institutionen wie bspw. Gesundheitsämter, (Familien)Hebammen, Beratungsstellen, Polizei oder auch das Jobcenter in den Bereich Früher Hilfen involviert (vgl. Ziegenhain 2012: 36 f.; NZFH 2013: 8 f.). Jedoch gestaltet sich gerade an den Übergängen und Schnittstellen die Zusammenarbeit in der Praxis schwierig. Deutschland verfügt über ein gut ausgebautes System mit Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten, insbesondere auch für Eltern im Übergang in Elternschaft und mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Allerdings gibt es „nur sehr wenig ausgebaute Brücken zwischen den Systemen“ (Fegert 2010: 34), was oft zu Versorgungsabbrüchen führen kann (vgl. ebd.). So zeigen sich auf mehreren Ebenen Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen, die sowohl struktureller als auch individueller Art sind (vgl. Ziegenhain 2012.: 37). Für die flächendeckende und lückenlose Gewährung von Angeboten und Hilfen bedarf es einer systematischen Kooperation der zuständigen Einrichtungen und Akteur\_innen:

„Ein gut abgestimmtes, aufeinander bezogenes Handeln verschiedener Akteure trägt dazu bei, dass Familien schnell und unkompliziert von passgenauen Hilfeangeboten erreicht werden. Darüber hinaus erleichtern verbindliche Arbeitsbeziehungen zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Unterstützungssysteme sichere Übergänge, wenn Bedarf an weiterführenden Hilfen festgestellt wird“ (Renner/ Heimeshoff 2010: 28).

Künster et al. (2010) verweisen darauf, dass die Etablierung zuverlässiger Kooperationsstrukturen nur dann möglich ist, wenn auch „den Beteiligten bekannt ist, wodurch die Realisierung ihrer guten Absichten zur Zusammenarbeit gefährdet wird und wie sie günstigere Rahmenbedingungen für die angestrebte Kooperation schaffen können [...]“ (ebd.:733).

---

<sup>4</sup> Eine umfangreiche, jedoch nicht abschließende Auflistung aller beteiligten Professionen findet sich in den Ausführungen des NZFH (2013).

Mit Blick auf hinderliche Faktoren lässt sich konstatieren, dass Reibungsverluste in der Praxis vor allem dann entstehen, wenn Kooperationen immer wieder neu im Einzelfall etabliert werden müssen (vgl. Ziegenhain 2012: 39; Ziegenhain et al. 2011: 40). Dabei können sowohl die unterschiedlichen Fachtraditionen und -sprachen<sup>5</sup> (vgl. Derr et al. 2010: 3) als auch frühere Erfahrungen und Näheverhältnisse bzw. enttäuschte Erwartungen aus früheren Fällen der Zusammenarbeit eine Herausforderung darstellen (vgl. Ziegenhain et al. 2011: 39).

Ziegenhain et al. (2011) nennen als weitere Hinderungsgründe der Zusammenarbeit etwa Schwierigkeiten bei der Beschreibung der eigenen Kernkompetenzen und Grenzen, unrealistisch hohe Erwartungen an die jeweils andere Profession, die Nutzung des Begriffs ‚Vernetzung‘ als ‚Alibi‘ für Delegationen, Versagensängste, Unsicherheiten und (öffentliche) Emotionalisierungen im Umgang mit komplexen und schwierigen ‚Fällen‘ sowie fehlende Ressourcen für den Vernetzungsauftrag (vgl. ebd.: 40ff.). Sie plädieren für die Entwicklung leicht einsetzbarer, aussagekräftiger Verfahren der Dokumentation, die Wahrscheinlichkeiten von negativen Entwicklungsverläufen benennen und „interdisziplinär eine Klammer gemeinsamer Sprache und verbindlicher Zusammenarbeit setzen können“ (ebd.: 44). Jedoch sollen und können diese Verfahren keinen Ersatz für fachliche Einschätzungen, stets vor dem Hintergrund des Einzelfalls, darstellen (vgl. ebd.).

Auch ist eine strukturelle Verknüpfung der Systeme der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe mit Blick auf eine gesetzliche Rahmung nach wie vor nicht gegeben. Dies wird möglicherweise den Auf- und Ausbau interdisziplinärer Netzwerke vor Ort ebenfalls erschweren.

Festzuhalten bleibt, dass die Etablierung von Kooperation im beruflichen Alltag sozialpädagogischer Fachkräfte mit einigen Herausforderungen verbunden ist. Selten ist Kooperation Bestandteil der „eigentlichen“ Arbeit, was in der Praxis für die tätigen Fachkräfte meist einen Mehraufwand bedeutet (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 340). Daher ist die Umsetzung oftmals von den zur Verfügung stehenden Kapazitäten abhängig. Van Santen und Seckinger (2003) formulieren dazu Faktoren für die Arbeit in Kooperationszusammenhängen: Die Autoren halten Freiwilligkeit im Sinne einer Entscheidungsfreiheit über das Ausmaß des Engagements für die Kooperation sowie das Ausmaß und die Intensität der Identifikation mit der Organisation und der eigenen Position als relevant (vgl. ebd.: 342). Darüber hinaus kann die eigene Wahrnehmung der Absicherung des Arbeitsplatzes für das eigene Engagement in Kooperationsbeziehungen entscheidend sein. Die Hoffnung, persönliche Erwartungen in der Zusammenarbeit erfüllen zu können (bspw. neue Kontakte zu knüpfen) und letztlich das Wissen, dass den jeweiligen Fachkräften zur Verfügung steht, ist darüber hinaus ebenfalls bedeutsam für die Mitarbeit in Kooperationszusammenhängen (vgl. ebd.).

Ferner formulieren Böttcher, Bastian und Lenzmann (2008) verschiedene förderliche Faktoren für eine Etablierung neuer Kooperationsbeziehungen. So ist eine realistische Anzahl von Kooperationspartner\_innen wichtig für die Implementierung von Netzwerkstrukturen und gelingenden Kooperationsbeziehungen (vgl. ebd.: 129). Gerade bei unterschiedlichen Professionen, differenten fachlichen Sicht- und Arbeitsweisen sowie unterschiedlichen Erwartungen und (Vor-)Erfahrungen, ist ein sensibles Vorgehen unabdingbar. Hier berichten Böttcher, Bastian und Lenzmann (2008), dass sich die Etablierung von zuständigen Koordinationspartner\_innen auf kommunaler Ebene bewährt hat. Zusätzlich unterstützen informelle Treffen in einem kleineren Kreis vor Beginn der eigentlichen fachlichen Zusammenarbeit das bessere Kennenlernen (vgl. ebd.: 129 f.). Auf diese Weise können Unsicherheiten, Ängste und Vorurteile im Vorfeld abgebaut werden.

---

<sup>5</sup> Konkret sind hier unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse, institutionelle Aufträge und gesetzliche Grundlagen sowie unterschiedliche Herangehensweisen im beruflichen Alltag und der interdisziplinären Kooperation gemeint (vgl. Ziegenhain et al. 2011: 40).

## 2.3 Aktueller Forschungsstand

Die momentane Datenlage ist im Bereich Früher Hilfen ist im Allgemeinen und zu deren Netzwerken und Kooperationen im Besonderen oft noch unzureichend (vgl. Sann/ Küster 2013: 12). Instrumente für umfassende, einheitliche und regelmäßige empirische Beobachtungen existieren bislang nur in Ansätzen (vgl. Fendrich et al. 2013: 6). Vor allem Studien zur Selbst- bzw. Programmevaluation wurden in den letzten Jahren veröffentlicht (vgl. Buschhorn 2012: 114; Böttcher et al. 2008; Renner/ Heimeshoff 2010). Es gibt kaum Studien, die untersuchen, wie interdisziplinäre Netzwerke im Bereich Früher Hilfen übergreifend, d.h. über einzelne Projektstandorte hinaus, aufgebaut und vor allem etabliert werden können (vgl. Ziegenhain et al. 2011: 39).

Hier setzt das vorliegende Forschungsprojekt an, indem disziplinübergreifende Kooperationen mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens im Kontext Früher Hilfen untersucht werden. Dabei wird zunächst der Frage nachgegangen, wie sich Kooperationsstrukturen und -beziehungen in der Praxis Früher Hilfen – insbesondere vor dem Hintergrund der fehlenden Veränderungen im SGB V im Zuge der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes – gestalten. Im nachfolgend dargelegten zweiten Schritt der Untersuchung sollen Gelingensbedingungen und Hindernisse für eine Kooperation mit dem Gesundheitswesen in SkF-Ortsvereinen identifiziert werden. Im nachfolgenden Kapitel werden zunächst die zentralen Ergebnisse der ersten Projektphase vorgestellt.

## 3 Netzwerke Früher Hilfen – Zur Kooperation des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Vertreter\_innen des Gesundheitswesens im Kontext Früher Hilfen – das Forschungsprojekt

Der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) als ein bundesweit agierender freier Träger, der unter anderem Angebote der Frühen Hilfen vorhält, führte bereits in den Jahren von 2007 bis 2010 in den Ortsvereinen Neuss, Freiburg und Frankfurt ein Modellprojekt der Frühen Hilfen durch, welches durch Buschhorn u.a. (2012) evaluiert wurde. Diese Ergebnisse stellen heute die Grundlage für das Angebot „Guter Start ins Leben – Frühe Hilfen im SkF“ dar (vgl. SkF 2012).

Das Interesse des hier vorliegenden Forschungsprojektes gilt einer Identifizierung der Art und Ausgestaltung der interdisziplinären Kooperationsstrukturen und -beziehungen der SkF-Ortsvereine mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens im Kontext Früher Hilfen. Die konkret formulierte Forschungsfrage lautet: Wie gestalten sich die Kooperationen von SkF-Ortsvereinen mit dem Gesundheitswesen im Kontext Früher Hilfen und welche Gelingensbedingungen und Hindernisse lassen sich identifizieren?

### 3.1 Das Vorgehen zur Erfassung bestehender Kooperationsstrukturen und -beziehungen im Kontext Früher Hilfen<sup>6</sup>

Zur Beantwortung der oben formulierten Frage wurde ein Forschungsdesign entworfen, das zunächst eine explorative, quantitative Erhebung von Netzwerkstrukturen aller SkF-Ortsvereine durch eine Online-Befragung vorsah. Das Interesse richtete sich dabei auf die Grundlagen, die Art und Ausgestaltung der Kooperation im Kontext Früher Hilfen mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens, der individuellen Perspektive der Fachkräfte auf ihre Kooperationstätigkeiten und -beziehungen. Im Sinne eines Ausblickes wurde zudem die Frage danach gestellt, mit welchen Akteur\_innen sich die befragten Fachkräfte eine Kooperation in Zukunft wünschen bzw. welche Kooperationsbeziehungen sie gerne intensivieren würden. Diese Erhebung fand Anfang Juni 2013 statt.

Ziel war neben der Bestandserhebung von Leistungsangeboten und Netzwerkaktivitäten eine Identifikation von Ortsvereinen, die entweder intensiv und gut mit dem Gesundheitswesen (Geburtskliniken, Kinderärztl\_innen etc.) zusammenarbeiten oder bei denen sich aus Sicht der befragten Fachkräfte erhebliche Schwierigkeiten in Kooperationsaufbau und -gestaltung abzeichnen. Mit Vertreter\_innen dieser Ortsvereine wurden im Dezember 2013/ Januar 2014 in einem zweiten Erhebungsschritt vertiefende Leitfadenterviews geführt, um Gelingensbedingungen und Hindernisse für eine Kooperation mit dem Gesundheitswesen in der Praxis Früher Hilfen zu rekonstruieren.

### 3.2 Ergebnispräsentation der Online-Befragung

Die in diesem Unterkapitel dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die in der ersten Projektphase - der Online-Befragung – gewonnenen Daten. Der hierzu entwickelte Fragebogen sollte von einer in den Angeboten Früher Hilfen tätigen Fachkraft beantwortet werden. Innerhalb einer Feldzeit von 11 Tagen beteiligten sich 92 von 130 online erreichbaren SkF-Ortsvereinen<sup>7</sup> an der Befragung. Hiervon schlossen 82 Ortsvereine die Befragung ab, was einer Beendigungsquote von rund 63% entspricht.

#### *Angebote Früher Hilfen in den SkF-Ortsvereinen*

Von den 82 Ortsvereinen, die die Befragung beendet haben, geben 65 an, Angebote Früher Hilfen vorzuhalten. Dies entspricht einer Quote von 79,3%. Diejenigen, die diese Frage mit 'Nein' beantwortet haben (N=17), wurden in einem nächsten Schritt gefragt, ob sie Angebote für Teilzielgruppen der Frühen Hilfen vorhalten und ob ihre Angebote der Verbesserung elterlicher Kompetenzen dienen. Dabei ergeben sich folgende Prozentwerte:

---

<sup>6</sup> Die nachfolgenden Ausführungen in diesem Unterkapitel basieren im Wesentlichen auf dem im NZFH-Datenreport 2014 veröffentlichten Artikel „Kooperationen von Ortsvereinen des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Bereich Früher Hilfen. Ergebniszusammenfassung einer bundesweiten Erhebung“ von Buschhorn/ Karsunky/ Ludewig.

<sup>7</sup> Bundesweit gibt es 146 SkF-Ortsvereine. Einige rein ehrenamtlich geführte Ortsvereine sind nicht online erreichbar, halten jedoch auch keine Angebote für werdende Eltern und Familien mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren vor.

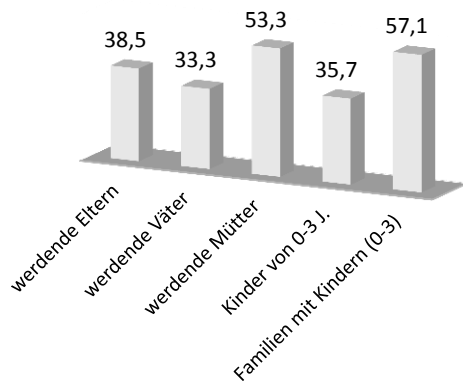


Abb. 1: Wir haben Angebote für ....  
(Angaben in % - Mehrfachantworten möglich)

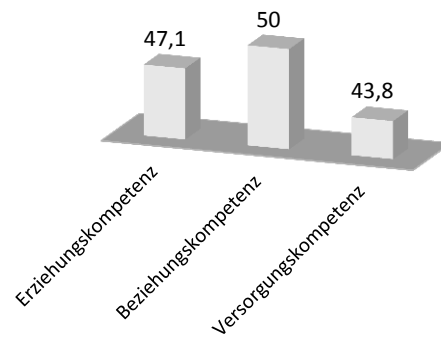


Abb. 2: Die Angebote dienen der Förderung der elterlichen ...  
(Angaben in % - Mehrfachantworten möglich)

Obwohl diese 17 Ortsvereine also die Frage nach der Existenz von Angeboten Früher Hilfen verneinen, scheinen sie dennoch Angebote für werdende Eltern, Väter und Mütter sowie für Familien mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren vorzuhalten, die den Frühen Hilfen zuzurechnen sind. In der sich hier zeigenden Diskrepanz spiegelt sich möglicherweise die Breite bzw. Diffusität der im Fachdiskurs wiederzufindenden Definitionen und Verständnisse des Begriffs „Frühe Hilfen“.

Aus der Gruppe von Ortsvereinen, die die Existenz von Angeboten Früher Hilfen bejahen (N=65), halten 91,2% Angebote für werdende Eltern, 75,6% für werdende Väter, 94,9% für werdende Mütter, 40,5% ausschließlich für Kinder von 0 bis 3 Jahren und 96,5% für Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren vor. Hier zeigt sich, dass das gesamte Spektrum der in der Definition Früher Hilfen des NZFH angeführten Adressat\_innen genannt wird (vgl. Einleitung).

Frühe Hilfen dienen der ...	Ja (%)
... Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz	60 (92,3)
... Förderung der elterlichen Beziehungskompetenz	61 (93,8)
... Förderung der elterlichen Versorgungskompetenz	60 (92,3)
... Verhinderung von Kindeswohlgefährdung	59 (91,0)

Tab. 1: Ziele Früher Hilfen (Mehrfachantworten möglich)

Bezüglich der intendierten Ziele der Angebote Früher Hilfen geben jeweils fast alle Personen an, dass ihre Angebote der Förderung der elterlichen Erziehungs-, Beziehungs- und Versorgungskompetenz dienen (vgl. Tab. 1). Gleiches gilt auch für die Verhinderung von Kindeswohlgefährdung, welche an dieser Stelle ebenso als mögliches anvisiertes Ziel der Angebote Früher Hilfen benannt wurde und womit das vielfach in der Literatur diskutierte Spannungsfeld der Verortung Früher Hilfen zwischen den §§ 16, 27ff. und 8a SGB VIII eröffnet wird (vgl. hierzu und weiterführend bspw. Schone 2011 oder Buschhorn 2012). Hier gilt es, die Rolle der Angebote Früher Hilfen im Kontext der Kinderschutzdebatte auch kritisch zu reflektieren und zu hinterfragen.



Abb. 3 zeigt, welche Angebote die SkF-Ortsvereine im Bereich Früher Hilfen vorhalten. Es wird deutlich, dass das Angebotsspektrum entsprechend der Vielfalt der genannten Adressat\_innengruppen sehr breit gestreut ist. Eine hervorgehobene Rolle nimmt die Beratung ein. Des Weiteren werden häufig Hilfevermittlung, Elternkurse und das Angebot „Elterntreff/ Elterncafé“ genannt.

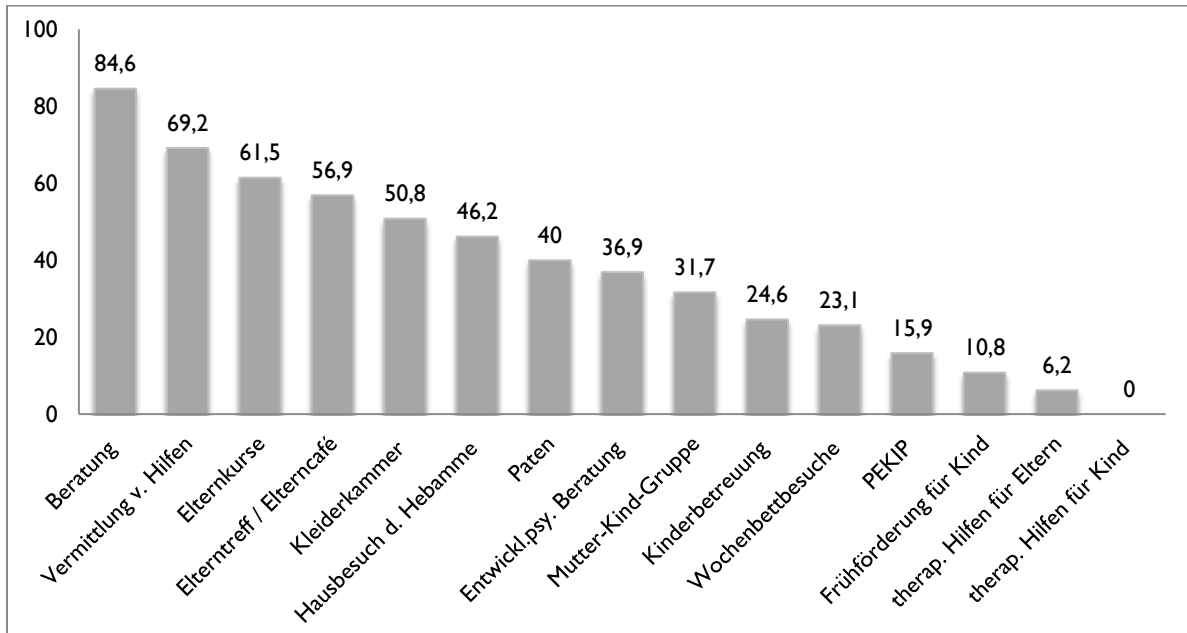


Abb. 3: Leistungen im Bereich Früher Hilfen (in %, Mehrfachantworten möglich)

Gefragt nach den bestehenden Kooperationen im Bereich Früher Hilfen, geben 98,5% an, mit anderen Institutionen und Diensten zusammenzuarbeiten. Auf die verschiedenen Akteur\_innen verteilen sich die Kooperationen folgendermaßen:

Rang	Akteur_innen	Angaben in %
1	Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe	90,6
2	Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens	87,5
3	(andere) Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen	81,3
4	Beratungsstellen für soziale Problemlagen	65,6
5	Einrichtungen/ Dienste zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen	57,8
6	Frühförderstellen	54,7
7	Sozialämter	48,4
	Familienbildungsstätten	48,4
8	Agenturen für Arbeit	43,8
9	Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung	34,4
10	Sonstige (Migrationsdienste, Familienzentren, Mehrgenerationenhäuser etc.)	18,8
11	Familiengerichte	17,2
12	Polizei- und Ordnungsbehörden	15,6

Tab. 2: Kooperationspartner\_innen des SkF im Kontext Früher Hilfen (Mehrfachantworten möglich)

Wie Tab. 2 zu entnehmen ist, sind Akteur\_innen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens und darüber hinaus Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen die bedeutsamsten Kooperationspartner\_innen des SkF im Kontext Früher Hilfen. Es zeigt sich somit auch bei dieser Untersuchung, dass die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitswesen die führenden Akteur\_innen in diesem Arbeitsbereich sind.

Die sich zwischen den SkF-Ortsvereinen und den Einrichtungen bzw. Diensten des Gesundheitswesens – z.B. Gesundheitsämter, Geburts- und Kinderkliniken, (Kinder-) Ärzt\_innen, (Familien-) Hebammen, psychiatrische Angebote und Einrichtungen etc. – entwickelnden interdisziplinären Netzwerkstrukturen stehen im Fokus der nachfolgenden Ausführungen.

### *Einblicke in bestehende Kooperationen von SkF-Ortsvereinen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Kontext Früher Hilfen*

Wie bereits angeführt, geben in der Online-Befragung 87,5% der Ortsvereine mit Kooperationstätigkeiten im Bereich der Frühen Hilfen an, mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten. Dies sind 56 der ursprünglich teilnehmenden 82 Ortsvereine. Differenziert nach den verschiedenen Einrichtungen und Diensten innerhalb des Gesundheitssystems ergibt sich folgende Übersicht:

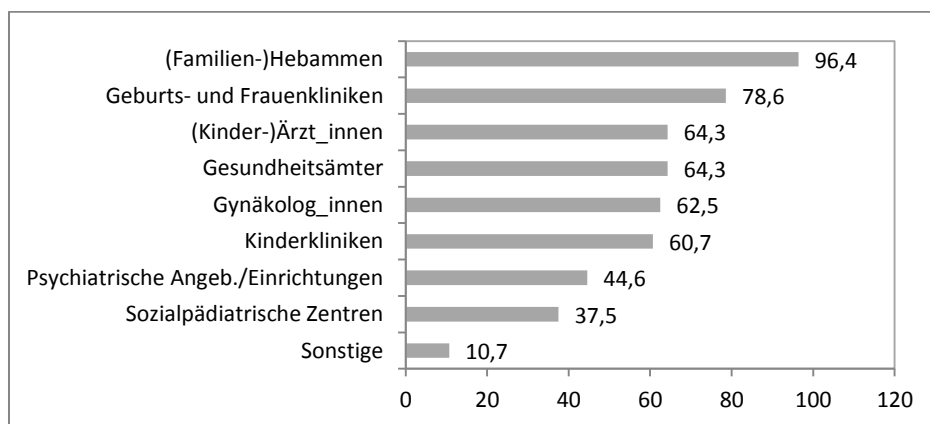


Abb. 4: Kooperationspartner\_innen im Gesundheitswesen (in %, Mehrfachnennungen möglich)

Hervorzuheben ist die zentrale Rolle, welche die (Familien-)Hebammen inne haben. Doch auch die weniger oft genannten Einrichtungen sind in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen, da gerade Kinder- und Geburtskliniken bzw. Kinder- und Frauenärzt\_innen ein niedrigschwelliger und nicht-stigmatisierender Zugang zu Adressat\_innen Früher Hilfen zugeschrieben wird.

Die 56 Ortsvereine, die angeben, im Kontext Früher Hilfen mit dem Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten, wurden danach gefragt, wer die Kooperationsbeziehungen initiiert hat.

Initiierung durch ...	Häufigkeiten (%)
Eigene Geschäftsführung	3 (5,5)
Andere Geschäftsführung	/
Eigene Fachkraft	47 (83,9)
Fachkraft des Kooperationspartners	5 (8,9)

Tab. 3: Initiierung der Kooperationsbeziehungen (ohne fehlende Werte)

In über 80% der Fälle ging die Initiierung der Kooperationsbeziehungen mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens von den Mitarbeiter\_innen der SkF-Ortsvereine aus, nur in rund 9% der Fälle von Fachkräften des Gesundheitswesens.

Hinsichtlich der Gestaltung der Kooperation mit den genannten Einrichtungen geben 71,4% der Befragten einen allgemeinen, sowie 78,6% einen fallspezifischen fachlichen Austausch an. In 37,5% der Fälle wurde ein „Fall“ gemeinsam bearbeitet. Rund 50% geben an, dass Fallübermittlungen vom eigenen Ortsverein an Kooperationspartner\_innen aus dem Gesundheitswesen stattfinden und ebenfalls in 50% der Fälle erfolgt eine Übermittlung von Kooperationspartner\_innen an den eigenen Ortsverein (Mehrfachnennungen möglich).

Bezüglich der verwendeten Instrumente zur Kooperation mit dem Gesundheitswesen wird deutlich, dass mit rund 82% sogenannte „Runde Tische“ – die dem fachlichen Austausch der Akteur\_innen untereinander dienen – derzeit das zentrale Instrument der Vernetzung im Bereich Früher Hilfen bilden. Dagegen werden Dokumentations- und Screeningbögen, die eher einer gemeinsamen Fallbearbeitung dienen, mit rund 18% Zustimmung bzw. 9% – wenn es um gemeinsam neu entwickelte Instrumente geht – bislang eher selten eingesetzt (vgl. Tab. 4).

Instrumente	Häufigkeiten (%)
Runde Tische	46 (82,1)
Gemeinsam verwendete Dokumentations-/ Einschätzbögen	10 (17,9)
Gemeinsam entwickelte Dokumentations-/ Einschätzbögen	5 (8,9)
Sonstige und zwar: Gemeinsame Fachtage, gemeinsame Öffentlichkeitsmaterialien, Arbeitskreise zu bestimmten Themen	9 (16,1)

Tab. 4: Instrumente der Kooperation (Mehrfachnennungen möglich)

Nach Ansicht von 71,4% der Befragten ist die Kooperation ihres Ortsvereins mit anderen Institutionen fallübergreifender Natur. Allerdings erreichen im Folgenden jene Aussagen hohe Zustimmungsraten, welche eher auf eine geringe Systematik in der Zusammenarbeit hindeuten: So gibt es zwar in 74,5% der im Kontext Früher Hilfen mit dem Gesundheitswesen kooperierenden Ortsvereine regelmäßige Treffen mit den Netzwerkpartner\_innen und in 80,4% der Fälle liegen Telefonlisten mit An-

sprechpartner\_innen vor, gleichzeitig basiert die Kooperation jedoch bei 64,3% vor allem auf mündlichen Absprachen. Nur 15,9% der Ortsvereine liegen schriftliche Verträge zur Fixierung ihrer Kooperation vor. Zudem geben lediglich 15,9% der Befragten an, gemeinsam mit der kooperierenden Einrichtung/ dem kooperierenden Dienst ein Konzept zur Kooperation entwickelt zu haben. Darüber hinaus haben nur 37,3% der Ortsvereine eine einrichtungsinterne Koordinierungsstelle, d.h. eine Person, die für die fachliche Begleitung der Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten im Kontext Früher Hilfen zuständig ist.

Mit den Aussagen in folgender Tab. 5 wurden die Ansichten der Mitarbeiter\_innen der SkF-Ortsvereine zu den Kooperationsbeziehungen mit dem Gesundheitswesen erfasst. Über die auf einer Skala von „trifft voll zu“ (1) bis „trifft gar nicht zu“ (4) bewerteten Aspekte der Kooperation wurde der Mittelwert gebildet.

Aussagen zu Kooperationsstrukturen und -beziehungen	Mittelwert
Das Leistungsangebot der kooperierenden Einrichtung(en) ist mir eindeutig bekannt.	1,76
Die Ansprechpartner_innen für die jeweiligen Leistungen sind mir eindeutig bekannt.	1,67
Die Kooperationsbeziehungen werden von gegenseitiger Wertschätzung getragen.	1,61
Das Gelingen der Kooperationsbeziehungen ist abhängig vom persönl. Engagement Einzelner.	1,48
Es gibt ausreichend finanzielle Ressourcen zum Aufbau und zur Gestaltung der Kooperation.	2,88
Es gibt ausreichend zeitliche Ressourcen zum Aufbau und zur Gestaltung der Kooperation.	2,69
Es gibt ausreichend personelle Ressourcen zum Aufbau und zur Gestaltung der Kooperation.	2,67

Tab. 5: Bewertung von Aussagen zu Kooperationsstrukturen und -beziehungen

Auffällig ist hierbei, dass jene Aussagen, auf deren beschriebene Sachverhalte die Fachkräfte persönlich Einfluss nehmen können – den Bekanntheitsgrad des Leistungsangebots und der Ansprechpartner\_innen sowie die Wertschätzung innerhalb der Zusammenarbeit – relativ hohe Zustimmungswerte erreichen, während die Rahmenbedingungen im Sinne der zur Verfügung stehenden finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen vergleichsweise kritischer bewertet werden. Zudem erhalten nur 16,1% der Ortsvereine, die mit dem Gesundheitswesen kooperieren, Mittel aus der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Vielfach erfolgt die Finanzierung der Angebote vor Ort über Spenden und Eigenmittel. Dies deutet darauf hin, dass insbesondere die Ressourcenausstattung zum Auf- und Ausbau von Kooperationsbeziehungen im Kontext Früher Hilfen oft als unzureichend erlebt wird.

Als Zwischenfazit wurden die Teilnehmer\_innen, die angaben, im Kontext Früher Hilfen mit dem Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten, gefragt, wie zufrieden sie mit der Zusammenarbeit insgesamt sind. Hier äußern 7,8%, dass sie sehr zufrieden sind und 68,6% schätzen sich eher zufrieden ein. 23,6% dagegen sagen, dass sie eher nicht bzw. überhaupt nicht zufrieden seien.

Zum Abschluss der Analysen der bestehenden Kooperationsverhältnisse der SkF-Ortsvereine mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens wurde mittels der Korrelationsanalyse nach Pearson in den Blick genommen, inwieweit die Ausgestaltung der Zusammenarbeit bzw. die Einschätzung der Fachkräfte bezüglich der Ressourcenausstattung Einfluss auf deren Zufriedenheitsäußerung hat. Dies wurde an den Aspekten der Wertschätzung innerhalb der Kooperation sowie den finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen festgemacht (vgl. Tab. 6).

	Leistungsangebot eindeutig bekannt	Ansprechpartner_innen eindeutig bekannt	Gegenseitige Wertschätzung	Ausreichend finanzielle Ressourcen	Ausreichend zeitliche Ressourcen	Ausreichend personelle Ressourcen
Zufriedenheit mit der Kooperation	0,272	0,311*	0,480**	0,345*	0,381*	0,370*

\*Korrelation auf dem Niveau von 0,05 signifikant / \*\*Korrelation auf dem Niveau von 0,01 signifikant

Tab. 6: Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Kooperation mit dem Gesundheitswesen und ausgewählten Merkmalen der Kooperationsstrukturen und -beziehungen

Mit Blick auf Tab. 6 zeigt sich, dass insbesondere die Ressourcenausstattung sowie persönliche Faktoren, wie bspw. die Wertschätzung anderer Sicht- und Arbeitsweisen, die Bewertung der Kooperation durch die Fachkräfte positiv wie negativ beeinflussen und sich vermutlich als Erfolgsfaktoren oder Hindernisse im Hinblick auf die Kooperation erweisen können. Diese These gilt es u.a. im Rahmen der Auswertung der Expert\_inneninterviews – dem zweiten Schritt des Forschungsprojektes – zu überprüfen.

Abschließend wurden alle an der Online-Befragung teilnehmenden Ortsvereine danach gefragt, mit wem sie sich in Zukunft eine intensivere Zusammenarbeit im Kontext Früher Hilfen wünschen (vgl. Abb. 5).

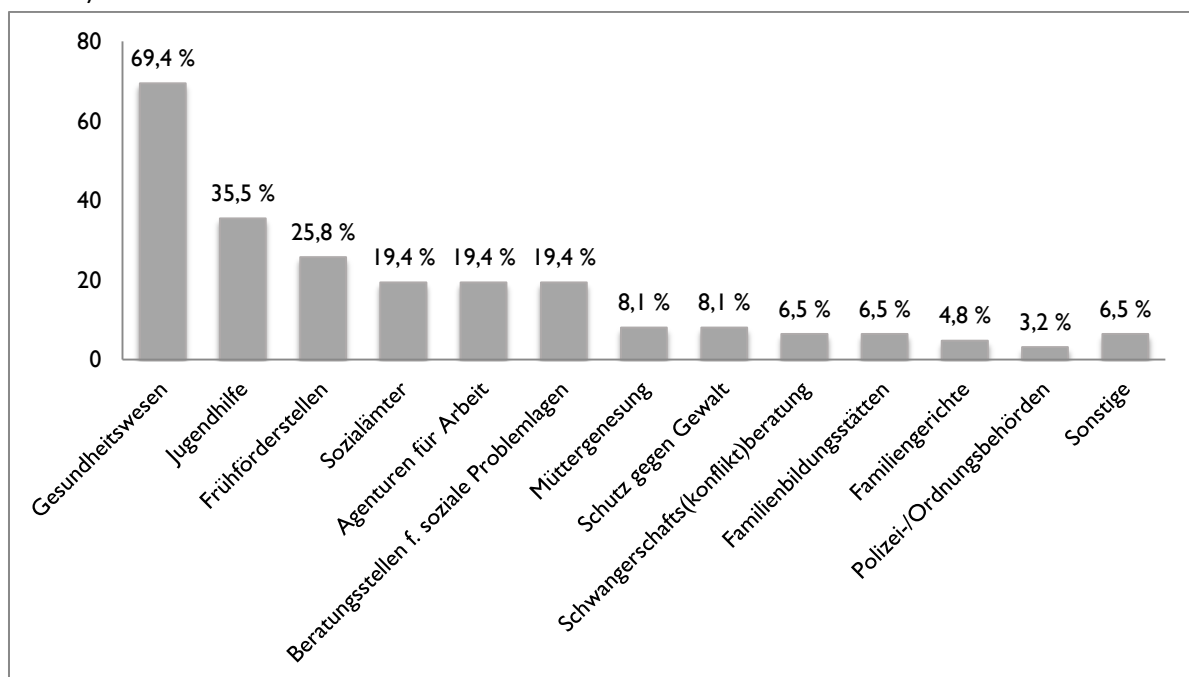


Abb.5: Akteur\_innen, mit denen sich die Ortsvereine im Kontext Früher Hilfen eine intensivere Zusammenarbeit wünschen (N=82)

Genannt werden vor allem Einrichtungen des Gesundheitswesens (69,4%), aber auch die ARGE (19,4%) und Frühförderstellen (25,8%). Insbesondere hinsichtlich des Auf- und Ausbaus von Kooperationsbeziehungen mit dem Gesundheitswesen scheint es also einen weiterführenden Beratungs- und

Unterstützungsbedarf bei den Ortsvereinen zu geben, um die geäußerten Wünsche nach verstärkten Kooperationen realisieren zu können.

#### 4. Die Kooperationen von SkF-Ortsverbänden mit dem Gesundheitswesen im Bereich Früher Hilfen – Ergebnisse der Expert\_inneninterviews

Anknüpfend an die gewonnenen Ergebnisse der ersten Projektphase wurden im zweiten Teil insgesamt sechs qualitative Expert\_inneninterviews mit Mitarbeiter\_innen des SkF geführt. Hier wurden auf Grundlage der Online-Befragung gezielt Ortsverbände herausgesucht, die angaben, entweder über gelingende, weniger gelingende oder schwierige Kooperationsbeziehungen zu verfügen.

Als methodisches Vorgehen wurde für diese zweite Erhebungsphase das Expert\_inneninterview nach Meuser und Nagel gewählt. Dieses zielt auf den Wissensvorsprung der sozialpädagogischen Fachkräfte in den SkF-Verbänden ab, über den diese durch ihre Position und ihr Handlungsfeld verfügen (vgl. hierzu und weiterführend Meuser/ Nagel 2009, 2010).

Für die Interviews wurde der folgende Leitfaden verwendet:

**Einleitende Präambel:** *Ihr Ortsverein hat bereits im Sommer dieses Jahres einen Fragebogen mit allgemeinen Fragen zu den Angeboten Ihres Ortsvereins im Rahmen der Frühen Hilfen erhalten und beantwortet. Heute bin ich hier, um einen etwas tieferen Einblick in Ihre alltägliche, praktische Arbeit im Bereich Früher Hilfen zu erhalten.*

**1. Wären Sie zu Beginn so freundlich mir zu erzählen, wie Ihr Angebot im Bereich der Frühen Hilfen vor Ort aussieht?**

**2. Mit welchen Akteuren haben Sie im Rahmen Ihrer Angebote Früher Hilfen „Kontakt“?**

*(Hinweis für Interviewer\_innen: Falls das Gesundheitswesen nicht genannt wird, direkt nach Akteur\_innen des Gesundheitswesens, wie bspw. Geburtskliniken, (Familien-)Hebammen etc. fragen.)*

**3. Wie würden Sie diesen „Kontakt“ beschreiben? Können Sie mir vielleicht ein Beispiel aus Ihrem Arbeitsalltag nennen?**

3a) *Wie ist dieser „Kontakt“ zustande gekommen? Wer hat diesen „Kontakt“ initiiert?*

3b) *Warum ist aus Ihrer Sicht dieser „Kontakt“ zustande gekommen?*

3c) *Was versprechen Sie sich von diesem „Kontakt“ aus fachlicher Sicht für Ihre Arbeit?*

**4. Was bildet die Grundlage für Ihren „Kontakt“?**

4a) *Welche Formen des „Kontaktes“ gibt es? Können Sie mir Beispiele aus Ihrem Arbeitsalltag nennen?*

4b) *Wie häufig haben Sie miteinander „Kontakt“?*

**5. Wir haben jetzt ganz ausführlich über Ihre „Kontakte“ mit dem Gesundheitswesen gesprochen. Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, was würden Sie daran verändern wollen?**

5a) *Was sollte aus Ihrer Sicht verbessert werden?*

5b) *Welche Aspekte erschweren Ihrer Ansicht nach den „Kontakt“ mit dem Gesundheitswesen?*

5c) *Welche Aspekte würden Sie beibehalten, weil Sie sich Ihrer Meinung positiv auf den „Kontakt“ auswirken?*

**6. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, dass Sie gerne sagen möchten?**

*Herzlichen Dank!*

Der vorliegende Leitfaden wurde flexibel eingesetzt. Die sechs Leitfragen wurden von allen Interviewer\_innen an die Fachkräfte gestellt. Die Unterfragen a) bis c) dienten als Nachfragen, die von den Interviewer\_innen nur dann gestellt wurden, sofern die befragte Person auf diese Aspekte im Rahmen der Beantwortung der jeweiligen Leitfrage noch nicht einging.

Zudem wurde im Interview offen nach „Kontakt“ im Bereich der Frühen Hilfen gefragt und nicht die Worte „Kooperation“, „Zusammenarbeit“, „Netzwerkarbeit“ o.Ä. verwendet, da diese unterschiedliche Bedeutungsdimensionen seitens der befragten Fachkräfte implizieren können. Im Folgenden griffen die Interviewer\_innen flexibel jene Begrifflichkeit in ihren Fragen auf, den die jeweils befragte Person verwendete.

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse des durch die Expert\_inneninterviews erhobenen und ausgewerteten Datenmaterials vorgestellt werden. Die Auswertung erfolgte auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010). Hierbei stellen die Annahmen und Aussagen, die mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse, also auf Grundlage interpretativer Auswertungen, gewonnenen wurden, lediglich einen Ausschnitt der Wirklichkeit aus Sicht der sechs interviewten Fachkräfte dar. Somit kann und wird kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben (vgl. hierzu auch Peter 2010: 406).<sup>8</sup>

#### 4.1 Überblick über die Kategorien

Das Kategoriensystem wurde anhand theoretischer Vorannahmen entwickelt und diente als Raster bei der Erarbeitung und Extraktion der Transkripte. Dabei konnte zu jeder Zeit flexibel auf das Datenmaterial reagiert werden und Kategorien angepasst bzw. hinzugefügt werden.

Hauptkategorie	Unterkategorie
<b>1. Kooperationsnetzwerke im Kontext Früher Hilfen</b>	1a) Verständnis von „Kooperation“ 1b) bestehende Kooperationen 1c) generell beteiligte Akteur_innen 1d) beteiligte Akteur_innen im Gesundheitswesen
<b>2. Rahmenbedingungen/allgemeine, institutionenübergreifende Strukturen der Kooperation mit dem Gesundheitswesen</b>	2a) gesetzliche Vorgaben 2b) Finanzierung 2c) kommunale Koordinierungsstelle 2d) regionale Gegebenheiten
<b>3. Entstehung und Gründe der Kooperation mit Akteur_innen des Gesundheitswesens</b>	3a) Initiatoren des Kontaktes 3b) Gründe des Zustandekommens des Kontaktes 3c) konkrete Anlässe 3d) mit der Aufnahme des Kontaktes verbundene Hoffnungen und Erwartungen aus fachlicher Sicht
<b>4. Grundlagen der Kooperation mit Akteur_innen des Gesundheitswesens</b>	4a) personenbezogene Faktoren 4b) personenunabhängige Faktoren

<sup>8</sup> Zur Wahrung der Anonymität sind nachfolgend verwendete Personen-, Orts- und Projektnamen frei erfunden.

<b>5. Kooperationspraxis mit Akteur_innen des Gesundheitswesens</b>	5a) Formen des Kontaktes
	5b) angewandte Instrumente
	5c) Häufigkeit der Kontakte
	5d) Kennzeichen der Kooperationsbeziehung
<b>6. Gelingensbedingungen für die Kooperation mit Akteur_innen des Gesundheitswesens</b>	6a) allgemeine, strukturelle Rahmenbedingungen
	6b) professionsbedingte Faktoren
	6c) persönliche, individuelle Faktoren
<b>7. Stolpersteine für die Kooperation mit Akteur_innen des Gesundheitswesens</b>	7a) allgemeine, strukturelle Rahmenbedingungen
	7b) professionsbedingte Faktoren
	7c) persönliche, individuelle Faktoren

Tab.7: Das verwendete Kategoriensystem

## 4.2 Auswertungsergebnisse

Ausgehend von den hier angeführten sieben Hauptkategorien erfolgt nachfolgend eine differenzierte Auswertung des erhobenen Interviewmaterials.

### *Kooperationsnetzwerke im Kontext Früher Hilfen*

In der ersten Kategorie geht es um die Kooperationsnetzwerke der befragten Fachkräfte. Hier zeigte sich bereits in der theoretischen Auseinandersetzung (Kapitel 2.1), dass es kein einheitliches Verständnis von „Kooperation“ gibt (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 21ff., 338 f.). Dieses spiegelt sich auch in allen zugrundeliegenden Interviews wider. Die Vertreter\_innen des SkF beschreiben die Zusammenarbeit mit ganz unterschiedlichen Worten, wie bspw. „Kontakt“ (I1, Z. 164), „Zugang“ (I1, Z. 237), „Verbindung“ (I1, Z. 219), „gewachsene Arbeitsbeziehungen“ (I1, Z. 291), „Zusammenarbeit“ (I1, Z. 299), „Vernetzung“ (I3, Z. 245), „Schnittpunkte“ (I5, Z. 109) und „Austausch“ (I6, Z. 41). Dabei zeigt sich, dass es weder eine einheitliche, alle Interviews betreffende Definition, noch eine gleiche Praxis in der Ausgestaltung der Strukturen gibt.<sup>9</sup>

„A1: Genau. Sie haben jetzt von Kooperation gesprochen, ne? Und haben gesagt, da ist das Stichwort 'Familienhebamme' fiel, 'Kinderarzt' fiel, wie würden Sie jetzt in Ihrer Arbeit den Kontakt mit diesen Akteuren beschreiben?

B1: Ja, also, durch diesen Arbeitskreis von dem Kinderarzt ins Leben gerufen, gibt es jetzt dann zumindestens schon mal eine, Kooperation würd ich das nicht nennen, eine Verbindung zu diesem Kinderarzt“ (I1, Z. 198-204).

„B3: Und wir haben noch eine kleine Kooperation, weil wir die Räumlichkeiten vom Forum, vom katholischen Bildungsforum nutzen können. Ne, da geht es, dass die uns die Räume zur Verfügung stellen und deren Infrastruktur und wir das nutzen können und da finden die Gruppenangebote alle statt“ (I3, Z. 52-55).

Gleiches gilt für den Begriff des Netzwerks. Auch hier gibt es keine einheitliche Definition.

<sup>9</sup> Bei den nachfolgend angeführten Zitaten kennzeichnet der Buchstabe A die Interviewerin sowie der Buchstabe B die befragte Person.



„B3: Ja wir haben es im Netzwerk erfahren, weil wir sitzen ja, in diesem Netzwerk“ (I3, Z. 487).

So zeigt sich insgesamt kein homogenes Kooperationsverständnis bei den befragten Personen. Kaum ein/e Expert\_in verwendet den Terminus „*Kooperation*“. Allerdings wird die Zusammenarbeit mit Vertreter\_innen aus dem Gesundheitswesen als wichtig und erstrebenswert, gerade im Bereich Früher Hilfen erachtet. Gemeinsam ist auch allen Interviews das Verständnis, dass Zusammenarbeit in unterschiedlichen Arten stattfinden kann (Arbeitskreise, Telefonate, Face-to-Face) und unterschiedlich intensiv, je nach verfügbaren Ressourcen verläuft. Werden die genannten Akteur\_innen betrachtet, so zeigt sich eine große Bandbreite an Kontakten der Ortsvereine zu Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, anderen Beratungsstellen, Kindergärten, Polizei und vielen anderen. Aus dem Bereich des Gesundheitswesens wurde Ärzt\_innen, (Familien-)Hebammen, Krankenschwestern und -pfleger genannt sowie Gesundheitsämter und weiteres Personal aus Krankenhäusern und Kliniken. Die genannten Akteur\_innen decken sich weitestgehend mit einer Auflistung des NZFH (2013) zu den wichtigsten Akteur\_innen im Kernbereich der Frühen Hilfen (vgl. ebd.: 8 f.). Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl anderer möglicher Kooperationspartner\_innen. Der Kontakt und die Zusammenarbeit weist eine große Heterogenität sowohl quantitativ (Anzahl der Kontakte) als auch qualitativ (Intensität) über die gesamten Interviews auf:

„Darüber hinaus haben wir einen sehr engen Kontakt zum Q-Hospital hier in O. (...) Im Krankenhaus ist eine Koordinierungsstelle eingerichtet – 'Guter Start für Familien' nennt sich diese Koordinierungsstelle. Im Krankenhaus werden durch die Mitarbeiterinnen sämtliche Hilfen im Bereich der Frühen Hilfen zwischen Stationen (...), also sie ist so eine Vermittlungsstelle zwischen den Mitarbeitern auf der Station, den Kinderärzten, den Schwestern, den Hebammen auch. Und da gibt es einen ganz engen Austausch und Kontakt und zum Jugendamt hier in O.“ (I6, Z. 34-40).

In diesem Interview wird die gute Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus vor Ort dargestellt. Von der Systematisierung und der klaren Verteilung von Zuständigkeiten sowie einer zentralen Koordinierungsstelle profitieren alle Mitarbeitenden.

Anders ist die Erfahrung aus folgendem Interview: Hier wird die Zusammenarbeit mit den Gynäkolog\_innen als wünschenswert und verbesserungswürdig beschrieben:

„Wir haben hier im Grunde genommen keine einzige Frauenärztin, wo wir sagen können 'Da sind wir in einer engeren Verbindung'“ (I1, Z. 218-219).

Als überaus gute Zusammenarbeit wird in allen Interviews die Arbeit mit den (Familien-)Hebammen beschrieben:

„[...] und die Hebammen (...) werden, denk ich, über dieses neue B1-Angebot (...), die werden, die sind ganz stark interessiert [schmunzelndes Lachen] an einer guten Zusammenarbeit mit uns, aber die eh schon besteht, aber die jetzt sicherlich noch mal intensiviert durch dieses Angebot“ (I1, Z. 413-416).

„B2: Also es kommt vor, dass die Hebammen direkt mit den Klienten zu uns kommen, dass sie die Klienten begleiten.

A2: Mhm.

B2: (...) Ja wie soll ich den beschreiben? Also es ist jetzt nicht so, dass wir uns direkt mit denen treffen, aber man, zum Beispiel bei dem Netzwerktreffen, trifft man sich auch mal (...)“ (I2, Z. 105-111).

Gemeinsame Angebote, Fallübermittlung, geregelte Absprachen und regelmäßige Treffen werden als positiv für die Zusammenarbeit bewertet. Laut Aussagen der sozialpädagogischen Fachkräfte wird dies von beiden Seiten als Bereicherung erlebt.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass es keine einheitliche Kooperationspraxis in den Ortsvereinen gibt. Bei den (Familien-)Hebammen wird die Zusammenarbeit über alle Interviews hinweg als gelingend beschrieben. Ein anderes Bild zeigt sich in der Zusammenarbeit mit Mediziner\_innen, dieses ist sehr viel heterogener.

### *Rahmenbedingungen/allgemeine, institutionenübergreifende Strukturen der Kooperation mit dem Gesundheitswesen*

Im Rahmen dieser Kategorie berichten die Expert\_innen über die vorherrschenden Rahmenbedingungen und Strukturen im Bereich der Frühen Hilfen. Hier wurde der Blick auf die rechtlichen Vorgaben, die Finanzierung sowie die regionalen Gegebenheiten und mögliche Koordinierungsstellen gerichtet. Gerade die gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden in den Interviews wenig thematisiert. Ein/e Expert\_in verweist auf die im Bundeskinderschutzgesetz festgeschriebene Koordinationsverantwortung des Jugendamtes und beschreibt diese als „sehr zäh“ (I5, Z.162). An anderer Stelle wird durch eine interviewte Person die Aufnahme der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen in die Gesetzgebung als positiv bewertet:

„Ja. Insofern ist für mich Schwangerenberatung schon mal per se Frühe Hilfen. Ja und da bin ich auch, war ich auch nach dieser Gesetzesänderung, die wir im Bundeskinderschutzgesetz haben, auch sehr froh, dass endlich die Schwangerenberatungsstellen da auftauchen“ (I1, Z. 24-27).

Die Festschreibung der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen vermittelt den hier handelnden Fachkräften eine Sicherheit und legitimiert ihre Stellung im Bereich der Frühen Hilfen. Gesetzliche Kooperationsaufforderungen können die Hemmschwelle der Akteure senken, um eine Grundlage für die Zusammenarbeit zu schaffen (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 341).

Im Rahmen der Finanzierung ihrer Angebote berichten die Expert\_innen, dass sie sowohl Anträge auf Bundesmittel und Länderfördermittel bei der Kommune oder den Ländern gestellt haben, die jedoch nicht in allen Fällen Berücksichtigung fanden. Eine interviewte Person berichtet von einem positiven Bescheid, der jedoch mit einem nicht ganz einfachen Weg verbunden ist:

„B3: Aber wir hätten gerne eine Teilhabe an den Bundesmitteln gehabt, weil wir das hier aus eigenen Mitteln finanzieren. Und hatten uns das schon immer sehr, immer Anträge gestellt und gewünscht, dass wir auch daran teilhaben können und das ist jetzt nicht gelaufen und wir haben seit Freitag die Zusage, dass wir für dieses Jahr Gelder kriegen.“

A3: [lacht] Ja, sehr schön. Herzlichen Glückwunsch.

B3: Also es hat sich gelohnt, ja, aber es war ein harter Kampf.

A3: Also ein harter Weg?

B3: War schon ein harter Kampf und alles andere wird aus Eigenmitteln bezahlt, beziehungsweise Marte Meo, diese Entwicklungs-, die videogestützte Entwicklungsberatung, die wird anteilig über Glücksspirale - das ist ein Projekt - wird über die Glücksspirale finanziert.

A3: Schön. Ja super.

B3: Ja, aber es läuft auch bald aus und dann müssen wir weiter gucken, 2014 ist Ende im Gelände. Dann müssen wir weiter gucken, wie es weiter (geht).

A3: Ende 2014 oder eher?

B3: Dann werden wir gucken, wird es dann weiter gehen in diesem Bereich, oder was wird damit oder wo kriegen wir Mittel her?“ (I3, Z. 508-533).

Es scheint als herrsche hier eine große Unsicherheit über die Verteilung und Zusage von Fördermitteln. Allerdings wird sich in der Hälfte der Interviews nicht zu finanziellen Aspekten geäußert.

Ähnlich selten werden kommunale Koordinierungsstellen benannt. Zwei Befragte berichten davon, dass das Jugendamt nach Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes die Netzwerkkoordination übernommen hat:

„Der Chef, der Leiter des Jugendamtes und eine Mitarbeiterin, die auch dann eingestellt worden ist als Koordinatorin für den Bereich Frühe Hilfen. Also die Stadt hat dann schon auch was gemacht, klar, muss sie ja auch. Der Landkreis hat jetzt nachgezogen, die haben jetzt auch eine Koordinatorin (...)“ (I1, Z. 166-169).

Darüber hinaus berichtet eine interviewte Person, dass ein/e Kolleg\_in sich in der Koordination für regelmäßige Treffen des Netzwerkes engagiert.

„Also das sind regelmäßige Treffen, das wird auch organisiert, das ist also, meine Kollegin ist zum Beispiel mit in dieser Koordination da, das als Moderation auch dann mit vorzubereiten, was sind die Themen und das ist schon sehr aktive, ist schon eine sehr aktive Zusammenarbeit, würde ich sagen, das ist nicht zufällig“ (I4, Z. 141-143).

Eine weitere befragte Person erzählt von monatlichen Koordinierungstreffen.

Werden die regionalen Gegebenheiten betrachtet, so schreiben alle Befragten diesen eine hohe Bedeutung zu. Gerade als katholischer Verein hat es ein Ortsverein in einem protestantisch geprägten Gebiet nicht immer leicht:

„Wir haben hier in A in der Vergangenheit nicht das engste Verhältnis zum Jugendamt gehabt, (...) vielleicht die anderen Beratungsstellen auch nicht, aber der SkF steht hier nicht an erster Stelle, das hat auch was damit zu tun, wie A insgesamt aufgestellt ist, ja, A als, ich sag jetzt mal, protestantische, junge Studentenstadt, da ist der SkF sowieso schon, in gewisser Weise, nicht nur in der Diaspora, aber das bringt einfach die Stadt mit sich, dass hier Frauen (...) erstmal zu ProFamilia gehen oder eben zur evangelischen Beratungsstelle, die sehr bekannt ist auch und (...) das hat natürlich dann auch wiederum Auswirkungen auf die, die unsere Kooperationspartner sind.“ (I1, Z. 154-161).

Andererseits kann gerade die christliche Zugehörigkeit als *Türöffner* fungieren, wie die befragte Person etwas später im Interview berichtet:

„Das haben wir jetzt vor, haben wir gestern beschlossen, dass wir den einladen, zusammen mit dem Leiter der Kinderklinik, der uns (...) weil er auch katholisch ist. So ist das ja (...) mit den Beziehungen und der uns wohlgesonnen ist, weil er katholisch ist und weil er zur Gemeinde gehört“ (I1, Z.243-246).

Darüber hinaus berichten einige Befragte über Vorteile durch ihre christliche Nähe in der Zusammenarbeit mit anderen christlichen Einrichtungen, wie bspw. Krankenhäusern.

Schwierig gestaltet sich die Zusammenarbeit, wenn eine Vielzahl an Akteur\_innen im Bereich der Frühen Hilfen ohne geregelte Koordination aufeinander treffen:

„Welche Angebote im Bereich Frühe Hilfen gibt es, nicht nur bei uns, sondern, Stadt- und Landkreis, hier gibt es so viel und da mal den Überblick zu behalten, ist gar nicht so einfach.“ (I1, Z. 359-361).

Insgesamt zeigt sich in den Interviews für diese Kategorie, dass regionale Besonderheiten Einfluss auf die Kooperationsbeziehungen und Netzwerke der Ortsvereine haben können. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein. Einige Interviews berichten von einer guten Zusammenarbeit mit christlichen Krankenhäusern. An anderer Stelle wird die konfessionelle Zugehörigkeit eher als nachteilig empfunden. Besonders in einem Interview werden Vor- und Nachteile gleichermaßen benannt und abgewogen.

Mit Blick auf die Finanzierung der Angebote zeigt sich die Tendenz, dass die verschiedenen Fördermittel auf Landes- und Bundesebene den Ortsvereinen Möglichkeiten zur besseren Ausgestaltung und Etablierung der Angebote Früher Hilfe ermöglichen können. Hier sind klare Vorgaben und Transparenz in der Mittelbewilligung wichtig, um Unsicherheiten bei den einzelnen Einrichtungen abzubauen und Planungssicherheit zu gewähren. Die Initiierung zentraler Koordinierungsstellen wird als förderlich und gewinnbringend erlebt. Klare Ansprechpartner\_innen und eindeutige Zuständigkeiten schaffen Transparenz und gute Strukturen für die Fachkräfte vor Ort. Hier sind die Jugendämter in der Pflicht, ihre Koordinationsverantwortung wahrzunehmen und andere relevante Akteur\_innen (vgl. §3 KKG) miteinzubeziehen.

### *Entstehung und Gründe der Kooperation mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens*

In dieser Kategorie stehen die konkreten Kooperationsanlässe im Vordergrund. Sowohl die Gründe als auch die Initiator\_innen finden hier Beachtung.

In den Interviews zeigt sich, dass Kooperationen in Frühen Hilfen den Aussagen der Fachkräfte zufolge vornehmlich dem Ziel dienen, die Unterstützung für Adressat\_innen der Angebote zu sichern und zu verbessern:

„[...] haben und wenn deutlich wird, die Familien brauchen mehr oder wünschen mehr, dass man dann auch so früh wie möglich Hilfen installieren kann“ (I6, Z. 88-89).

Die Ortsvereine verfügen eher selten über dauerhafte, institutionalisierte Kooperationsstrukturen, im Sinne einer Zusammenarbeit mit anderen Akteur\_innen, losgelöst von konkreten Einzelfällen. Vielmehr bestimmen einzelne Adressat\_innen die Kooperationspartner\_innen und bewegen die Fachkräfte zur Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen.

„A3: Lose Kooperation, okay. [...]  
B3: Ja. [...]  
A3: Ok. Und die wann zustande kommen genau dann? Also was muss passieren? [...]  
B3: Fallbezogen.[...]  
A3: Fallbezogen. Ok. [...]  
B3: Eigentlich fallbezogen“ (I3, Z. 116-126).

Besonders gut und intensiv wird die Zusammenarbeit mit den (Familien)Hebammen beschrieben. Hier findet ein regelmäßiger Austausch statt. Das folgende Zitat zeigt, dass Koordinierungsstellen die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Einrichtungen fördern und so im Einzelfall auch schnell reagiert werden kann.

„Ja. Zum Beispiel wenn eine Mutter entbunden hat im Krankenhaus und auf der Station wird deutlich, dass sie unsicher im Umgang mit dem Baby ist. Sie nicht richtig traut das Kind zu wickeln, am liebsten immer Unterstützung einer Hebamme in der Nähe haben möchte oder einfach Angst hat vor dem, was sie zu Hause erwartet. Vielleicht wenig familiäre Unterstützung. Ja, vorher der Partner sie verlassen hat. Das war jetzt der Fall in der letzten Woche. War eine sehr junge Mutter, neunzehn Jahre und dann ist die Kollegin aus der Koordinierungsstelle des Q-Hospitals angesprochen worden von den Hebammen auf der Station. Natürlich in Absprache mit der jungen Mutter. Und hat ein Gespräch mit ihr geführt und ihr verschiedene Hilfsangebote unterbreitet“ (I6, Z. 45-53).

Als Initiatoren des Kontaktes werden unterschiedliche Personen benannt. So spielen zum einen Akteur\_innen mit Koordinationsfunktion eine entscheidende Rolle, aber auch engagierte Einzelpersonen. Diesbezüglich werden des Öfteren (Familien)Hebammen aber auch die SkF-Mitarbeitenden

selbst genannt. Hebammen und Vertreter\_innen der SkF-Ortsvereine arbeiten nach Aussagen der interviewten Fachkräfte gerne zusammen und versuchen ihre Arbeit aufeinander abzustimmen bzw. durch einen fachlichen Austausch zu ergänzen. Durch die gemeinsame Zusammenarbeit können sich beide Institutionen Vorteile in Hinblick auf die Erweiterung ihres Adressat\_innenkreises verschaffen:

„Also mit den Hebammen haben wir schon lange als Beratungsstelle Kontakt, dass wir auch (...) teilweise sind wir auch eingebunden in Kursangebote, oder auch bei der Tagespflege, da haben wir den Kontakt mit den Hebammen aufgebaut“ (I5, Z. 151-153).

Durch Eigeninitiative und Engagement machen die Sozialpädagog\_innen auf eigene Angebote und Zuständigkeiten aufmerksam. Schwierig wird die Zusammenarbeit mit den Ärzt\_innen beschrieben. Diese scheinen nach Aussage der befragten Fachkräfte wenig an einer Zusammenarbeit im Kontext Früher Hilfen interessiert, obwohl sich SkF-Vertreter\_innen einen intensiveren Kontakt zur Ärzteschaft wünschen.

„Also, es hat nicht die Zusammenarbeit mit den Ärzten gefördert [lacht].

A1: Verstehe, verstehe. Ja.

B1: Also das ist (...) aber da hakt es in vielen Städten. Ich weiß das von vielen Fortbildungen, dass da in diesem Bereich leider die Zusammenarbeit noch nicht so gut ist“ (I1, Z. 307-313).

Die Kontakte zwischen den SkF-Ortsvereinen und dem Gesundheitswesen kommen häufig einzelfallbezogen zustande.

„Und natürlich hat Menschenkinder gut verstanden, dass die Schwangerenberatungsstellen Zuweiser sind für dieses Projekt. Ja, und insofern haben die sich schon auch regelmäßig, einmal im Jahr mit dem Jahresbericht uns vorgestellt“ (I1, Z. 404-406).

Des Weiteren können die SkF-Vertreter\_innen als Zuweiser für Projekte im Bereich Frühe Hilfen agieren. Dahingehend sehen die Befragten eine Chance für eine intensivere Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen. SkF-Ortsvereine haben durch ihre niedrigschwelligen Angebote einen leichteren Zugang zu allen Familien und können diese besser erreichen als andere Institutionen.

Darüber hinaus erhoffen sich Vertreter\_innen der SkF-Ortsvereine durch ihre Kontakte zum Gesundheitswesen mehr Anerkennung ihrer eigenen Professionalität, sowie mehr Verständnis und Engagement für ihre Adressat\_innen vor allem von Seiten der Ärzt\_innen. Weiterhin wünschen sich die SkF-Vertreter\_innen mehr Transparenz sowie gemeinsame Absprachen bezüglich der Beratung ihrer Adressat\_innen. Eine gemeinsame Bedarfsplanung mit Blick auf die Gegebenheiten vor Ort sowie die geäußerten Wünsche und Bedarfe der Adressat\_innen wird anvisiert. Durch eine Zusammenarbeit erhoffen sich die SkF-Vertreter\_innen eine stärkere Wertevermittlung auch mit Blick auf eine Sensibilisierung für das Kindeswohl.

### *Grundlagen der Kooperation mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens*

Über alle Interviews hinweg lassen sich vor allem das persönliche Engagement der SkF-Vertreter\_innen und die interessengeleiteten Motive ebendieser als eine weitere Grundlage für das Zustandekommen der Kontakte zwischen den SkF-Ortsvereinen und dem Gesundheitswesen verzeichnen. Ein offenes und selbstbewusstes Auftreten nennen die SkF-Vertreter\_innen als wichtige persönliche Eigenschaften, um Kontakte zum Gesundheitswesen zu ermöglichen.

„Weil es geht ja über Kontakt. Also bin ich präsent und krieg ich diese Kontakte mit oder nicht. Nutze ich diese?“ (I3, Z. 342-343).

„Und auch, wir merken auch sofort, ich sage jetzt mal, wenn ein neuer Chef irgendwo an der Kinderklinik zum Beispiel, war jetzt in den letzten Jahren, dass wir auch aktiv darauf zugehen und sagen 'Hallo, hier sind wir und wir haben das und das anzubieten.'“ I4 (Z. 144-147).

Das Gleiche gilt nach Aussage der interviewten Personen auf Seiten des Gesundheitswesens:

„Ja, mit dem Gesundheitsamt, weil die da engagiert ist und auch in diesen Arbeitskreisen vertreten, also eine hohe Präsenzzeit, Fachtage organisiert, selber auch sehr wohl über diese Infrastruktur in H Bescheid weiß. Das läuft sehr positiv“ (I3, Z. 292-294).

Persönliche Kontakte und Engagement bilden häufig die Grundlage für eine gute Zusammenarbeit. Die vorhandenen Beziehungen sind meist jedoch individuumsbezogen. Ausgearbeitete Konzepte und Curricula für die Zusammenarbeit zwischen den SkF-Ortsvereinen und den Institutionen des Gesundheitswesens liegen nur vereinzelt vor. Strukturelle Rahmungen der Zusammenarbeit sind zum Teil durch die Inkraftsetzung des BKiSchG gegeben. In diesem Kontext sind die SkF-Ortsvereine und das Gesundheitswesen auf gemeinsame Absprachen angewiesen.

### *Kooperationspraxis mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens*

Im Rahmen dieser Kategorie berichten die Interviewten, wie sich die Zusammenarbeit mit anderen Akteur\_innen in ihrem beruflichen Alltag gestaltet. Insgesamt lässt sich wiederholt eine gute Zusammenarbeit mit den (Familien-)Hebammen verzeichnen.

Die befragten Sozialpädagog\_innen berichten von unterschiedlichen Formen des Kontaktes. Besonders häufig findet die Zusammenarbeit fallspezifisch statt. Vor allem dann, wenn es um die Weitervermittlung der (werdenden) Eltern geht. Wie bereits erwähnt, beschreiben die SkF-Vertreter\_innen hier vor allem die Beziehung zu den (Familien-)Hebammen. Zwei Fachkräfte berichten von wechselseitiger Fallübermittlung:

„Aber andersherum, wenn ich in der Beratung bin, ist immer, was auch immer schon so, hat auch mit meiner eigenen Erfahrung auch zu tun, bring ich immer die Hebamme ins Spiel schon ganz früh im Gespräch erkläre den Frauen, wozu die Hebamme gut ist, sowohl in der Schwangerschaft als auch danach und dann entsteht hier oft oder immer wieder die Situation, dass entweder wir von hier auch schonmal anrufen oder ich nach Absprache mit der Frau die Hebamme kontaktiere (...) oder die Frau sie kontaktiert und sagt, ich war hier. Und danach gibt es nochmal eine Rückbindung. Oder aber es ist so, dass die Familienhebammen, wenn die nach der Geburt eingestiegen sind, hier anrufen“ (I1, Z. 326-333).

Ein/e Expert\_in beschreibt eine Zusammenarbeit über eine bloße Fallvermittlung hinaus. Hier kommt es in Einzelfällen zu gemeinsamen Beratungen im Sinne der Adressat\_innen (vgl. I6, Z. 99-101; Z. 170-174).

Auch wenn der Kontakt zu den (Familien-)Hebammen in den meisten Fällen eher durch lose Strukturen informeller Art gekennzeichnet ist, beschreiben die Fachkräfte dennoch Verlässlichkeit bei der Bearbeitung und Übermittlung:

„Ja, mit den Familienhebammen, das ist kein richtiges Treffen, sondern wie gesagt in H [lacht], ne, Kleinstadt, trifft man sich. Das läuft eher auf dieser Ebene an, ne und hat gemeinsam oder wenn ich ne Familienhebamme suche oder eine Hebamme, dann weiß ich, dann ruf bei Frau soundso oder Frau soundso“ (I3, Z. 325-328)

Von Kooperationen mit Ärzt\_innen berichten die Expert\_innen weitaus seltener. Hier scheint es eher keine oder nur sehr lose Kontakte zu geben. Ein/e Expert\_in berichtet von Besuchen in unterschiedlichen gynäkologischen Praxen, um vor Ort Flyer mit Adressen der örtlichen Beratungsstellen auszulegen (I1, Z. 250-257).

Die gängigsten Instrumente der Zusammenarbeit sind Telefongespräche, die vorrangig der informellen Absprache im Einzelfall dienen. Darüber hinaus berichten alle Befragten von organisierten Arbeits- und Netzwerktreffen, die sich stark in der Art und Weise der Umsetzung differenzieren. Sowohl die Anzahl der Teilnehmenden als auch die Regelmäßigkeit variieren stark:

„Und es gibt seit Jahren, seit, weiß ich nicht, vielleicht 6 Jahren, einen Arbeitskreis hier in A, der nennt sich Frühe Hilfen“ (I1, Z. 189-190)

„Ja, also wir haben Kontakt mit denen. Wir sind ja in diesem Netzwerk Frühe Hilfen, also in diesem Arbeitskreis mit. Und da, wenn bei Bedarf, kooperieren wir mit denen. Wenn was ist. (I3, Z. 64-65).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Ärzt\_innen und Vertreter\_innen der Krankenhäuser eher über fest installierte und formelle Instrumente wie Arbeitskreise und Netzwerktreffen mit Mitarbeiter\_innen des SkF zusammenkommen. Mit den (Familien)Hebammen hingegen werden neben formeller Zusammenarbeit auch häufig informelle Kontakte in Form von Telefonaten und persönlichen Absprachen zur Kooperation genutzt. Wie schon beschrieben, unterscheidet sich die Regelmäßigkeit und Intensität der formellen Treffen zwischen den Akteur\_innen von Stadt zu Stadt deutlich.

Mit Blick auf die Bewertung ihrer Kontakte zu den verschiedenen Vertreter\_innen des Gesundheitswesens lässt sich konstatieren, dass vor allem die Beziehungen zu den niedergelassenen, aber auch zu den in den umliegenden Kliniken arbeitenden Ärzt\_innen als ausbaufähig und verbesserungswürdig beschrieben werden.

„B3: Ausbaufähig! [lacht]

A3: Ausbaufähig? [lacht]

B3: Also der mit dem Gesundheitswesen.

A3: Ja, genau, also das ist (...)

B3: Ja, also das ist absolut noch ausbaufähig und, da haben wir noch keine Strategie zu entwickelt [lacht]“ (I3, Z. 71-80).

Eine besondere Stellung nehmen die Gynäkolog\_innen ein. Eine Zusammenarbeit scheint hier nach Aussage der interviewten Fachkräfte nicht zu bestehen.

„Also die sind eigentlich (...) durchweg, jetzt mal von den Frauenärzten abgesehen, eigentlich sehr positiv“ (I2, Z. 276-277).

Diese Tendenz spiegelt sich in allen Interviews wider. Hier besteht die Hoffnung einiger Expert\_innen, die Kontakte zu anderen Vertreter\_innen des Gesundheitswesens sowohl qualitativ als auch quantitativ zu intensivieren. Der Kontakt zu den (Familien-)Hebammen wird durchweg als positiv bewertet und die Zusammenarbeit basiert scheinbar auf gegenseitiger Wertschätzung.

Neben der Untersuchung bestehender Kooperationsstrukturen und -beziehungen ist es ein weiteres zentrales Anliegen des vorliegenden Forschungsprojektes Gelingensbedingungen und Stolpersteine für die Kooperation mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens im Bereich Früher Hilfen zu identifizieren. Die nachfolgende Analyse der beiden Hauptkategorien „Gelingensbedingungen“ und „Stolpersteine“ erfolgt daher sehr differenziert.

## *Gelingensbedingungen für die Kooperation mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens*

In dieser Kategorie finden sich Aussagen der Expert\_innen zu förderlichen Faktoren von Kooperationsbeziehungen zum Gesundheitswesen. Die Unterkategorien gliedern sich in „allgemeine, strukturelle Rahmenbedingungen“, „professionsbedingte Faktoren“ sowie „persönliche und individuelle Faktoren“.

- *Unterkategorie „allgemeine, strukturelle Rahmenbedingungen“*

Zentrales Anliegen der Befragten ist hier vor allem die Schaffung und Ausgestaltung von Beziehungen. Gesetzliche Grundlagen werden als förderlich für die Etablierung von strukturellen Angeboten der Zusammenarbeit angesehen.

„Aber ich hatte mit das so vorgestellt, dass die Stadt aufgrund des Gesetzes dann sozusagen sich überlegt, welche Institutionen müssen an einen Tisch und wie rufen wir die zusammen. Das war so meine Vorstellung von Stadt und Landkreis“ (I1, Z. 179-182).

Mit Blick auf andere Kooperationsverhältnisse im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe äußern die Befragten Hoffnungen auf weiterführende Kooperationsstrukturen auch im Bereich der Frühen Hilfen.

„Also ich würde mir wünschen, dass das wirklich eine feste Institution ist, wie es Arbeitskreise im sozialen Bereich gibt oder auch diese AG 78, die einfach vom Gesetz auch vorgegeben sind, dass es da so fest verankerte Austauschrunden oder Runde Tische oder wie auch immer man das nennen möchte gibt, wo Vertreter des Gesundheitswesens zusammen sitzen mit Jugendhilfe (...) generell. Also, das ist ja ein Phänomen, das haben nicht nur wir, dass es da hakt, das haben andere Dienste ja genauso aber dass die, das Gesundheitswesen da genauso in diese Gremienarbeit sage ich mal mit reinkommt wie unsereins auch“ (I5, Z.279-285).

Des Weiteren wird die Möglichkeit angeführt, sich von den Adressat\_innen in bestimmten Fällen von der Schweigepflicht entbinden zu lassen, sodass hier eine Kooperation mit anderen Einrichtungen möglich ist und ein intensiver Austausch im Einzelfall stattfinden kann.

„Und man kann auch, also was wir dann auch manchmal machen, dass wir halt uns von der Klientin eine Schweigepflichtsentbindung geben lassen und dann auch miteinander kommunizieren können über die Klientin. Das ist manchmal schon wichtig“ (I2, Z.153-155).

Generell wird die Etablierung gemeinsamer regelmäßiger Treffen über alle Interviews hinweg als erstrebenswert und, sofern diese schon existieren, als gewinnbringend erlebt.

„Diese Verlässlichkeit, die ist sehr wichtig. Wir haben immer einen festen Tag im Monat, an dem wir uns treffen und mit den Hebammen sowohl als auch mit den Netzwerkpartnern und darüber hinaus auch immer telefonischen Kontakt, wenn gewünscht. Aber es ist ganz wichtig, dass wir diese festen Termine haben, die auch immer stattfinden. Und wenn mal was dazwischen kommt, wird zeitnah verlegt, dass man auch wirklich am Ball bleibt und ich sage mal, keine Familie uns dann durchflutscht“ (I6, Z. 123-128).

„Ja, also da würde ich sagen, wirklich diesen Aspekt, diese immer wieder in das Gespräch zu bringen, wie die Erfahrung ist, die wir gemacht haben. In diesem Blick, in diesem Blick auf das Kind auch. Also, dass zum Beispiel auch bei solchen Arbeitskreistreffen eben jeder letztendlich seine Erfahrung mit in diesen Kreis rein gibt. Damit es diesen Fokus einfach behält. Also damit die anderen, damit allen wichtig bleibt sich darum zu kümmern“ (I4, Z. 226-230).



Während eine freiwillige Teilnahme der Akteur\_innen des Gesundheitswesens an gemeinsamen Treffen stets davon abhängt, dass die Beteiligten einer Kooperation überhaupt entsprechende Relevanz zuschreiben, stellt eine verpflichtende Teilnahme das Erscheinen aller Beteiligten und somit einen regelmäßigen Austausch sicher. Durch den Ausbau von Verbindungen kann gewährleistet werden, dass Adressat\_innen sowohl auf medizinischer Ebene als auch im Bereich Früher Hilfen durchgehend gut versorgt werden, so die Aussage in fast allen Interviews. Um diese umfassende Versorgung konstant gewährleisten zu können, muss eine Zusammenarbeit fest in den jeweiligen beruflichen Alltag integriert werden und von Verlässlichkeit bestimmt sein.

Darüber hinaus werden regelmäßige Arbeitstreffen zur stärkeren Vernetzung und Zusammenarbeit auch als Möglichkeit für weiterführende Projekte und Angebote angesehen.

„Und so was kriegt man in einer Gruppe, wo man mit anderen redet viel eher mit, wenn man sich vernetzt: ‚Was wäre denn vielleicht noch so eine Idee?‘“ (I4, Z. 245-246)

Gleichzeitig wird die Rolle des Trägers bei der Ausgestaltung der Angebote und der Identifikation der/ des Einzelnen mit dem Projekt von mehreren Expert\_innen betont.

„Und da würde ich mir auch von so einem Träger wünschen, wie jetzt SKF, da auch noch mal andere Inputs zu geben und da auch noch mal zu sagen, aber das andere ist auch sehr, sehr wichtig“ (I4, Z. 213-215).

Die gleiche Person beschreibt die förderliche Wirkung durch das Engagement des SkF-Gesamtverbandes mit dem Projekt „Guter Start ins Leben“:

„Auch von 'oben', auch der SkF beschäftigt sich auf einmal, macht solche Poster und Angebote und gibt dem Kind so einen Namen, ‚Guter Start ins Leben‘“ (I4, Z. 108-109).

In diesem Zitat wird deutlich, dass das Engagement des Gesamtverbandes die Relevanz des Arbeitsbereiches Früher Hilfen unterstreicht. Die Ortsvereine sind somit *Teil eines Ganzen*.

- *Unterkategorie „professionsbedingte Faktoren“*

Die Grundvoraussetzung für gute Zusammenarbeit ist das Wissen über die jeweiligen Kooperationspartner\_innen. Es ist wichtig, sowohl die eigenen Angebote und Grenzen als auch die anderer Akteur\_innen zu kennen, um die bestmögliche Versorgung/Unterstützung der (werdenden) Eltern und Kinder zu gewährleisten, so die Auffassung der befragten Fachkräfte:

„Dass auch wir wissen, dass die von unserer Arbeit wissen und genau, eben wissen was wir tun und in welchen Fällen eben man auch die Frauen zu uns verweisen kann“ (I2, Z. 201-202).

„Ja, dass die eigentlich diesen Teil übernehmen, die medizinischen Informationen auch für Frauen. Und (...) auch dass Frauen, dass man weiß, wo man die hinschickt, mit wem sie zu tun haben. Das finde ich immer ganz wichtig, dass das so vertraut ist. Aber auch, dass sie offen sind für dieses Frühe Hilfen Angebot“ (I3, Z. 93-96).

Um Fragen zu klären und Probleme zu lösen ist es nötig zu wissen, an wen sich gewendet werden kann, wer welche Aufgaben übernimmt. Die Zuständigkeiten sollten dabei dauerhaft bestehen. So betont eine Befragte die Relevanz fester Ansprechpartner\_innen:

„Sondern ich denke, das hat was mit Haltung dem anderen gegenüber zu tun. Wie offen bin ich für das, was es noch gibt und mache ich mich schlau über Hilfsangebote oder unterstützende Maßnahmen

und gucke was ist der Bedarf. Das ist. Die ist immer Ansprechpartner, wenn irgendwas ist, also ne gute Adresse und ist mit Rat und Tat zur Seite“ (I3, Z. 306-310).

Ein/e Expert\_in betont die eigene Stellung und unterstreicht das Selbstbewusstsein durch die Ausbildung. Diese steht hier zum einen für ein Qualitätsmerkmal der eigenen Arbeit, zum anderen ermöglicht es der Fachkraft ein selbstbewusstes Auftreten und ein Kooperieren ‚auf Augenhöhe‘ mit Vertreter\_innen anderer Professionen:

„Wir sind gut ausgebildet, auch jetzt gerade in der Schwangerenberatung hier“ (I4, Z. 185).

Eine befragte Person äußert die Vermutung, dass die Zusammenarbeit mit Fachkräften ähnlicher Professionen leichter sei.

„Und ich glaube, da tun wir Pädagogen, Pädagoginnen oder Sozialpädagoginnen uns, oder Psychologinnen, da ist es auch leichter (...) in der Zusammenarbeit. Ja“ (I1, Z. 484-486).

Diese Aussage spiegelt die gefühlte und erlebte Distanz in der Arbeit mit Ärzt\_innen wider. Die Arbeit mit anderen pädagogischen oder psychologischen Fachkräften scheint aufgrund der gemeinsamen bzw. ähnlichen Ausbildung leichter zu sein. Gleiches gilt für die (Familien-)Hebammen, die, wie bereits beschrieben, den SkF-Vertreter\_innen näherstehen, wodurch die Zusammenarbeit besser gelingt.

- *Unterkategorie „persönliche, individuelle Faktoren“*

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass gerade die persönlichen, individuellen Faktoren einen Großteil der Gelingensbedingungen ausmachen. Diesbezüglich werden von den Fachkräften Verlässlichkeit, Engagement, Kommunikationsbereitschaft, Interesse und gegenseitige Wertschätzung angeführt. Besonders häufig wird die Relevanz des persönlichen Kontaktes von den Expert\_innen betont:

„Also ich denke, das ist schon gut, wenn man sich kennt, (...) (I2, Z.144).

„Ich denke, wenn man sich kennt, dann kann man so ein Beratungsgespräch anders führen, wie wenn jetzt zwei fremde Personen da sitzen. Und (...) man kann sich die Bälle zuspieren zum Beispiel. [schmunzelt]“ (I2, Z. 150-153).

„Also das ist schon sehr hilfreich (...), dass da ein persönlicher Kontakt besteht. Dass auch wir wissen, dass die von unserer Arbeit wissen und genau, eben wissen was wir tun und in welchen Fällen eben man auch die Frauen zu uns überwiesen kann“ (I2, Z. 200-202).

Die Fachkräfte betonen in allen Interviews, dass das ‚Sich-Kennen‘ und ‚Übereinander-Bescheid-Wissen‘ wichtige Faktoren für die Zusammenarbeit sind, sowohl in einem gemeinsamen Beratungsgespräch als auch bei der Überweisung/ Vermittlung (werdender) Eltern. Hier können auch private Kontakte von Vorteil sein, bspw. steht ein Arzt dem hiesigen SkF-Ortsverein durch seine Zugehörigkeit zu der Gemeinde nah und sucht auch in der Arbeitsbeziehung Kontakt zu SkF-Mitarbeiter\_innen. Ein weiterer Gelingensfaktor ist die Verlässlichkeit der Kooperationspartner\_innen. Alle befragten Fachkräfte nennen diese als ein zentrales Charakteristikum gelingender Zusammenarbeit:

„Ja, also auf jeden Fall. Diese Verlässlichkeit, die ist sehr wichtig“ (I6, Z. 123).

„Natürlich solche Vereinbarungen, wie zum Beispiel Schutzauftrag gewährleisten. Dann Zuverlässigkeit und regelmäßige Austauschtreffen, also wir haben regelmäßige Koordinierungstreffen“ (I6, Z. 112-114).

In dem letzten Zitat verweist die sozialpädagogische Fachkraft zusätzlich auf die Relevanz der Verbindlichkeit und Regelmäßigkeiten. So können geregelte Strukturen die Zusammenarbeit der Fachkräfte unterschiedlicher Professionen unterstützen und fördern.

Darüber hinaus sind motivationale Aspekte entscheidend für die Bereitschaft zur Kooperation. Die befragten Fachkräfte legen grundsätzlich Wert auf gegenseitige Wertschätzung und Offenheit in Arbeitskontexten:

„A3: Schön. Gibt es denn da eine Grundlage der Zusammenarbeit?  
B3: Das ist Offenheit und die Haltung“ (I3, Z. 296-298).

„Es gibt keinen Kontrakt oder Vertrag dazu, sondern ich denke, das hat was mit Haltung dem anderen gegenüber zu tun. Wie offen bin ich für das, was es noch gibt und mache ich mich schlau über Hilfsangebote oder unterstützende Maßnahmen und gucke was ist der Bedarf. Das ist. Die ist immer Ansprechpartner, wenn irgendwas ist, also ne gute Adresse und ist mit Rat und Tat zur Seite“ (I3, Z. 306-310).

Nach Ansicht der Befragten ist sowohl die fachliche als auch die persönliche Offenheit und Wertschätzung sehr wichtig. So ist das Wissen über die Angebote anderer Einrichtungen entscheidend, um so auf die Handlungsgrenzen einzugehen, aber auch die persönliche Haltung und die Bereitschaft, sich auf seinen Gegenüber einzulassen, ist relevant.

„Ja, so diese Zusammenarbeit mit den Hebammen, das ist eigentlich eine gute Sache, weil die haben Interesse auch, die sehen die Notwendigkeit oder haben auch für ihre Arbeit dann dadurch Vorteile oder sie gewinnen einfach neue Patientinnen, also das finde ich eigentlich eine gute Sache, dass das so ein gegenseitiges Geben und Nehmen auch ist. Dass beide voneinander profitieren, aber sich beide auch ergänzen können“ (I5, Z. 307-311).

In diesem Zitat ist ferner eine *Kosten-Nutzen-Abwägung* der Fachkraft zu erkennen. So wird die Motivation zur Kooperation dadurch gesteigert, dass beide Seiten sich einen Vorteil versprechen – in diesem Fall eine höhere Anzahl von Adressat\_innen.

Insgesamt lässt sich für diese Kategorie konstatieren, dass von den Expert\_innen zahlreiche Gelingensbedingungen für die Kooperation mit Akteur\_innen aus dem Gesundheitswesen benannt werden wurden. So werden feste Strukturen wie regelmäßige Treffen, Koordinatoren und konkrete Ansprechpartner\_innen von mehreren Befragten als positiv bewertet. Des Weiteren gilt es als förderlich, wenn die Angebote anderer Einrichtungen/ Institutionen bekannt sind, sodass auch hier sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen der Arbeit transparent sind. Auf persönlicher/ individueller Ebene werden vor allem Eigeninitiative, Engagement sowie Interesse an der Zusammenarbeit angeführt.

### *Stolpersteine für die Kooperation mit Akteur\_innen des Gesundheitswesens*

In dieser Kategorie wird das Augenmerk auf hinderliche Faktoren in der Kooperation zwischen SkF-Ortsverbänden und dem Gesundheitswesens gelegt. Die Strukturierung der Unterkategorien bedient sich der gleichen Aufteilung wie die vorangegangene. So erfolgt auch hier eine Unterteilung in „allgemeine, strukturelle Rahmenbedingungen“, „professionsbedingte Faktoren“ sowie „persönliche und individuelle Faktoren“.

- *Unterkategorie „allgemeine, strukturelle Rahmenbedingungen“*

Mit Blick auf die strukturellen Rahmenbedingungen lassen sich vor allem finanzielle Faktoren für das Gelingen und das Engagement der Beteiligten in der Zusammenarbeit anführen.

„(...) immer schwierig ist, wenn da ein Krankenhaus keine Abrechnungsmöglichkeit hat oder ein Arzt, dann werden die natürlich wenig motiviert sein oder wenig auch machen können. Und da müsste irgendwie was verändert werden, dass die andere Möglichkeiten haben sowas auch zu nutzen, weil da profitieren die Ärzte ja letztendlich auch von, wenn die Frauen gut beraten sind“ (I5, Z.287-291).

„Ich denke schon, dass immer so Dinge wie Abrechnungen und 'Läuft das über Krankenkasse?', das sind auch immer so Dinge, die bei den Hebammen Thema sind, dass man mal gucken muss, was übernimmt die Krankenkasse, was nicht und da muss ich leider feststellen, dass die Krankenkasse da sehr wenig übernimmt“ (I6, Z. 212-215).

Die Unsicherheit bei den Fachkräften über Abrechnungsmöglichkeiten wird in mehreren Interviews benannt. Gerade auf Seiten der Ärzt\_innen scheint es hier große Unsicherheiten und generelle Schwierigkeiten zu geben. Dies wirkt sich vermutlich auf die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und auf das Engagement in Arbeitskreisen und bei Netzwerktreffen aus. Gerade hier scheinen es, wie das vorangegangene Zitat zeigt, keine Möglichkeiten der Kostenabrechnung für die aufgebrauchten Ressourcen zu bestehen. Würden mehr finanzielle Mittel (bspw. von den Krankenkassen) zur Verfügung gestellt könnten nach Ansicht der Befragten auch das Interesse von Akteur\_innen des Gesundheitswesens an einer Zusammenarbeit mit dem SkF ansteigen. Hierdurch könnten wiederum umfassende Unterstützungsangebote für die Adressat\_innen realisiert werden:

„Aber ich denke, grundsätzlich ist es schon ein Problem, weil ich glaube einfach, dass man noch viel mehr Familien erreichen könnte oder das Jugendamt noch viel mehr Möglichkeiten hätte, wenn das Gesundheitssystem auch finanziell da nochmal mehr einstehen würde. Ich denke, das ist ein sehr erschwerender Faktor“ (I6, Z. 223-227).

Finanzielle Unsicherheiten stellen bei der Ausgestaltung des Angebots der Ortsvereine auch ein internes Problem. Planungsunsicherheiten und fehlende finanzielle Ressourcen verhindern eine weitere Zusammenarbeit und die Initiierung neuer Projekte mit anderen Trägern.

„Ja, und dann scheitert es ständig an den Geldern“ (I1, Z. 498).

„Dann werden wir gucken, wird es dann weiter gehen in diesem Bereich, oder was wird damit oder wo kriegen wir Mittel her?“ (I3, Z. 532-533).

„Die hatten uns auch Gelder zugesagt für dieses Jahr, tun sich jetzt aber sehr schwer die auszuzahlen [lacht]. Das ist im Moment gerade in der Schweben“ (I1, Z. 178-179).

„(...) Aber eine Ausweitung, eine Neugewinnung von Paten und wirklich eine Umkonzipierung in ein Patenschaftsmodell, das schaffen wir mit unseren Stunden einfach nicht. Und da ist im Moment nicht klar, es ist alles beantragt, aber ob wir Mittel kriegen sowohl von Land, Stadt oder aber Bistum, (...) das ist noch nicht klar. Und das wird sich vermutlich auch erst im Januar entscheiden. Wie wir dann weitermachen, wenn wir keinerlei Gelder kriegen, das ist noch im Moment nicht klar“ (I1, Z. 71-76).

Die Beispiele zeigen, dass nicht vorhandene Gelder und Abrechnungsmöglichkeiten hinderliche Faktoren für Kooperationsbeziehungen sind. Daran anknüpfend lassen sich in vielen Interviews fehlende verbindliche Strukturen für die Zusammenarbeit identifizieren. So finden zwar bei manchen Ortsvereinen regelmäßige Arbeitstreffen und einer fachlicher Austausch statt, allerdings gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Humanmediziner\_innen hier am schwierigsten. Zu den (Familien-)

Hebammen scheint es bessere und nachhaltigere Beziehungen zu geben. Ein/e Expert\_in beschreibt die vergeblichen Bemühungen einer anderer Mitarbeiterin Kontakte zu einem Kinderarzt vor Ort herzustellen:

„Und es gibt seit Jahren, seit, weiß ich nicht, vielleicht 6 Jahren, einen Arbeitskreis hier in A, der nennt sich Frühe Hilfen und der ist initiiert von einem Kinderarzt und von einer Mitarbeiterin in der Schreiambulanz. Die beiden haben das vor Jahren ins Leben gerufen, auch mit der Zielsetzung andere Kinderärzte mit ins Boot zu kriegen. Die Kinderärzte sind nie gekommen, also es gibt keinen einzigen weiteren Kinderarzt, der da je dran teilgenommen hat, aber die Institutionen sind zum Teil eingeladen worden fest an diesem Kreis teilzunehmen. Und der SkF war da nicht dabei“ (I1, Z. 189-195).

Ein/e Sozialpädagog\_in verweist darüber hinaus auf regionale Besonderheiten und auf die konfessionelle Zugehörigkeit des Trägers als hinderlichen Faktor für den Aufbau von Kooperationsstrukturen.

„Also es hier nochmal sehr stark auch SkF (...) es hat sehr viel damit zu tun hier in A, meines Erachtens, dass wir die Schwangerenberatung und katholisch, in diesen Ecken, Land hier, es nicht sehr leicht haben“ (I1, Z. 226-229).

- *Unterkategorie „professionsbedingte Faktoren“*

Hinsichtlich der professionsbedingten Faktoren lassen sich vorrangig Probleme mit Vertreter\_innen des Gesundheitswesens, speziell mit Mediziner\_innen, konstatieren. Es scheint als bestehe ein unzureichendes Verständnis über die Notwendigkeit der Kooperation auf Seiten der Ärzt\_innen sowie Unwissenheit über die Handlungslogiken und Arbeitsabläufe der Ortsvereine. Die unterschiedliche Wahrnehmung der Adressat\_innen sowie die unterschiedlichen Arbeitsaufträge (beratend vs. kurativ) scheinen aus Sicht der befragten Fachkräfte fast unüberwindbare Barrieren darzustellen:

„Und gibt es da besondere Auffälligkeiten, besondere Schwierigkeiten, (...) und ich glaube, dass das (...) vielleicht auch an deren Bewusstsein zu wenig drin ist, wie wir da denken und arbeiten, es ist halt nun mal ganz anders, das ist ein ganz anderes Arbeiten. Und, meine Idee war immer, auch gerade im Bereich, damals, pränatale Diagnostik, als wir das hier so (...) voller Energie erst mal angegangen sind mit dem Arbeitskreis, den Flyern und (...) da war immer die Idee, (...) gerade bei diesem schwierigem Thema, pränatale Diagnostik, da müssten doch die Ärzte sehr dankbar dafür sein, dass wir denen sozusagen, diese schwierigen Gespräche abnehmen“ (I1, Z. 454-461).

„Ja, ich glaube, dass wir uns gegenseitig, also (...), ich mein, ich kann in deren, also vielleicht verstehe ich auch zu wenig deren Lebenswelt“ (I1, Z. 443-444).

„Dass da von Arztseite so wenig Wissen und Verständnis für unsere Arbeit uns entgegen gebracht wird“ (I2, Z. 296-297).

„Also bei den Ärzten trifft man leider immer wieder auf, ja, Abwehr, weil die oft der Meinung sind, ja was wir eigentlich wollen. Sie machen doch schon psychosoziale Beratung auch. Und (...) ja, also dieser Kontakt gestaltet sich immer als etwas schwierig“ (I2, Z. 259-261).

„Und die Frauen landen bei uns oder bei den Ärzten, aber die haben den Blick da nicht so drauf, was da gebraucht wird und insofern sind die Schwangerenberatungsstellen prädestiniert aus meiner Sicht. Was sich aber meines Erachtens noch nicht so niedergeschlagen hat im Bewusstsein“ (I1, Z.32-35).

In diesen Aussagen spiegelt sich das Gefühl fehlender Wertschätzung sowie fehlendes fachliches Verständnis wider. Zudem verweist ein/e Expert\_in auf die unterschiedlichen Aufträge und die Auslegung dieser:

„Nicht alles, was technisch geht, ist unbedingt gut. Und das ist so, da haben wir glaub ich sehr unterschiedliche Meinungen“ (I5, Z. 206-207).

„[...] weil da profitieren die Ärzte ja letztendlich auch von, wenn die Frauen gut beraten sind, obwohl dann sind sie auch vielleicht kritischer, ist vielleicht auch nicht so gewünscht aber (...) da ist so im Denken in den Köpfen im Gesundheitswesen ein bisschen was noch nötig“ (I5, Z. 290-293).

Es zeigt sich eine kritische Haltung gegenüber den Ärzt\_innen. Die Vermutung, dass aufgeklärte (werdende) Eltern nicht immer in das professionelle Verständnis von Mediziner\_innen passen und so der/die *uninformierte Patient\_in* lieber gesehen wird, sind Vorurteile, die die Zusammenarbeit belasten bzw. erschweren können.

- *Unterkategorie „persönliche, individuelle Faktoren“*

Im Rahmen dieser Kategorie werden Aussagen zu den persönlichen und individuellen Faktoren von schwierigen Arbeitsbeziehungen genauer betrachtet. Fehlende Motivation, geringe Wertschätzung und wenig Engagement sind Gründe, die auch schon in den vorangegangenen Kategorien angeführt wurden.

Es zeigt sich erneut, dass die meiste Kritik sich gegen Ärzt\_innen richtet. Bemühungen der Kontaktaufnahme und Information über eigene Angebote und die eigene Arbeit gestalten sich schwierig. Ein/e Befragte/r berichtet von einem enttäuschenden Erlebnis bei der Verteilung von Informationsmaterial über SkF-Angebote:

„Das heißt, entweder die sind nie verteilt worden oder die sind gleich weggeworfen worden oder, wir wissen es einfach nicht. Also, es hat nicht die Zusammenarbeit mit den Ärzten gefördert [lacht]“ (I1, Z. 306-308).

Die Qualität der Kooperation bzw. der Aufbau von Kooperationsbeziehungen hängt mit dem Engagement der beteiligten Individuen zusammen. Besteht dieses Interesse nicht bzw. macht es den Anschein, als würde das Interesse nicht bestehen, gestaltet sich die Kontaktaufnahme schwierig:

„Ja, ich glaube, dass die gar kein großes Interesse haben, weil es vielleicht tu ich denen da Unrecht, aber ich weiß gar nicht, ob die da so ein großes Interesse haben, an diesen anderen Dingen, die es gibt. Ne“ (I3, Z. 228-230).

Wie sich hier zeigt, äußert die Fachkraft eine Vermutung aufgrund ihrer vorangegangenen Erfahrungen. Schlechte Erfahrungen können Einfluss auf zukünftige Arbeitsbeziehungen haben. Die Fachkräfte stellen gewisse Erwartungen an ihr Gegenüber.

„Ich glaube das größte Problem ist wirklich so die Einstellung, die die Akteure im Gesundheitswesen haben, dass die (...) ja nicht so dieses vernetzte Denken haben oder dass das für ihre Arbeit wichtig ist. Und das ist glaub ich das Problem, was man auch am schwierigsten wahrscheinlich gelöst kriegt“ (I5, Z. 299-302).

Die gestellten Erwartungen werden auch mit der Professionszugehörigkeit und dem Berufsbild verknüpft. So geht ein/e SkF-Vertreter\_in davon aus, dass Kooperationen im medizinischen Bereich grundsätzlich nicht relevant für die alltägliche Arbeit von Ärzt\_innen sind. An anderer Stelle äußert sich die Person verständnisvoll über die Situation der medizinischen Fachkräfte, sofern diese ihre Freizeit für die Arbeitskreise opfern müssten:

„Aber dadurch, dass das für die eine Extraaufgabe ist, was ja nirgendwo abrechenbar ist, sind die immer sehr schwer zu motivieren dazuzukommen“ (I5, Z. 132-134).

Entscheidend für eine gelingende Zusammenarbeit sind nach Aussagen der befragten Personen die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Hinderliche Faktoren für Kooperationen sind laut den Expert\_innen zum einen fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen, zum anderen Desinteresse und fehlende Motivation auf Seiten des Gesundheitswesens.

## 5. Zusammenfassung

Alle befragten Fachkräfte erachten Kooperationen für den Bereich Früher Hilfen als bedeutsam. Damit diese auch gelingt, ist es wichtig, dass einige Bedingungen mit Blick auf strukturelle Rahmenbedingungen, angewandte Instrumente zum Aufbau und zur Etablierung von Kooperationsstrukturen sowie persönliche und individuelle Faktoren erfüllt werden.

### *strukturelle, allgemeine Rahmenbedingungen*

Seit Inkrafttreten des BKiSchG 2012 ist die Kooperationsnotwendigkeit gesetzlich gerahmt und Bedingungen sind definiert. Gesetzliche Regelungen fördern die Bereitschaft der Fachkräfte, sich auf Kooperationsbeziehungen einzulassen. Sie sind ein starkes, aber nicht ausreichendes Argument für die Etablierung nachhaltiger und lebendiger Kooperationen, so führen bspw. van Santen und Seckinger (2003) aus (vgl. ebd.: 341). Das BKiSchG ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, aber keine endgültige Lösung. „Die Regelungen im Gesetz, die das Gesundheitssystem und dessen Mitwirkung in lokalen Netzwerken betreffen, werden allein im Jugendhilferecht beschrieben“ (Ziegenhain 2012: 49). Hier fehlt, so Ziegenhain (2012), das Engagement des Bundesministeriums für Gesundheit im Bereich der Frühen Hilfen. Kindler et al. (2014) verweisen darüber hinaus auf die fehlende Schnittstelle zum SGB V, „die erforderlich wäre um dem Interdisziplinären Grundgedanken der Frühen Hilfen gerecht zu werden“ (vgl. ebd.: 4). Würde die gesetzliche Grundlage weiterführende Regelungen für die interdisziplinäre Ausgestaltung der Netzwerke beinhalten, so wäre hier eine gute Grundlage für zukünftige Kooperationen an den Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen geschaffen.

Ähnliche strukturelle Probleme zeigen sich in der Finanzierung der Angebote. Wie von den Expert\_innen angeführt, gibt es bspw. für Ärzt\_innen kaum Abrechnungsmöglichkeiten für ihr Engagement bspw. im Rahmen von Netzwerktreffen, Arbeitskreisen, Kooperationsveranstaltungen. Auf diesen Umstand verwies das DIJuF schon 2010. Auch hier ergab sich keine Änderung mit Einführung des BKiSchG. Die Zeit, die für die psychosoziale Behandlung von Patient\_innen bemessen wird, ist sehr knapp (vgl. DIJuF 2010: 13).

### *Verfahrensweisen und Instrumente*

Bezüglich der Ausgestaltung konkreter Netzwerkarbeit sowie Kooperationen vor Ort berichten die Expert\_innen in den Interviews von sehr unterschiedlichen Erfahrungen. Einige nehmen an regelmäßigen interdisziplinären Arbeitskreisen oder Treffen teil, andere berichten von persönlichen Gesprächen oder Telefonaten sowie spontanen Besuchen im Einzelfall. Somit wird eine Vielzahl an möglichen Instrumenten genannt. Lediglich die Institutionalisierung dieser Instrumente scheint nicht gegeben. Vor allem mit Blick auf Einzelfällen, in denen Eltern(teile) akut Belastungen äußern und überfordert sind, berichten die Expert\_innen von dem Zusammenwirken unterschiedlicher Einrichtungen. Dabei ist im Bereich der Frühen Hilfen, aber vor allem auch im Bereich des Kinderschutzes der Druck

der in akuten Situationen auf den Fachkräften lastet, enorm hoch. Die Erfahrung zeigt, dass gerade in diesen Einzelfällen die Kooperationen scheitern, sofern es keine nachhaltig etablierten Strukturen gibt (vgl. Ziegenhain 2012: 45). Vielmehr müssen in ruhigen Situationen fallübergreifende Koordinations- und Netzwerkstrukturen erarbeitet werden (vgl. ebd.). Grundsätzlich sind für die Zusammenarbeit geregelte Absprachen unabdingbar:

„[...] [A]nfängliche Verständigung ist insbesondere bei stark divergierenden Erwartungen und Zielsetzungen bezüglich des Kooperationsinhaltes oder übergeordneten Zielsetzungen, denen sich keine der beteiligten exklusiv verpflichtet fühlt und die zusätzlich durch unterschiedliche Handlungslogiken der Herkunftsorganisationen oder persönlichen Ressourcen bedingt sein können, entscheidend“ (van Santen/ Seckinger 2003: 343).

Schriftliche Kooperationsvereinbarung, die gemeinsam erarbeitet werden, schaffen mehr Transparenz und Sicherheit für die Fachkräfte (vgl. Böttcher et al. 2008: 132). Laut Aussagen in den Interviews fehlen schriftliche Vereinbarungen zumeist. Vieles scheint in der Praxis auf informellem Weg abzulaufen. Gerade im Hinblick auf die mögliche Fluktuation von Fachkräften und der Nachhaltigkeit von Kooperationsbeziehungen erscheinen schriftliche Vereinbarungen jedoch sinnvoll (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 343).

Darüber hinaus sind klare Zuständigkeiten ein gewinnbringender Faktor. In zwei Interviews wurde davon berichtet, dass das Jugendamt vor Ort eine Koordinationsstelle eingerichtet hat. Hier haben die Fachkräfte eine/n konkrete/n Ansprechpartner\_in. Vor allem bei schwierigen und emotional belastenden Fällen bieten klare Strukturen und geregelte Zuständigkeit den Fachkräften Orientierung und Sicherheit (vgl. ebd.). Die Bundesinitiative Frühe Hilfen fördert zudem die Etablierung und Qualifizierung von Netzwerkkoordinator\_innen (vgl. Hoffmann et al. 2013: 7). Diese Bemühungen zielen auf die Verbesserung der Netzwerke Früher Hilfen und deren Koordination ab. Die Netzwerkkoordination obliegt den zuständigen Jugendämtern. Zusätzlich empfiehlt das NZFH (2013) die Implementierung einer Steuerungsgruppe, die die beteiligten Personen und Institutionen beratend begleitet (vgl. ebd.: 10). Darüber hinaus werden (onlinebasierte) Foren empfohlen (vgl. ebd.) – ähnlich der Treffen, die einige Expert\_innen bereits erwähnten – in denen über gemeinsame Anliegen gesprochen werden kann. Ein/e Expert\_in beschreibt ein Zusammenkommen, bei dem eine Kollegin die Moderation übernahm und die beteiligten Akteur\_innen dazu aufgerufen waren, eigene Themen und Anliegen in das Netzwerktreffen einzubringen. Dieses Vorgehen gibt den Kooperationspartner\_innen die Möglichkeit zu partizipieren und die Themen nach den eigenen Bedürfnissen auszurichten. Dadurch wird die Verantwortung verteilt und darüber hinaus besteht die Möglichkeit, aktuelle Anliegen zu bearbeiten und flexibel auf Veränderungen zu reagieren. In diesem Bereich scheint ein Ortsverein verbindliche Strukturen bereits etabliert zu haben.

Grundsätzlich sollte die Vernetzung zwischen dem SkF und der Ärzt\_innenschaft weiterhin intensiviert werden. Einheitliche und überregionale Absprachen durch die Entwicklung gemeinsamer Kooperationskonzepte müssen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sowie der Generierung von Qualitätsstandards hinsichtlich der Beratung und Betreuung der Adressat\_innen Früher Hilfen getroffen werden. Hier ist eine aktive Auseinandersetzung mit den Handlungslogiken der anderen Professionen unabdingbar (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 353). Unterschiedliche berufliche Sozialisierungen, divergierende Aufgaben und Aufträge sowie unterschiedliche Handlungslogiken können zu Kommunikationsproblemen zwischen den einzelnen Professionen führen (vgl. ebd.: 293). Dabei ist Kooperation auch immer Kommunikation (vgl. ebd.: 291). Jede Organisation verfügt über eine eigene Sprache und eigene Verfahrensweisen. Der Austausch und das Formulieren von gemeinsamen Zielen bietet die Möglichkeit, sich eine eigene Kommunikationsstruktur aufzubauen (vgl. ebd.: 339; Böttcher



et al. 2008: 130 ff.). Die vielfältigen Beispiele der Expert\_innen haben gezeigt, dass es unterschiedliche Handlungs-, Denk- und Orientierungsmuster bei den Akteur\_innen gibt. Um Missverständnissen vorzubeugen und das Zusammenwirken effektiver zu gestalten, ist es notwendig, sich auf einen gemeinsamen Sprachcode zu einigen. Definitionen, klare Absprachen sowie der Austausch von Informationen sind notwendige Bedingungen für eine effektive Zusammenarbeit. Möglichkeiten des *sich besser Kennenlernens* werden begünstigt und darüber hinaus wird eine gemeinsame Kommunikationsstruktur durch die Interaktion über Zuständigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen der Angebote, Ziele und Vorstellungen gefördert. Böttcher, Bastian und Lenzmann (2008) empfehlen zudem ein informelles Kennenlernen vor der eigentlichen, fachlichen Zusammenarbeit, um den Beteiligten die Gelegenheit zu geben sich gegenseitig zu „beschnuppern“ (ebd.: 130).

### *persönliche, individuelle Faktoren*

Viele Faktoren, die über das Gelingen oder Scheitern einer Beziehung bestimmen, sind persönlicher Natur. In den Interviews wurde eine Vielzahl wichtiger Faktoren genannt, darunter die Zeit als Ressource, die gegenseitige Wertschätzung, gegenseitiges Vertrauen, das Wissen übereinander und nicht zuletzt das persönliche Engagement, um hier nur einige wichtige Aspekte zu nennen. Koordinierte Treffen können den Fachkräften helfen, Vorteile abzubauen und einen Raum für den fachlichen aber auch persönlichen Austausch zu bieten. Alle institutionalisierten Arrangements können jedoch zwischenmenschliche Aspekte – wie Sympathie – nicht vollständig wettmachen. Es können von Seiten der Organisation und der Netzwerkpartner\_innen Strukturen und Bedingungen für eine gute Kooperationsbasis geschaffen werden; wie diese letztendlich von den einzelnen Fachkräften angenommen wird, entscheidet sich oftmals individuell. Wichtige Gelingensbedingungen sind das Gefühl der aktiven Partizipation in den Kooperationen sowie eine Begegnung auf Augenhöhe (vor allem mit anderen Professionen) (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 343, 223 f.). Grundlegend für die Kooperationen ist die Bereitstellung der nötigen Ressourcen auch von Seiten der Arbeitgeber. Zeit wird von den Expert\_innen immer wieder als wichtiger Faktor benannt. Dies spiegelt sich auch in der Fachliteratur als entscheidende Bedingung für gelingende Implementierung von Kooperationsstrukturen wider (vgl. Böttcher et al. 2008: 128).

Kooperationspartner\_innen können sich besser mit ihrem Netzwerk und ihrer Arbeit identifizieren, wenn es nach außen sichtbare Strukturen gibt (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 344). So kann also eine gemeinsame Identität entwickelt werden, die den Mitarbeitenden ein Zugehörigkeitsgefühl vermittelt und die Strukturen nach außen hin legitimiert. Dadurch können auch Erfolge dem jeweiligen Netzwerk besser zugeschrieben werden (vgl. ebd.). Eine solche „corporate identity“ entwickelt sich in der Interaktion in einem Aushandlungs- und Identifikationsprozess, der nicht ausschließlich von *oben* vorgegeben werden kann.

## 6. Fazit

Ausgehend von der Forschungsfrage „Wie gestalten sich die Kooperationen von SkF-Ortsvereine mit dem Gesundheitswesen im Bereich Früher Hilfen und welche Gelingensbedingungen und Hindernisse lassen sich identifizieren?“ lässt sich konstatieren, dass im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes gezeigt werden konnte, dass zwischen den u.a. von Renner/ Heimeshoff (2010: 28ff.) als relevant angesehenen Institutionen – insbesondere zwischen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und denen des Gesundheitswesens – bereits eine Vielzahl an interdisziplinären Kooperationen be-

stehen, bspw. mit Jugendämtern, (Familien-) Hebammen und Gesundheitsämtern. Lediglich mit den Ärzt\_innen und Kliniken vor Ort gestaltet sich die Vernetzung schwierig. Vieles hängt diesbezüglich von dem individuellen Engagement einzelner Fachkräfte ab.

Hinsichtlich der Frage, wie interdisziplinäre Kooperationsstrukturen und -beziehungen mit dem Gesundheitswesen in der Praxis Früher Hilfen aussehen, kann konstatiert werden, dass die Kooperation zum Teil auch bereits fallübergreifend stattfindet, indem es z.B. regelmäßige Kontakte zwischen den Einrichtungen gibt und die Ortsvereine gemeinsam mit ihren Kooperationspartner\_innen an Runden Tischen teilnehmen. Deutlich wird dabei auch, dass die Kooperationen oft noch wenig systematisch verlaufen, da die Zusammenarbeit vor Ort bspw. häufig auf mündlichen Absprachen und kaum auf schriftlichen Verträgen beruht und außerdem nur selten gemeinsame Konzepte entwickelt werden. Gerade die letzten beiden Faktoren werden jedoch in der Literatur als Gelingensbedingungen für den Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen in den Frühen Hilfen genannt (vgl. bspw. Böttcher et al. 2008 oder Ziegenhain 2012).

Insgesamt berichten die befragten Expert\_innen von sehr unterschiedlichen Gefühlen, die sie im Rahmen der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteur\_innen haben. An der gelingenden Zusammenarbeit mit den Hebammen zeigt sich die Relevanz gegenseitiger Wertschätzung und Vertrauen. Vertrauen kann auch erarbeitet werden; als unterstützend hierbei können sich bspw. Arbeitstreffen, die in allen Einrichtungen einmal stattfinden, erweisen, sodass die Gegebenheiten und Räumlichkeiten bekannt sind (vgl. van Santen/ Seckinger 2003: 426). Ausreichend personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen wurden zudem von den Fachkräften immer wieder als wichtiger Faktor angeführt; nur wenn hier hinreichende Bedingungen geschaffen werden, können sich die Beteiligten auf die Zusammenarbeit einlassen. Dies schließt auch mit ein, dass eine Verankerung in den Arbeitsalltag gelingt und der Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen nicht als ein Mehraufwand gesehen wird (vgl. ebd. 428; 344). Des Weiteren ist ein eigenes Netzwerkprofil von Vorteil. Ein/e Expert\_in führt die positive Wirkung durch das Engagement des SkF-Gesamtverbandes an. Dadurch erhöhe sich die Relevanz des Themas Frühe Hilfen. Gleiches gilt für Kooperation.

„Ein erkennbares Profil eines Kooperationszusammenhanges ist eine wichtige Voraussetzung für eine Integration dieses Kooperationszusammenhanges in das System der sozialen Dienste. Für Außenstehende muss die Kooperation als solche erkennbar sein. Ein ausgeprägtes Profil führt zu einer aktivierten [!] Außendarstellung der Kooperationsergebnisse und damit zu einer verstärkten Anerkennung. Auch werden dann schneller Veränderungen auf die Aktivitäten der Kooperation zurückgeführt“ (ebd.: 426).

An diesem Profil knüpft das NZFH an: So bietet das NZFH kommunale (z.T. onlinebasierte) Kommunikationsplattformen und fördert die Implementierung und Qualifizierung von Netzwerkoordinator\_innen (vgl. Hoffmann et al. 2013). Gerade diese Netzwerkkoordination ist für die Verbindung zwischen den einzelnen Systemen wichtig. So können Informationen weitergegeben und Hindernisse abgebaut werden.

Letztendlich besteht auf Seiten der Gesetzgeber Handlungsbedarf, denn soll der Brückenschlag zwischen den Systemen gelingen, erfordert es die gesetzliche Garantie eines breit gefächerten Leistungsangebots, welches nicht ausschließlich dem System der Kinder- und Jugendhilfe zugewiesen wird (vgl. Wiesner 2012: 236).

Insgesamt zeigt sich, dass die Zusammenarbeit im Bereich der Frühen Hilfen ein herausforderndes Unterfangen darstellt, gerade weil unterschiedliche Professionen zusammenkommen. Sowohl die

alltäglichen Arbeitsabläufe als auch Trägerstrukturen, finanzielle und personelle Ressourcen differieren stark. Die gesetzliche Neuerung durch das BKiSchG in 2012 hat einen ersten gesetzlich umrissenen Rahmen für den Auf- und Ausbau von Kooperationen geschaffen, der jedoch als nicht ausreichend wahrgenommen wird, gerade weil entsprechende Verankerungen in anderen relevanten Sozialgesetzbüchern, wie vor allem dem SGB V, fehlen.

## Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2012): Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz. Orientierungsrahmen und erste Hinweise zur Umsetzung. URL: [http://www.agj.de/uploads/media/111\\_Handlungsempfehlungen\\_Bundeskinderschutzgesetz.pdf](http://www.agj.de/uploads/media/111_Handlungsempfehlungen_Bundeskinderschutzgesetz.pdf) [Stand 19.05.2014]
- Avenarius, Christine B. (2010): Starke und Schwache Beziehungen. In: Stegbauer, Christian/Häußling, Roger (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 99-111.
- Böttcher, Wolfgang/Bastian, Pascal/Lenzmann, Virginia (2008): Soziale Frühwarnsysteme. Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen. Münster: Waxmann.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Drucksache 17/12200.
- Buschhorn, Claudia/Karsunky, Silke/Ludewig, Annika (2014): Kooperationen von Ortsvereinen des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Bereich Früher Hilfen. Ergebniszusammenfassung einer bundesweiten Erhebung. In: Datenreport Frühe Hilfen 2014. Köln: NZFH (*im Erscheinen*).
- Buschhorn, Claudia (2012): Frühe Hilfen. Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern. Wiesbaden: VS Verlag.
- Gläser, Jochen /Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruierender Untersuchungen. 4.Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Derr, Regine/Gerber, Christine/Sann, Alexandra (2010): Editorial. In: IzKK-Nachrichten: Kinderschutz und Frühe Hilfen. 2010/1, S. 3.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2010): Frühe Hilfen – Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe in der Kooperation mit der Gesundheitshilfe. Stellungnahme. URL: [http://www.dijuf.de/tl\\_files/downloads/2010/Stellungnahme\\_SFK\\_1\\_Fruhe\\_Hilfen\\_v.\\_18.03.2010.pdf](http://www.dijuf.de/tl_files/downloads/2010/Stellungnahme_SFK_1_Fruhe_Hilfen_v._18.03.2010.pdf) [Stand: 05.02.2014].
- Fegert, Jörg/Schrapper, Christian (2004): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In: Fegert, Jörg/Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa. S. 15-25.
- Fendrich, Sandra/Pothmann, Jens/Sann, Alexandra (2013): Vorwort. In: Datenreport Frühe Hilfen 2013. Köln: NZFH. S. 3-4.
- Fischer, Jörg/Kosellek, Tobias (2013): Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit – eine Einleitung. In: Fischer, Jörg/Kosellek, Tobias (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim und München: Beltz Juventa. S. 11-15.

- Keupp, Heiner (2010): Verwirklichungschancen von Anfang an. Frühe Förderung im 13. Kinder- und Jugendbericht. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2010 (10), S. 1011-1017.
- Kindler, Heinz/Pooh, Marie-Theres/Bertsch, Bianca (2014): Das Bundeskinderschutzgesetz: Gutgemeint und auch gut gemacht? In: KJug, Jg. 59, H.1, S.3-7.
- Hoffmann, Till/Mengel, Melanie/Sandner, Eva (2013): Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen. Köln: NZFH.
- Künster, Anne Katrin/Schöllhorn, Angelika/Knorr, Carolin/Fegert, Jörg/Ziegenhain, Ute (2010): Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Jg. 59, H. 9, S.731-743.
- Meiner, Christiane/Fischer, Jörg (2013): Gelingender Kinderschutz durch Netzwerkbildung? – Implementierungsstrategien auf kommunaler Ebene. In: Fischer, Jörg/Kosellek, Tobias (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim und München: Juventa. S. 348-368.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2010): Experteninterviews –wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa. S. 457-472.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 35-60.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2005): Experteninterviews –vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 71-94.
- Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia/Kindler, Heinz (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa. S. 70-91.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013): Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. URL: [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Kompakt\\_Berat\\_Empfehlungen\\_zu\\_Qualitaetskriterien\\_BZGA-14-02072.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Empfehlungen_zu_Qualitaetskriterien_BZGA-14-02072.pdf) [Stand: 28.05.2014]
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010): Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen. Standortbestimmung. URL: [www.bzga.de/pdf.php?id=2e9e346c3df6e7d71bc9e5ede34531d5](http://www.bzga.de/pdf.php?id=2e9e346c3df6e7d71bc9e5ede34531d5) [Stand 05.06.2014]
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2009): Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“. URL: <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> [Stand: 28.06.2014]

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (o.J.): Rechtliche Grundlagen. URL: <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/rechtliche-grundlagen/?L=> [Stand: 28.06.2014]
- Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: frühe Kindheit – Sonderausgabe 2012: Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Jg. 14, S.6-7.
- Peter, Corinna (2010): Organisation und Profession Sozialer Arbeit: Kognitive Vermittlungsprozesse. Eine neo-institutionalistische Betrachtung. Wissenschaftliche Schriften der WWU Münster. Reihe VI. Band 3. Münster: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat.
- Pluto, Liane (2012): Gesetzliche Veränderungen im Kinderschutz – empirische Befunde zu § 8a und § 72a SGB VIII. Perspektiven verschiedener Arbeitsfelder. URL: [http://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs/64\\_14714\\_Kinderschutz.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/64_14714_Kinderschutz.pdf) [Stand 28.06.2014]
- Quilling, Eike/Nicolini, Hans J./Graf, Christine/Starke, Dagmar (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer VS.
- Renner, Ilona/Heimeshoff, Viola (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln: NZFH. URL: [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/00696\\_NZFH\\_Modellprojekte\\_Ergebnisse.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/00696_NZFH_Modellprojekte_Ergebnisse.pdf) [Stand 28.05.214]
- Sann, Alexandra/Küster, Ernst-Uwe (2013): Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen. In: Datenreport Frühe Hilfen. Köln: NZFH.
- Schone, Reinhold (2011): „Frühe Hilfen“ und „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ – Plädoyer für eine fachliche und begriffliche Differenzierung. In: Freese, Jörg/Göppert, Verena/Paul, Mechthild (Hrsg.): Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen. Wiesbaden: Kommunal- und Schulverlag. S. 17-33.
- Schöllhorn, Angelika/König, Cornelia/Künster, Anne Katrin/Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute(2010): Lücken und Brücken. In: Renner, Ilona/Sann, Alexandra (Hrsg.): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Köln: NZFH, S. 202-221.
- Sozialdienst katholischer Frauen (2012): Guter Start ins Leben – Frühe Hilfen im SkF. URL: <http://www.skf-zentrale.de/86638.html> [Stand 28.06.2014]
- Stegbauer, Christian/Häußling, Roger (2010): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: VS Verlag.
- van Santen, Eric/Seckinger, Mike (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. München: DJI.
- Wiesner, Reinhard (2010): Finanzierungsmöglichkeiten Früher Hilfen: Zwischen früher Förderung von Eltern und Kindern und Hilfen zur Erziehung. In: IzKK-Nachrichten, 2010 (1), S. 32-36.
- Winkler, Michael (2013): Netzwerke(n) in der Sozialen Arbeit. Vermutlich eine Polemik, zumindest aber der Verweis auf eine Dialektik. In: Fischer, Jörg/Kosellek, Tobias (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim und München: Juventa, S. 18-43.

- Ziegenhain, Ute (2012): Frühe Hilfen. In: Gahleitner, Silke B./Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim und München: Juventa. S. 34-53.
- Ziegenhain, Ute/Schöllhorn, Angelika/Künster, Anne K./Hofer, Alexandra/König, Cornelia/Fegert, Jörg M. (2011): Modellprojekt guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. NZFH: Köln. URL: [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch\\_Vernetzung\\_4\\_Aufl\\_2011.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzung_4_Aufl_2011.pdf) [Stand 28.06.2014]
- Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg M. (2009): Zur Einführung: Frühe und präventive Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. In: Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia/Kindler, Heinz (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa. S. 11-22.