

Zusammen stark starten

Einbindung der medizinischen Fachpersonen und Institutionen in interprofessionelle Netzwerke der Frühen Förderung und die Rolle der Sozialen Arbeit

Nicole Friedli und Michael Odermatt

Dezember 2021

Bachelorarbeit

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: **Sozialpädagogik**

Kurs: **VZ 2018-2022**

Namen: Nicole Friedli & Michael Odermatt

Haupttitel BA: Zusammen stark starten

Untertitel BA: Einbindung der medizinischen Fachpersonen und Institutionen in interprofessionelle Netzwerke der Frühen Förderung und die Rolle der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit wurde am **22.12.2021** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repository veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2022

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die Frühe Förderung unterstützt Familien während der frühen Kindheit und fördert präventiv Bedingungen, die eine gesunde kindliche Entwicklung ermöglichen. Damit die Akteur*innen der Frühen Förderung zusammenarbeiten können, belastete Familien frühzeitig erkannt und ihnen passende Angebote vorgeschlagen werden können, wurden in den letzten Jahren Netzwerke der Frühen Förderung aufgebaut. Weshalb es interprofessionelle Netzwerkarbeit in der Frühen Förderung braucht und welche Rolle der Sozialen Arbeit darin zukommt, bildet einen Teil dieser Bachelorarbeit. Weiter wird untersucht, welche Good Practice Modelle im deutschsprachigen Raum bestehen, um medizinische Fachpersonen und Institutionen in diese Netzwerke einzubinden. Akteur*innen des Medizinbereichs sind in der Frühen Förderung von zentraler Bedeutung, da Eltern ihnen vertrauen und sie durch systematisierte medizinische Untersuchungen praktisch alle Familien früh erreichen.

Während die Schweiz bezüglich interprofessioneller, familienzentrierter Vernetzung in vielen Kantonen noch in den Kinderschuhen steckt, haben Deutschland und Österreich national ausgebaute Frühe Hilfen entwickelt, in denen auch der Medizinbereich eine wichtige Rolle spielt. Durch Literaturrecherchen zu aktuellen Studien und Evaluationen von Deutschland, Österreich sowie zwei Modellen der Schweiz werden Empfehlungen abgeleitet, wie medizinische Fachpersonen und Institutionen in Netzwerke der Frühen Förderung eingebunden werden können. Die Empfehlungen, welche abschliessend in zwei Expert*inneninterviews diskutiert werden, lassen sich den drei Bereichen «Netzwerk-organisatorisches», «Sensibilisierung» und «konkrete Praxis» zuordnen.

Dank

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei allen Personen bedanken, die uns bei der Erarbeitung und Fertigstellung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Martin Hafen, der uns das Thema Frühe Förderung näherbrachte und uns später als unsere Begleitperson mit Ratschlägen und Fachwissen zur Seite stand. Weiter danken wir Dr. Sabine Haas und Dr. Harald Geiger für ihre Bereitschaft, in den Interviews ihr umfangreiches Expert*innenwissen mit uns zu teilen und sich mit unseren herausgearbeiteten Empfehlungen auseinanderzusetzen. Schliesslich geht auch ein grosser Dank an unsere Familien, Freunde und Freundinnen, die uns während diesem Jahr mit spannenden Diskussionen, motivierenden Worten und hilfreichen Rückmeldungen unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	IV
Dank	V
Inhaltsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
1.1 <i>Ausgangslage</i>	1
1.2 <i>Zielsetzung und Fragestellung</i>	3
1.3 <i>Berufsrelevanz</i>	4
1.4 <i>Motivation</i>	5
1.5 <i>Vorgehen und Aufbau der Arbeit</i>	6
2 Grundlagen zur Frühen Förderung	8
2.1 <i>Frühe Kindheit</i>	8
2.2 <i>Definition Frühe Förderung</i>	10
2.3 <i>Wirkung von Früher Förderung</i>	12
2.4 <i>Frühe Förderung in der Schweiz</i>	15
2.5 <i>Frühe Hilfen in Österreich</i>	18
2.6 <i>Frühe Hilfen in Deutschland</i>	20
2.7 <i>Unterschiede und Gemeinsamkeiten der drei Länder</i>	22
3 Netzwerkarbeit in der Frühen Förderung	24
3.1 <i>Ökosystemisches Entwicklungsmodell</i>	24
3.2 <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i>	27
3.2.1 <i>Disziplin, Profession, Beruf</i>	27
3.2.2 <i>Professionen und Institutionen im Frühbereich</i>	29
3.2.3 <i>Interprofessionalität</i>	31
3.3 <i>Netzwerke</i>	32

4	Good Practice Modelle: Medizinische Fachpersonen und Institutionen	
	in Netzwerken der Frühen Förderung	34
4.1	<i>Modell Österreich</i>	34
4.2	<i>Modell Deutschland.....</i>	42
4.3	<i>Modell Mütter- und Väterberatung Kanton Bern.....</i>	46
4.4	<i>Modell Netzwerk Frühe Förderung Stadt Luzern</i>	47
5	Die Soziale Arbeit in der Netzwerkarbeit der Frühen Förderung	50
5.1	<i>Gegenstand, Aufgabe, Ziel und Grundwerte der Sozialen Arbeit</i>	50
5.2	<i>Methoden der Sozialen Arbeit</i>	51
5.3	<i>Rolle der Sozialen Arbeit in den Netzwerken der Frühen Förderung</i>	52
6	Empfehlungen zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen.....	54
6.1	<i>Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....</i>	54
6.2	<i>Expert*inneninterviews zu den Empfehlungen.....</i>	56
6.2.1	<i>Interview Dr. Sabine Haas.....</i>	57
6.2.2	<i>Interview Dr. Harald Geiger</i>	59
7	Schlussteil	62
7.1	<i>Rückblick.....</i>	62
7.2	<i>Ausblick.....</i>	65
	Literatur- und Quellenverzeichnis	67

Anmerkung: Die gesamte Bachelorarbeit wurde von Nicole Friedli und Michael Odermatt gemeinsam erarbeitet.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Schwangerschaft sowie die ersten Lebensjahre sind für die menschliche Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Dabei spielt das primäre soziale Bezugssystem, die Familie, eine zentrale Rolle (Dratva et al., 2019, S. 1). Der Mehrheit der Eltern gelingt es, eine bewusste Erziehung und eine entsprechende, für die kindliche Entwicklung günstige Umgebung zu gestalten (Stamm et al., 2012, S. 33). Da, wo dies nicht möglich ist, setzt eine Unterstützung von Familien im Rahmen der Frühen Förderung am besten bereits in der Schwangerschaft an, um negative Folgen für die spätere Entwicklung abzuschwächen bzw. zu verhindern. Die Frühe Förderung umfasst dabei «alle Massnahmen, welche die Kinder und ihre Familien stärken» (Hafen, 2014, S. 5). Dazu gehören beispielsweise Unterstützungs- und Beratungsleistungen während der Schwangerschaft und Geburt, familienergänzende Kinderbetreuung, Mütter- und Väterberatung oder sozialpädagogische Familienbegleitung. In den einzelnen Kantonen zeigt sich – vor allem auch aufgrund der föderalen Strukturen der Schweiz – hierbei eine sehr unterschiedliche und unterschiedlich breit gestaltete Angebotspalette (Schulte-Haller, 2009, S. 6-7 & Bundesrat, 2021, S. 20). Dies ist mitunter daraufhin zurückzuführen, «dass bis vor einigen Jahren die Politik der frühen Kindheit in der Schweiz in der Regel nicht umfassend betrachtet wurde» (Bundesrat, 2021, S. 20).

Die Gründe, wieso vereinzelt erziehungsberechtigte Personen ihr Kind oder ihre Kinder in den ersten Lebensjahren nicht in einem für seine bzw. ihre Entwicklung ausreichenden Ausmass begleiten und unterstützen können, sind mannigfaltig: Im Bericht «Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung» des Bundesrates werden die Ursachen im soziokulturellen (z. B. Gewalteinstellung, Rollenverständnis), im sozioökonomischen (z. B. Bildung, Einkommen), im sozialen bzw. familialen Kontext (z. B. fehlendes soziales Netz, Beziehungsdynamiken in der Familie) sowie auf individueller Ebene (z. B. Suchtprobleme, psychische Probleme, Konflikt- und Problemlösungsfähigkeiten) beschrieben (Bundesrat, 2012, S. 14-15). In der Schweiz werden keine entsprechenden Zahlen erhoben. In Deutschland geht man davon aus, dass 5-10 % aller Kinder unter Vernachlässigung und/ oder Gewalt leiden (Bundesrat, 2012, S. 18).

Solche belastenden Erlebnisse in der Kindheit, sogenannte «adverse childhood experiences» können bis ins Erwachsenenalter das Leben der betroffenen Menschen beeinflussen. Die

Auswirkungen können sich im Psychosozialen, Psychischen und auf körperlicher Ebene sowie in Bezug auf die ökonomische Situation und die Lebensqualität zeigen (Clemens et al., 2019, S. 93). Die daraus entstehenden Folgekosten sind enorm, was beispielsweise in einer im Jahre 2019 veröffentlichten Untersuchung, die verschiedene Studien zum Thema Folgekosten durch sogenannte «adverse childhood experiences» für Nordamerika und Europa miteinander verglich, eruiert werden konnte (Mark A. Bellis et al., 2019). Zugleich belegen verschiedene Studien die positive Wirkung von Investitionen in die Frühe Förderung in Bezug auf das finanzielle Nutzen-Kosten-Verhältnis (z. B. Meier-Gräwe & Wagenknecht, ohne Datum; Balthasar & Kaplan, 2019a). Entsprechende Investitionen zahlen sich nicht nur für die Kinder und ihre Familien, sondern auch für die Gesellschaft aus. So berechnet eine Studie für die Schweiz, dass substanzielle Mehrinvestitionen in den Frühbereich schon nach 10 Jahren positiv wirksam werden (BAK Economics, 2020, S. 162-164). Frühe Förderung wirkt somit in zweifacher Hinsicht präventiv – individuell und volkswirtschaftlich. Sie ist jedoch «auch aus einer ethischen Perspektive» sinnhaft, «führt der Ausbau der Frühen Förderung doch zu einer erhöhten Chancengleichheit für die Kinder, die in schwierige Lebensverhältnisse hineingeboren wurden» (Hafen, 2015, S. 303).

In der Schweiz begleiten Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen Familien und ihre Kinder. Nach der Angebotsaufteilung für den Kinder- und Jugendbereich in «Allgemeine Förderung in der frühen Kindheit», «Beratung und Unterstützung zur Bewältigung allgemeiner Herausforderungen und besonderer Lebenslagen» sowie «ergänzende Erziehungshilfen» sind dies Professionelle aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich sowie der Sozialen Arbeit (Bundesrat, 2021, S. 25-26). Allein die Tatsache, dass Professionelle aus verschiedensten Fachrichtungen im Bereich der Frühen Förderung tätig sind, zeigt die Komplexität dieses Unterstützungsbereiches und schlussendlich die des menschlichen Lebens, das von unterschiedlichsten Faktoren abhängig ist. Es ist demzufolge – grundsätzlich und im besten Falle – mit einem grösseren Radius und als bio-psycho-öko-soziale Einheit zu betrachten (Hafen, 2013, S. 100).

Im Rahmen einer Politik der frühen Kindheit stellt in diesem Zusammenhang dann eine gemeinsam koordinierte und vernetzte Angebotserbringung der verschiedenen Akteur*innen ein zentrales Aktionsfeld dar (Hafen, 2014, S. 70-72; Meier Magistretti & Schraner, 2017, S. 19; Stern et al., 2019, S. 29-30). Obwohl in der Schweiz in einzelnen Regionen bereits entsprechende Koordinations- und Vernetzungsbestrebungen unternommen werden, verweisen Hafen und Meier Magistretti (2021) darauf hin, dass bestehende Netzwerke primär noch als fachliche Austauschgefässe und weniger für die systemische Begleitung unterstützungsbedürftiger Familien genutzt werden (S. 18-19). Gleichzeitig zeigen Untersuchungen für die Schweiz einen Nachholbedarf bei der Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen in diese

Angebotsvernetzungen (Meier Magistretti & Schraner, 2017, S. 15; Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 18). Umso entscheidender wäre dies, weil ein hoher Prozentsatz der werdenden Mütter bzw. Eltern im Zeitraum der Schwangerschaft und Geburt Angebote der Medizin, wie von Gynäkolog*innen, Hebammen, Geburtskliniken, Kinder- und Hausärzt*innen nutzen (Meier Magistretti et al., 2019, S. 22-23).

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Grundsätzlich besteht in Form von Fachpersonen und Institutionen aus der Medizin ein hohes Potenzial, unterstützungsbedürftige Familien zu erkennen und an Akteur*innen der Frühen Förderung weiterzuvermitteln. Inwieweit dafür in unseren Nachbarländern Deutschland und Österreich sowie in zwei Modellen der Schweiz Lösungen gefunden wurden, um die verschiedenen Akteur*innen aus dem medizinischen Fachgebiet in die bestehenden Angebote und Netzwerke verstärkt miteinzubeziehen, stellt das primäre Arbeitsthema und -ziel dar. Die Frage nach der Rolle der Professionellen der Sozialen Arbeit innerhalb dieser Angebots- und Netzwerkgestaltung stellt die Ergänzung dieses Untersuchungsbereichs dar: Wo und in welcher Art kann mittels fachspezifischem/ methodischem Knowhow unterstützt werden?

Von dieser Zielsetzung ausgehend richtet sich diese Bachelorarbeit primär an Fachpersonen, die im Bereich der Frühen Förderung tätig sind: Sei dies ganz konkret in der täglichen Arbeit mit Kindern und Familien oder organisatorisch-kordinierend.

Folgende Fragen sollen demzufolge mit der Arbeit beantwortet werden:

- Weshalb braucht es in der Frühen Förderung interprofessionelle Netzwerkarbeit? (Kap. 3)
- Welche Modelle zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen gibt es im deutschsprachigen Raum bereits? (Kap. 4)
- Welche Rolle kommt der Sozialen Arbeit im Kontext von interprofessionellen Netzwerken der Frühen Förderung zu? (Kap. 5)

und schlussendlich

- Welche Empfehlungen können auf Basis der Literaturanalyse und der Good Practice Modelle für die Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen in interprofessionelle Netzwerke der Frühen Förderung gemacht werden? (Kap. 6)

1.3 Berufsrelevanz

Als zentrale Leitidee wird im Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz im Kapitel «Grundsätze der Sozialen Arbeit» festgehalten, dass «alle Menschen (...) Anrecht auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld» besitzen (AvenirSocial, 2010, S. 6). Im Fokus stehen «insbesondere (...) diejenigen Menschen oder Gruppen, die vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt oder deren Zugang zu und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend (...) sind». Professionelle der Sozialen Arbeit haben «Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren» (ebd.). Dies muss im besonderen Masse für Ungeborene bzw. Schwangere sowie Säuglinge und kleine Kinder gelten und macht dadurch die Frühe Förderung zu einem klaren Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben entsprechend «Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln», «um soziale Notlagen (...) zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern» (ebd.). Nach «16. Handlungsmaximen bezüglich der interprofessionellen Kooperation» des Berufskodex sind sie dabei angehalten, für «die Lösung komplexer Probleme interdisziplinär» zusammenzuarbeiten und die Situation transdisziplinär – unabhängig von der eigenen Disziplin – zu untersuchen und anzugehen (AvenirSocial, 2010, S. 13). Die Zusammenarbeit über die eigene Profession hinaus muss somit als ein Arbeitsgrundsatz für die Professionellen der Sozialen Arbeit verstanden werden. Dies drängt sich nicht zuletzt auch «aus der Mehrdimensionalität der Problemlagen» in der Praxis und einer «gemeinsamen Lösungsrealisierung» mit allen Beteiligten auf (AvenirSocial, 2010, S. 7).

Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind auch durch gesetzliche Bestimmungen zu einer allfälligen, frühen Unterstützung verpflichtet. Durch das Übereinkommen über die Rechte des Kindes, welches in der Schweiz seit 1997 in Kraft ist, werden die Vertragsstaaten und somit auch die Professionellen der Sozialen Arbeit in deren konkreten Umsetzung dazu verpflichtet, das «Wohl des Kindes» (Art. 3 Abs. 1), sein «Wohlergehen» (Art. 3 Abs. 2) und «in grösstmöglichem Umfang das Überleben und die Entwicklung des Kindes» (Art. 6 Abs. 2) zu garantieren. In der schweizerischen Bundesverfassung wird der Anspruch auf besonderen Schutz der Unversehrtheit von jungen Menschen sowie die Förderung ihrer Entwicklung in Art. 11 Abs. 1 festgehalten. Als ein nicht rechtsverbindliches Instrument ist unter anderem die Agenda 2030 der UNO mit dem Unterziel 4.2 Zugang von Mädchen und Jungen «zu hochwertiger frühkindlicher Erziehung, Betreuung und Vorschulbildung (...), damit sie auf die Grundschule vorbereitet sind», zu nennen (Schweizerische Eidgenossenschaft, ohne Datum): Dies im Sinne einer übergeordneten

Betrachtung ohne auf weitere spezifische, z. B. im Zivilgesetzbuch oder auf kantonaler Ebene vorhandene Gesetze einzugehen.

Enge Verknüpfungen weist die Frühe Förderung mit der Thematik des Kinderschutzes¹ bzw. dem Kindswohls und der Kindswohlgefährdung auf. Kinderschutz setzt nach einer breiten Begriffsdefinition bereits vor der Kindswohlgefährdung an: Mittels Früher Förderung können präventiv und niederschwellig Unterstützungs- und Hilfsleistungen angeboten werden (Biesel & Urban-Stahl, 2017, S. 291-292). Biesel und Urban-Stahl (2017) nennen in diesem Zusammenhang die Rolle der Sozialen Arbeit als zentral (S. 224-225).

1.4 Motivation

Tiefes Selbstwertgefühl, aggressives Verhalten, schlechte Selbstregulation, kurze Konzentrationsfähigkeit, Schlafprobleme, schlechte Schulnoten, sozialer Ausschluss. Viele Kinder und Jugendliche, die der Autor und die Autorin bei ihrer sozialpädagogischen Arbeit in Kinder- und Jugendheimen kennengelernt haben, tragen einen schweren Rucksack mit Problemen mit sich herum. Ihre Familien haben meistens mit sozialen Benachteiligungen und Mehrfachbelastungen zu kämpfen, die sich über die Jahre aufgebaut und verschlimmert haben. Wären die Bedürfnisse der Familien frühzeitig erkannt worden, wären Unterstützungsleitungen durch Angebote wie die Mütter- und Väterberatung, Kitas und aufsuchende Familienarbeit von der frühen Kindheit an erfolgt, dann hätte möglicherweise viel Leid erspart und vielleicht sogar eine Fremdplatzierung vermieden werden können.

Die herausragende Bedeutung der ersten Lebensjahre für die bio-psycho-öko-soziale Gesundheit und eine erfolgreiche Lebensgestaltung eines Menschen ist wissenschaftlich gut belegt. Die Frühe Förderung hilft Bedingungen zu schaffen, in denen Kinder ihre Fähigkeiten möglichst gut entwickeln können und sorgt damit für eine bessere Chancengleichheit. Aus Sicht des Kinderschutzes ist eine gut ausgebaute Frühe Förderung eine zentrale Massnahme zur präventiven Kindswohlsicherung. Dabei soll das Kindswohl oberster Leitgedanke sein. Im Rahmen des Unterrichts im Modul «Kinderschutz» an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit kam diesbezüglich die Diskussion über eine allfällige, stigmatisierende Wirkung von Früher Förderung auf, dass also z. B. Eltern von vornherein eine Erziehungsfähigkeit abgesprochen würde. Grundsätzlich ist dieser Gedanke nicht von der Hand zu weisen und sollte in der täglichen

¹ Kinderschutz, Kindesschutz und Kindsschutz meinen grundsätzlich dasselbe und sind mehr sprachliche Besonderheiten.

Arbeit stets mitberücksichtigt werden. Anzunehmen, dass jede Familie allein mit den normativen und nicht normativen Entwicklungsaufgaben (wie Bindungsaufbau, Alltagsgestaltung, Versorgung und Pflege oder Herausforderungen, die sich durch Migration, Armut, psychische Krankheiten und Beeinträchtigungen ergeben) zurechtzukommen habe, wäre jedoch ebenso fatal wie ignorant. Nicht zuletzt im Hinblick auf die UNO Kinderrechtskonvention und die schweizerische Bundesverfassung ist eine ausgebaut und für alle zugängliche Frühe Förderung Voraussetzung für eine Schweiz, die nicht nur von Chancengleichheit spricht, sondern sie auch lebt.

1.5 Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit ist eine Literaturarbeit, die sich auf entsprechende Quellen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bezieht. Sie wird durch die Sichtweisen von zwei Fachpersonen ergänzt und gliedert sich:

- in ein einleitendes Grundlagenkapitel:
 - das **Kapitel 2**, welches das Themengebiet «Frühe Förderung» definiert und dieses im Hinblick auf die menschliche Entwicklung und der Wirkung der Frühen Förderung kontextualisiert. Es gibt ebenfalls einen Überblick über die gegenwärtige Situation im Bereich der Frühen Förderung in Deutschland, Österreich und der Schweiz.
- in vier Hauptteil-Kapitel, wovon sich je ein Kapitel einer zentralen Frage widmet (vgl. 1.2.):
 - **Kapitel 3** befasst sich – basierend auf der «Ökologie der menschlichen Entwicklung» nach Bronfenbrenner – mit der Thematik der Zusammenarbeit unter Fachpersonen und Organisationen. Nach einer allgemeinen, theoretischen Verortung der Terminologie und Beschreibung der involvierten Fachpersonen und Institutionen im Bereich der Frühen Förderung, wobei der Medizin-Bereich im Vordergrund steht, folgen Ausführungen und Überlegungen zum Thema «Netzwerke».
 - **Kapitel 4** beschreibt die aus der Literatur herausgearbeiteten Good Practice Modelle für das Miteinbeziehen von medizinischen Fachpersonen und Institutionen in die Netzwerke der Frühen Förderung. Als Modelle dienen die Frühen Hilfen von Österreich und Deutschland sowie die beiden Schweizer Organisationen «Mütter- und Väter-Beratung» des Kantons Bern und «Netzwerk Frühe Förderung» der Stadt Luzern.

- **Kapitel 5** beschäftigt sich zuerst mit der Frage „Was ist Soziale Arbeit?“. Es stellt dann die Methoden dieses Tätigkeitsgebietes und darauf aufbauend die Rolle der Sozialen Arbeit in der Netzwerkarbeit rund um die Frühe Förderung vor.
- **Kapitel 6** beinhaltet im ersten Teil die aus der Literaturanalyse abgeleiteten Schlussfolgerungen und Empfehlungen, um medizinische Fachpersonen und Institutionen in die Netzwerke der Frühen Förderung einzubinden. Der zweite Teil zeigt die Ergebnisse der durchgeführten Expert*inneninterviews zu den einzelnen Empfehlungen auf.
- sowie in einen zusammenfassenden Schlussteil:
 - **Kapitel 7** umfasst einerseits einen Rückblick, der rekapitulierend die Beantwortung der anfangs gestellten Fragen überprüft und schaut andererseits nach vorne und zeigt im Ausblick offene Punkte des Themas.

2 Grundlagen zur Frühen Förderung

Im folgenden Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, was Frühe Förderung ist und wie sie in der Schweiz, in Österreich und Deutschland umgesetzt wird. Dafür wird vorgängig das Lebensalter der frühen Kindheit und seine Bedeutung für die menschliche Entwicklung thematisiert (2.1). Im Anschluss wird die Frühe Förderung definiert (2.2) sowie deren Wirkung für das Individuum und die Gesellschaft dargelegt (2.3). Schliesslich soll unter 2.4 für die Schweiz, unter 2.5 für Österreich und 2.6 für Deutschland ein Überblick des strukturellen und organisatorischen Aufbaus der Frühen Förderung, respektive der Frühen Hilfen² der drei Länder gegeben werden. Unter 2.7 werden dann die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei Länder nochmals zusammengefasst und so eine Grundlage für die Analyse der Einbindung der medizinischen Fachpersonen und Institutionen (4) geschaffen.

2.1 Frühe Kindheit

Die primäre Zielgruppe der Frühen Förderung sind Kinder ab Geburt bis zur Einschulung in den Kindergarten. Nach dem UNO-Kinderrechtsausschuss wird dieses Lebensalter als frühe Kindheit definiert (Marie Meierhofer Institut für das Kind, 2014, S. 6). Nach Largo (2019) finden in diesen ersten Lebensjahren die schnellsten und grössten physischen, psychischen und emotionalen Entwicklungen des Menschen statt (S. 14). Das weitgehend hilflose Neugeborene eignet sich innerhalb der ersten fünf Jahre differenzierte fein- und grobmotorische Fähigkeiten an, erlernt einigermassen kompetent verbal und non-verbal mit seinen Mitmenschen zu kommunizieren und entwickelt erste geistige Vorstellungen von Kausalitäten, Raum und Zeit (ebd). Die jungen Kinder entwickeln starke emotionale Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen, die für sie sorgen, sie leiten und ihre wachsenden Fähigkeiten und Individualitäten respektieren (Marie Meierhofer Institut für das Kind, 2014, S. 7). Sie erlernen wichtige soziale Kompetenzen im Umgang mit anderen Kindern, wie gemeinsame Aktivitäten durchzuführen, Konflikte auszutragen, Abmachungen einzuhalten und im Rahmen ihrer Entwicklung Verantwortung zu übernehmen. Die

² «Frühe Hilfen» ist der primäre Terminus in Deutschland und Österreich, während in der Schweiz «Frühe Förderung» gebräuchlich ist. Beide Begriffe werden als Ober- und Sammelbegriffe für Unterstützungsangebote rund um die Schwangerschaft und frühe Kindheit verstanden und in dieser Arbeit grundsätzlich als Synonyme verwendet und je nach Kontext benutzt.

Kinder lernen kontinuierlich von ihren Aktivitäten und Interaktionen mit den Mitmenschen und entwickeln ein Verständnis für die physischen, sozialen und kulturellen Dimensionen ihres Umfeldes. Während der frühen Kindheit werden die Grundbausteine für die physische, psychische und emotionale Gesundheit, die Identität und die sich entwickelnden Fähigkeiten des Kindes gelegt. Die frühe Kindheit hat eine zentrale Bedeutung für das ganze weitere Leben (Marie Meierhofer Institut für das Kind, 2014, S. 7).

Wie die Kinder Wachstum und Entwicklung erleben, ist unterschiedlich und abhängig von ihrer Persönlichkeit, ihrem Geschlecht, ihrer Familienstruktur und Betreuungssituation. Zudem wird die Entwicklung stark geprägt durch kulturelle Vorstellungen ihrer Bedürfnisse, der richtigen Erziehung und ihrer Rolle in der Familie und Gemeinschaft (ebd.). Grundsätzlich durchlaufen alle Kinder die Entwicklungsstufen in gleicher Reihenfolge. Largo (2019) betont aber, dass sich Kinder sehr stark in der Ausprägung von bestimmten Verhaltensweisen sowie auch der Dauer und Intensität von verschiedenen Entwicklungsstadien unterscheiden (S. 14). Kinder wollen sich entwickeln und haben einen natürlichen Drang, neue Fähigkeiten zu erlangen. Sie erwerben in der frühen Kindheit viele Kompetenzen, die ihnen helfen, konstruktiv mit Herausforderungen umzugehen. Die erwachsenen Bezugspersonen können das Kind unterstützen, indem sie auf seine Bedürfnisse eingehen, eine anregende Lernumgebung gestalten, Geborgenheit vermitteln und Grenzen aufzeigen (Largo, 2019, S. 15-18).

Eine positive Entwicklung ist dann möglich, wenn die erwachsenen Bezugspersonen dafür sorgen, dass die Grundbedürfnisse des Kindes befriedigt sind. Dazu gehört die Abdeckung von körperlichen Bedürfnissen wie das Stillen von Hunger und Durst, Schutz vor Kälte, Krankheiten und anderen Gefahren. Genauso wichtig ist jedoch auch, dass sich das Kind geborgen und sicher fühlt und dass es vertraute Bezugspersonen hat, die emotionale Nähe vermitteln und als Vorbilder dienen (Largo, 2019, S. 13-15). Macht ein Kind in den ersten Lebensjahren immer wieder schlechte Erfahrungen, wie das Erleben von chronischem Stress durch Gewalt in der Familie oder emotionaler Vernachlässigung (sogenannte Adverse Childhood Experiences), führt dies zu langfristigen, negativen Konsequenzen für die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung, wie z. B. sozial auffälliges Verhalten oder schlechte Gesundheit (Hafen, 2019, S. 3).

Gemäss Stamm (2011) sind eine stabile Bindung zur primären Bezugsperson und eine anregende Umgebung die Grundbedingungen für frühkindliche Bildung (S. 13). Die Eltern haben als primäre Bezugspersonen die Aufgabe, den Alltag ihres Kindes so zu gestalten, dass seine Bedürfnisse befriedigt sind und es sich intensiv mit der Umwelt auseinandersetzen kann (Largo, 2019, S. 21-22). Dort wo ein Bedarf besteht, sollen Angebote und Massnahmen der Frühen Förderung die

Eltern unterstützen, um zu einer entwicklungs- und gesundheitsgerechten Umwelt für ihre Kinder beizutragen (Hafen, 2014, S. 19).

2.2 Definition Frühe Förderung

Für Angebote und Massnahmen im Bereich der frühen Kindheit haben sich in den letzten Jahren unterschiedliche Begriffe mit teils verschiedenen Definitionen etabliert. In der Schweiz sind vor allem die Begriffe «Frühe Förderung», «Politik der frühen Kindheit» sowie «frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung (FBBE)» verbreitet und werden häufig synonym verwendet (Bundesrat, 2021, S. 4). Die Autorin und der Autor haben sich dazu entschieden, in dieser Arbeit mehrheitlich von «Früher Förderung» zu sprechen und beziehen sich dabei auf die Definition des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (2018) wonach Frühe Förderung «alle professionell erbrachten Massnahmen und staatlich sowie privatwirtschaftlich erbrachten Leistungen [umfasst], welche die Kinder und ihre Familien in den ersten vier Lebensjahren unterstützen und sowohl direkt als auch indirekt Einfluss auf die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung des Kindes ausüben» (S. 10). Während Angebote der interdisziplinären (bzw. heil- und sonderpädagogischen) Frühförderung für Kinder mit Entwicklungsverzögerung oder anderen besonderen Bedürfnissen nach dieser Definition ein Teil der Frühen Förderung sind, werden Beschulungsangebote, welche leistungsorientiert formales Wissen vermitteln (wie z. B. Frühchinesisch) nicht zur Frühen Förderung gezählt (ebd.).

Wird die Bezeichnung «Politik der Frühen Kindheit» verwendet, handelt es sich häufig um politische Agenden und Anliegen für die Frühe Förderung. Im Bericht «Für eine Politik der frühen Kindheit» präzisiert die schweizerische UNESCO-Kommission, die Politik der frühen Kindheit schaffe «Rahmenbedingungen und Angebote, die die Lern- und Entwicklungsprozesse von Kindern unterstützen und ein gesundes Aufwachsen ermöglichen» (Stern et al., 2019, S. 11). Als beteiligte Politikbereiche werden die Bildungs-, Sozial-, Gesundheits- und Integrationspolitik sowie auch die Kultur- und Steuerpolitik und die Raumplanung genannt (ebd.).

Die Bezeichnung «frühkindliche Bildung, Begleitung und Erziehung (FBBE)» kommt vom englischen Fachausdruck «early childhood education und care» und ist laut dem Bericht zur Begriffsklärung von Früher Förderung der Organisation «Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz» besonders international verbreitet (Fischer, Knocks & Wetter, 2012, S. 9). «Bildung» bezeichnet dabei die selbst initiierte Aneignungstätigkeit des Kindes, während unter «Erziehung» die Gestaltung einer anregungsreichen Lern- und Bildungsumgebung durch Erwachsene verstanden wird. «Betreuung» steht für die Befriedigung der existentiellen Grundbedürfnisse des Kindes durch Erwachsene wie die Versorgung und Pflege des Kindes, die soziale Unterstützung, emotionale

Zuwendung und den Schutz vor Gefahren (Wurstmann Seiler & Simoni, 2016, S. 24). FBBE wird in dieser Arbeit bedeutungsgleich zur Frühen Förderung verwendet. Es gibt aber auch einzelne Berichte, in welchen die Begriffe klar voneinander abgegrenzt werden und z. B. FBBE als ein Teilgebiet der Frühen Förderung verstanden wird (Bundesrat, 2021, S. 4).

In der nachfolgenden Tabelle 1 werden die Angebote und Massnahmen der Frühen Förderung zusammenfassend dargestellt. Die Aufzählung der Angebote, welche unter den einzelnen Kategorien aufgelistet sind, ist nicht abschliessend. Die Darstellung basiert auf dem Bericht des Bundesrates zur Politik der frühen Kindheit (2021, S. 25-26).

Allgemeine Förderung in der frühen Kindheit	Begegnungs- und Lernorte für Kinder und ihre Bezugspersonen
	☞ Spielgruppen, Eltern-Kind-Turnen, offene Spielplätze, Familienzentren
	Familienergänzende Kinderbetreuung
	☞ Krippen, Kitas, Tagesfamilien
	Elternbildung
	☞ Informationen wie Elternbriefe/ Info-Websites, Elternkurse, Femmes-Tische
	Angebote im Bereich Gesundheit
☞ Schwangerschaftsberatung, Prä- und Perinatale Versorgung, Wochenbettbetreuung, kinderärztliche Betreuung	
Beratung und Unterstützung bei Herausforderungen und besonderen Lebenslagen	Frühe Sprachförderung (universal)
	☞ Sprachförderung in Kitas, Spielgruppen usw.
	Angebote für Kinder im Vorschulalter
☞ Selektive Sprachförderung für fremdsprachige Kinder, sonderpädagogische Angebote	
Ergänzende Erziehungshilfen	Angebote für Eltern und weitere Bezugspersonen
	☞ Erziehungsberatung, Mütter- und Väterberatung, Beratungen bei Paarkonflikten, Trennung/ Scheidung, Sorgerecht, Kindern mit Beeinträchtigung
	Angebote für Familien
	☞ Eltern-Kind-Therapien, Familienberatung, Entlastungsangebote, Kinderspitex
	Aufsuchende Familienarbeit
☞ Sozialpädagogische Familienbegleitung und Hausbesuchsprogramme	
Ergänzende Erziehungshilfen	Familienpflege
	☞ Ausserfamiliäre Unterbringung in Pflegefamilien
	Heimerziehung
☞ Ausserfamiliäre Unterbringung in stationären Institutionen	

Tabelle 1: Angebote und Massnahmen der Frühen Förderung (eigene Darstellung, nach Bundesrat, 2021, S. 25-26)

2.3 Wirkung von Früher Förderung

Die Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen fasst den direkten Nutzen der Frühen Förderung wie folgt zusammen: «Sie fördert die motorischen, sprachlichen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten des Kindes; sie trägt zur Chancengerechtigkeit hinsichtlich der Bildungschancen der Kinder bei; sie unterstützt Eltern und Erziehende darin, ihren Kindern ein Umfeld zu schaffen, das der gesunden Entwicklung förderlich ist und sie unterstützt die Entwicklung und Stärkung der Resilienz der Kinder» (Schulte-Haller, 2009, S. 16). Nationale und internationale Forschungsergebnisse zeigen deutliche positive Auswirkungen der Frühen Förderung für alle Kinder, ungeachtet ihrer sozialen Herkunft (Schulte-Haller, 2009, S. 6). So zeigt die grossangelegte englische Studie «The effective Provision of Pre-School-Education» Sylva et al. von 2004, dass Kinder, welche familienergänzende Betreuungsangebote der Frühen Förderung besucht haben, hinsichtlich ihrer kognitiven und sozialen Entwicklung besser abschneiden als Kinder, die ausschliesslich in ihren Familien betreut wurden. Dadurch ergeben sich für sie bessere Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf ihrer Bildungsentwicklung (Schulte-Haller, 2009, S. 34). Auch die Zürcher z-proso Studie von 2019 konnte einen positiven Zusammenhang zwischen dem Besuch eines familienergänzenden Betreuungsangebotes und der Bildungsentwicklung feststellen (Balthasar & Kaplan, 2019, S. 4). Kinder ab zehn Jahren, die während mehr als drei Jahren einen bis drei Tage pro Woche eine Kinderkrippe oder Spielgruppe besuchen, erzielen bessere Schulnoten in Deutsch und Mathematik. Zudem gehen sie später mit höherer Wahrscheinlichkeit auf das Gymnasium als Kinder, die selten oder «intensiv» (vier oder mehr Tage pro Woche) in einem externen Betreuungsangebot sind (Balthasar & Kaplan, 2019, S. 4-5). Ein besserer Schulabschluss ermöglicht eine höhere Ausbildung, wodurch die Wahrscheinlichkeit steigt, ein höheres Lebenseinkommen zu erzielen. Dies kommt wiederum der Volkswirtschaft zugute (Schulte-Haller, 2009, S. 34).

Kinder aus Familien in belasteten Situationen

Obwohl alle Kinder von Früher Förderung profitieren, ist doch der Nutzen für Kinder aus sozial benachteiligten, mehrfachbelasteten und fremdsprachigen Familien³ überproportional (Schulte-

³ Die Bezeichnung «sozial benachteiligte Familien» wird in dieser Arbeit gleichgesetzt mit Familien, die einen tiefen sozioökonomischen Status haben. Dieser ergibt sich aus einer Kombination von Bildungsabschluss und Einkommen (Hafen, 2019, S. 6). Der Prototyp einer sozial benachteiligten erwachsenen Person in der Schweiz ist erwerbslos oder arbeitet in prekären Verhältnissen, hat ein geringes Einkommen, einen niedrigen Bildungsabschluss, lebt in einem bildungsfernen Milieu, hat Kinder, ist weiblich und ausländischer Herkunft (Wigger und Reutlinger, 2007; zit. in Schulte-

Haller, 2009, S. 6). Kinder aus sozial benachteiligten Familien, mit oder ohne Migrationshintergrund haben schlechtere Ausgangsbedingungen fürs spätere Leben (Hafen, 2019, S. 48). Im Gegensatz zu Kindern aus nicht benachteiligten Familien wachsen sie in einer Umgebung auf, die weniger Möglichkeiten für günstige Lernprozesse bietet. Zudem erleben sie häufiger frühkindlichen Stress, was negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Gehirns und die psychosoziale Entwicklung hat. Zusammen führt dies dazu, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien später «ein tieferes Lebenseinkommen haben, öfter kriminell werden, mehr unter chronischen Krankheiten leiden, mehr Suchtmittel konsumieren und früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung» (Heckmann & Masterov, 2007; zit. in Hafen, 2019, S. 48).

Internationale Studien zeigen, dass Frühe Förderung die negativen Folgen sozialer Ungleichheiten für die persönliche und schulische Entwicklung des Kindes teilweise aufheben kann und damit einen wichtigen Beitrag zur Chancengleichheit leistet (Schulte-Haller, 2009, S. 34). Zentral ist, dass die Massnahmen und Angebote der Frühen Förderung nicht nur darauf ausgerichtet sind, den Kindern eine anregungsreiche Umgebung zu bieten, sondern stressauslösende Faktoren (wie Gewalt oder emotionale Vernachlässigung) so gut wie möglich auszuschliessen (Shonkoff, 2011; zit. in Hafen 2019, S. 44). Den Fachpersonen der Frühen Förderung kommt somit die wichtige Aufgabe zu, die jungen Familien dabei zu unterstützen, stressauslösende Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren aufzubauen. Dadurch werden bei den jungen Kindern stressbedingte Entwicklungsstörungen verhindert und positive Grundlagen für die zentralen Lebenskompetenzen (wie Urvertrauen, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstregulation, Sozialkompetenz, Risiko- und Gesundheitskompetenz) gestärkt (Hafen, 2019, S. 44).

Eine zentrale Schwierigkeit stellt die Erreichbarkeit der belasteten Familien dar (Hafen, 2019, S. 48). Denn, auch wenn diese Familien am meisten von den Angeboten profitieren würden, nehmen sie laut der schweizerischen Studie von Burger et al. von 2017 bedeutend seltener an den Angeboten teil (ebd.). Auch im Rahmen einer deutschen Erreichbarkeitsstudie von van Staa und Renner (2020) wurde festgestellt, dass signifikant weniger belastete Eltern nach Unterstützung

Haller, 2009, S. 44). «Mehrfach belastet» ist eine Familie, die unabhängig vom sozioökonomischen Status massiven zusätzlichen Belastungen ausgesetzt ist. Dies kann beispielsweise eine Suchtkrankheit, eine Gewaltproblematik oder eine psychische Krankheit eines Elternteils sein (Hafen, 2019, S. 6). Die in dieser Arbeit verwendeten Bezeichnungen «Familien in belasteten Situationen» oder vereinfacht «belastete Familien» schliesst sowohl sozial benachteiligte Familien mit und ohne Migrationshintergrund als auch mehrfachbelastete Familien mit ein (vgl. Hafen, 2019, S. 74).

fragen, wenn sie nicht allein zurechtkommen, als unbelastete Eltern (S. 22). Das liegt unter anderem daran, dass belastete Eltern bedeutend öfter der Meinung sind, sie müssten die Kindererziehung allein schaffen, bzw. dass sie nicht dem Bild von «Idealeltern» entsprächen («Symbolik guter Elternschaft»). Dies kann dazu führen, dass sich belastete Eltern in Gruppenangeboten eingeschüchtert fühlen (etwa durch sprachgewandte Mittelschichtseltern) und sich deshalb von diesen Angeboten «selbst exkludieren». Als zweite «symbolische Barriere der Inanspruchnahme» wird die «Symbolik der Behörde als Bedrohungsinstanz» aufgeführt. Damit wird die Angst der Familien bezeichnet, ihr (problembehaftetes) Privat- und Familienleben öffentlich zu machen, verbunden mit der Angst vor Stigmatisierung sowie der Furcht vor behördlicher Kontrolle, Autorität oder gar der «Wegnahme» ihres Kindes durch das Kinder- und Jugendamt (van Staa & Renner, 2020, S. 6-7, 22). Hafén (2019) führt zusätzlich strukturelle Gründe für die schwierige Erreichbarkeit von belasteten Familien auf (S. 48). So sind Angebote wie familienergänzende Betreuung oder Mütter- und Väterbildungskurse oft an der Mittelschicht ausgerichtet und sprechen benachteiligte Familien nicht an. Zudem kommen bei Familien mit Migrationshintergrund oft fehlende Sprachkenntnisse und interkulturelle Verständigungsprobleme dazu (ebd.).

Prävention und Kosten-Nutzen-Verhältnis

Gemäss Hafén (2014) lindern Angebote der Frühen Förderung während der frühen Kindheit Belastungsfaktoren und stärken Schutzfaktoren, welche für die Entwicklung eines Kindes und sein ganzes folgendes Leben von zentraler Bedeutung sind (S. 22). Die überragende Bedeutung der Frühen Förderung in der Prävention wird damit offensichtlich. Hafén (2014) zufolge ist die Frühe Förderung der wichtigste Präventionsbereich überhaupt (S. 22).

Nach den in der westlichen Gesellschaft hoch bewerteten Prinzipien des Humanismus sollten möglichst günstige Bedingungen für die individuelle Entwicklung jedes Kindes eine Selbstverständlichkeit und ethische Notwendigkeit sein (Hafén, 2014, S. 21). Die Investition in eine ausgebaute und qualitativ gute Frühe Förderung lohnt sich aber auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive. Der von der Jacobs Foundation in Auftrag gegebene Bericht «Volkswirtschaftliches Gesamtmodell für die Analyse zur „Politik der frühen Kindheit“» legt eindrücklich dar, dass sich eine ausgebaute Frühe Förderung nicht nur auf individueller, sondern auch auf volkswirtschaftlicher Ebene positiv auswirkt (BAK Economics, 2020). Durch staatliche Leistungen und familienergänzende Betreuungsangebote werden die Eltern entlastet. Dieser zusätzliche Spielraum kann von ihnen für eine Aufnahme oder Ausweitung der Erwerbstätigkeit genutzt werden. Beispielsweise steigt durch einen zusätzlich geschaffenen Betreuungsplatz das Arbeitsvolumen der Eltern um 46 Stellenprozent. Das damit verbundene zusätzliche Einkommen

erhöht die Konsum- und Sparmöglichkeiten der Familien. Weiter wird durch die zusätzliche Berufserfahrung der Eltern – angesichts der vorherrschenden Strukturen vor allem der Frauen – Berufserfahrung gewonnen. Pro zusätzlichem Jahr Vollzeitbeschäftigung kann mit einer Lohnzunahme von 2,4 % gerechnet werden. Höherer Lohn führt volkswirtschaftlich gesehen zu höherer Produktivität. Das Bruttoinlandprodukt (BIP) und der Wohlstand steigen, die Wirtschaft wächst und die (internationale) Wettbewerbsfähigkeit nimmt zu (BAK Economics, 2020, S. 3).

Nach BAK Economics (2020) sind die wirtschaftlichen Effekte bei den Kindern vor allem langfristig sichtbar (S. 4). Durch die besseren kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten der Kinder steigt ihr Bildungsniveau und in Folge die Beschäftigungsaussichten im Erwerbsleben. Zudem steigen die Einkommensperspektiven: Der im Erwachsenenleben zu erwartende Lohn liegt bei Kindern, die ein Angebot der FBBE besucht haben, um durchschnittlich 4 % höher. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind damit dieselben wie sie bei den Eltern beschrieben wurden (ebd.). Hafén (2019) konnte zusätzlich aufzeigen, dass durch die Investitionen in der Frühen Förderung weniger Fördermassnahmen in der Schule nötig sind sowie auch Folgekosten im Gesundheitswesen, im Strafrecht und in der Sozialhilfe eingespart werden (S. 36). Besonders hoch ist der finanzielle Mehrwert von Früher Förderung bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Hafén (2019) verweist auf eine Studie, welche für die bekanntesten US-amerikanischen Förderprogramme für sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien ein ROI (Return-of-Investment) von 1:9 bis 1:16 errechnete (S. 36). Das heisst, dass für jeden Dollar, der vom Staat in die frühkindlichen Förderprogramme investiert wurde, 9 bis 16 Dollar bei schulischen Förderprogrammen, Arbeitsintegrationsprogrammen, Sozialhilfe, Strafrechts- und Gesundheitskosten eingespart bzw. durch höhere Steuereinnahmen kompensiert wurden. Bei universellen Programmen für Kinder und Familien liegt dieser Wert tiefer, jedoch mit zwei bis drei Prozentpunkten immer noch im positiven Bereich (ebd.). Betreffend die Qualität der Frühen Förderung in der Schweiz errechnet BAK Economics (2020), dass ein Paket von Massnahmen zur Qualitätsverbesserung den Nutzen, welche Kinder aus den Angeboten gewinnen, soweit erhöhen würde, dass sich der zu erwartende positive BIP-Effekt beinahe verdoppelt, respektive jährlich rund drei Milliarden Franken mehr Gewinn einbringen würde (S. 7). Eine gut ausgebaute Frühe Förderung ist also nicht nur aus sozialpolitischer und ethischer Perspektive wichtig, sondern auch für die Volkswirtschaft von elementarer Bedeutung.

2.4 Frühe Förderung in der Schweiz

Den grossangelegten OECD Studien «Bildung auf einen Blick» ist zu entnehmen, dass die Frühe Förderung der Schweiz im internationalen Vergleich schlecht ausgebaut ist (OECD, 2020).

Während in der Schweiz die Ausgaben für FBBE-Angebote gerade mal 0.4 % des BIP ausmachen, liegen die durchschnittlichen Ausgaben in den OECD Staaten mit 0.9 % des BIP mehr als doppelt so hoch, in skandinavischen Ländern teilweise sogar fünf Mal höher (OECD, 2020, S. 226). Zudem fällt auf, dass die Ausgaben der Schweiz über Jahre gleich tief blieben (2012 - 2018 betrug die Ausgaben 0,2 % des BIP.), während andere Länder (wie Frankreich und Norwegen) ihre Aufwendungen in der gleichen Zeit verdreifachten (OECD, 2012/ 2015/ 201; zit. in Hafén, 2019, S. 20). Diese zurückhaltende Familienpolitik zeigt sich unter anderem in fehlendem Vaterschaftsurlaub, Qualitätsdefiziten in der familienergänzenden Kinderbetreuung sowie auch in der niedrigen Kostenbeteiligung des Staates an familienergänzenden Betreuungsplätzen (Hafén, 2017, S. 36). So müssen Zürcher Familien durchschnittlich zwei Drittel der Betreuungskosten selbst tragen, wogegen in Deutschland und Österreich die Familien weniger als ein Viertel übernehmen müssen. Diese hohe finanzielle Hürde führt dazu, dass im internationalen Vergleich extrem wenig Kinder unter drei Jahren für mindestens zweimal zwei Stunden in familienergänzender Betreuung sind. Besonders für Kinder aus belasteten Familien ist dies ein grosser Nachteil (ebd.).

Das Thema Frühe Förderung erfährt in der Schweiz seit einigen Jahren auf allen drei politischen Ebenen (Bund, Kantone und Gemeinden), in der Forschung, von Stiftungen und privaten Institutionen Aufmerksamkeit und diverse Entwicklungen sind im Gange. Gleichzeitig herrschen in der Angebotslandschaft, der Koordination und der politischen Zuständigkeit für den Frühbereich eine grosse Heterogenität und föderalistische Organisationsstrukturen. Um auf nationaler Ebene mehr Klarheit zu schaffen, wurde im Namen des Bundesrates im Januar 2021 ein Bericht zur Politik der Frühen Kindheit herausgegeben. Dieser enthält eine Auslegeordnung der rechtlichen Grundlagen, der Zuständigkeiten sowie aktuellen Tätigkeiten der drei staatlichen Ebenen, identifiziert Entwicklungspotential und hält Massnahmen fest, die umgesetzt werden sollen (Bundesrat, 2021, S. I).

Zuständigkeiten auf Bundesebene

Anders als in Deutschland oder Österreich gibt es in der Schweiz kein nationales Zentrum oder Bundesamt, welches ausschliesslich für die Frühe Förderung zuständig ist. Stattdessen werden die verschiedenen Themenbereiche auf Bundesebene von verschiedenen Bundesämtern und Kommissionen bearbeitet (Bundesrat, 2021, S. 11). Das BAG unterstützt beispielsweise Aktivitäten zur Verbesserung der Prävention und frühkindlichen Gesundheitsförderung. Der Fokus liegt dabei auf der Vernetzung der Akteur*innen und der Unterstützung von Familien in schwierigen Situationen. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) ist zuständig für den Austausch zwischen den Bundesstellen, erarbeitet Grundlagenberichte im Bereich der Kinder- und Jugendpolitik und sorgt für die Vergabe von Finanzhilfen im Bereich der frühen Kindheit.

Weitere Bundesstellen, die in die Politik der frühen Kindheit involviert sind, sind das Bundesamt für Justiz (BJ), das Bundesamt für Statistik (BFS), das Bundesamt für Kultur (BAK), das Bundesamt für Sport (BASPO), das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EGBG), das Staatssekretariat für Migration (SEM) und das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI). Zudem befassen sich verschiedene ausserparlamentarische Kommissionen mit der Politik der frühen Kindheit. Beispielsweise vertritt die Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF) familienpolitische Perspektiven, zeigt Forschungslücken auf, vernetzt Akteur*innen und sensibilisiert die Öffentlichkeit bezüglich der Lebensbedingungen von Familien in der Schweiz (Bundesrat, 2021, S. 11-17).

Zuständigkeit auf Kantonaler Ebene

Federführend auf interkantonaler Ebene ist die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) (Bundesrat, 2021, S. 18). Zusammen mit anderen interkantonalen Konferenzen (wie die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK)) prägen sie die interkantonale Koordination und Zusammenarbeit durch gemeinsame Erklärungen und Empfehlungen (ebd.). In einem Bericht der Jacobs Foundation in Zusammenarbeit mit dem BSV und dem SEM wurde eine Bestandsaufnahme der kantonalen Strategien und Koordinationsansätzen im Bereich der FBBE erhoben (Stern, Schwab Cammarano & De Rocchi, 2016). Darin konnte aufgezeigt werden, dass besonders auf kommunaler und kantonaler Ebene die Zuständigkeiten bei der Koordination und Umsetzung von Angeboten und Massnahmen der Frühen Förderung unterschiedlich geregelt sind (S. 3). Je nach Kanton und Gemeinde gibt es Unterschiede darin, welche Aufgaben von welchem Departement bzw. vom Staat oder von privaten Akteur*innen und Institutionen erfüllt werden. Alle Kantone verfügen seit 2014 über ein kantonales Integrationsprogramm (KIP), in dem die Frühe Förderung als einer von acht Förderbereichen genannt wird und Massnahmen für deren Umsetzung festgelegt wurden (ebd.). Fünf Kantone stützen sich für die Koordination der Frühen Förderung auf das KIP ab. Problematisch dabei ist, dass ausschliesslich die Migrationsbevölkerung die Zielgruppe des KIP ist und somit nur ein Teil der Zielgruppe der Frühen Förderung abgedeckt wird. Vier Kantone verfügen deshalb ergänzend zum KIP über Gesetze und Strategien in der Kinder- und Jugend- oder Familienpolitik. Die Mehrheit der Kantone verfügt über eine spezifische Strategie für die Frühe Förderung in Form eines Konzeptes, Programmes oder Strategiepapiers oder sind an deren Erarbeitung (Stern, Schwab Cammarano & De Rocchi, 2016, S. 13). Die hauptverantwortliche Stelle in der Verwaltung für die Umsetzung der Frühen Förderung liegt je nach Kanton im Bereich des Sozialen bzw. der Familie, der Bildung, der Gesundheit oder der Integration. Gewisse Kantone wirken in der Frühen Förderung primär beratend und koordinierend, einige sind bei der Massnahmenumsetzung federführend und andere halten sich ganz aus der Verwaltung der

Frühen Förderung auf Gemeindeebene raus (Stern, Schwab Cammarano & De Rocchi, 2016, S. 18-25).

Kommunale Ebene und Angebotslandschaft

Die Städte und Gemeinden sind in den meisten Kantonen zuständig für die Bereitstellung und Finanzierung von Angeboten der Frühen Förderung (Bundesrat, 2021, S. 22). Ein Blick auf die Angebotslandschaft zeigt ein sehr heterogenes Bild mit grossen Unterschieden zwischen den Sprachregionen sowie Stadt und Land (Hafen, 2019, S. 20). Die Versorgungsstruktur in der lateinischen Schweiz ist besser als in der Deutschschweiz und die Städte bieten im Durchschnitt ein deutlich breiteres Angebot als die ländlichen Regionen (ebd.). Besonders in den Städten wurden in den letzten Jahren verschiedene Pilotprojekte durchgeführt, Angebote ausgebaut und erste Netzwerke für einen Austausch und die Koordination zwischen den Akteur*innen ins Leben gerufen. Hafen und Meier Magistretti (2021) haben in ihrem Bericht zu familienzentrierter Vernetzung in der Schweiz verschiedene Organisationen in der Frühen Förderung bezüglich ihrer Netzwerkstruktur analysiert (S. 16-17). Viele dieser Netzwerke wurden in den letzten zehn Jahren als Pilotprojekte lanciert, mit einem Bericht evaluiert und anschliessend weitergeführt (Calderón, Edelmann & Simoni, 2016; Kaufmann & Kosta, 2019; Meier Magistretti et al., 2015; Tschumpert et al., 2012). Jedoch sorgen die meisten dieser Netzwerke rein interinstitutionell für einen Austausch der Fachpersonen und bieten keine Systematik der Früherkennung oder angebotsübergreifende Begleitung (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 6). Durch diese fehlende «familienzentrierte Vernetzung» werden weniger belastete Familien erreicht, was dazu führt, dass sich deren Probleme verfestigen bzw. vergrössern und erst später, durch nachweislich aufwändigere Massnahmen (wie Kinderschutzverfahren, Fördermassnahmen in der Schule oder Arbeitsintegrationsprogramme) angegangen werden können (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 26). Das Netzwerk der Mütter- und Väterberatung des Kantons Bern und das Netzwerk Frühe Förderung der Stadt Luzern gehen am ehesten auf die überinstitutionelle und familienzentrierte Vernetzung ein. Deshalb werden in der vorliegenden Bachelorarbeit neben den Modellen von Deutschland und Österreich diese zwei Schweizer Good Practice Modelle unter Kapitel 4.3 und 4.4 exemplarisch vorgestellt.

2.5 Frühe Hilfen in Österreich

In Österreich wurden die Frühen Hilfen bereits 2011 bzw. 2012 in den Gesundheitszielen Österreich sowie in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie als Handlungsbereiche im Sinne einer politischen Strategie festgehalten (Haas & Weigl, 2019, S. 142). Sie sind heute zusätzlich

auch im aktuellen Regierungsprogramm und in weiteren politischen Programmen strategisch und konzeptuell verankert (Frühe Hilfen, ohne Datum a). Der Gesundheitssektor ist primäre Finanzierungsquelle der Frühen Hilfen in Österreich. Das Bundesland Vorarlberg bildet mit der Finanzierung mittels Sozialfonds die Ausnahme (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 11). Gemäss Haas laufen zurzeit Gespräche, um eine gesetzliche Regelung zu vereinbaren und abzuschliessen, die die nachhaltige Finanzierung ab 2024 sicherstellt. Bis dahin läuft die etablierte Finanzierung ergänzt durch Post-Corona-Mittel der EU weiter. Das Ziel ist eine gemeinsame Regelfinanzierung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern (je 1/3) (Interview vom 20.10.2021).

Ein erstes, bundeslandesweit koordiniertes Angebot im Bereich der Frühen Hilfen entstand schon 2011 mit dem «Netzwerk Familie» in Vorarlberg. Verschiedene Pilotprojekte, angestossen durch die Kinder- und Jugendhilfe und seit 2009 umgesetzt und evaluiert, bildeten die Grundlage (Haas & Weigl, 2019, S. 142-143). Vor allem ab 2015 erfolgte durch national angelegte und koordinierte Bestrebungen und auf der Basis eines durch die Bundesgesundheitsagentur finanzierten Grundlagenprojektes der sukzessive, landesweite Aus- und Aufbau von regionalen Frühe Hilfe-Netzwerken (ebd.; Haas & Weigl, 2017, S. 1). Dazu steht ein Grundmodell, das den regionalen Gegebenheiten angepasst werden kann, zur Verfügung. Es beinhaltet zum einen ein «universelles Basisangebot» für alle Familien, in dessen Rahmen mittels mindestens drei Terminen – der erste vor, die zwei anderen nach der Geburt im besten Fall in Form von Hausbesuchen – die (werdende) Mutter bzw. die Familie im Hinblick auf eine allgemeine psychosoziale Gesundheitsförderung unterstützt wird (Haas & Weigl, 2017, S. 2-3, 16). Zum anderen umfasst das Grundmodell ein «regionales Frühe-Hilfe-Netzwerk», ein sogenannt «indiziertes Angebot», zur weiteren, vertieften und längerfristigen Unterstützung von Familien in schwierigen Lebenslagen. Im Zentrum steht ein Netzwerk aus Akteur*innen unterschiedlicher Professionen, das durch ein Netzwerkmanagement aufgebaut, koordiniert und betreut wird (Haas & Weigl, 2017, S. 2-3). Die Zusammenarbeit unter den Professionen hat zum Ziel, «sichere Übergänge zwischen den Hilfssystemen» zu ermöglichen (Knaller, 2013, S. 9). Die verschiedensten Unterstützungsangebote werden im Rahmen der Schwangerschaft und der frühen Kindheit niederschwellig, aufsuchend und auf Freiwilligkeit basierend zur Verfügung gestellt. Zentraler Ausgangspunkt bildet die Familienbegleitung zwecks Bedarfsermittlung und entsprechender Vermittlung und Koordination weiterer Angebote (Haas & Weigl, 2017, S. 2-3, 7; Haas & Weigl, 2019, S. 143-144). Basierend auf dem «Frühe-Hilfe-Wirkmodell» sollen die Massnahmen der Frühen Hilfen auf gesellschaftlicher, familiärer und individueller Ebene des Kindes direkt oder indirekt wirksam werden, um gesundheitliche und soziale Chancenungerechtigkeit auszugleichen (Marbler et al., 2020, S. III).

Der österreichweite Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen wird auf nationaler Ebene durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) begleitet. Es wurde auf Auftrag des damaligen

Bundesministeriums für Gesundheit 2015 eingerichtet und wird durch die Bundesgesundheitsagentur finanziert (Frühe Hilfen, ohne Datum b). Ziel dieses Zentrums ist es, «die bundesweite Abstimmung und Vernetzung, die Qualitätssicherung der Umsetzung sowie Wissenstransfer und Öffentlichkeitsarbeit zu fördern bzw. zu ermöglichen» (Gesundheit Österreich, ohne Datum a, S. 1). Am NZFH.at ist weiter die «FRÜDOK» («Dokumentation zu den begleiteten Familien») angegliedert. Daten aus den Regionen werden hier zentral gesammelt, analysiert sowie publiziert (FRÜDOK-Jahresberichte und Factsheets) (Gesundheit Österreich, ohne Datum a, S. 3; Frühe Hilfen, ohne Datum c).

2.6 Frühe Hilfen in Deutschland

Wie in Österreich sind auch in Deutschland die Frühen Hilfen seit rund zehn Jahren auf nationaler Ebene gesetzlich verankert und bilden ein, wenn auch junges, doch ausgebautes Handlungsfeld (NZFH, 2016, S. 12). 2012 trat mit dem neuen Bundeskinderschutzgesetz auch die befristete Bundesinitiative Frühe Hilfen in Kraft, wodurch die strukturellen Voraussetzungen für einen landesweiten Auf- und Ausbau von Netzwerken der Frühen Hilfen geschaffen wurden (ebd.). 2018 wurde die langfristige Implementierung der Frühen Hilfen als Versorgungselement beschlossen und die Bundesinitiative Frühe Hilfen durch die unbefristete Bundesstiftung Frühe Hilfen abgelöst (Bundesstiftung Frühe Hilfen, 2018, S. 1-2). Diese ist an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) angeschlossen und trägt die Verantwortung für die Finanzierung und Förderung der Netzwerke der Frühen Hilfen sowie für die psychosoziale Unterstützung von Familien mit Kindern von null bis drei Jahren (ebd.). Ein weiterer zentraler Akteur für die Frühen Hilfen in Deutschland ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.de), welches 2007 vom BMFSFJ gegründet wurde und unter anderem die Massnahmen der Bundesstiftung begleitet und evaluiert. Darüber hinaus sorgt das NZFH.de für die wissenschaftliche Forschung und Datensicherung der Frühen Hilfen, für Angebote der Qualitätsentwicklung, für einen regelmässigen Fachaustausch der Akteur*innen auf Bundes-, Länder-, und Gemeindeebene sowie für die Öffentlichkeitsarbeit (NZFH, 2016, S. 5-6).

Die Frühen Hilfen in Deutschland richten sich an alle (werdenden) Eltern und Kinder bis drei Jahre (Thyen, 2014, S. 8). Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Erreichbarkeit und Unterstützung von Familien mit wenig Ressourcen und Möglichkeiten, sich selbst Unterstützung zu organisieren. Die Bedarfe der einzelnen Familien sollen frühzeitig erkannt und mit systematischen Zugängen sollen geeignete Unterstützungsformen angeboten werden. Die Grundwerte Freiwilligkeit, Wertschätzung, Ressourcenorientierung und Kompetenzförderung werden in der Arbeit mit den Familien besonders betont (ebd.).

Damit umfassende Unterstützung für die individuellen Bedarfe der Kinder und Eltern erfolgen kann, ist eine multiprofessionelle Kooperation und Vernetzung von vielen Akteur*innen aus verschiedenen Leistungssystemen notwendig (NZFH, 2016, S. 5-6). Im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) ist die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit vielen eigenständigen Akteur*innen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und anderen Leistungssystemen deshalb verankert. Eine ausgebaute Netzwerkarbeit wird von den Frühen Hilfen in Deutschland für eine qualitative und bedarfsgerechte Zusammenarbeit mit den Familien als elementar angesehen (ebd.). Anders als in Österreich kennt Deutschland jedoch kein national einheitliches Modell für die Zusammenarbeit der Akteur*innen aus den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen (Küster, Pabst & Sann, 2017a, S. 2). Nach Haas geschah der Aufbau der Frühen Hilfen in Deutschland so schnell, dass auf den bestehenden Netzwerken und bereits vorhandenen Strukturen aufgebaut werden musste und die Zeit fehlte eine bundesweite Lösung zu entwerfen. Dies führte zu einer grossen Varietät an Organisationsformen, welche durch grundlegende Gesetze und Strukturen auf nationaler Ebene gerahmt werden (Interview vom 20.10.2020). Das BKisSchG zählt 17 Institutionen und Dienste im Bereich der Frühen Hilfen auf, welche in den Jugendamtsbezirken verbindliche Kooperationsbeziehungen miteinander unterhalten, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung- und Entwicklung klären und das Kinderschutzverfahren aufeinander abstimmen sollen (Küster, Pabst & Sann, 2017a, S. 3). Diese verbindliche Zusammenarbeit soll gemeinsam mit den Förderkriterien der Bundesinitiative Frühe Hilfen in einer Vereinbarung festgehalten werden. 2015 besaßen jedoch erst 59,1 % der Jugendamtsbezirke solche Vereinbarungen (ebd.). Für den Austausch und die Kooperation aller beteiligten Akteur*innen sorgen in den Jugendamtsbezirken Netzwerkkoordinierungsstellen (NZFH, 2016, S. 14-15). Die Koordinierenden sind zudem verantwortlich für das Netzwerk- und Wissensmanagement, die Konzeptentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit (ebd.). Angegliedert sind die Netzwerkkoordinierungsstellen bei der Kinder- und Jugendhilfe, wobei teilweise keine klare Abgrenzung zwischen dem Netzwerk der Frühen Hilfen und dem des Kinderschutzes gemacht wird. Diese Verknüpfung der freiwilligen, präventiv ausgerichteten Frühen Hilfen mit dem intervenierenden Kinderschutz wird sehr kritisch diskutiert und kommt immer seltener vor (2014 noch 27,5 %, Tendenz abnehmend) (Küster, Sann & Renner, 2018, S. 4).

Eine wichtige Funktion in der Vermittlung von belasteten Familien an Akteur*innen der Frühen Hilfen stellen Lotsendienste in Geburtskliniken dar (NZFH, 2019, S. 1-3). Diese werden vom geburtshilflichen Klinikpersonal hinzugezogen, wenn bei jungen Familien eine erhöhte psychosoziale Belastung auffällt (ebd.). Um das Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe besser miteinander zu verbinden, werden in Deutschland Familienhebammen (FamHeb) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen (FGKiKP) als

Brückenbauer*innen eingesetzt (Horschitz et al., 2015, S. 9). Wie die Familienbegleiter*innen im Modell von Österreich gehen diese zu Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf nach Hause, beraten die Eltern und geben Informationen und Anleitungen zur Pflege, Ernährung und Förderung der Kinder im Familienalltag (ebd.).

2.7 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der drei Länder

Die Frühe Förderung – oder Frühen Hilfen, wie Deutschland und Österreich sie nennen – unterscheiden sich in den drei vorgestellten Ländern in diversen Bereichen. Nachfolgend sollen die wichtigsten Punkte noch einmal zusammengestellt werden.

Die Frühen Hilfen sind in Deutschland im BKiSchG verankert und durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen dem BMFSFJ zugeordnet (Bundesstiftung Frühe Hilfen, 2018, S. 1-2). Die Frühen Hilfen werden somit auf nationaler Ebene durch den Sozialbereich koordiniert und auch finanziert (ebd.).

In Österreich sind die Frühen Hilfen in verschiedenen politischen Strategien und Konzepten, wie dem Regierungsprogramm, den nationalen Gesundheitszielen und der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) in verschiedenen relevanten Politikbereichen verankert, mehrheitlich jedoch durch den Gesundheitsbereich koordiniert und finanziert (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 11). In der Schweiz sind gewisse Aufgaben zur Förderung, Koordinierung und Finanzierung von Angeboten der Frühen Förderung verschiedenen Bundesämtern (u.a. dem BAG und BSV) zugeteilt (Bundesrat, 2021, S. 11). Ausgebaute Gesetzesgrundlagen oder eine nationale Koordination gibt es allerdings nicht. Auch eine umfassende nationale Erhebung und Sammlung von Daten zur Frühen Kindheit bzw. Frühen Förderung wird in der Schweiz nicht vorgenommen (Bundesrat, 2021, S. 48). In Deutschland und Österreich wird die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation jeweils durch das NZFH sichergestellt (Küster, Sann & Renner, 2018, S. 1; Marbler, Sagerschnig & Winkler, 2020, S. III).

Die Frühe Förderung respektive die Frühen Hilfen sollen in allen drei Ländern zu einer erhöhten Chancengleichheit und verbesserten psychosozialen Gesundheit der Kinder und ihrer Familien führen (Bundesrat, 2021, S. 5; Haas & Weigl, 2017, S. 2-3; Thyen, 2014, S. 8). Die Unterstützungsangebote sind teils universell präventiv, teils selektiv bedarfsorientiert und eine Teilnahme ist für die Familien in jedem Fall freiwillig (ebd.). Während aber Deutschland und Österreich ihren Schwerpunkt unter anderem durch Lotsendienste, FamHeb, FGKIKP und Familienbegleiter*innen auf die Prävention von «adverse childhood experiences» und die indizierte Bearbeitung von sozialen Problemen bzw. die Unterstützung von Familien in belasteten Situationen gelegt haben, fokussieren sich diverse Studien und Angebote der Schweiz auf den

Bildungsbereich (Schwerpunkt familienergänzende Kinderbetreuung) (BAK Economics, 2020, S. 3-8; Marbler et al., 2020, S. III; Schulte-Haller, 2009, S. 7; Thyen, 2014, S. 8).

Das Gesundheitswesen ist in der Frühen Förderung der Schweiz besonders im Vergleich zu Österreich deutlich weniger eingebunden. Zwar liegt die Zuständigkeit für «frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention» beim BAG und der Bericht des Bundesrats (2021) führt Gynäkolog*innen, Kinder-, Fach- und Hausärzt*innen sowie Hebammen als Akteur*innen der Frühen Förderung auf (S. 11, 27), die einzelnen Netzwerke, welche in der Schweiz bestehen, sind aber hauptsächlich im Sozial- und Bildungsbereich angesiedelt und nicht (wie in Deutschland und Österreich) an der Schnittstelle zwischen dem Sozial- und Gesundheitsbereich (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 18-19, 21).

Die interprofessionelle Vernetzung der diversen Akteur*innen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie weiteren Sozialleistungssystemen gelten in allen drei Ländern als grundlegende Voraussetzung für die Frühe Förderung resp. Frühen Hilfen (NZFH, 2016, S. 13). Während die Vernetzungsbemühungen von Deutschland und Österreich «im Rahmen einer nationalen Strategie erfolgen, die Standards setzt, fachliche und finanzielle Unterstützung bereitstellt und eine gewisse Einheitlichkeit der gesetzlichen Grundlagen» vorliegt, herrscht in der Schweiz aufgrund einer fehlenden nationalen Strategie und dem föderalistischen System eine grosse Vielfalt an Netzwerken (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 26). Die Vorstudie von Hafen und Meier Magistretti (2021) zeigt als auffallendsten Unterschied auf, dass die Netzwerke der Schweiz in aller Regel «auf institutionelle Vernetzung ausgerichtet» sind und das Potential für die «familienzentrierte Vernetzung» (die systematische Früherkennung und Begleitung von Familien in belasteten Situationen) äusserst selten genutzt wird (S. 10). Während das grosse Engagement und die diversen Vernetzungsbemühungen von zahlreichen Einzelpersonen, Institutionen und Stiftungen für eine wirkungsvolle Frühe Förderung der Schweiz bemerkenswert ist, muss dennoch festgehalten werden, dass die Schweiz gegenüber ihren deutschsprachigen Nachbarländern deutlich schlechter abschneidet (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 27).

3 Netzwerkarbeit in der Frühen Förderung

Primäres Ziel dieses Kapitels ist es, die Frage zu klären, weshalb in der Frühen Förderung interprofessionelle Netzwerkarbeit sinnvoll ist. Das Kapitel dient dazu, die begrifflichen und inhaltlichen Grundlagen, die sich in diesem Zusammenhang ergeben, zu erarbeiten: Dies in Bezug auf die Thematik rund um die Zusammenarbeit von Fachpersonen sowie deren Beschreibung – im Hinblick auf die Weiterarbeit mit Hauptaugenmerk auf die medizinischen Fachpersonen und Institutionen – einerseits (3.2) und in Bezug auf das Thema der Netzwerkarbeit andererseits (3.3). Das ökosystemische Entwicklungsmodell nach Bronfenbrenner bildet den Ausgangspunkt und die Grundlage dieser Ausführungen (3.1). Es erlaubt, die Lebenslage einer Person – für diese Arbeit diejenige eines ungeborenen Kindes bzw. eines Säuglings und Kleinkindes – in ihrer Umwelt und ihre, auch durch die Umwelt beeinflusste Entwicklung, breit zu erfassen.

3.1 Ökosystemisches Entwicklungsmodell

Die Basis Bronfenbrenners (1989) «Ökologie der menschlichen Entwicklung» besteht in der grundlegenden Sichtweise aus einer, sich mit der Zeit entfaltenden, wechselseitigen Beeinflussung zwischen sich entwickelnder Person und der Umwelt (S. 19). Bronfenbrenner definiert Entwicklung als «*dauerhafte Veränderung der Art und Weise, wie die Person die Umwelt wahrnimmt und sich mit ihr auseinandersetzt*» (ebd.). Dabei versteht Bronfenbrenner den Begriff «Umwelt» in einem grösseren Kontext und meint «mehrere Lebensbereiche und die Verbindungen zwischen ihnen, auch äussere Einflüsse aus dem weiteren Umfeld» (Bronfenbrenner, 1989, S. 38). Ein Lebensbereich ist dadurch gekennzeichnet, dass in ihm eine direkte Aufnahme von Wechselbeziehungen (Interaktionen) durch Menschen mit anderen Menschen möglich ist (ebd.).

Bronfenbrenner unterteilt in der Folge die Umwelt in voneinander gegenseitig abhängige Systeme und unterscheidet zwischen Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystem (ebd.) sowie einem erst später ergänzten Chronosystem (Flammer, 2017, S. 249, 255).

- Das **Mikrosystem** bezeichnet das gegenwärtige Geflecht «von Tätigkeiten und Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen» im unmittelbaren Umfeld, welches von einer Person individuell erlebt wird (Bronfenbrenner, 1989, S. 38).
- Das **Mesosystem** besteht aus verschiedenen Mikrosystemen, die zueinander in Verbindung stehen und an denen die sich entwickelnde Person aktiv teilnimmt (Bronfenbrenner, 1989, S. 41).

- Das **Exosystem** ergibt sich aus einem Lebensbereich oder mehreren Lebensbereichen, die indirekt Einfluss auf eine sich in der Entwicklung befindende Person ausüben. Die Person selbst ist nicht daran beteiligt (Bronfenbrenner, 1989, S. 42).
- Das **Makrosystem** nimmt Einfluss auf alle oben beschriebenen Systeme und bildet den kulturellen und subkulturellen Kontext (ebd.).
- Das **Chronosystem** verweist auf den zeitlichen Aspekt der menschlichen Entwicklung sowie der Entwicklung der Systeme (Flammer, 2017, S. 255-256).

Zur Verdeutlichung: Wird diese Betrachtungsweise auf das Thema dieser Arbeit angewendet, so können die Systemebenen für z. B. ein Kleinkind überblicksartig wie folgt beschrieben werden (Siehe Abb. 1.): Zum Mikrosystem gehören Beziehungen zwischen dem sich entwickelnden Kind und der unmittelbaren Umgebung wie der Familie, der Nachbarschaft, Gleichaltrigen, der Hebamme, der Kinderärztin, Mitarbeitenden der Kindertagesstätte, der Tagesmutter und anderen Professionellen aus dem medizinischen und sozialen Bereich. Das Mesosystem zeigt die Beziehungen zwischen den Mikrosystemen wie zwischen Eltern und Kinderärztin oder Nachbarschaft und Tagesmutter. Das Exosystem eines kleinen Kindes kann die Schichtarbeit des Vaters, das Fernsehprogramm und das Wohnumfeld darstellen. Es wirkt indirekt z. B. in Bezug auf die Schichtarbeit des Vaters durch dessen regelmässige Abwesenheiten zu bestimmten Zeiten. Das Makrosystem beeinflusst die kindliche Entwicklung unter anderem durch die Normen, Werte, Traditionen, die Religion und das Schulsystem einer Gesellschaft. Das Chronosystem steht für wichtige Entwicklungsschritte innerhalb der biografischen Entwicklung des Kindes wie den Schuleintritt.

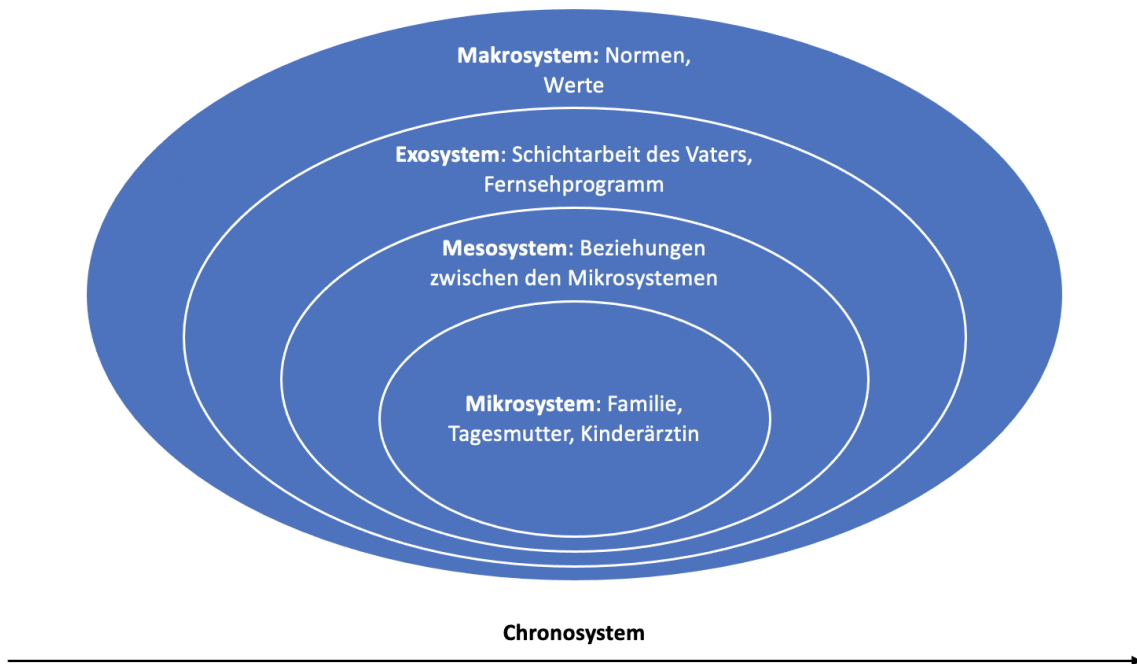


Abbildung 1: Die Systemebenen nach Bronfenbrenner mit Bezug zum obigen Beispiel (eigene Darstellung, nach Flammer, 2017, S. 249)

Solche Entwicklungsveränderungen finden nach Bronfenbrenner (1989) durch «Bewegung im ökologischen Raum» statt: Durch Rollenwechsel, durch Wechsel des Lebensbereichs oder durch beides (S. 43). Die Geburt eines Kindes, der Arbeitsplatzwechsel des Vaters oder ein Umzug stellen ebenso wie die Einschulung solche Entwicklungsveränderungen dar. Bronfenbrenner bezeichnet diese Entwicklungsveränderungen als «ökologische Übergänge» (ebd.) und formuliert als Hypothesen begünstigende Voraussetzungen, für eine erfolgreiche Bewältigung dieser Übergänge. So weist er unter anderem darauf hin, dass «das entwicklungsfördernde Potential eines Lebensbereiches (...) mit der Anzahl der unterstützenden Verbindungen zu anderen Lebensbereichen» zunimmt, das Mesosystem im besten Fall weitverzweigte Verknüpfungen aufzeigt (Bronfenbrenner, 1989, S. 205) oder dass der «Eintritt in einen neuen Lebensbereich in dem Ausmass gefördert [wird], in dem die Person und die Mitglieder der beiden betroffenen Lebensbereiche schon vor dem Übergang über einschlägige Informationen, Beratung und Erfahrungen verfügen» (Bronfenbrenner, 1989, S. 208). Dabei haben «gegenseitiges Vertrauen, positive Orientierung und Zielübereinstimmung» sowie «Kräfteverhältnisse», die sich zugunsten der sich entwickelnden Person auswirken, einen positiven Einfluss (Bronfenbrenner, 1989, S. 207).

Die verschiedenen Systeme der ökologischen Entwicklungstheorie zeigen nicht nur die Vielschichtigkeit unseres Lebens, sondern lassen ebenfalls die wechselseitige Beeinflussung derselben und auf das Leben selbst erkennen. Es ist also nicht irrelevant, wie sich diese

Interdependenzen zeigen bzw. wie sie auch bewusst ausgestaltet werden. Darauf verweist grundsätzlich auch Bronfenbrenner mit seinen hypothetischen Annäherungen. Jedoch unabhängig davon, ob hypothetisch oder nicht, lässt das Modell erkennen, dass eine ganzheitlichere Betrachtung eines Lebens oder einer Lebenssituation über die Systeme und die sich darin bewegenden Personen hinaus angezeigt ist. Sowohl der bzw. die Frauenärzt*in als auch die Hebamme können sich grundsätzlich im Mikrosystem einer werdenden Mutter und über dieses in dem des ungeborenen Kindes bewegen. Realisiert nun die Fachperson in der gynäkologischen Praxis, dass die werdende Mutter sich in Bezug auf die bevorstehende Geburt unsicher fühlt, kann eine frühzeitige Weitervermittlung an eine Hebamme hilfreich sein. In letzter Konsequenz muss dies Zusammenarbeit in irgendeiner Form unter den Fachpersonen bedeuten.

3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Als Bezeichnung für die Zusammenarbeit von Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsgattungen oder Bereichen stehen verschiedene Begriffe, die teilweise auch synonym verwendet werden, zur Verfügung. Es wird in erster Linie von Interprofessionalität und Interdisziplinarität gesprochen; wobei bei beiden Begriffen weitere Unterscheidungen bestehen (beim Begriff «Interdisziplinarität» z. B. «Multi-, Trans- oder Interdisziplinarität im engeren Sinne», beim Begriff «Interprofessionalität» z. B. «Abstimmung, Integration und Co-Kreation» (Wider & Schmocker, 2018, S. 190)). Nebst der Abgrenzung zwischen «Profession» und «Disziplin» wird im Weiteren zwischen «Profession» und «Beruf» unterschieden⁴.

3.2.1 Disziplin, Profession, Beruf

Wider und Schmocker (2018) beschreiben die Begriffe «Disziplin» und «Profession» als Begriffspaar, das sich mit dem gleichen «Gegenstand mit unterschiedlichen Aufgaben» beschäftigt: Im Fokus der Disziplin steht die Problembeschreibung und -erklärung, im Fokus der Profession die Lösungsfindung unter zu Hilfenahme des Disziplinwissens (S. 190). Nach Thole (2012) steht Profession für «das gesamte fachlich ausbuchstabierte Handlungssystem, also die berufliche Wirklichkeit eines Faches» und die Disziplin für «das gesamte Feld der

⁴ Der Vollständigkeit halber: Auch wird in diesem Kontext der Begriff «Kooperation» verwendet; sei es z. B. als Synonym für Zusammenarbeit, als Oberbegriff für verschiedene Formen der Zusammenarbeit (z. B. Wider & Schmocker, 2018, S. 189-190) oder im Sinne einer Voraussetzung und Bedingung einer erfolgreichen Zusammenarbeit. Diese letztgenannte Bedeutung kommt auch weiter unten für diese Arbeit zur Anwendung (vgl. 3.3).

wissenschaftlichen Theoriebildung und Forschung sowie auch das Handlungsfeld», in welchem diese stattfinden (S. 21).

Disziplinen beschäftigen sich mit einer bestimmten Perspektive, mit einem bestimmten Teil der Wirklichkeit und erzeugen dadurch bzw. dazu mittels Forschung und Theoriebildung Wissen (Wider & Schmocker, 2018, S. 190-191). Sie zeichnen sich grundsätzlich durch einen Gegenstand, ein Erkenntnisinteresse sowie durch Methoden und Theorien aus, wobei es auch zu Überschneidungen zwischen den Disziplinen kommt, wenn z. B. unterschiedliche Disziplinen gleiche oder ähnliche Methoden anwenden oder sich mit dem gleichen Gegenstand (z. B. Mensch) beschäftigen (Sukopp, 2013, S. 19-20). Eine nach Sukopp (2013) umfassende Definition beschreiben Defila und Di Giulio (1998; zit. in, S. 21), wonach sich eine Disziplin durch eine ‚scientific community‘, durch einen bestimmten Wissensbestand und ein bestimmtes Forschungsproblem, durch ein Set an Methoden und Problemlösungen sowie disziplintypische und institutionsabhängige Sozialisationsprozesse kennzeichnet.

Professionen umfassen die Menschen, die als Berufsgruppen in einem bestimmten Fachgebiet tätig sind sowie die Orte, Organisationen und Einrichtungen, an bzw. in denen die entsprechenden Tätigkeiten ausgeübt werden (Hochuli Freund & Stotz, 2021, S. 29). Laut Müller (2012) stellen Professionen «eine besondere Art von Berufen» dar (S. 956). Ein Beruf meint primär eine Tätigkeit, für die eine Bezahlung erfolgt und für die die Person, welche sie ausübt, eine entsprechende Qualifikation besitzt. Er ist abzugrenzen von einem bezahlten Job, der nicht Beruf sein muss und von einem Hobby, das ein spezifisches Wissen voraussetzt. Müller beschreibt zwei Merkmale für einen (Ausbildungs-) Beruf: Das Mandat, ein gesellschaftlicher Auftrag, der auf der gesellschaftlichen Erkenntnis basiert, dass in einem bestimmten Bereich eine bestimmte Tätigkeit von Nutzen ist; und die Lizenz, die Ermächtigung durch die Gesellschaft und somit die Bedingungen und Grenzen für die Ausübung einer bestimmten Tätigkeit (ebd.).

Für die Professionen kommen diese zwei Merkmale in einem besonderen Masse zum Tragen; insbesondere dann, wenn laut Müller (2012) die berufliche Tätigkeit «zentrale Bereiche menschlichen Lebens» angeht, «den persönlichen Privat- oder gar Intimbereich von anderen Menschen» tangiert und dadurch «für diejenigen Personen, denen diese Berufe nützen sollen, besondere Risiken und Verletzungsgefahren» mit sich bringt (S. 957). Ärzt*innen, Jurist*innen und Geistliche zählen zu den klassischen Professionen. Eine entsprechende Ausbildung und solide Wissensgrundlage, eine Kontrolle durch den Staat betreffend Zugang zum Beruf und ein durch den Staat gesichertes Monopol, die andere Berufe im entsprechenden Bereich nicht zulassen, professionelle Standards, die aus der Profession selbst stammen, eine fachliche und finanzielle Unabhängigkeit sowie ethische Codes und gesetzliche Vorgaben charakterisieren diese (Müller, 2012, S. 957-958).

Bezugnehmend auf obige Ausführungen wird für die Weiterarbeit der Begriff «Interprofessionalität» bzw. «interprofessionell» verwendet. Auch wenn auf der Ebene der Disziplin im Bereich der Frühen Förderung zusammengearbeitet werden kann und sollte, ja müsste und Disziplin und Profession immer Verknüpfungen aufweisen, steht für die weiteren Betrachtungen die Zusammenarbeit unter den Fachpersonen im tatsächlichen Arbeitsfeld selbst im Vordergrund. Inwieweit die beteiligten Fachpersonen einer bestimmten Profession oder «nur» einer Berufsgattung angehören, ist irrelevant in dem Sinne, dass es Ziel sein muss, unabhängig von dieser Diskussion, die an anderer Stelle geführt wird, zum Wohle der Klientel gemeinsam Wege aus und Lösungen für herausfordernde Situationen zu finden.

3.2.2 Professionen und Institutionen im Frühbereich

Die nachfolgende Abbildung 2 zeigt als Überblick, welche Fachpersonen und Einrichtungen im Bereich der Frühen Förderung beteiligt sind bzw. beteiligt sein könnten.

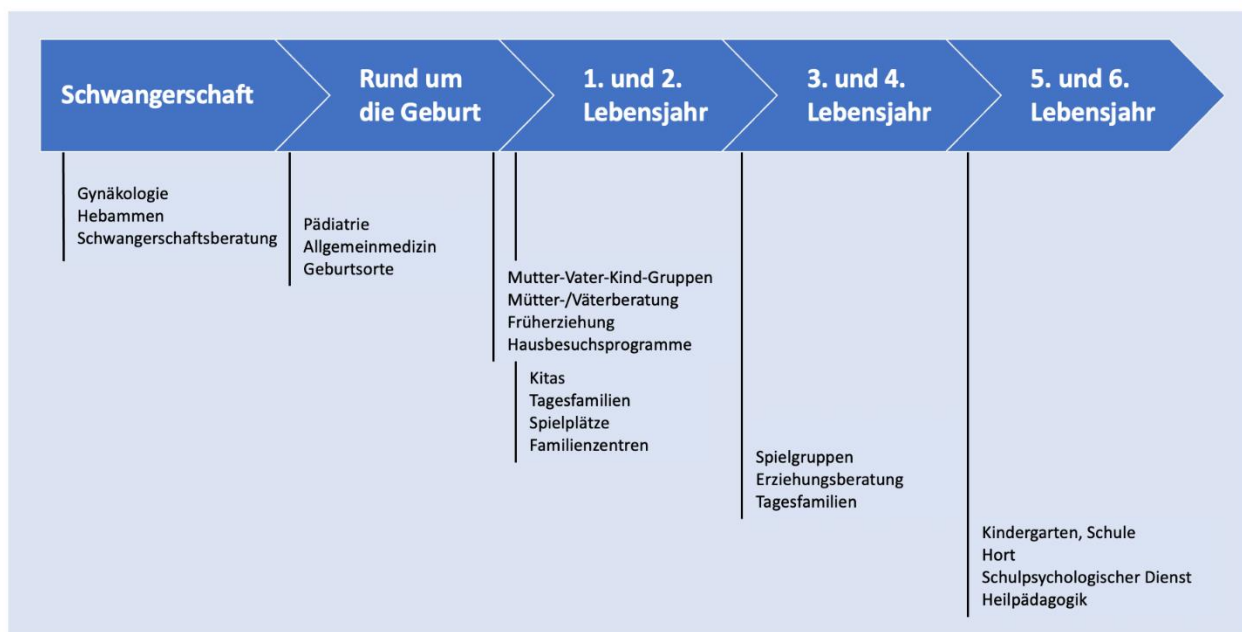


Abbildung 2: Fachpersonen und Einrichtungen in der Frühen Förderung – ein Überblick (eigene Darstellung, nach Stern & Schwab Cammarano, 2018, S. 8)

Im Hinblick auf die Weiterarbeit sollen nun nachfolgend überblicksartig die Fachpersonen und Institutionen aus dem Medizinbereich kurz beschrieben werden. Der Fokus dieser Übersicht liegt auf den primären Akteur*innen aus dem medizinischen Bereich, auch wenn weitere medizinische/therapeutische Spezialist*innen (z. B. Psycholog*innen, Psychiater*innen) in Frage kommen.

Hebammen

Hebammen begleiten über einen längeren Zeitraum und in der Regel über die Geburt hinaus «diskriminierungsfrei» und lernen so ihre Patient*innen näher kennen. Oft erfolgt ihre Unterstützung auch durch Hausbesuche, wodurch sie einen direkten Einblick in die Wohn- und Lebensumstände der Mutter bzw. der Eltern und des Säuglings gewinnen können (Geene, ohne Datum, S. 5).

Spitäler und Kliniken

Fachpersonen der Geburtsabteilungen der Spitäler oder anderer entsprechender Einrichtungen wie z. B. Geburtshäuser fehlt dieser Einblick in die private Lebenswelt. Da sie jedoch weit mehr Menschen erreichen – 2017 fanden in der Schweiz 98.3 % der Geburten in Spitäler und Kliniken statt (Bundesamt für Statistik, 2017, S. 1) – nennt Geene (ohne Datum) ihren «Zugang (...) noch universeller» und verweist darauf, dass diese Fachpersonen mit «Familien niederschwellig und ohne Stigmatisierungsgefahr» in Kontakt treten können (S. 6). Er hält weiter fest, dass die Eltern, vor allem wenn es sich um das erste Kind handelt, sich «in dieser Phase besonders offen für lebensgestaltende und -verändernde Vorschläge» zeigen (ebd.). Kinderspitäler und -kliniken stellen weiter wichtige Anlaufstellen für Familien mit kranken, verletzten oder auffälligen Säuglingen und Kindern dar. Geene (ohne Datum) nennt in diesem Zusammenhang die relativ hohe Sensibilität der Mitarbeitenden, auch im Hinblick auf eine laufend aktuelle Weiterbildung und gegebenenfalls bereits vorhandene Angebote wie Babysprechstunden oder Schreibbabyambulanzen (S. 7).

Gynäkologie

Nicht selten begleiten Gynäkolog*innen Frauen oft bereits vor und dann intensiver während der Schwangerschaft. Dabei steht sowohl das Wohl der werdenden Mutter als auch das des ungeborenen Säuglings und die gegenseitige Beeinflussung im Zentrum. Vor allem die Weiterleitung der Frauen an eine Fachperson der Schwangerschaftsberatung stellt eine zentrale Aufgabe dieser Fachärzt*innen dar (Geene, ohne Datum, S. 7).

Pädiatrie und hausärztliche Medizin

Empfohlene, regelmässige Untersuchungen stellen grundsätzlich eine intensive Betreuung jedes neugeborenen Kindes über einen längeren Zeitraum sicher. Primäre Ansprechpartner dafür sind die Kinderärzt*innen. Wo diese fehlen, auch die Fachperson der hausärztlichen Praxis. Das ihnen entgegengebrachte Vertrauen sowie das bei ihnen vorhandene spezifische medizinische Wissen über die kindliche Entwicklung und auch im Hinblick auf sozial herausfordernde Momente zeichnen diese Fachpersonen aus (Geene, ohne Datum, S. 8-9).

Ein entscheidender Faktor im Zusammenhang mit Professionellen aus dem Bereich der Medizin stellt grundsätzlich das Vertrauen, das ihnen entgegengebracht wird, dar. Knaller (2013) schreibt dazu mit Bezug auf verschiedene Quellen, dass diese Fachpersonen (im Besonderen verweist sie auf die Ärzteschaft und dabei in erster Linie auf niedergelassene Gynäkolog*innen und Pädiater*innen sowie auf die Hebammen) «Akzeptanz in der Zielgruppe finden und ihr Angebot nicht als stigmatisierend, sondern als unterstützend empfunden wird» (S. 76).

3.2.3 Interprofessionalität

Alle diese Professionen bzw. Fachleute der verschiedensten Institutionen übernehmen Schlüsselfunktionen im Rahmen der Frühen Förderung. Dieses vielfältige Nebeneinander, Ausdruck

(post-) moderner Gesellschaftsentwicklung durch Differenzierung, bietet Chancen und Vorteile durch Spezialisierung (Hafen, 2013, S. 100-101). Es wurde und wird aber auch zunehmend erfasst – und Bronfenbrenners, im Kapitel 3.1 beschriebene Theorie unterstreicht dies –, dass es nicht nur um spezifisches Fachwissen, sondern auch um ein fächerübergreifendes Wissenseinbeziehen geht, um die komplexen Strukturen heutigen Lebens erstens erfassen und verstehen (ebd.) und zweitens neue Erkenntnisse aus unterschiedlicher Betrachtung gewinnen und diese für die Praxis nutzbar machen zu können (Hafen, 2013, S. 102). Nach Hafen (2013) ist gerade für den Bereich der Frühen Förderung die Abstimmung der jeweiligen Sichtweisen der verschiedenen Professionellen zentral. Vorteile durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit ergeben sich unter anderem durch gegenseitiges Abgleichen der jeweiligen professionellen Blickwinkel z. B. für eine abgestimmte Diagnoseerarbeitung und eine Koordination der Massnahmen (S. 104). Interprofessionalität kann somit als Antwort auf die Herausforderungen der professionellen Ausdifferenzierung gesehen werden.

Wie bereits zu Beginn des Kapitels 3.2 erwähnt, kann der Begriff «Interprofessionalität» weiter aufgegliedert werden. Dabei steht im Vordergrund, auf welche Weise bzw. in welcher Intensität die Zusammenarbeit unter den Fachpersonen stattfindet (Wider & Schmocker, 2018, S. 193). Allgemeiner beschreibt Maykus (2013) diesen Begriff – er nimmt dabei Bezug auf die sogenannten Familienzentren in Deutschland – als «einen Prozess und ein soziales (nicht vorrangig fachliches) Ziel des Handelns» und präziser als «ein *In-Beziehung-stehen zwischen zwei oder mehr Professionen bzw. Berufsgruppen und deren Vertreter(inne)n*»: «eine hinsichtlich des sozialen Ergebnisses normierte Relation (es sollen Berufsgruppen zusammengeführt werden)» (S. 25). Diese Beziehung zeichnet sich aus durch: eine «*kognitive Struktur*», die auf den Ausbau und die Verknüpfung des Wissens verweist, eine «*soziale Struktur*», die die Beziehungen und Kontakte

unter den Beteiligten meint und durch eine «*organisatorische Struktur*», die auf eine bestimmte Form der Zusammenarbeit, die Herausbildung «eines Netzwerkes mit definierten Organisationsmerkmalen» zielt (ebd.). Die reine Vernetzung von Personen stellt somit kein Netzwerk dar. Erst die organisierte Struktur macht ein Netzwerk zu einem Netzwerk und zum «Referenzrahmen», der die fachliche Praxis- und die Netzwerkmanagement-Arbeit definiert (Maykus, 2013, S. 26).

3.3 Netzwerke

Netzwerke zeichnen sich nach Quilling et al. (2013) dadurch aus, «dass zwischen einer Vielzahl von Akteuren (Personen, Gruppen, Organisationen) Verbindungen bestehen, die erfolgreiches gemeinsames Handeln zur Erreichung eines vereinbarten Zieles anstreben» (S. 10). Die Autor*innen beschreiben weiter die Kooperation als einen zentralen Bestandteil und somit auch als eine Bedingung eines Netzwerkes, welche sich durch den Austausch von Ressourcen (z. B. Zeit oder Wissen) kennzeichnet (Quilling et al., 2013, S. 11-12). Durch das Netzwerk bzw. die gemeinsame Arbeit in demselben werden diese Ressourcen «in einen neuen übergreifenden Kontext unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und Interessen» gestellt, was «über Sektorgrenzen hinweg neue Lösungsansätze» entstehen lässt (Brocke, 2003; zit. in Quilling et al., 2013, S. 12).

Mit Bezug zur Theorie von Bronfenbrenner beschreibt Wendt (2021) aus einer sozialökologischen und netzwerktheoretischen Perspektive drei Arten von Netzwerken:

- **primäre Netzwerke:** Sie umfassen auf der mikrosozialen Ebene Verbindungen – auch selbstgewählte – im nahen Lebensumfeld (z. B. Familie, Nachbarschaft).
- **sekundäre Netzwerke:** Sie beinhalten auf der makrosozialen Ebene marktwirtschaftliche bzw. institutionelle Beziehungen (z. B. Läden, Schulen, Gemeinden).
- **tertiäre Netzwerke:** Sie bewegen sich auf der mesosozialen Ebene zwischen den primären und sekundären Netzwerktypen und vermitteln zwischen ihnen (z. B. Selbsthilfegruppen, Steuerberatung, Soziale Arbeit) (S. 153-154).

Von sozialen Netzwerken wird in der Folge dann gesprochen, wenn die soeben beschriebenen Beziehungsstrukturen «zwischen Personen *anlassgerecht* genutzt und entwickelt werden können», um Lösungen für eine Problemsituation zu erarbeiten (Wendt, 2021, S. 154). Die soziale Netzwerkarbeit kann dabei laut Wendt (2021) in vier verschiedene Richtungen wirksam werden:

- in eine «**anlassangemessene, fall-/subjektspezifische Netzwerkarbeit**», die im persönlichen Lebensbereich der Klientel die nötigen Voraussetzungen schafft, um Hilfeleistungen überhaupt möglich zu machen und nutzbringend zu gestalten.

- in eine «**anlassangemessene, ressourcenorientierte Netzwerkarbeit**», die darauf zielt, dass entsprechende Bedingungen vorhanden sind, damit die Menschen selbst untereinander Unterstützung bieten können (S. 164-165)
- in eine «**Anlass/fallunspezifische Netzwerkarbeit**», die den Fokus auf die Netzwerkorganisation zwischen den Professionellen und/ oder den Institutionen und deren, für eine «lebensweltnahe Lebensbewältigung» nötige Ausgestaltung legt.
- in eine «**fachliche Vernetzungsarbeit**», die sich damit beschäftigt, wie verschiedene Hilfsangebote auf die konkrete Situation bezogen adäquat koordiniert werden können (S. 165-166).

Um letztere (und darin auch um «Anlass/fallunspezifische Netzwerkarbeit») und tertiäre Netzwerke handelt es sich bei den Netzwerken der Frühen Förderung. In Deutschland und Österreich sind sie für die Arbeit im Bereich der Frühen Hilfen ausdrücklich vorgesehen (vgl. 2.5 & 2.6) bzw. werden im Fall von Deutschland sogar vom Gesetzgeber «als verbindliche Struktur der Zusammenarbeit» genannt (§ 3 Abs. 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz). In welcher Form es unseren deutschsprachigen Nachbarländern sowie in zwei Modellen aus der Schweiz gelingt, medizinische Fachpersonen und Institutionen in diese Netzwerke einzubinden, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

4 Good Practice Modelle: Medizinische Fachpersonen und Institutionen in Netzwerken der Frühen Förderung

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, welche Modelle es zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen im deutschsprachigen Raum bereits gibt. Dazu wurden Studien und Evaluationsberichte von Österreich und Deutschland analysiert und in je einem separaten Kapitel zusammengefasst (4.1 & 4.2). Die Modelle von Österreich und Deutschland bieten sich an, da die Länder neben der gemeinsamen deutschen Sprache ähnliche kulturelle und sozioökonomische Voraussetzungen haben, die Frühen Hilfen im Gegensatz zur Schweiz jedoch über eine nationale Strategie sowie eine grosse Datengrundlage verfügen und ihnen eine stark ausgeprägte professionsübergreifende Netzwerkstruktur zugrunde liegt.

Die zwei Schweizer Netzwerke Mütter- und Väter-Beratung (MVB; Kanton Bern) und Netzwerk Frühe Förderung (Stadt Luzern), welche im Anschluss unter 4.3 & 4.4 vorgestellt werden, wurden mit Blick auf den Bericht von Hafén und Meier Magistretti (2021) ausgewählt, da sie verglichen mit anderen Schweizer Netzwerken über die institutionsinterne Vernetzung hinausgehen, Austauschgefässe pflegen und mit medizinischen Fachpersonen zusammenarbeiten. Die Auswahl folgt keiner wissenschaftlichen Methodik, sondern soll exemplarisch Einblick in Modelle der Schweiz geben und so das Bild der deutschen und österreichischen Modelle ergänzen. Die Datenlage der MVB Bern und des Luzerner Netzwerk Frühe Förderung erlauben nur begrenzt konkrete Schlussfolgerungen zu ziehen. Allerdings kann die Auswahl damit begründet werden, dass auch in diesen Modellen interprofessioneller Austausch bzw. Zusammenarbeit wichtig ist und medizinische Fachpersonen für eine wirkungsvolle familienzentrierte Vernetzung miteinbezogen werden.

4.1 Modell Österreich

Anerkennung der Bedeutung der medizinischen Fachpersonen und Institutionen in den Frühen Hilfen und Verankerung in den Grundlagen-Dokumenten

Das österreichische Grundmodell der Frühen Hilfen (2.5) besteht aus zwei sich ergänzenden und aufeinander aufbauenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten. In beiden kommt den Fachpersonen und Institutionen aus dem Medizinbereich entscheidende Bedeutung zu. So halten Haas und Weigl (2017) in der Beschreibung zum Basismodell die «wichtige Rolle» dieser Professionellen und Organisationen für die Erreichbarkeit der betroffenen Personen bzw. Familien

fest (S. 14). Es sind auch Personen aus dem Medizinbereich, die aufgrund ihres Wissens und nicht zuletzt auch aufgrund ihrer Akzeptanz, im Besonderen für die Leistungserbringung im Basisangebot prädestiniert sind (Haas & Weigl, 2017, S. 16). Ebenfalls werden diese Fachpersonen auch für die Familienbegleitung genannt und – neben anderen – als «gut geeignet» bezeichnet (Haas & Weigl, 2017, S. 9; Weigl, Marbler & Haas, 2018, S. 38) sowie als Teil des multiprofessionellen Netzwerkes innerhalb der Frühe-Hilfe-Netzwerke gesehen (Haas & Weigl, 2017, S. 12). Im Netzwerkmanagement selbst sind auch Professionen aus dem Fachgebiet Gesundheit in einem weiteren Sinne anzutreffen. Haas und Weigl (2017) nennen unter anderem die Bereiche Gesundheitsmanagement sowie Public Health (S. 11).

Das «Netzwerk Familie» in Vorarlberg wird als Beispiel neben dem Vorarlberger Kinderdorf von der aks gesundheit und der Vorarlberger Kinder- und Jugendfachärzten (Netzwerk Familie, ohne Datum) gemeinsam verantwortet. Haas, Sagerschnig und Weigl halten in diesem Zusammenhang bereits 2014 fest, dass «es sich [in Vorarlberg und Deutschland] als vorteilhaft erwiesen [hat], dass die verschiedenen Sektoren (Gesundheit sowie Soziales/Kinder- und Jugendhilfe) auch in der Projektstruktur abgebildet sind» (S. 18).

Die Arbeit der Fachpersonen im Rahmen des Grundmodells begleitet ein interdisziplinäres Expertengremium – bei grossen Netzwerken auch mehrere Gremien. Die Mitglieder sollen aus verschiedenen Fachbereichen kommen, in der Region selbst tätig sein und die Fachgruppen und Organisationen vertreten, die im multiprofessionellen Netzwerk vor Ort beteiligt sind. Nebst der Fallbesprechung soll der Austausch im Expertengremium dazu dienen, so Haas, Sagerschnig & Weigl (2014) weiter, «dass sich die Kooperation und ein gemeinsames, interdisziplinäres Verständnis zu spezifischen Fragestellungen im Rahmen der Erbringung von Frühen Hilfen vertiefen» (S. 11). In Vorarlberg umfasste, wie ebenfalls 2014 von Haas, Sagerschnig und Weigl erwähnt, das Expertengremium medizinische Fachpersonen aus der Pädiatrie, des Hebammenwesens, der Kinderkrankenpflege und der Kinderpsychiatrie (S. 30).

Bereits auf Bundeslands-Ebene sieht das österreichische Modell Möglichkeiten vor, auch Personen aus dem Medizinbereich in die Gestaltung der Frühen Hilfen miteinzubeziehen; sei dies in der Steuerungsgruppe, im Rahmen der Frühe-Hilfe-Koordinationsstelle sowie dem Fachbeirat, die die regionalen Frühen-Hilfe-Aktivitäten im jeweiligen Bundesland übergeordnet koordinieren und begleiten (Haas, Sagerschnig & Weigl, 2014, S. 7-8).

Sowohl die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams in der Familienbegleitung, als auch diejenige des Expertengremiums werden als eine Qualitätsanforderung im Rahmen der Qualitätsstandards der Frühen Hilfen genannt (Haas & Weigl, 2018, S. 12, 15). Beide Male werden Berufe aus dem Medizinbereich konkret erwähnt.

Austauschgefässe als Instrumente für den Einbezug und die Zusammenarbeit

Im Ergebnisbericht «Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen» hält Knaller (2013) fest, dass sogenannte Auftaktveranstaltungen sich als gut geeignet gezeigt haben, um Schlüsselpersonen und Professionelle aus den verschiedenen Organisationen und Institutionen für die Mitwirkung in einem Frühe Hilfe-Netzwerk in einem fallunabhängigen, übergeordneten Kontext zu interessieren (S. 54-55). Ziel dieser Veranstaltungen ist es, Bedarf und Nutzen der Frühen Hilfen aufzuzeigen, die fachlichen Grundlagen darzulegen, Transparenz zu schaffen, den Teilnehmenden mögliche eigene Aktionsfelder im Netzwerk zu verdeutlichen bzw. Anstoss dazu zu geben sowie Chancen und Hindernisse zu besprechen. Mittels Podiumsdiskussionen sollen die Teilnehmenden direkt miteinbezogen werden. Die Möglichkeit einer Anrechnung der Teilnahme als Fortbildung erleichtert die Ansprache der Teilnehmenden (Knaller, 2013, S. 55). Im späteren Verlauf erlauben sogenannte runde Tische einen gemeinsamen Austausch unterhalb der in die Netzwerke involvierten Fachpersonen und Institutionen. Sie zielen auf ein gegenseitiges Kennenlernen, den Beziehungsaufbau, den Informations- und inhaltlichen Austausch sowie auf das Arrangement der Zusammenarbeit ab. Eine externe Moderation und wiederum die Anrechenbarkeit der Teilnahme als Fortbildung werden empfohlen. Knaller (2013) verweist weiter auf die Vernetzungsfunktion solcher Treffen (S. 55-56). Als Erweiterung der runden Tische können Arbeitsgruppen gebildet werden, die entweder eine Thematik vertieft betrachten oder den Entwicklungsprozess des Netzwerkes unterstützen (Knaller, 2013, S. 56).

Auf der fallübergreifenden Ebene stellen die «anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechung» sowie der «interdisziplinäre Qualitätszirkel» Formen der Zusammenarbeit dar (ebd.). Erstere erlauben «sowohl in einem konkreten Fall sich inhaltlich auszutauschen und zu beraten als auch fallunabhängig grundsätzlich Verfahrenswege festzulegen und Kooperationen zu pflegen» (Ziegenhain et al., 2010, zit. in. ebd.) und ermöglichen es, eine «interdisziplinäre Sprache und Zusammenarbeit» zu entwickeln (ebd.). Zweitere erlauben es den Teilnehmenden, durch die gemeinsame Fallbesprechung voneinander zu lernen. Ärzt*innen bevorzugen diese Form der Zusammenarbeit und weniger die fallunabhängige. Es ist dabei zielführend, an bereits vorhanden Austauschformen – als Beispiel wird Vorarlberg genannt – anzuschliessen. Auch hier sollte eine entsprechende Vergütung erfolgen (Knaller, 2013, S. 57).

Als Hilfsmittel zur Förderung der Kooperation auf der Einzelfallebene stellt Knaller (2013) die «(Familien) Fallkonferenz» vor. Hier treffen sich Fachpersonen aus verschiedenen Fachrichtungen und eventuell mit der betroffenen Person selbst zur gemeinsamen Besprechung der Verfahrensweise. Im Fokus stehen: «Verbesserung des professionellen Handelns und Qualitätssicherung, die verschiedenen Hilfssysteme kennenzulernen, gemeinsam Ziele

festzulegen, die Rollen und Verantwortlichkeiten zu klären, Aufgaben zu verteilen und Vereinbarungen zu dokumentieren»; eine fallführende Person übernimmt die Leadfunktion (S. 57). Fachtagungen sowie Fort- und Weiterbildungen stellen nach Knaller (2013) weitere Instrumente im Rahmen des Zusammenbauaufbaus dar (S. 58).

Verstärkung der Einbindung der medizinischen Fachpersonen und Institutionen in die Frühen Hilfen

Von März 2018 bis März 2021 wurde eine Evaluation der im Dokument «Qualitätsstandard Frühe Hilfen» (Haas & Weigl, 2018) festgehaltenen Richtlinien durchgeführt, die im Endbericht «Evaluation 2018 bis 2021 der Umsetzung von Frühen Hilfen in Österreich» beschrieben wird (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021). Im Hinblick auf die Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen in das Angebot der Frühen Hilfen werden nachfolgend die relevanten Punkte in den entsprechenden Kategorien vorgestellt.

Zu «Netzwerkmanagement und multiprofessionelles Netzwerk»

In Workshops im Rahmen der Evaluation wurden durch die Teilnehmenden «Good Practice-Beispiele für gut funktionierende Sensibilisierungs- und Zugangswege» genannt: Mehrere Male erfolgte die Nennung von persönlichen Kontakten, Sprechstunden in Krankenhäuser, gemeinsamen Projekten, je einmal die «Vorstellung Frühe Hilfen in Ausbildungen (u. a. für Arztassistentinnen/-assistenten)», die «Vorstellung im Rahmen des Vortrags im Krankenhaus zur Geburtshilflichen Periduralanästhesie („PDA-Vortrag“») sowie der «Frühe-Hilfen-Flyer im Mutter-Kind-Pass» (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 37-38).

Grundsätzlich wurde in diesen Workshops die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Bereich als Herausforderung bezeichnet. Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit beinhalten neben der bereits erwähnten Aufnahme der Thematik «Frühe Hilfen» in die ärztliche Ausbildung, eine Verankerung der Frühen Hilfen in «Primärversorgungszentren und Praxisgemeinschaften» sowie die Einführung eines österreichischen Frühe-Hilfe-Labels für Krankenhäuser, was eine verstärkte Förderung der Frühen Hilfen in den Kliniken landesweit zur Folge haben könnte (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 38).

Zu «Multiprofessionelles Team der Familienbegleitung»

Nicht in allen Netzwerken kann ein Team aus Fachpersonen mit möglichst verschiedenen Professionen zusammengesetzt werden. Die Ursachen dazu liegen oft in der Arbeitsmarktsituation begründet. Als Beispiel wird ein Hebammenmangel genannt. Fehlendes Wissen wird dadurch kompensiert, indem Fachpersonen aus dem regionalen Netzwerk beigezogen werden (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 45-46).

Zu «Expertengremium»

Nicht alle Netzwerke verfügen über ein Expertengremium. Als einen Grund dafür wurden fehlende Ressourcen angegeben. Wiederum in einem Workshop wurde auf die zum Teil fehlende Entlohnung der Teilnehmenden hingewiesen. Neben der Entlohnung kam die Sprache auch auf die Anrechnung der Teilnahme am Expertengremium als Weiterbildung (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 49). Als Beispiel sei hier auf das «Netzwerk Familie» in Vorarlberg verwiesen. Haas, Sagerschnig & Weigl erwähnen in ihrem Bericht bereits 2014, dass die teilnehmenden Ärzt*innen im Expertengremium entlohnt wurden (S. 30). Da, wo ein Expertengremium vorhanden ist, wird es als «sinnvoll und bereichernd» bezeichnet (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 49). Es bietet auch den Rahmen, um zu einzelnen Fällen Wissen, auch aus dem medizinischen Fachbereich, zu erwerben (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 49-50).

In zwei Netzwerken ergab die Untersuchung, dass das Expertengremium im Krankenhaus, das zugleich Arbeitsort vieler der Mitwirkenden ist, zusammenkommt. Diese erleichternde organisatorische Voraussetzung ermöglicht eine einfache Teilnahme (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 50).

Zu «Netzwerkarbeit»

Als entscheidender Faktor für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Netzwerkpartner*innen wurde von den Personen, die an der Studie teilgenommen haben, der persönliche Kontakt z. B. mittels runder Tische, Themenabende und Diskussionsanlässe genannt. Im Weiteren kann ein Kontakt durch die einzelnen Professionellen des Netzwerkes selbst hergestellt werden (z. B. zu einer Fachperson in einem Spital) (Bottom-up-Ansatz) oder dieser erfolgt durch strategische Entscheidungsträger der Frühen Hilfen (Top-down-Ansatz). In diesem Zusammenhang erwähnten die Fachpersonen eines Netzwerkes das Miteinbeziehen – in dieselben – «von sogenannten Schlüsselpersonen (z. B. Primarärztinnen/-ärzte⁵)», um sie für die Anliegen der Frühen Hilfen zu gewinnen (Schachner, Hesse & Rappauer, 2021, S. 74).

Sensibilisierung des niedergelassenen medizinischen Bereichs

Insbesondere die Krankenhäuser übernehmen in Österreich eine überaus zentrale Rolle in der Vermittlung von unterstützungsbedürftigen Personen an die Frühen Hilfen. Im Jahr 2020 waren sie in 34,9 % der Fälle die vermittelnde Instanz. Frei praktizierende Hebammen mit 8,5 %,

⁵ Entspricht in der Schweiz den Chefärzt*innen.

niedergelassene Kinderärzt*innen mit 4,1 % und niedergelassene Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen bzw. Psycholog*innen mit 3,8 % nehmen bedeutend weniger Vermittlungen vor. Niedergelassene Frauenärzt*innen, Hausärzt*innen und andere Ärzt*innen werden nicht separat, sondern unter «andere Einrichtungen/Personen» neben anderen Kategorien erfasst (total 14,4 %) (Marbler et al. 2021, S. 14). Dieses Bild zeigte sich in ähnlicher Form bereits in den Vorjahren (z. B. für die Jahre 2019 und 2018: Marble, Sagerschnig & Winkler, 2020, S. 13-14; 2019, S.11-12; Haas et al., 2019, S. III). Haas et al. (2019) halten in diesem Zusammenhang fest, dass deshalb in den vergangenen Jahren mit unterschiedlichen Anstrengungen versucht wurde, in einzelnen Regionen die «Sensibilisierung des niedergelassenen medizinischen Bereichs» zu stärken (S. 1). Ihr Bericht «Frühe Hilfen – Sensibilisierung des niedergelassenen medizinischen Bereichs» hatte dann auch das Ziel durch Umfragen bei Fachpersonen (und Familien, wobei letztere hier nicht berücksichtigt werden) festzustellen, inwieweit dies erreicht wurde und welche Mittel sich am Ehesten eignen (Haas et al., 2019, S. 2-3). Hinweise zu Good Practice Modellen daraus werden nachfolgend aufgezeigt. Der Überblick folgt der Auswertungsstruktur des Berichtes. Die Ergebnisse der «Gesamtanalyse» und diejenigen der Auswertung je Fachgebiet (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Hebammen, Pädiatrie und Primärversorgung) werden – wo sinnvoll – zusammengefasst.

Zu «Informations- und Wissensstand zu Frühen Hilfen»

Die Untersuchung zeigt, dass unter den Fachpersonen des niedergelassenen Bereichs ein unterschiedlicher Informations- und Wissensstand vorhanden ist (Haas et al., 2019, S. 9). Als Informationsquelle dienen grundsätzlich eher Vorträge unter Fachpersonen, ein persönliches Engagement im Rahmen der Frühen Hilfen auf regionaler oder nationaler Ebene, persönliche Kontakte zu Personen, die Frühe-Hilfe-Netzwerke repräsentieren sowie Fortbildungen (Haas et al., 2019, S. 9, 15, 22) und weniger «spezifische Sensibilisierungsaktivitäten eines regionalen Netzwerks» (Haas et al., 2019, S. 9).

Zu «Informationsmaterialien»

Flyer und Folder, die über die Frühen Hilfen informieren, müssen «kurz und prägnant» gestaltet, in verschiedenen Sprachen und in elektronischer Form vorhanden sein (Haas et al., 2019, S. 15, 19). Die Zustellung sollte automatisch von Seiten des Netzwerkes erfolgen (Haas et al., 2019, S. 9). Kontaktkärtchen oder Post-its als Erinnerung für den Praxisalltag mit gut ersichtlicher Telefonnummer und Logo des Frühe-Hilfe-Netzwerkes wurden ebenfalls als hilfreich genannt (Haas et al., 2019, S. 10, 15, 19). Mehrere Male erfolgte der Hinweis, im Mutter-Kind-Pass über die Frühen Hilfen zu informieren, wäre sinnvoll (Haas et al., 2019, S. 9).

Zu «Vermittlung zu Frühen Hilfen»

Als Instrument für die Vorabklärung einer möglichen Vermittlung wurden Checklisten oder andere Hilfsmittel (z. B. «Vermittlungsbogen zur Erfassung der Kontaktinformationen») für die Ordinationsassistent*innen⁶ genannt, die in der Folge die gewonnenen Informationen an die ärztliche Fachperson weiterleiten können (Haas et al., 2019, S. 10, 16). Erfolgt eine Vermittlung an das Frühe Hilfe-Netzwerk, so wird an zwei Stellen im Bericht darauf hingewiesen, dass eine Rückmeldung durch das Frühe Hilfe-Netzwerk an die vermittelnde Fachperson durch diese – jedoch teilweise auch abhängig von der Schwere des Falls – gewünscht wird (Haas et al., 2019, S. 13, 19-20, 23).

Zu «Barrieren für Kooperation und Vermittlung»

Zu diesem Thema wurde von den Befragten der Zeitdruck in der alltäglichen Praxis, Sprachbarrieren sowie der Datenschutz genannt (Haas et al., 2019, S. 10). Indirekt können demnach folgende Good Practice-Handhabungen abgeleitet werden: Die Weitervermittlung muss einfach funktionieren, die Informationen müssen in mehreren Sprachen vorhanden sein und es muss die Möglichkeit gegeben sein, Dolmetscher*innen beiziehen zu können. Entsprechende Vorkehrungen zur Datensicherheit, z. B. beim Emailverkehr, müssen getroffen werden.

Zu «Wege zur Sensibilisierung der Berufsgruppe»

Grundsätzlich sind die befragten Fachpersonen der Meinung, dass die für die jeweiligen Fachgebiete bzw. Berufsgruppen relevanten Informationskanäle wie z. B. Kongresse oder Fachmedien für die Sensibilisierung genutzt werden sollten. Mailings drohen im Alltag eher unterzugehen. Den neuen Medien wird noch keine zentrale Bedeutung beigemessen. Persönliche Kontakte werden als wichtige Sensibilisierungsmassnahme und Möglichkeit zur Verstärkung der Kooperation gesehen, wobei der Faktor Zeit – und daher ein kurzes Gespräch – je nach Gegebenheit eine entscheidende Rolle spielt (Haas et al., 2019, S. 11).

Zu «Aus- und Fortbildung»

Die Thematisierung der «Frühe Hilfen» im Rahmen von Fortbildungen wird als sinnvoll erachtet. Diese sollten kostenlos und anrechenbar sein und in Zusammenarbeit mit der entsprechenden Berufsgruppe organisiert werden. Weniger entscheidend wird die Behandlung der Thematik in der Ausbildung eingeordnet (Die Hebammenausbildung ist dabei eine Ausnahme (Haas et al., 2019,

⁶ Entspricht in der Schweiz medizinischen Praxisassistent*innen.

S. 21).), da es nicht primär ein medizinisches Thema ist und der Stoffumfang bereits gross ist. Digitale Formate wurden vor allem von jüngeren Personen genannt (Haas et al., 2019, S. 11).

Die aus der Erhebung gewonnenen Daten dienten in der Folge in der zweiten Projektphase als Grundlage für die Erarbeitung: eines Konzeptes für eine online-Fortbildung für Fachpersonen, von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Fachpersonen in der Praxis («Gesprächsleitfaden», «Gesprächsanleitung», «Überblick über Vermittlungsgründe» und «Überarbeitung des Vermittlungsbogens», der seit längerem besteht und wenig genutzt wurde) und von Hilfsmitteln für die Information und Öffentlichkeitsarbeit (Plakate für die Wartezimmer der Praxen, «Überarbeitung des Flyers für Familien» sowie «Anpassung des Folders für Fachkräfte» (Haas et al., 2019, S. 32, 34-35).

Zusammenfassend hielten die Autorinnen fest, dass es von grosser Bedeutung ist, «die relevanten Berufsgruppen des niedergelassenen medizinischen Bereichs im eigenen professionellen Umfeld zu adressieren» (Haas et al., 2019, S. 36).

Krankenhäuser als primäre Vermittler

Ein Grund, wieso in Österreich die Krankenhäuser die am häufigsten weitervermittelnden Institutionen sind, liegt wohl auch in der Tatsache begründet, dass die Frühen Hilfen durch Fachpersonen oft fix in diesen Einrichtungen vertreten sind. So arbeiten in Vorarlberg in allen Krankenhäusern entsprechende Fachpersonen – in Ansätzen war dies bereits 2011 der Fall (Landespressestelle Vorarlberg, 2011) – und in Wien übernehmen Familienbegleiterinnen in den zum Einzugsgebiet der Netzwerke gehörenden Krankenhäusern durch klar fixierte Anwesenheitszeiten vor allem die Sensibilisierung der ärztlichen Fachkräfte (Weigl, Marbler & Haas, 2018, S.17).

Im Bundesland Niederösterreich arbeiten die Familienbegleiter*innen in Räumen des Krankenhauses Krems. So liegt einerseits die Geburtsabteilung nahe, was den Familien eine Kontaktaufnahme erleichtert, andererseits kann dadurch gleichzeitig einer möglichen Stigmatisierung durch die Inanspruchnahme einer Unterstützung entgegengewirkt werden (Weigl, Marbler & Haas, 2018, S. 48).

Grundlegende Voraussetzungen

Grundsätzliche Faktoren, die eine gelingende Vermittlung durch das Gesundheitssystem und die entsprechenden Fachpersonen entscheidend beeinflussen – und somit auch die Zusammenarbeit dieser Institutionen und Professionellen mit dem Frühe Hilfe-Netzwerk prägen – sind:

- Schutz des Vertrauensverhältnisses (wie Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz, Weitervermittlung nur nach Zustimmung)
- klare Trennung der Aufgaben der unterschiedlichen Fachpersonen (z. B.: Es darf nicht dazu kommen, dass die Hebamme als Kontrollperson des Jugendamtes angesehen wird.)
- Weiterbildungsmaßnahmen, die Fachpersonen dazu befähigen, einen Unterstützungsbedarf feststellen zu können
- eine Frühe-Hilfen-verantwortliche Person je Krankenhaus und Praxis (Hauptverantwortung grundsätzlich für das Aktuell-Halten des Themas, dann für das Erkennen eines Bedarfs und die Weitervermittlung, für die Kontaktpflege zum Netzwerk sowie für die entsprechende Weiterbildung der Kolleg*innen)
- bei gleichzeitiger fachpersonen- bzw. institutionsbezogenen Gestaltung der Zugänge (Knaller, 2013, S. 77).

4.2 Modell Deutschland

Wichtigste Akteure des Gesundheitswesens

Die Zusammenarbeit und Vernetzung des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe in den Frühen Hilfen ist in Deutschland in § 3 Abs. 2 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz verankert. Das NZFH.de hat die Entwicklung der interprofessionellen Netzwerke der Frühen Hilfen bundesweit wissenschaftlich begleitet und evaluiert (vgl. 2.6). Die zahlreichen Studien und Berichte, welche in den letzten rund zwanzig Jahren zur Zusammenarbeit von Akteur*innen des Medizinbereichs mit jenen der Kinder- und Jugendhilfe publiziert wurden, liefern wichtige Erkenntnisse, welche es erlauben Good Practice Modelle abzuleiten, die für die vorliegende Arbeit zentral sind. Im Rahmen einer Erreichbarkeitsstudie von van Staa und Renner (2020) wurde festgestellt, dass signifikant weniger belastete Mütter nach Unterstützung fragen, wenn sie nicht allein zurechtkommen, als unbelastete Mütter (S. 22). Dies liegt unter anderem daran, dass belastete Mütter bedeutend öfter der Meinung sind, sie müssten die Kindererziehung allein schaffen, dass sie nicht dem Bild einer «Idealmutter» entsprächen und Angst vor Stigmatisierung sowie der «Wegnahme» ihres Kindes durch das Kinder- und Jugendamt haben (ebd.).

Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen wird von Eltern in der Regel mehr Vertrauen entgegengebracht und ihr Rat besser angenommen als Fachpersonen des Kinder- und Jugendamtes (vgl. 3.2.2). Ihre Einbindung in Netzwerke der Frühen Förderung ist deshalb zentral, um (belasteten) Familien den Zugang zu Unterstützungsangeboten der Frühen Hilfen zu ermöglichen (NZFH, 2016, S. 18). Die wichtigsten Akteur*innen des Gesundheitswesens in den

Frühen Hilfen von Deutschland sind Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Kinder-, Frauen- und Hausärzt*innen, Geburts- und Kinderkliniken, sozialpädiatrische Zentren sowie medizinische Fachpersonen der Frühförderung (Thyen, 2014, S. 7). Diese Akteur*innen sind in verschiedener Weise in die Netzwerke der Frühen Hilfen eingebunden.

IQZ und Ärzt*innen in Netzwerken der Frühen Hilfen

Ein erfolgreiches Instrument zur Vernetzung des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe ist der interprofessionelle Qualitätszirkel (IQZ) (Hoffmann, 2020, S. 1). Ähnlich wie bei den interdisziplinären Qualitätszirkel und Expertengremien in Österreich kommen in den interprofessionellen Qualitätszirkeln Vertreter*innen des Gesundheitswesens (i. d. R. aus der Pädiatrie, Gynäkologie und Psychotherapie) und des Kinder- und Jugendhilfesystems eines Bezirks regelmässig zusammen, um Hürden der systemübergreifenden Arbeit abzubauen, Strukturen zur Überleitung von Familien in belasteten Situationen an die regionalen Angebote der Frühen Hilfen zu verbessern und den Familien passende Hilfsangebote aus beiden Unterstützungssystemen bieten zu können. Die IQZ bestehen idealerweise aus etwa zwanzig Mitgliedern und werden von einem regionalen Moderations-Duo geleitet, wobei jeweils je ein*e Moderator*in aus dem Gesundheitswesen bzw. der Jugendhilfe kommt. Inhalt der Sitzungen sind erprobte Methoden wie die Familienfallkonferenz, bei der für ein konkretes, aktuelles Fallbeispiel nach strukturiertem Ablauf gemeinsam ein Behandlungsplan erstellt wird. Den Ärzt*innen wird zudem ein Instrument zur raschen Wahrnehmung familiärer Bedarfe in Form eines Fragebogens sowie die Methode des motivierenden Elterngesprächs vermittelt. Dadurch können sie in kurzer Zeit die Bedarfe von belasteten Familien feststellen und diese weitervermitteln (Hoffmann, 2020, S. 2-3). Nach erfolgreichem Abschluss eines Pilotprojekts der IQZ in Baden-Württemberg von 2010 bis 2013 wurden die IQZ in die Regelversorgung der Frühen Hilfen aufgenommen und bundesweit ausgebaut. In Baden-Württemberg können Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen Leistungen zur Erfassung und Vermittlung von belasteten Familien über die Krankenkasse abrechnen, sofern sie an einem IQZ teilnehmen und die vermittelten Methoden anwenden (Hoffmann, 2020, S. 4). Laut einer Studie von Renner, van Staa, Backes und Paul (2019) wird die Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen von den Ärztinnen und Ärzten als Entlastung und Gewinn angesehen (S. 334).

Auch ausserhalb der IQZ gibt es für Ärzt*innen Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen. Drei Viertel der Pädiater*innen sind in die fallübergreifende Zusammenarbeit mit Netzwerken der Frühen Hilfen eingebunden (Küster, Pabst & Sann, 2017b, S. 1). Auch die Zusammenarbeit mit gynäkologischen Praxen hat sich während den letzten Jahren deutlich verbessert. Bei psychiatrischen, psychosozialen und hausärztlichen Praxen besteht hingegen noch deutlicher Entwicklungsbedarf (ebd.). Als Beispiel der Good Practice wird vom NZFH.de das

Kooperationsmodell eines Kinderarztes mit einer Sozialpädagogin in Freiburg im Breisgau aufgeführt (NZFH, 2020, S. 3). Die Sozialpädagogin kommt als Fachkraft Frühe Hilfen an zwei Vormittagen in die Arztpraxis und steht dort für Beratungsgespräche mit Familien zu Verfügung. Bei Bedarf kann sie diese direkt an spezifische Angebote der Frühen Hilfen weiterleiten. Der Pädiater kann die psychosoziale Belastung der Familien mithilfe eines kurzen Anhaltsbogens einschätzen und die Sozialpädagogin bei Früherkennungsuntersuchungen oder Vorstellungsanlässen beiziehen. Das Angebot wird von allen Seiten als gewinnbringend angesehen, es zeige sich «wie sehr sich Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitssystem ergänzen und beide voneinander profitieren» (ebd.).

Stationäre Kooperationspartner der Frühen Hilfen: Geburtskliniken mit Lotsendiensten

Neben den Pädiater*innen und Gynäkolog*innen gehören die Geburtskliniken zu den wichtigsten Kooperationspartnern zur Erfassung und Vermittlung von Familien an die Frühen Hilfen. Beinahe alle Kinder kommen in Deutschland in einer Geburtsklinik zur Welt, die Eltern vertrauen den Klinikmitarbeitenden und reagieren meistens positiv auf deren Ratschläge (Scharmanski & Renner, 2019, S. 8). Sofern personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, können in Geburtskliniken schwierige psychosoziale Lebenslagen von (werdenden) Eltern und ihren Kindern wahrgenommen und angegangen werden (Scharmanski & Renner, 2019, S. 27). In rund einem Drittel der deutschen Geburtskliniken übernehmen sogenannte Lotsendienste die Aufgabe, Eltern über Unterstützungsangebote zu informieren und gegebenenfalls weiterzuvermitteln. Lotsendienste sind speziell ausgebildete Fachkräfte (in der Regel Familienhebammen (FamHeb), Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (KGKiKP) oder Fallkoordinator*innen), die nach verbindlichen Verfahrensweisen den Hilfebedarf von Familien ermitteln, vertiefende Beratungsgespräche mit ihnen führen und sie gegebenenfalls an weitere Akteur*innen der Frühen Hilfen vermitteln. Zudem arbeiten die Lotsendienste fallübergreifend mit den Netzwerken der Frühen Hilfen zusammen (NZFH, 2019, S. 3). Das NZFH.de führte zur Evaluation der Lotsendienste eine bundesweite Studie unter dem Namen «Zusammen mit Familien» (ZuFa-Monitoring) durch, in welcher die Versorgung von psychosozial belasteten Familien in Geburtskliniken und der Nutzen der Lotsendienste qualitativ und quantitativ untersucht wurde (Scharmanski & Renner, 2019, S. 9). Geburtskliniken mit spezifischen Lotsendiensten informieren und überweisen belastete Familien signifikant häufiger zu weiteren Akteur*innen der Frühen Hilfen als Kliniken ohne Lotsendienst. Zudem fällt auf, dass die durch Lotsendienste vermittelten Akteur*innen niederschwelliger und spezifischer auf die Bedarfe der Familien eingehen können (beispielsweise wird häufiger Kontakt hergestellt zwischen der Familie und FamHeb, diversen Beratungsstellen, Migrationsdiensten oder dem Gesundheitsamt). Für die Mitarbeitenden der Geburtskliniken sind Lotsendienste eine zeitliche und emotionale Entlastung. Speziell

ausgebildete Fachkräfte übernehmen die Informationsvermittlung, die vertiefenden Beratungsgesprächen mit belasteten Familien sowie die Vermittlung zu Unterstützungsangeboten und somit auch die Verantwortung für das psychosoziale Wohl der belasteten Familien. Die Hälfte der Geburtskliniken mit einem Lotsendienst nutzt einen standardisierten Einschätzungsbogen zur Einschätzung der psychosozialen Belastung bzw. des Hilfebedarfs und/ oder einer drohenden Kindswohlgefährdung. Hingegen nutzen nur 13 % der Geburtskliniken ohne Lotsendienst ein solches Instrument. Insgesamt führte die Einführung eines Lotsendienstes zu einer Entlastung und deutlich erhöhten Arbeitsplatzzufriedenheit der Mitarbeitenden, die interne und externe Zusammenarbeit der Fachpersonen verbesserte sich, die (werdenden) Eltern geben eine deutlich erhöhte Zufriedenheit an und der Ruf der Geburtsklinik verbesserte sich merklich (Scharmanski & Renner, 2019, S. 17-23).

Familienhebammen und Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpflegende

Akteur*innen der Frühen Hilfen, die von Lotsendiensten häufig an belastete Familien vermittelt werden, sind Familienhebammen (FamHeb) oder Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpflegende (FGKiKP) (Scharmanski & Renner, 2019, S. 17). Sowohl die Hebammen als auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden absolvieren eine spezifische Fortbildung, welche sie befähigt, in aufsuchender Arbeit junge Familien in belasteten Situationen durch psychosoziale Beratung und physische Betreuung zu unterstützen und die Kompetenzen der Eltern zu fördern (Horschitz et al., 2015, S. 9). Die FamHeb gehen teilweise bereits vor der Geburt in die Familien und arbeiten oft mit mehrfach belasteten Eltern. Die FGKiKP gehen mit ihren pflegerischen Kompetenzen insbesondere zu denjenigen Familien, bei denen das Kind erhöhten physischen Unterstützungsbedarf beispielsweise aufgrund einer Behinderung oder chronischen Krankheit aufweist. Sowohl die FamHeb als auch die FGKiKP können als Brückenbauer das als Gesundheitsfachpersonen gewonnene Vertrauen nutzen, um die belasteten Familien auch in (psycho-)sozialen Bereichen zu beraten und bei Bedarf zu weiteren Unterstützungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe zu vermitteln (ebd.). Küster, Sann und Renner (2018) stellen in einem Bericht des NZFH.de die zentralen Erkenntnisse zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland zusammen. Bezüglich des Einsatzes von FamHeb und FGKiKP konnten wichtige und mehrheitlich positive Ergebnisse erfasst werden. Bereits 2015 wurden in 87.9 % der Kommunen längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von jungen Familien angeboten. Die Fachkräfte werden dank den durchgeführten intensiven Qualifizierungsmassnahmen durchgehend als hoch qualifiziert angesehen und die begleiteten Mütter gaben zu über 90 % an, mit der Unterstützung (sehr) zufrieden zu sein (Küster, Sann & Renner, 2018, S. 3-5). Die Wirksamkeit der Unterstützung durch FamHeb und FGKiKP ist vor allem bei Familien mit mittlerem Belastungsgrad in allen Bereichen auf einem hohen Niveau. Bei

Familien mit sehr hohen Belastungen und wenig Schutzfaktoren kann die Gesundheitsfachkraft weniger Wirkung erzielen und muss gegebenenfalls zusätzliche Hilfe beziehen. Darin liegt jedoch auch ein weiterer grosser Nutzen des Einsatzes der FamHeb oder FGKiKP, denn in vielen Fällen konnte für die Familien erst durch ihren Einsatz eine Verbindung zu weiteren Unterstützungsangeboten hergestellt und der Zugang zu spezifischeren Hilfen in die Wege geleitet werden (Küster, Sann & Renner, 2018, S. 5-6). Die grössten Schwierigkeiten für eine flächendeckende aufsuchende Familienbegleitung durch die FamHeb und FGKiKP sind ein Fachkräftemangel (gut 60 % der Kommunen gaben dies sowohl 2013 als auch 2015 als Haupthindernis an) gefolgt von fehlenden finanziellen Mitteln (von rund 50 % der Kommunen genannt) (Küster, Sann & Renner, 2018, S. 3).

4.3 Modell Mütter- und Väterberatung Kanton Bern

Die MVB nimmt eine zentrale Rolle in der Frühen Förderung des Kantons Bern ein. Die Organisation ist im ganzen Kanton mit rund 150 Mitarbeitenden und 30 Freiwilligen aktiv, übernimmt verschiedene Aufgaben im Bereich der Frühen Förderung und ist den kantonalen Gegebenheiten entsprechend bilingual aufgestellt (MVB, 2020, S. 6). Die Haupttätigkeit der MVB ist die Beratung von Eltern mit Kindern ab Geburt bis zum 5. Lebensjahr im Einzel- oder Gruppensetting vor Ort, online oder telefonisch (GSI, 2020, S. 5). Die Beratungen sind kostenlos kantonsweit an 270 Standorten verfügbar und von Brückenbauer*innen aus unterschiedlichen Sprach- und Kulturkreisen ergänzt, welche bei Beratungen für Übersetzungen und Erklärungen beigezogen werden können (ebd.). Weitere Angebote der MVB sind das Coaching von Fachpersonen im Frühbereich (wie Hebammen oder Kinderbetreuungsfachpersonen) in Kinderschützfragen, das Hausbesuchsprogramm plus, bei dem Familien während zwei Jahren praxisnah und intensiv in aufsuchender Arbeit von ausgebildeten Mütter- und Väterberater*innen begleitet und geschult werden sowie die regionale Vernetzung aller Akteur*innen im Frühbereich (MVB, 2020, S. 15-17).

Der Kanton Bern hat seit 2012 ein Konzept zur Frühen Förderung, welches unter anderem der MVB ihren Auftrag gibt und sie zu einem grossen Teil über den Lastenausgleich Soziales sowie das kantonale Integrationsprogramm (KIP) finanziert (GSI, 2020, S. 4). Auch die Projektleitung zum Aufbau von regionalen Netzwerken der Frühen Förderung und die Organisation der Vernetzungstreffen wurde vom Kanton an die MVB vergeben. In 16 definierten Regionen werden seit 2015 ein bis zwei Mal jährlich alle Akteur*innen der Frühen Förderung (also auch Hebammen, Pädiater*innen und Vertreter*innen von perinatalen Institutionen) zu einem Netzwerktreffen eingeladen, bei dem Austausch und Koordination zwischen den Akteur*innen und mit dem Kanton ermöglicht werden sowie auch Projekte zur Weiterentwicklung der regionalen Frühen Förderung

verfolgt werden können (GSI, 2020, S. 9; MVB, 2018, S. 2). Je nach Grösse der Vernetzungsregion nehmen zwischen 20 bis 80 Personen an den Netzwerktreffen teil (MVB, 2020, S.17). Eine Webseite und ein jährlicher Newsletter informieren über relevante Neuerungen, Fachwissen und regionale Vernetzungsmöglichkeiten (ebd.).

Hafen und Meier Magistretti (2021) halten in ihrer Analyse von diversen Schweizer Netzwerken der Frühen Förderung fest, dass sich das bernische MVB Netzwerk unter anderem deshalb als ein Good Practice Beispiel auszeichnet, weil die Vernetzung nicht nur zur Koordination der Akteur*innen dient, sondern auch für die Begleitung und Weitervermittlung von Familien an spezifische Netzwerkpartner*innen genutzt wird (S. 19). Dabei könnte es ein Vorteil sein, die Mütter- und Väterberatung als zentrale Koordinations- und Weitervermittlungsstelle für belastete Familie zu nutzen, weil Familien möglicherweise keine direkte Assoziation mit Sozialämtern oder der KESB machen und somit weniger Angst vor Stigmatisierung oder einer «Wegnahme» des Kindes haben.

Besonders positiv ist nach Hafen und Meier Magistretti (2021) die Zusammenarbeit von Hebammen mit der MVB (S. 19). Die Hebammen, welche einen grossen Teil der Familien nach der Geburt begleiten, können bei ihren Hausbesuchen mit einer standardisierten Einschätzungshilfe den Unterstützungsbedarf von Familien erfassen und sie – sofern es die Familie wünscht – an die Mütter- und Väterberatung weitervermitteln. Die Hebammen können die Vermittlungsleistungen (wie auch das Übergabegespräch) über die MVB abrechnen (ebd.). Durch die enge Zusammenarbeit der Hebammen und MVB wird eine durchgehende Betreuung von belasteten Familien wahrscheinlicher (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 26). Die Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen wie mit der familienergänzenden Kinderbetreuung, der Pädiatrie oder der Gynäkologie wird angestrebt, ist jedoch noch ausbaufähig (Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 26, 46). Hafen und Meier Magistretti (2021) weisen zudem darauf hin, dass das von den Hebammen verwendete Instrument zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Gegensatz zu denjenigen von Deutschland und Österreich nicht „wissenschaftlich validiert oder evaluiert“ wurde, sondern aus der Praxis entstanden und defizitorientiert ist (S. 18).

4.4 Modell Netzwerk Frühe Förderung Stadt Luzern

Die Stadt Luzern führte von 2011 bis 2016 ein Pilotprojekt zur Frühen Förderung durch, mit dem Ziel, Kindern zwischen 0 - 5 Jahren eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und besonders im Bereich Bildung Chancengerechtigkeit zu schaffen (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2018, S. 4). Für die Begleitung und Unterstützung der Kinder und Eltern wurden drei Massnahmen festgelegt: (1) Der Aufbau eines Netzwerkes aller Akteur*innen der Frühen Förderung, (2) Sprachförderung im Vorschulalter in Spielgruppen und Kindertagesstätten sowie (3) Installation der Mütter- und

Väterberatung Plus (MVB^{Plus}), einem aufsuchenden Angebot für Familien mit erhöhter Belastung. Aufgrund der positiven Bilanz der Projektevaluation (Meier Magistretti et al., 2015) beschloss die Stadt, die Massnahmen zur Frühen Förderung 2016 definitiv einzuführen (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2018, S. 4-6). Da im Rahmen dieser Arbeit im Hinblick auf die Einbindung der medizinischen Fachpersonen und Institutionen besonders die Vernetzung der Akteur*innen in der Frühen Förderung interessant ist, wird im Folgenden das Netzwerk Frühe Förderung vorgestellt. Das Netzwerk Frühe Förderung hat den Zweck, zwischen den regionalen Akteur*innen der Frühen Förderung Austausch und Kooperation zu ermöglichen, eine gemeinsame Haltung zu entwickeln und Familien frühzeitig Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten zu ermöglichen (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2016, S. 2; Hafen & Meier Magistretti, 2021, S. 15). Es besteht aus rund sechzig Akteur*innen aus den Bereichen Soziales, Bildung und Gesundheit, welche in die Kategorien «Allgemeine Angebote für alle Kinder und Familien», «Selektive Angebote für bestimmte Gruppen von Kindern» und «Indizierte Angebote für einzelne Kinder und Familien» eingeteilt sind (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2018, S. 7-13). Die Netzwerkstrategie beruht auf den drei Säulen Koordination, Kommunikation und Kooperation (Networking) (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2016, S. 2). Die Hauptverantwortung für die Netzwerkkoordination und Administration liegt bei einer Koordinatorin der Dienststelle Kinder Jugend Familie der Sozial- und Sicherheitsdirektion der Stadt Luzern, welche unterstützt wird durch eine Fachgruppe aus regionalen Expert*innen aus verschiedenen Bereichen der Frühen Förderung. Projektnetze (Arbeitsgruppen) aus Mitgliedern des Netzwerkes bearbeiten zeitlich begrenzt spezifische Themen oder setzen interdisziplinäre Projekte um (Beispiele dafür sind die Nutzbarmachung des Orientierungsrahmens für Kitas oder die Erarbeitung eines Sprachförderkonzeptes für Spielgruppen) (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2013, S. 8). Die Kommunikation erfolgt über eine Homepage, einen Newsletter und vor allem über die Netzwerkanlässe, welche zwei Mal jährlich stattfinden. Diese Netzwerkanlässe dienen dem gegenseitigen Kennenlernen, der Förderung der Zusammenarbeit der Akteur*innen sowie der Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und gemeinsamer Ziele (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2016, S. 2-3). Laut dem Evaluationsbericht von Meier Magistretti et al. (2015) bringt das Netzwerk den Fachpersonen im Arbeitsalltag Entlastung, deutlich häufigere und verbesserte Zusammenarbeit sowie mehr Kompetenzen, um Familien zu begleiten und weiterzuvermitteln (S. 17). Auch die städtische Koordinationsstelle wird positiv bewertet und für Informationsbeschaffung oder zur Vermittlung an andere Fachpersonen gerne kontaktiert. Während am Ende der Projektphase eine ausgeprägte Bereitschaft zur Mitgestaltung, eine grosse Wertschätzung sowie Vertrauen unter den Akteur*innen festzustellen war, gab es betreffend Begrifflichkeiten, Zielklarheit und gemeinsamem Problemverständnis noch Entwicklungsbedarf (Meier Magistretti et al., 2015, S. 18-19). Im netzwerkinternen Newsletter von 2015 wird zudem darauf hingewiesen, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit bis dahin sehr beschränkt stattfand, da das Netzwerk

primär auf fachlichen Austausch und Vernetzung ausgelegt ist (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2015, S. 2). Die Projektnetze sollen deshalb vermehrt gestärkt werden (ebd.). Meier Magistretti et al. (2015) empfehlen zudem für die Erreichbarkeit von besonders belasteten Familien «Kooperationen und Angebote nach dem Vorbild der Frühen Hilfen in Deutschland und Österreich zu prüfen» sowie für das Screening und die Weitervermittlung von Familien standardisierte Instrumente einzuführen (S. 9). In der Implementierungsphase des Netzwerkes in das feste Angebot der Stadt Luzern (2016 - 2020) wurden basierend auf diesen Erkenntnissen Ziele erarbeitet, umgesetzt und intern ausgewertet. Im Hinblick auf die Einbindung der Akteur*innen aus dem Gesundheitsbereich wird eine gute Zusammenarbeit mit dem Hebammennetzwerk Zentralschweiz und dem Institut für Psychomotorik und Psychotherapie verzeichnet (Stadt Luzern, Frühe Förderung, 2018, S. 7-13). Zudem bietet die Dienststelle Gesundheit und Sport Informationen und Kurse zur frühkindlichen Gesundheit, Ernährung und Bewegung an und beteiligt sich an der Finanzierung von gewissen Angeboten der Frühen Förderung (Netzwerk Frühe Förderung, Stadt Luzern, 2017, S. 7-8). Bezüglich der Zusammenarbeit mit der Geburtenabteilung des Kantonsspitals oder den Pädiater*innen konnte leider keine genauere Information gefunden werden. Jedoch ist nach den Recherchen von Hafén und Meier Magistretti (2021) dem Netzwerk Frühe Förderung eine «umfassende Einbindung von Institutionen und Fachpersonen aus allen drei Versorgungsbereichen (Gesundheit, Soziales, Bildung)» gelungen (S. 19).

5 Die Soziale Arbeit in der Netzwerkarbeit der Frühen Förderung

Ausgehend von der Beschreibung, was Soziale Arbeit ist (5.1), werden in diesem Kapitel überblicksartig die sozialarbeiterischen Methoden genannt (5.2). Dies dient dazu, die Frage nach der Rolle der Sozialen Arbeit im Kontext von interprofessionellen Netzwerken der Frühen Förderung zu beantworten (5.3).

5.1 Gegenstand, Aufgabe, Ziel und Grundwerte der Sozialen Arbeit

Der Gegenstand der Sozialen Arbeit lässt sich gemäss Schmocker (2019) zuerst mit einem breiteren Blickwinkel aufgliedern in soziale Systeme (Gesellschaften, Staaten, Quartiere, Familien, etc.) bestehend aus Menschen und in Menschen «(bio-psycho-soziale Organismen) als kooperierende Mitglieder sozialer Systeme». In einem zweiten Schritt und aus einem engeren Betrachtungswinkel besteht der Gegenstand aus sozialen Problemen und (nicht erfolgreichen) Lösungen sozialer Probleme (S. 12). Damit wir Menschen als bio-psycho-soziale Organismen überleben, sind wir darauf angewiesen, unsere Bedürfnisse wie Nahrungsaufnahme, soziale Kontakte, etc. zu befriedigen. Dazu und zum Abbau allfällig auftretender Bedürfnisspannungen, also nicht möglicher Bedürfnisbefriedigung, sind wir auf andere Menschen angewiesen. Dadurch aber, dass die Menschen selbst auch Bestandteile dieser sozialen Systeme sind, muss es uns immer wieder gelingen, entsprechend – der Bedürfnisbefriedigung dienend – diese sozialen Systeme bzw. das eigene soziale Umfeld mitzugestalten. Die Bewältigung dieser Gestaltungsaufgabe und somit die Bewältigung entsprechender sozialer Probleme (Teilnahme an den Systemen, Beziehungsherstellung und -pflege, etc.) begleitet den Menschen ein Leben lang (Schmocker, 2019, S. 16-17). Wo es einem Individuum nicht möglich ist, ein soziales Problem selbständig anzugehen und/ oder eine Lösung dafür zu finden, unterstützt die Soziale Arbeit durch Auf- und Ausbau von Handlungsfähigkeit (Individuation), Handlungschancen (Integration) und Handlungsmöglichkeiten (Partizipation) (Schmocker, 2019, S. 18-19, 21). Aufgabe und Ziel dabei ist, die Handlungskompetenzen in diesen drei Bereichen (Fähigkeit, Chancen und Möglichkeiten) zur selbständigen Lösung sozialer Probleme durch Einzelne oder Gruppe zu erhöhen (Schmocker, 2019, S. 26). Sind die Bedürfnisse der Menschen befriedigt und treten keine Bedürfnisspannungen auf, so wird dieser Zustand im Zusammenhang mit der Definition der Sozialen Arbeit als Wohlbefinden beschrieben (Schmocker, 2019, S. 8). Das Wohlbefinden eines

jeden Menschen durch Ermächtigung und Befreiung zu erhöhen, ist zentraler Bestandteil dieser Definition und somit zentrales Bestreben einer jeden Sozialarbeitstätigkeit (AvenirSocial, 2010, S. 8). Im Zentrum jeder Handlung im Rahmen einer professionellen Unterstützung von Menschen zur angestrebten Erhöhung des Wohlbefindens steht dabei immer die Achtung der Menschenwürde und der Menschenrechte sowie die soziale Gerechtigkeit (AvenirSocial, 2010, S. 7, 9-11). Dabei orientiert sich die Soziale Arbeit an den Leitprinzipien Autonomie, Hilfe zur Selbsthilfe, Partizipation und Empowerment (AvenirSocial, 2010, S. 6-10).

5.2 Methoden der Sozialen Arbeit

Als Methoden zur Umsetzung der Unterstützung durch die Soziale Arbeit standen lange die folgenden drei, auch als «klassisch» bezeichneten Methoden im Vordergrund: Die Einzelfallhilfe, die Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit (Schilling & Klus, 2015, S. 176). Diese methodische «Dreifaltigkeit» wurde nach Schilling und Klus (2015) in den 1990er Jahren abgelöst; in erster Linie durch «Alltags- und Lebensweltnähe sowie sozial-räumliche Ansätze, Soziales Casemanagement und Netzwerkarbeit, Fallarbeit und Diagnostik [sowie] Sozialmanagement» (S. 183). Ausgehend vom Begriffsverständnis, welches Methoden als «die letzte Einheit, Ziele in konkrete Handlungsweisen umzusetzen» meint, werden die klassischen Methoden heute nicht mehr als Methoden, sondern als Arbeitsformen betrachtet (ebd.). In den einzelnen Arbeitsformen kommen bestimmte Methoden, Arbeitsweisen oder Verfahrens- bzw. Interventionsformen oder -techniken zur Anwendung (Schilling & Klus, 2019, S. 183, 185).

In Anlehnung an Staub-Bernasconi und den von ihr formulierten «acht grundlegenden Querschnittskompetenzen der professionellen Sozialen Arbeit» nennen Schilling und Klus (2015) deren zwölf, die in unterschiedlicher Form in der Fall-, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit zur Anwendung kommen:

1. «Situations-Problemanalysen
2. Ressourcenerschließung
3. Nicht-direktive Beratungskompetenzen mit dem Ziel der Erhöhung von individuellen und öffentlichen Artikulationschancen der Klientel
4. Kulturveränderung – interkulturelle und kultursensible Kommunikationskompetenzen
5. Handlungskompetenzen – Training und Teilnahmeförderung
6. Soziale Vernetzungsarbeit
7. Umgang mit Machtquellen und Machtstrukturen
8. Öffentlichkeitsarbeit
9. Konzeptentwicklung
10. Hilfeplanung und Durchführung

11. Casemanagement
12. Sozialmanagement» (S. 185-186).

Diese verschiedenen Querschnittskompetenzen sind abhängig vom Tätigkeitsgebiet der Professionellen unterschiedlich stark gefragt bzw. zeigen sich in gewissen Arbeitsfeldern mehr oder weniger bzw. gar nicht (Schilling & Klus, 2015, S. 186). Mit Bezug zum Thema dieser Bachelorarbeit tritt die Vernetzungsarbeit klar in den Fokus, auch wenn andere Aspekte ebenfalls zum Tragen kommen.

5.3 Rolle der Sozialen Arbeit in den Netzwerken der Frühen Förderung

Kupresak-Kalabic und Celik (2010) nennen in ihrer Bachelorarbeit «Welche Rolle und Funktion könnte die Soziale Arbeit in der frühen Förderung sozial benachteiligter Kinder übernehmen?» als ein Ergebnis ihrer Untersuchung – neben der Beratung der Eltern – die Projektkoordination, die Akteur*innen-Vernetzung und die Triagearbeit (S. 50). Besonders für die Koordinationsarbeit unter den verschiedenen Akteur*innen, um ein «System von lückenlosen Angeboten» zu schaffen, ist die Soziale Arbeit geeignet (Kupresak-Kalabic & Celik, 2010, S. 56). Mit anderen Worten: Das Netzwerkmanagement kann als ein zentraler Arbeitsbereich der Fachpersonen der Sozialen Arbeit gesehen werden. Dies bestätigt auch Haas, mit der Aussage, dass viele Fachpersonen aus den Bereichen Sozialarbeit, Sozialmanagement bzw. Sozialpädagogik im Netzwerkmanagement der österreichischen Frühen Hilfen-Netzwerken tätig sind (Interview vom 20.10.2021). Sie verweist in diesem Zusammenhang auf den entsprechenden systemischen Blick dieser Professionellen (ebd.).

Nach Quilling, Nicolini, Graf und Starke (2013) haben Netzwerkmanager*innen über folgende Kernkompetenzen zu verfügen:

- «Kommunikative und soziale Kompetenzen
- Betriebswirtschaftliches Know-how
- Organisatorische Kompetenzen
- Fachkenntnisse» (S. 68).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Ausbildung diese Kompetenzen erwerben. AvenirSocial (ohne Datum) hält fest, dass die von ihr gelisteten Ausbildungsgänge, im Besonderen auf Niveau Bachelor, den Erwerb der entsprechenden nachfolgenden Grundkompetenzen ermöglichen müssen:

- «professionstheoretisch fokussiertes Wissen;
- Fähigkeit zur Transformation von Wissen in Handlung und Handlungsregeln;
- Fähigkeit zu differenzierter Problemdiagnose (Situativität berücksichtigend, systembezogen und auf einer Methode beruhend, die sich in der Praxis bewährt hat);
- Verfügbarkeit, Bezug und Reflexion der beruflichen Wertebasis (Berufsethik, Haltung, Identität, Menschenrechte);
- administrative, kommunikative und projektbezogene Grundfähigkeiten» (S. 10).

Sowohl in Deutschland mit dem «Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen» (Hoffmann, Mengel & Sander, ohne Datum) sehr ausführlich, als auch in Österreich mit Angaben dazu im Dokument «Frühe Hilfen. Leitfaden zum Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken» (Haas, Sagerschnig & Weigl, 2014, S. 24) werden explizit entsprechende Anforderungen an die im Netzwerkmanagement tätigen Personen gestellt. So wird z. B. im deutschen Dokument auf die «Übersetzer»- und «Brückenbauer»-Funktion der Netzwerkkoordinator*innen «zwischen den Systemen, Einrichtungen und Fachkräften» hingewiesen, die «die Zusammenarbeit verschiedener Professionen befördern, insbesondere innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens» (Hoffmann, Mengel & Sandner, ohne Datum, S. 23). Die professionell organisierte Netzwerkorganisation muss somit eine zentrale Rolle auch bei der Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Einrichtungen in das Netzwerk übernehmen, um eine qualitativ hohe Leistungserbringung sicherstellen zu können.

6 Empfehlungen zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen

Das folgende Kapitel zeigt unter 6.1 die sich aus der obigen Literaturanalyse zusammenfassend ergebenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Einrichtungen in die Netzwerke der Frühen Förderung. Diese Empfehlungen wurden mit zwei Fachpersonen der Frühen Hilfen in Österreich diskutiert. Die zentralen Elemente aus den entsprechenden Interviews werden in Kapitel 6.2 zusammengefasst.

6.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die medizinischen Fachpersonen und Institutionen werden immer wieder als zentrale Akteur*innen im Rahmen der Frühen Förderung genannt und beschrieben. In Deutschland erfolgt sogar eine Erwähnung der relevanten Einrichtungen auch aus dem Gesundheitsbereich, die in das Netzwerk einzubinden sind, im Gesetz. Ihr Einbezug in die Netzwerke ist von grosser Bedeutung für eine erfolgreiche, qualitativ hohe frühe Unterstützung.

Das **Bewusstsein für die zentrale Rolle** der Fachpersonen und Einrichtungen aus dem Medizinbereich, die nicht zuletzt aufgrund ihrer Ausbildung und ihres Wissens für die Früherkennung von belasteten Familien von entscheidender Bedeutung sind, soll gefördert werden bzw. muss gegeben sein. Ihre **Verankerung in den Grundlagendokumenten** der Netzwerke im Frühbereich als wichtige Angebotserbringer*innen und Gestaltungspartner*innen soll demgemäss erfolgen.

Dies bedeutet jedoch auch, dass diese Fachpersonen über die Frühe Förderung, ihre Bedeutung und die Umsetzungs- und Angebotsmöglichkeiten Bescheid wissen müssen und für die Gestaltung und Umsetzung der Frühen Förderung gewonnen werden können.

Ein zentraler Punkt ergibt sich somit in der **Aufklärung, Sensibilisierung und allgemeinen Schulung** der Fachpersonen zum Themengebiet. Dazu kommen vor allem die, von den relevanten Professionellen bereits jetzt genutzten Informationskanäle (Fachtagungen oder Fachmedien) sowie persönliche Kontakte in Frage.

Die Weiterbildungsgestaltung soll in Kooperation mit den jeweiligen Fachpersonengruppen erfolgen. Eine Teilnahme an einem Weiterbildungsangebot soll kostenlos und als Fortbildung anrechenbar sein.

Ebenfalls zur Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung und im Besonderen für die Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen und Personen in Schlüsselfunktionen (z. B. Leiter*in Geburtenabteilung eines Spitäles) im Rahmen der konkreten Arbeit und deren Begleitung, übernehmen verschiedene Austauschgefässe eine wichtige Rolle. Sie ermöglichen unter anderem einen Beziehungsaufbau, das Abstimmen von Verfahrensweisen, die Erarbeitung einer gemeinsamen Sprache und einheitlicher Ziele oder auch eines bestimmten, für die Frühe Förderung relevanten Themengebietes.

Regelmässig stattfindende Austauschgefässe wie z. B. runde Tische, Fallbesprechungen, Arbeitsgruppen, Expert*innengremien sollen implementiert und gepflegt werden. Dabei muss der Arbeitskontext (z. B. Zeitdruck, hohe Auslastung) der Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich mitberücksichtigt werden. Zudem sollten in erster Linie Professionelle an sogenannten Schlüsselpositionen (z. B. Chefhebamme einer Klinik, Bezirks- oder Kantonsärzt*innen) für Austauschgefässe wie runde Tische oder Expert*innengremien angesprochen werden. Diese leiten dann die gewonnenen Informationen an ihre Kolleg*innen weiter.

In Bezug zur konkreten Praxis, dem Ansprechen einer gegebenenfalls sinnvollen Weitervermittlung gegenüber unterstützungsbedürftigen Eltern durch medizinisches Fachpersonal, ergeben sich auf der kommunikativen Ebene herausfordernde Momente.

Eine entsprechende, anrechenbare **Kommunikations-Schulung** zur Gesprächsmethodik soll die Gewinnung von Familien für die Teilnahme an einem Angebot fördern. Ziel müsste es sein, dass die Weitervermittlung mit möglichst geringem Aufwand mittels wenigen zentralen Fragen (z. B. Ist Interesse für eine Begleitung vorhanden? Darf die Telefonnummer der Koordinationsstelle der Frühen Förderung weitergegeben werden?) zur Routine wird. Eine detaillierte Diagnosearbeit der vermittelnden medizinischen Fachperson ist nicht nötig. Gleichzeitig ergäbe sich die Möglichkeit, die Abrechnung der Vermittlungsleistungen im Rahmen der Frühen Förderung mit einer vorherigen Teilnahme an einer Weiterbildung zu verknüpfen.

Der Arbeitsalltag in Praxen und Spitälern ist intensiv und zeitlich eng getaktet. Eine **einfache Weitervermittlung von Familien an Akteur*innen der Frühen Förderung** muss deshalb gewährleistet sein, um den Zeitdruck der alltäglichen Praxis nicht zu stark zu erhöhen. Möglichkeiten sind Telefonhotlines, Online-Formulare oder Vermittlungsbogen. Dabei ist der Datenschutz (Einverständnis der Eltern) zu berücksichtigen. Sprachbarrieren sollen mithilfe von Dolmetscher*innen und mehrsprachigem Informationsmaterial angegangen werden.

Speziell geschulte Fachpersonen für die Frühe Förderung unterstützen in der Praxis oder im Spital. Sie sensibilisieren ihre Kolleg*innen für das Thema und werden im konkreten Fall

niederschwellig als Spezialist*innen und Vermittler*innen beigezogen. Dies könnte neben dem direkten Nutzen den Vorteil haben, dass das Angebot weiter bekannt und es dadurch zu einem Standard wird, was zugleich einer möglichen stigmatisierenden Wirkung der Angebote entgegenwirken würde. Ein Label für solche Einrichtungen wäre denkbar.

Eine dadurch **konsequent umgesetzte Verankerung der Frühen Förderung im Alltag der Praxen und Spitäler** ist zu empfehlen.

Für die Tätigkeiten im Rahmen der Frühen Förderung geeignete und dafür speziell ausgebildete Personen übernehmen eine zentrale Funktion in der aufsuchenden Arbeit bzw. Begleitung der Familien zu Hause, in erster Linie als Vertrauenspersonen und Brückenbauer*innen. Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich erhalten hier eine wichtige Rolle, gerade auch in der Familienbegleitung: Einerseits aufgrund ihres Wissens und Knowhows und andererseits auch aufgrund ihrer allgemeinen Anerkennung im Zusammenhang mit der medizinischen (Grund-)Versorgung und des damit einhergehenden Vertrauens sowie der dadurch weniger stigmatisierenden Wahrnehmung.

Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich sollen in die **interprofessionellen Familienbegleitungsteams** für die konkrete aufsuchende Arbeit mit den Familien, wenn immer möglich, auch eingeschlossen werden.

6.2 Expert*inneninterviews zu den Empfehlungen

Die aus der Literaturanalyse herausgearbeiteten Empfehlungen wurden in Expert*inneninterviews mit Dr. Sabine Haas und Dr. Harald Geiger, zwei Fachpersonen, die sich intensiv mit dem Thema Frühe Hilfen in Österreich beschäftigen, diskutiert. Die durchgeführten Interviews bestanden in einem ersten Teil aus leitfadengestützten Fragen zu den Frühen Hilfen in Österreich bzw. Vorarlberg aus dem Blickwinkel der interviewten Personen und in einem zweiten aus einer offenen Diskussion zu den vom Autor und der Autorin aufgeführten Empfehlungen zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen in die Netzwerke der Frühen Förderung. Die Interviews folgen nicht einer wissenschaftlichen Methodik und haben auch keinen Forschungsanspruch. Vielmehr sollen sie ergänzend zur erarbeiteten Literaturanalyse die Perspektiven von zwei erfahrenen Expert*innen wiedergeben. Als Expert*innen gelten nach Liebold und Trinczek (2009) Personen, die hinsichtlich des Forschungsinteresses begründeter Weise über spezifisches Wissen verfügen, das, wenn auch nicht nur ihnen allein, doch nicht allen in diesem Handlungsfeld Interessierten zugänglich ist (S. 33-34). Durch diese Aussenansicht von Haas und Geiger sollen die Empfehlungen kritisch geprüft und bekräftigt werden. Nachfolgend wird der Inhalt der Interviews zusammengefasst wiedergeben.

6.2.1 Interview Dr. Sabine Haas

Dr. Sabine Haas, von Haus aus Soziologin, ist stellvertretende Abteilungsleiterin der «Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit» an der Gesundheit Österreich GmbH. Von 2011 bis 2014 koordinierte sie auf nationaler Ebene das Grundlagenprojekt «Frühe Hilfen» und leitet seit 2015 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in Österreich (Gesundheit Österreich, ohne Datum b). Aus dem Interview mit Dr. Sabine Haas vom 20.10.2021 sollen im Folgenden die zentralen Aussagen und Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen aufgeführt werden.

Die breite, partizipative Erarbeitung unter Einbezug aller Akteur*innen aus dem Sozialwesen und dem Gesundheitsbereich war in Österreich ausschlaggebend für eine gelingende, umfassende Frühe Hilfe. Die Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachpersonen und Gesundheitsinstituten sollte von Beginn an gesucht und gefördert werden. Während die Kooperation mit Geburtskliniken in Österreich gut funktioniert, äussert Haas, dass besonders die Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft (Einzelpraxen der Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin) schwierig ist. Wichtig ist, dass die Bedürfnisse der Zielgruppe abgeholt werden. Das heisst, dass der Austausch gesucht wird und mit den der Zielgruppe vertrauten, eigenen Mitteln gearbeitet wird. Ärzt*innen haben in der Regel eine solch grosse Menge an Lesestoff, dass die meisten sehr selektiv nur das lesen, was von den Sozialversicherungen oder der Berufsgruppenvertretung publiziert wird. Um sie zu erreichen, benötigt die Frühe Hilfe also Partnerschaften mit den Fachgesellschaften und den Ärztekammern. Das Informationsmaterial muss so aufbereitet sein, wie Ärzt*innen es sich gewohnt sind. Erfolgreiche Zugänge sind laut Haas vor allem Fachartikel oder Vorträge bei Fachkonferenzen mit naturwissenschaftlichem Erklärungsansatz, bei denen die neuronalen Veränderungen bei frühkindlicher Vernachlässigung und Stress aufgezeigt werden, bevor zu den Frühen Hilfen übergeleitet wird. Haas berichtet von einer interaktiv spielerisch gestalteten Fortbildung (e-Learning) zur Informationsaneignung des NZFH.at, die zwar gerne von Hebammen, Pflegefachpersonen und Ordinationsassistent*innen nicht aber von Ärzt*innen genutzt wird. Dieses Beispiel verdeutlicht die Notwendigkeit, mit der Zielgruppe in Diskurs zu treten, sie abzuholen und einzubinden.

Haas bestätigt die Wichtigkeit von Expertengremien und runden Tischen als zentrale Austauschformate für die Verknüpfung der Bereiche Gesundheit, Bildung und Soziales und beteuert auch, dass diese von den Teilnehmenden als spannend und gewinnbringend bewertet werden. Zu Beginn eines runden Tisches können verschiedene Interessensvertretende wie Netzwerkkoordinierende, Vertretende von Sozialversicherungen und Gesundheitsgremien die Teilnehmenden gemeinsam begrüssen. Die Moderation des Anlasses wird in Österreich

manchmal von jemand Externem übernommen. Da Ärzt*innen investierte Zeit in runde Tische oder andere Netzwerktreffen nicht als Arbeitszeit abrechnen können, wie dies bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit häufig der Fall ist, braucht es andere motivierende Faktoren. Die Rahmenbedingungen wie der Zeitpunkt und die Dauer der Veranstaltung sowie auch Raum für anschliessenden persönlichen Austausch und Verpflegung sollten beachtet werden. Zudem sollten Ärzt*innen für solche Anlässe, wie auch für Weiterbildung zu den Frühen Hilfen, Fortbildungspunkte anrechnen können.

Fachpersonen der Frühen Hilfen in Geburtskliniken und Geburtenstationen, welche belasteten Familien die Angebote der Frühen Hilfen vorstellen und sie bei Wunsch weitervermitteln, nehmen nach Haas eine wichtige Funktion ein. Die Fachpersonen, in Österreich in der Regel Familienbegleiter*innen aus den Frühe Hilfe Netzwerken, können beispielsweise wöchentlich an den Teamsitzungen der Klinikabteilungen teilnehmen, um sich mit dem Personal auszutauschen. Die Anwesenheit kann auch gleich genutzt werden, um mit belasteten Familien Kontakt herzustellen und sie über mögliche Unterstützungsangebote zu informieren. Das Bundesland Vorarlberg kennt ergänzend fest angestellte, für die Frühen Hilfen zuständige Personen in allen Krankenhäusern. Hingegen in sämtlichen niedergelassenen Praxen eine Fachperson der Frühen Hilfen anzustellen, wäre nach Haas aus finanziellen und personellen Gründen nicht umsetzbar. Stattdessen sollen Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen darin geschult werden, wie sie Familien auf soziale Belastungen ansprechen können. Wenn Eltern(teile) bei Arztterminen über psychosoziale Belastungen sprechen oder Ordinationsassistent*innen im Wartezimmer Beobachtungen machen, die ihnen ein ungutes Bauchgefühl geben, muss nicht erst ein langes Screening durchgeführt werden. Es reicht, die Mutter oder den Vater auf die Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen anzusprechen und bei Interesse jeweils gleich zusammen mit ihnen einen Telefonanruf an die Koordinationsstelle der Frühen Hilfen zu machen, um einen ersten Kontakt sicherzustellen und einen Termin zu vereinbaren. Dies führt laut Haas zu deutlich mehr Vermittlungen als die Abgabe eines Informationsblattes, bei dem die Eltern Zeit und Mut finden müssen, selbst anzurufen.

Solche Vermittlungsleistungen können von Ärzt*innen in Vorarlberg als Sonderleistung separat abgerechnet werden. Haas meint jedoch, dass dies kaum genutzt wird, da die Vermittlung an die Frühen Hilfen in der Regel so simpel und entlastend ist, dass die Ärzt*innen es wie beispielsweise bei einer Vermittlung an ein Asthmazentrum über die normale Pauschale abrechnen. Das Abrechnungsmodell von Baden-Württemberg (D), bei dem eine Koppelung von Abrechnungsmöglichkeit der Vermittlungsleistungen mit einer obligatorischen Absolvierung einer Weiterbildung zu den Frühen Hilfen und Teilnahme am Netzwerk verbunden ist, wird von Haas

kritisch gesehen. Sie gibt zu bedenken, dass eine solche Massnahme Abwehr hervorrufen könnte, wenn sie nicht in Absprache mit der Ärzteschaft initiiert wird.

Bezüglich aufsuchenden Fachpersonen sieht Haas Vorteile des österreichischen Modells der Familienbegleitung gegenüber den deutschen FamHeb und FGKiKP. Durch die multiprofessionellen Teams aus Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Hebammen und Pflegefachpersonen, jeweils mit Zusatzausbildung zum bzw. zur Familienbegleiter*in, können diejenigen zwei Fachpersonen die Familie aufsuchen, welche aufgrund ihres professionellen Wissens und Knowhows am besten zu den Bedürfnissen der Familie passen. Das Vier-Augen-Prinzip und der interprofessionelle Austausch im Team sowie die feste Anstellung der Familienbegleiter*innen im Gegensatz zur Anstellung auf Honorarbasis sind weitere Vorteile. Haas gibt zudem zu bedenken, dass bei Hebammen und Krankenpfleger*innen seit Jahren ein Fachkräftemangel herrscht, weshalb sich viele von ihnen verpflichtet sehen, im Spital auf ihrer ursprünglichen Ausbildung zu arbeiten.

6.2.2 Interview Dr. Harald Geiger

Dr. Harald Geiger ist Allgemeinmediziner sowie Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde und besitzt einen Master in Public-Health (KinderÄrzteZentrum Dornbirn, ohne Datum). Er ist ärztlicher Leiter der Kinder- und Jugendgesundheits- und Gesundheitsförderung von Bregenz, Fachexperte für Kindergesundheit der Vorarlberger Gesellschaft für Public Health und ärztlicher Leiter des Kinderärztesentrums Dornbirn, einer umfassenden Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendliche von null bis achtzehn Jahren. Geiger war federführend beteiligt bei der Entwicklung und dem Aufbau der Frühen Hilfen Vorarlberg und ist heute Mitglied im Lenkungs- und Koordinationsrat «Netzwerk Familie» von Vorarlberg sowie Fachbeirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen der Gesundheit Österreich (Interview vom 27.10.21; KinderÄrzteZentrum Dornbirn, ohne Datum). Im Interview vom 27.10.2021 diskutierte er mit der Autorin und dem Autor die Empfehlungen dieser Arbeit und berichtete über die Entwicklung der Frühen Hilfen in Vorarlberg sowie die Chancen und Herausforderungen der Zusammenarbeit von Ärzt*innen mit den Frühen Hilfen.

Lange gab es für medizinische Fachpersonen keine Möglichkeit, psychosozial belasteten Familien im Kontext der beschränkten Zeitressourcen im Praxisalltag zu helfen, so Geiger. Die unübersichtliche Angebotsstruktur im Sozialbereich machte es zudem für ihn im Praxisalltag sehr schwierig, eine Familie an das richtige Angebot zu vermitteln und zu kontrollieren, ob die Unterstützung dann auch funktionierte. Die Netzwerke der Frühen Hilfen übernehmen nun diese Vermittlung und Unterstützung der Familien, was für ihn und andere Ärzt*innen eine grosse

Entlastung sei. Geiger betont aber auch, dass die Frühen Hilfen gleichzeitig auf das Gesundheitswesen angewiesen sind, da in diesem Berührungspunkte mit allen Familien durch die medizinischen Untersuchungen während der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren systematisiert sind. Das Gesundheitswesen muss deshalb von Beginn an in die Netzwerke und die Organisationsstruktur der Frühen Hilfen eingebunden werden. Jedoch stellt sich für Geiger zunehmend die Frage, ob die Ärzt*innen, im Speziellen z. B. Gynäkolog*innen die richtigen medizinischen Fachpersonen für die Vermittlung von belasteten Familien sind. Viele Familien melden sich in Österreich inzwischen selbst bei den Frühen Hilfen oder werden von Hebammen, Geburtskliniken und Kitas vermittelt. Auch Ordinationsassistent*innen und Pflegefachpersonen bekommen in den Wartezimmern der Praxen und in Spitälern problematische Interaktionen mit. Die Motivierung und Einbindung der Ärzt*innen in die Frühen Hilfen Österreich ist deshalb schwierig, weil die sozialen Determinanten von Gesundheit nach wie vor nicht in deren Ausbildung enthalten sind und das Grundverständnis fehlt, was Gesundheit generiert bzw. was Gesellschaften gesund hält. Zudem befinden sich die Ärzt*innen in einem traditionell hierarchischen System, in dem (interprofessionelle) Zusammenarbeit nach wie vor unüblich ist. Eine Möglichkeit zur besseren Vernetzung bieten Gemeinschaftspraxen, wie das von Geiger entwickelte Modell des Kinderärzteszentrum Dornbirn, in dem eine Fachperson der Frühen Förderung wöchentlich für einen Vormittag vorbeikommt, sich mit dem Team austauscht und für Beratungen zur Verfügung steht. Da in der Gemeinschaftspraxis auch Ärzt*innen in Ausbildung arbeiten, bekommen diese gleich zu Beginn ihrer Karriere mit, wie wichtig Sozialpädiatrie ist.

Geiger berichtet, dass in Österreich bisher rund 1200 Fachpersonen des Gesundheitswesens freiwillig an einer Fortbildung des NZFH.at zu Frühen Hilfen teilgenommen haben. Die meisten Ärzt*innen sind froh um die Möglichkeit, Familien bei (psycho-)sozialen Problemen weitervermitteln zu können. Für Geiger ist die Zusammenarbeit eine Selbstverständlichkeit. Er bekräftigt, die Vermittlung der Familien an die Frühen Hilfen sei kein Mehraufwand, sondern die einzige Möglichkeit, denn ein zunehmender Anteil der täglichen Probleme in der Praxis sind nicht mehr Fieber und Grippe, sondern Erziehungsfragen oder z. B. Schwierigkeiten von Eltern mit psychischen Krankheiten. Es sei somit unglaublich entlastend, wenn er wisse, dass sich andere Fachpersonen – mit dem Einverständnis der Eltern – um die sozialen Aspekte der Gesundheit kümmern. Für die meisten Ärzt*innen ist es eigentlich logisch, dass nicht immer nur ein Medikament etwas heilen kann, bzw. dass es soziale Interventionen braucht. Deshalb sind auch die meisten Ärzt*innen offen gegenüber den Frühen Hilfen. Gleichzeitig ist es aus psychologischer Sicht schwierig, Motivation zum Handeln zu finden, denn viele Resultate werden erst in zwei bis drei Jahrzehnten sichtbar. Deshalb braucht es ständige Motivations- und Sensibilisierungsarbeit. Für eine gelingende Zusammenarbeit braucht es von Seiten der Fachpersonen der Frühen Hilfen

Transparenz und Respekt gegenüber der Kompetenz der Ärzt*innen. Genauso wichtig ist jedoch, dass die Ärzt*innen die Sozialberufe als gesundheitsrelevant akzeptieren. Dies sei nach Geiger zu grossen Teilen eine Generationenfrage und es werde noch einige Jahre dauern, bis dies beim Grossteil der Ärzteschaft der Fall ist.

Für eine rasche, unkomplizierte Vermittlung von Familien empfiehlt Geiger, die Telefonnummer der Eltern bzw. des Elternteils mit deren Einverständnis an die Koordinationsstelle der Frühen Hilfen weiterzugeben und diese sollen sich dann möglichst rasch, am besten innerhalb 48 Stunden bei ihnen melden, um einen Ersttermin abzumachen. Zudem kann den Ärzt*innen eine Schulung mit Gesprächsleitfaden und Rollenspielen mit Schauspieler*innen angeboten werden, um bei der Thematisierung von (psycho-)sozialen Belastungen und Vermittlungsarbeit keine Abwehr bei den Familien zu erzeugen. Eine Abrechnungsmöglichkeit für die Vermittlungsleistungen macht es für Ärzt*innen attraktiver. Geiger befürwortet das Modell von Baden-Württemberg, bei dem für die Leistungsabrechnung eine Weiterbildung Voraussetzung ist. Dies sei auch bei anderen Leistungen in der Medizin so (z. B. Ultraschalluntersuchungen) und sichere den Qualitätsstandard. Auch bei Austauschgefässen wie runden Tischen würde eine finanzielle Entschädigung wohl die Teilnehmerzahl fördern. Er weist darauf hin, dass eine Praxis, die für ein, zwei Stunden geschlossen werden muss, nicht nur fehlenden Umsatz, sondern auch aufgeschobene Arbeit bedeuten. Bei den Expertengremien gibt es in Österreich bereits eine kleine Entschädigung, die Wertschätzung vermittelt.

Bezüglich der Verankerung der Frühen Hilfen im Alltag der Spitäler und Geburtskliniken stuft Geiger Lotsendienste als sinnvoll ein. Jedoch muss darauf geachtet werden, dass die Stellenprozente, welche für die Sensibilisierung und Vermittlung von Familien gesprochen wurden, in der Praxis mit der Zeit nicht genutzt werden, um mehr Ressourcen für die pflegerischen Aufgaben zu haben. Geiger würde sich deshalb für jede Institution im prä-, peri- und postnatalen Bereich ein*e Präventionsbeauftragte*r wünschen, mit Ausbildung in der Sozialen Arbeit oder in Public Health, damit auch die Dimension der Problematik erfasst und professionell angegangen werden kann.

Die aufsuchende Arbeit mit belasteten Familien soll nach Geiger entweder von einer Fachperson aus dem Sozial- oder Gesundheitsbereich kommen. Das Zertifikat zur «Familienbegleiter*in», wie es in Österreich genannt wird, ist für alle ein Mehrwert und sollte nicht nur einer Profession bzw. einem Beruf zugänglich sein. Zudem ist zu beachten, dass die Familien unterschiedliche Bedürfnisse haben. Während ein*e Sozialarbeiter*in keine medizinische Versorgung leisten kann, weiss eine Hebamme meist nichts über Sucht- oder Schuldenberatung.

7 Schlussteil

In einem ersten Teil (7.1) erfolgt in diesem letzten Kapitel der Blick zurück auf die Arbeit. Mittels konzentrierter Beantwortung der zu Beginn (1.2) gestellten Fragen erfolgt eine Zusammenfassung der Erkenntnisse. Der zweite Teil (7.2) schaut nach vorne und in die Breite. Er verweist auf offene Punkte und schliesst die Arbeit mit einem Schlusswort ab.

7.1 Rückblick

Der in der Ausgangslage erwähnte Stellenwert der ersten Lebensjahre für die menschliche Entwicklung und die dann in 2.1 bzw. 2.3 näher beschriebene Bedeutung bzw. Wirkung der Frühen Förderung verdeutlicht die grosse Relevanz dieses Unterstützungs- und Begleitungsangebotes. Gerade auch deshalb muss der Ausbaustandard in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland und Österreich als – zumindest – ausbaufähig bezeichnet werden, obgleich die Frühe Förderung in der Schweiz in den letzten Jahren stärker in den Fokus gelangt ist (vgl. 2.7).

Im Zentrum dieser Bachelorarbeit standen und stehen die medizinischen Fachpersonen und Institutionen sowie, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass sie entscheidende Kontaktpersonen für die Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit sind, ihr Einbezug in die Angebote rund um die Frühe Förderung.

Demnach ergab sich für diese Arbeit als erste Frage:

Weshalb braucht es in der Frühen Förderung interprofessionelle Netzwerkarbeit? (Kap. 3)

Es braucht diese interprofessionelle Netzwerkarbeit, weil

- die Menschen sich – um beim Bild von Bronfenbrenner zu bleiben – in verschiedenen Systemen bewegen; wir diese, sie uns und sie sich gegenseitig beeinflussen. Eine einseitige, auf das jeweilige System begrenzte Betrachtungsweise würde die über die Systeme hinaus zum Tragen kommenden Wechselwirkungen nicht berücksichtigen.
- demzufolge eine Zusammenarbeit der sich in den verschiedenen Systemen bewegenden Fachpersonen und Institutionen nötig ist, um eben diesen Interdependenzen gerecht zu werden und Nachteile der professionellen Spezialisierung aufzufangen.

- erst durch professionell organisierte und betreute Netzwerkstrukturen ein verbindlicher Rahmen für diese Zusammenarbeit entsteht.

In Deutschland und Österreich wird die Frühe Hilfe bereits seit ungefähr zehn Jahren intensiver ausgestaltet und einheitlicher organisiert; in der Schweiz sind Bestrebungen dazu feststellbar. Weshalb folgende Frage untersucht wurde:

Welche Modelle zur Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen gibt es im deutschsprachigen Raum bereits? (Kap. 4)

In Deutschland und Österreich sind die Frühen Hilfen auf nationaler Ebene strategisch verankert. Es wurden interprofessionelle Netzwerke – in Österreich auf der Basis eines einheitlichen Grundmodells – auf- und ausgebaut. Entscheidende Elemente dabei sind:

- Fachleute und Institutionen aus dem medizinischen Bereich sind als entscheidende Akteur*innen in den Frühen Hilfen-Netzwerken bzw. -Modellen fix integriert. Sie sind dadurch Bestandteil der interprofessionellen Zusammenarbeit.
- In verschiedenen Gefässen (interprofessionellen Qualitätszirkeln (D), interdisziplinären Qualitätszirkeln (A), Expertengremien, runden Tischen etc.) findet ein gemeinsamer Austausch zur Kontaktpflege, Wissensvermittlung und -erarbeitung, Fallbearbeitung, etc. statt.
- Medizinische Fachpersonen sind auf der Ebene der alltäglichen Praxisarbeit einerseits in der Vermittlung zu den Angeboten der Frühen Hilfen (Lotsendienst (D) und Frühe Hilfe-Fachpersonen (A) in den Spitälern sowie durch niedergelassene medizinische Fachpersonen) anzutreffen und andererseits in der konkreten Arbeit mit den Familien (Familienhebammen und Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpflegende (D) und Familienbegleitung (A)) tätig.

In der Schweiz sind diese Ansätze aus den beschriebenen Modellen ebenfalls erkennbar:

- So sind medizinische Fachpersonen sowohl in Bern als auch in Luzern an der Beratung und Unterstützung der Familien direkt beteiligt (Aufsuchende und vermittelnde Arbeit der Hebammen sowie Hausbesuchsprogramm (Bern) und MVB^{Plus} (Luzern)).
- Weiter finden in beiden Modellen Netzwerktreffen statt, um unter den verschiedenen Akteur*innen – auch aus dem Medizinbereich – die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und die Vermittlung durch diese an die konkreten Angebote der Frühen Förderung auszubauen.

In Bezug auf den Hintergrund dieser Bachelorarbeit, die als Abschluss der Ausbildung an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, erarbeitet wurde, stellte sich die Frage:

Welche Rolle kommt der Sozialen Arbeit im Kontext von interprofessionellen Netzwerken der Frühen Förderung zu? (Kap. 5)

Neben der Tätigkeit im Arbeitsfeld selbst, z. B. in der sozialpädagogischen Familienbegleitung, in Betreuungsangeboten oder der Mütter- und Väter-Beratung – was nicht Bestandteil der Arbeit war, um das Gesamtbild abzurunden jedoch hier genannt sein soll – stellt mit Blick auf die einleitend genannte Angebots- und Netzwerkgestaltung das Netzwerkmanagement oder die Netzwerkkoordination ein zentraler Arbeitsbereich der Professionellen der Sozialen Arbeit dar. Das in der Ausbildung erworbenen fachlich-methodische Wissen zeichnet diese dazu aus.

Als eigentliches Endergebnis der Arbeit ging es schlussendlich um die Frage:

Welche Empfehlungen können auf Basis der Literaturanalyse und der Good Practice Modelle für die Einbindung von medizinischen Fachpersonen und Institutionen in interprofessionelle Netzwerke der Frühen Förderung gemacht werden? (Kap. 6)

Die Empfehlungen können in drei Bereiche unterteilt werden:

- **Netzwerk-organisatorisch:** Die Basis einer gelingenden Einbindung stellt die Anerkennung der Bedeutung der medizinischen Fachpersonen und Institutionen in der Begleitung und Unterstützung von Familien mit ungeborenen bzw. kleinen Kindern und dadurch im Bereich der Frühen Förderung dar. Sie müssen folglich als wichtige Akteur*innen in der Frühen Förderung in Grundlegendokumenten verankert und in die organisatorischen Elemente der Netzwerke (z. B. Austauschgefässe) eingebunden sein.
- **Sensibilisierung:** Gleichzeitig müssen sich diese Fachpersonen und Institutionen ihrer Bedeutung und ihrer Rolle bewusst sein (und wo dies noch nicht der Fall ist, muss dieses Bewusstsein gesteigert werden). Entsprechende Sensibilisierungsmassnahmen sind zentral, um vor allem auch die Weitervermittlung zur Routine werden zu lassen.
- **Konkrete Praxis:** Der Rahmen für eine, der alltäglichen Arbeit entgegenkommende Vermittlung muss gegeben sein (z. B. Kommunikationsschulung, einfache, zeitsparende Weitervermittlung, zuständiges Personal). Zugleich sind entsprechende personelle Ressourcen (z. B. für Frühe Förderung-Fachpersonen in Spitälern) nötig. Daneben sind Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich wichtige Arbeitskräfte für die direkte Begleitung und Unterstützung der Familien.

Die in den Expert*inneninterviews geführten Diskussionen mit Dr. Sabine Haas und Dr. Harald Geiger bestätigten die Empfehlungen und konnten einige Aspekte durch aus der Praxis gewonnene Erfahrungen anreichern.

7.2 Ausblick

Diese Bachelorarbeit fokussiert auf ein bestimmtes Thema innerhalb der Frühen Förderung. Die Frühe Förderung ist jedoch – wie immer wieder zum Ausdruck kommt – weit mehr. Hier an dieser Stelle daher abschliessend und abrundend die Öffnung des Blickwinkels.

Wenn auch die behandelte Thematik von grosser Bedeutung für die möglichst frühe Erkennung von komplexen Problemsituationen ist, muss festgehalten werden, dass der für die Schweiz im internationalen Vergleich geltende Aufholbedarf im Bereich der Frühen Förderung bereits viel früher und nicht erst bei der Funktion und Einbindung der Professionellen aus dem Bereich der Medizin in einem entsprechenden Netzwerk der Frühen Förderung beginnt. Grundsätzlich ist aufgrund der Wichtigkeit des Themas eine nationale oder zumindest überregionale Strategie und gesetzliche Verankerung anzustreben. Gleichzeitig gilt es, den in der Schweiz bis anhin im Vordergrund stehenden Aspekt der bildungsbetonten Frühen Förderung aufzuheben und die Perspektive bewusst um gesundheitlich, sozial bzw. gesellschaftlich relevante Faktoren zu erweitern.

Die Frühe Förderung muss für eine umfassende Wirkung zu einem akzeptierten, ausgebauten und als unabhängig von anderen Stellen und Einrichtungen des Sozialstaates wahrgenommenen Regelangebot werden, bei dem Angebote für unterschiedliche Themen und Bedarfe niederschwellig sowie diskriminierungs- und stigmatisierungsfrei in Anspruch genommen werden können. Entsprechende Öffentlichkeitsarbeit verbunden mit massvollen, zielgerichteten Marketingmassnahmen könnten hilfreich sein. Hier ergäbe sich auch ein Forschungsfeld für die Soziale Arbeit in Zusammenarbeit mit Marketingfachleuten.

Eng verbunden mit einem Regelangebot steht die gesicherte Finanzierung der Angebote einerseits und der Netzwerkkoordination andererseits. Denn erst durch die organisierte Struktur und deren Unterhalt und Pflege kann eine entsprechende, in diesem Kontext auch sinnvolle und nötige, professionelle Zusammenarbeit sichergestellt werden. Inwieweit ein nationales Modell – analog Österreich – in der Schweiz umsetzbar wäre, ist fraglich. Unter anderem darum, weil bereits vielfältige Bestrebungen laufen, mehrheitlich der föderale Gedanke hochgehalten wird und die kantonalen Hoheiten geschützt werden wollen. Ein solches müsste zumindest auf die lokalen Gegebenheiten Rücksicht nehmen bzw. diese bei einer nationalen Modellgestaltung

berücksichtigen. Ein grosser Pluspunkt eines einheitlichen Modells wäre eine damit verbundene Datenerfassungsmöglichkeit, die Vergleiche zulassen würde. Unabhängig davon stellt der Ausbau der Datengrundlage im Bereich der Frühen Förderung in der Schweiz eine Herausforderung dar, die angegangen werden sollte.

Als eminent wichtig erscheint der Autorin und dem Autor die präventive Wirkung der Frühen Förderung in Verbindung mit dem Kinderschutz. Die Unterstützungs- und Begleitungsangebote wirken früh und präventiv und nicht erst, wenn bereits viel Glas zerschlagen wurde. Sie bieten somit auch die Möglichkeit, späteren negativen Folgen und Auswirkungen vorzubeugen. Es stellt sich die Frage, ob ein prominenterer Platz der Thematik in der Ausbildung auch gerade im Bereich der Sozialen Arbeit der Bedeutung und Bekanntmachung dieses Angebotes nicht Vorschub leisten könnte. Professionelle der Sozialen Arbeit sind in vielen Arbeitsfeldern direkt in Themen der Frühen Förderung involviert und sollen dementsprechend die Chancen und Möglichkeiten der Frühen Förderung zum Wohle der Kinder und zur Unterstützung der Familien kennen und nutzen.

Bei den Literaturrecherchen sind der Autor und die Autorin an verschiedenen Stellen auf das folgende afrikanische Sprichwort gestossen:

«Um ein Kind zu erziehen, braucht es ein ganzes Dorf.»

Es soll am Ende dieser Arbeit stehen, um den Gedanken der Arbeit und der Frühen Förderung ganz grundsätzlich zu unterstreichen, dass Eltern, wo nötig und gewünscht, bei der Erziehung und Begleitung ihrer Kinder Unterstützung erhalten und nicht allein gelassen werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Autor.

AvenirSocial (ohne Datum). *Was ist gute Soziale Arbeit? Diskussionspapier von AvenirSocial Schweiz zur Qualität in der Sozialen Arbeit*. Autor.

BAK Economics (2020). *Volkswirtschaftliches Gesamtmodell für die Analyse zur „Politik der frühen Kindheit“*. Bericht im Auftrag der Jacobs Foundation. Autor.

Bellis, Mark A., Hughes, Karen, Ford, Kat, Ramos Rodriguez, Gabriela, Sethi, Dinesh & Passmore, Jonathon (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4 (10), e517 - 528.

Balthasar, Andreas & Kaplan, Caroline (2019). *Whitepaper zum Engagement in der frühen Kindheit: Fokus Kind*. Jacobs Foundation.

Biesel, Kay & Urban-Stahl, Ulrike (2017). *Lehrbuch Kinderschutz*. Beltz Juventa.

Bronfenbrenner, Urie (1989). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Fischer Taschenbuch.

Bundesamt für Gesundheit (2018). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit*. Autor.

Bundesamt für Statistik (2017). *Medienmitteilung. 14 Gesundheit. Geburten und Müttergesundheit im Jahr 2017*. Autor.

Bundesrat (2012). *Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung. Bericht des Bundesrates*. Autor.

Bundesrat (2021). *Politik der frühen Kindheit. Auslegeordnung und Entwicklungsmöglichkeiten auf Bundesebene. Bericht des Bundesrates*. Autor.

Bundesstiftung Frühe Hilfen (2018). *Leistungsleitlinien Bundesstiftung Frühe Hilfen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).

Calderón, Ruth, Edelmann, Doris & Simoni, Heidi (2016). *Handbuch zum Primokiz-Prozess. Entwicklung einer umfassenden Strategie Frühe Kindheit*. Jacobs Foundation.

Clemens, Vera, Plener, Paul L., Kavemann, Barbara, Brähler, Elmar, Strauß, Bernhard & Fegert, Jörg M. (2019). Häusliche Gewalt: Ein wichtiger Risikofaktor für Kindesmisshandlung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 67 (2), 92 - 99.

Dratva, Julia, Grylka-Bäschlin, Susanne, Volken, Thomas & Zysset, Annina (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention. Schlussbericht*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Fischer, Eliane, Knocks, Stefanie & Wetter, Miriam (2012). *Frühe Förderung – was ist das? Eine Begriffsklärung. Übersicht über die Begriffsverwendung relevanter Akteure und Verortung des Netzwerks Kinderbetreuung im Feld der Frühen Förderung*. Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.

Flammer, August (2017). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (5., unveränderte Aufl.). Hogrefe.

Frühe Hilfen (ohne Datum a). *Frühe Hilfen*. Gefunden am 07. Dezember 2021 unter <https://www.fruehehilfen.at/de/Fruehe-Hilfen/Fruehe-Hilfen-Oesterreich.htm>

Frühe Hilfen (ohne Datum b). *Nationales Zentrum*. Gefunden am 07. Dezember 2021 unter <https://www.fruehehilfen.at/de/Nationales-Zentrum/Nationales-Zentrum-Fruehe-Hilfen.htm>

Frühe Hilfen (ohne Datum c). *Nationales Zentrum. Auswertungen der FRÜDOK*. Gefunden am 07. Dezember 2021 unter <https://www.fruehehilfen.at/de/Nationales-Zentrum/Aktivitaeten/Auswertungen.htm>

Geene, Raimund (ohne Datum). *Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen 4. Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (D) vom 22. Dezember 2011.

Gesundheit Österreich (ohne Datum a). *Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Konzept für die langfristige Unterstützung und Begleitung von Frühen-Hilfen-Angeboten in Österreich*. Autor.

Gesundheit Österreich (ohne Datum b). *Sabine Haas*. Gefunden am 24. Oktober 2021 unter https://www.goeg.at/sabine_haas

Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, Amt für Integration und Soziales, Abteilung Familie [GSI]. (2020). *Frühe Förderung im Kanton Bern. Strategie und Massnahmen*. Kanton Bern.

Haas, Sabine, Antony, Gabriele, Bengough, Theresa, Weigl, Marion & Unger, Theresia (2019). *Frühe Hilfen – Sensibilisierung des niedergelassenen medizinischen Bereichs. Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich.

Haas, Sabine, Sagerschnig, Sophie & Weigl, Marion (2014). *Frühe Hilfen. Leitfaden zum Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken*. Gesundheit Österreich.

Haas, Sabine & Weigl, Marion (2017). *Frühe Hilfen. Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich 2017. Aktualisierter wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich.

Haas, Sabine & Weigl, Marion (2018). *Qualitätsstandard Frühe Hilfen. Version 1, Oktober 2018*. Gesundheit Österreich.

Haas, Sabine & Weigl, Marion (2019). „Frühe Hilfen“ in Österreich – von der Strategie zum Regelangebot?. *Soziale Sicherheit*, (4), 142 - 149.

Hafen, Martin (2013). Interdisziplinarität in der Frühen Förderung. Notwendigkeit, Herausforderung und Chance. *Frühförderung interdisziplinär*, 32 (2), 98 - 107.

- Hafen, Martin (2014). ‚*Better Together*‘. *Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit* (überarb. und erweiterte Version). Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2015). Frühe Förderung als präventive Investition. Argumente aus präventionstheoretischer und volkswirtschaftlicher Perspektive. In Erich Marks & Wiebke Steffen (Hrsg.), *Prävention rechnet sich. Zur Ökonomie der Kriminalprävention. Ausgewählte Beiträge des 20. Deutschen Präventionstages 2015* (S. 293-306). Forum Verlag Godesberg.
- Hafen, Martin (2017). Prävention in der ersten Lebensphase. *Paediatrica*, 28 (3), 35 - 37.
- Hafen, Martin (2019). *Analyse der Frühen Förderung im Kanton Basel-Stadt und Entwicklung einer kantonalen Strategie. Bericht zur SWOT-Analyse*. Erziehungsdepartement Basel-Stadt.
- Hafen, Martin & Meier Magistretti, Claudia (2021). *Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz. Eine Vorstudie vor dem Hintergrund der Frühe Hilfen-Strategie in Österreich*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hochuli Freund, Ursula & Stotz, Walter (2021). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch* (5., erweiterte und überarb. Aufl.). Kohlhammer.
- Hoffmann, Till (2020). *Die interprofessionellen Qualitätszirkel frühe Hilfen - Ein systemübergreifender Vernetzungsansatz*. AFET Bundesverband für Erziehungshilfen.
- Hoffmann, Till, Mengel, Melanie & Sandner, Eva (ohne Datum). *Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Horschitz, Harald, Meysen, Thomas, Schaumberg, Torsten, Schönecker, Lydia & Seltmann, David (2015). *Materialien zu Frühen Hilfen. Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

- Kaufmann, Sybille & Kosta, Stephanie (2019). *Guter Start ins Kinderleben. Vernetzung und Zusammenarbeit in der Frühen Kindheit und im Kinderschutz* (2. überarb. Aufl.). Kanton Thurgau, Amt für Gesundheit.
- KinderÄrzteZentrum Dornbirn (ohne Datum). *Dr. Harald Geiger*. Gefunden am 28. Oktober 2021 unter <https://www.kaez-dornbirn.at/dr-harald-geiger/>
- Knaller, Christine (2013). *Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich.
- Kupresak-Kalabic, Brankica & Celik, Nuran (2010). *Welche Rolle und Funktion könnte die Soziale Arbeit in der frühen Förderung sozial benachteiligter Kinder übernehmen?*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Küster, Ernst-Uwe, Pabst, Christopher & Sann, Alexandra (2017a). *Schnittstelle von Frühen Hilfen zu Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung. Faktenblatt 8 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Küster, Ernst-Uwe, Pabst, Christopher & Sann, Alexandra (2017b). *Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen. Faktenblatt 4 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Küster, Ernst-Uwe, Renner, Ilona & Sann, Alexandra (2018). *Zentrale Erkenntnisse zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland. Faktenblatt zur wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Landespressestelle Vorarlberg (2011). *Pressekonferenz – 15. Juli 2011. "Frühe Hilfen – Junge Eltern unterstützen, Familien stärken"*. Gefunden am 19. Dezember 2021 unter <https://presse.vorarlberg.at/land/servlet/AttachmentServlet?action=show&id=15071>
- Largo, Remo H. (2019). *Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung* (vollst. überarb. Auflage). Piper.

- Liebold, Renate & Trinczek, Rainer (2009). Experteninterview. In Stefan Kühl, Petra Strodtholz & Andreas Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung: quantitative und qualitative Methoden* (S. 32-56). Sozialwissenschaften.
- Marbler, Carina, Sagerschnig, Sophie & Winkler, Petra (2019). *Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2018. FRÜDOK-Jahresbericht*. Gesundheit Österreich.
- Marbler, Carina, Sagerschnig, Sophie & Winkler, Petra (2020). *Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2019. FRÜDOK-Jahresbericht*. Gesundheit Österreich.
- Marbler, Carina, Sagerschnig, Sophie, Winkler, Petra & Witt-Döring, Fiona (2021). *Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2020. FRÜDOK-Jahresbericht*. Gesundheit Österreich.
- Marbler, Carina, Weigl, Marion, Winkler, Petra & Haas, Sabine (2020). *Wie wirken Frühe Hilfen?. Das Frühe-Hilfen-Wirkmodell. Wissenschaftlicher Bericht*. Gesundheit Österreich.
- Marie Meierhofer Institut für das Kind (2014). *Allgemeine Bemerkung Nr. 7 (2005) des UNO Ausschusses für die Rechte des Kindes. Umsetzung der Kinderrechte in der frühen Kindheit*. Autor.
- Maykus, Stefan (2013). Interprofessionalität in der Kinder- und Jugendhilfe. Familienzentren als Symbol erweiterter (sozial-)pädagogischer Praxisrelationen. In Heidrun Wulfekühler, Silvia Wiedebusch, Stephan Maykus, Stephan Rietmann & Marijan Renic (Hrsg.), *Interprofessionalität in der Tagesbetreuung. Module zur Gestaltung von Netzwerkpraxis* (S. 13-39). Springer VS.
- Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (ohne Datum). *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Meier Magistretti, Claudia, Rabhi-Sidler, Sarah, Seiterle, Nicoletta & Auerbacher, Sarah (2015). *Starke Familien – von Anfang an: Evaluation der Massnahmen im Programm „Frühe Förderung“ der Stadt Luzern – Kurzbericht*. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

Meier Magistretti, Claudia & Schraner, Marco (2017). *Frühe Förderung in kleineren und mittleren Gemeinden – Situationsanalyse und Empfehlungen. Die Gemeinden als strategische Plattform und Netzwerker der Frühen Förderung*. Schweizerischer Gemeindeverband.

Meier Magistretti, Claudia, Walter-Laager, Catherine, Schraner, Marco, & Schwarz, Jürg (2019). *Angebote der Frühen Förderung in Schweizer Städten (AFFiS). Kohortenstudie zur Nutzung und zum Nutzen von Angeboten aus Elternsicht*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und Karl-Franzens Universität Graz.

Müller, Burkhard (2012). Professionalität. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 955-974). VS.

Mütter- und Väterberatung Kanton Bern [MVB]. (2018). *Regionale Vernetzung im Frühbereich. Newsletter*. Autor.

Mütter- und Väterberatung Kanton Bern [MVB]. (2020). *Jahresbericht 2020*. Autor.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH]. (2016). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016 mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung Früher Hilfen*. Autor.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH]. (2019). Ideale Orte Früher Hilfen. Geburtskliniken als Netzwerkpartner. *Frühe Hilfen aktuell* (2), 1-3.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH]. (2020). Schwerpunktthema: Ambulante pädiatrische Versorgung und Frühe Hilfen. *Frühe Hilfen aktuell* (2), 1-3.

Netzwerk Familie (ohne Datum). *Home*. Gefunden am 07. Dezember 2021 unter <https://www.netzwerk-familie.at/>

Netzwerk Frühe Förderung Stadt Luzern (2017). *Visionen und Ziele für die Zusammenarbeit*. Stadt Luzern. Kinder Jugend Familie.

OECD (2020). *Bildung auf einen Blick 2020. OECD Indikatoren*. Autor.

Quilling, Eike, Nicolini, Hans J., Graf, Christine & Starke, Dagmar (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten*. Springer VS.

- Scharmanski, Sara & Renner, Ilona (2019). *Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Renner, Ilona, van Staa, Juliane, Backes, Jörg & Paul, Mechthild (2019). Die Frühen Hilfen aus Sicht der Pädiatrie – Erkenntnisse aus einer bundesweit repräsentativen Studie. *Kinderärztliche Praxis* 90 (5), 330 - 335.
- Schachner, Anna, Hesse, Nina & Rappauer, Anita (2021). *Evaluation 2018 bis 2021 der Umsetzung von Frühen Hilfen in Österreich. Endbericht*. Gesundheit Österreich.
- Schilling, Johannes & Klus, Sebastian (2015). *Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession* (6., vollständig überarb. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Schmocker, Beat (2019). *Die internationale Definition der Sozialen Arbeit und ihre Sicht auf Profession und Disziplin der Sozialen Arbeit*. AvenirSocial.
- Schulte-Haller, Mathilde (2009). *Frühe Förderung. Forschung, Praxis und Politik im Bereich der Frühförderung: Bestandesaufnahme und Handlungsfelder*. Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (ohne Datum). *Agenda 2030 und SDGs*. Gefunden am 07. Dezember 2021 unter <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/de/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung/ziel-4-inklusive-gleichberechtigte-und-hochwertige-bildung.html>
- Stadt Luzern, Frühe Förderung (2013). *Kooperationsnetz Frühe Förderung: Konzept, Netzwerk und Planung*. Autor.
- Stadt Luzern, Frühe Förderung (2015). *Infoletter Frühe Förderung* 15 (3). Stadt Luzern. Kinder Jugend Familie.
- Stadt Luzern, Frühe Förderung (2016). *Netzwerk Frühe Förderung. Kurzbeschrieb*. Stadt Luzern. Kinder Jugend Familie.

Stadt Luzern, Frühe Förderung (2018). *Frühe Förderung. Massnahmen und Angebote in der Stadt Luzern*. Stadt Luzern. Kinder Jugend Familie.

Stamm, Margrit (2011). *Wozu Bildung in der frühen Kindheit?*. Universität Freiburg.

Stamm, Margrit, Brandenburg, Kathrin, Knoll, Alex, Negrini, Lucio & Sabini, Sandra (2012). *FRANZ. Früher an die Bildung – erfolgreicher in die Zukunft? Familiäre Aufwuchsbedingungen, familienergänzende Betreuung und kindliche Entwicklung. Schlussbericht zuhanden der Hamasil Stiftung und der AVINA Stiftung*. Universität Freiburg.

Stern, Susanne & Schwab Cammarano, Stephanie (2018). *Frühe Förderung. Orientierungshilfe für kleinere und mittlere Gemeinden*. Bundesamt für Sozialversicherungen.

Stern, Susanne, Schwab Cammarano, Stephanie & De Rocchi, Ariane (2016). *Kantonale Strategien und Koordinationsansätze im Bereich der FBBE. Bestandsaufnahme bei den Kantonen*. Jacobs Foundation.

Stern, Susanne, Schwab Cammarano, Stephanie, Gschwend, Eva & Sigrist, Donald (2019). *Für eine Politik der frühen Kindheit. Eine Investition in die Zukunft. Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung / Frühe Förderung in der Schweiz*. Schweizerische UNESCO-Kommission.

Sukopp, Thomas (2013). Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Definitionen und Konzepte. In Michael Jungert, Elsa Romfeld, Thomas Sukopp & Uwe Voigt (Hrsg.), *Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme* (2., durchgesehene und um ein aktuelles Vorwort erweiterte Aufl., S. 13-29). WGB.

Thole, Werner (2012). Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 19-70). VS.

Thyen, Ute (2014). *Leitbild für Frühe Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Tschumpert, Annemarie, Gantenbein-Schaffner, Brigitta, Alsaker, Françoise, Baumann, Mona, Scholer, Martine & Jakob, Richard (2012). *Schlussbericht primano. Frühförderung in der Stadt Bern. Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis zum Pilotprojekt 2007-2012*. Direktion für Bildung, Soziales und Sport.

Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989 (SR 0.107).

Van Staa, Juliane & Renner, Ilona (2020). *»Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH.* Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Weigl, Marion, Marbler, Carina & Haas, Sabine (2018). *Frühe Hilfen. Leitfaden für die Familienbegleitung.* Gesundheit Österreich.

Wendt, Peter-Ulrich (2021). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (3., überarb. Aufl.). Beltz Juventa.

Wider, Diana & Schmocker, Beat (2018). Interdisziplinarität und Interprofessionalität als Perspektive einer disziplinär ausgerichteten Sozialen Arbeit – ein Ausblick. In Caroline Schmitt & Matthias D. Witte (Hrsg.), *Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit* (Band 2, S. 189-210). Schneider.

Wurstmann Seiler, Corina & Simoni, Heidi (2016). *Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz. Nationales Referenzdokument für Qualität in der frühen Förderung* (3., erweiterte Aufl.). Schweizerische UNESCO Kommission und Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.