

DEUTSCHES INSTITUT
FÜR JUGENDHILFE UND
FAMILIENRECHT e. V.



FORUM FÜR FACHFRAGEN

Postfach 10 20 20

D-69010 Heidelberg

Fon 0 62 21/98 18-0

Fax 0 62 21/98 18-28

institut@dijuf.de

www.dijuf.de

STELLUNGNAHME

der Ständigen Fachkonferenz (SFK) 1 „Grund- und Strukturfragen des Jugendrechts“ des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) eV vom 18.03.2010

Frühe Hilfen

Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe in der Kooperation mit der Gesundheitshilfe

Frühe Hilfen: Alle reden davon und sind aktiv. Fast jede und jeder versteht etwas anderes darunter. Notwendig erscheint daher eine Verständigung darüber, was in einem System der Vernetzung mit spezifischen Angeboten unter dem Oberbegriff „Frühe Hilfen“ geleistet werden kann und wo die Grenzen liegen.

Die Programme und Projekte zu Frühen Hilfen haben auffordernden, aktivierenden Charakter. Die Praxis nimmt die Aufgabe an. Alle Seiten verbinden damit hohe Erwartungen. Diese werden sogar noch einmal gesteigert, wenn Frühe Hilfen und Kinderschutz in einem Atemzug genannt werden. Die Praxis gerät unter Druck, ihr wird nicht selten vorgehalten, sie müsse nur wollen und machen. Dahinter steht das trügerische Bild einer Machbarkeit bzw technologischen Beherrschbarkeit von Interaktionsprozessen. Die Kooperation sowohl mit den Familien als auch zwischen den professionellen und institutionellen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe wie der Gesundheitshilfe ist jedoch ein komplexes Geschehen, das ein gegenseitiges aufeinander Einlassen, ein gemeinsames Gestalten und flexibles Mitbewegen bedeutet.

Die notwendige Offenheit für Kooperationsbeziehungen soll im Folgenden hinterlegt werden mit einer Vergewisserung zur Grundhaltung, mit der die beteiligten Helfer/innen und Familien miteinander in Beziehung gehen, sowie zum Verständnis von Hilfe. Ausgehend von der Bestim-

mung des Begriffs „Frühe Hilfen“ geht die Stellungnahme der Frage nach dem Verhältnis von Frühen Hilfen und Kinderschutz nach, arbeitet die verfassungsrechtlichen Implikationen heraus, fragt nach den Bedarfslagen in den Familien und den Anforderungen an die Kooperation der Helfer/innen, um sich abschließend zu positionieren, was der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe im System Früher Hilfen sein kann und welche Beiträge von anderen Leistungssystemen zum Gelingen erforderlich sind.

I. Warum Frühe Hilfen?

Die Wahrnehmung der elterlichen Verantwortung in der modernen Gesellschaft ist herausfordernd. Es spricht einiges dafür, dass sie schwieriger geworden ist. Mit wachsender Armut, höheren Mobilitätserfordernissen, abnehmender Bedeutung des mehrgenerationalen Familienzusammenhalts und der zunehmenden Trennungs- und Scheidungsrate steigen auch die Belastungen für Familien. Schwierigkeiten in und mit der Elternschaft sind somit „Normalität“. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass die öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern stärker in den Blick rückt.

Lange Zeit konzentrierte sich diese öffentliche Verantwortung auf die Abwehr von Gefahren für das Kindeswohl in einer konkreten und akuten Gefährdungssituation („JWG“). Später kamen Hilfen zur Erziehung bei Fehlentwicklungen und spezifischen Belastungen der familialen Situation hinzu („KJHG“). Die „Frühen Hilfen“ setzen noch früher an. Eltern sollen in der Zeit rund um die Geburt ihres Kindes erreicht werden, in der sie mit und für ihr Kind alles gut und richtig machen wollen und in der sie für Hilfe besonders offen sind. Ihnen sollen positive Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von Hilfen vermittelt werden.

Rund um die Geburt und in den ersten Jahren danach, insbesondere bis zum Kindergartenalter, haben Eltern und ihre Kinder regelmäßigen Kontakt vor allem zu Helfer/innen aus der Gesundheitshilfe (zB Frauenärzt/inn/en, Geburtskliniken, Hebammen, Kinderärzt/inn/en). Für diese Lebensphase spezifische Zugänge bestehen auch zur Schwangerschafts(konflikt)beratung. Der Kontakt zu den Angeboten, Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe sowie zu anderen Akteuren (zB Angeboten der Frühförderung, der Arbeitsverwaltung) besteht in dieser Lebensphase nicht in gleichem Maße regelhaft.

Ist die Lebenssituation in dieser frühen Phase der Eltern- bzw Kindschaft von besonderen Belastungen geprägt, werden die geeigneten und ggf erforderlichen Hilfen zur Entlastung gleichwohl vor allen Dingen in der Kinder- und Jugendhilfe vorgehalten. Frühe Hilfen dienen auch dazu, den überwiegend als positiv erlebten Kontakt zu den Vertreter/innen der Gesundheitshilfe und den Vertrauensvorschuss, der diesen entgegengebracht wird, zu nutzen, um den Eltern in einem System der Frühen Hilfen Brücken zu bauen zu den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe.

II. Was heißt „früh“ bei Frühen Hilfen?

1. Bandbreite der Begriffsdeutungen

Frühe Hilfen sind rechtlich nicht definiert. Bei der Begriffsbestimmung finden sich in der Praxis daher unterschiedliche Perspektiven und Ansätze. Hat das „früh“ bei der Frühpädagogik und Frühförderung bereits eine spezifische, altersbezogene Bedeutung,

so ist diese bei dem neuen System der Frühen Hilfen noch nicht einheitlich. Darunter kann ebenfalls die frühe Lebensphase des Kindes verstanden werden, daneben aber auch das niedrigschwellig-frühe Anbieten von Hilfen zur vorzeitigen Verhinderung von Risiko- und Mangelsituationen, das frühzeitige Angebot von Hilfen, wenn ein entsprechender Bedarf auftaucht oder das frühe Eingreifen bei Kindeswohlgefährdung.

Frühe Hilfen werden somit im Hinblick auf die Lebensphase, den Leistungsinhalt oder die Leistungsorganisation beschrieben: Sie setzen schon begrifflich einen Unterstützungsbedarf voraus, dessen Inhalt je nach der familialen Konstellation unterschiedlich ist. Er reicht von allgemeinen Informationen zum Zusammenleben mit Kindern über Gesprächs- und Entlastungsangebote bis hin zu konkreten Hilfen in spezifischen Lebensumständen (zB junge Mütter, Belastungen in der Partnerschaft, Behinderung oder psychische Erkrankung des Kindes oder der Eltern). Insoweit ist der Begriff Frühe Hilfen nicht auf einen konkreten Leistungsinhalt eingrenzbar, sondern bezieht sich vor allem auf eine „besondere Lebenslage“.

Die Lebenslage ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einem Risiko oder einer Gefährdung für das Kind. Eine solche Fokussierung enthält eine Engführung auf den Kinderschutz, die die spezifischen Angebote und ihre Identität entfremdet, indem sie den Beitrag zum Schutz von Kindern zum eigentlichen Zweck erklärt. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ist daher auch von der Umschreibung abgerückt, das in die Regelversorgung zu implementierende System der Frühen Hilfen müsse „auf die lückenlose Identifizierung von Kleinkindern in familialen Risikosituationen ausgerichtet sein, um deren Entwicklung durch Hilfen zu begleiten und zu unterstützen sowie ggf – wenn zum Schutz des Kindes erforderlich – auch gegen den Elternwillen zu intervenieren“ (NZFH 2008). Inzwischen verwendet es diese Definition nicht mehr (vgl die Begriffsbestimmung im Kasten unten).

Ein vor allem investigatives Verständnis der Frühen Hilfen als (vor)staatliches Kontrollinstrument ist abzulehnen. Der Auftrag der Akteure Früher Hilfen ist deutlich breiter. Er reicht von Elterninformation und Familienbildung über intensivere Beratungs- und Unterstützungsangebote und in Einzelfällen auch bis hin zur Kontrolle elterlichen Verhaltens. Steht Letztere jedoch im Vordergrund, entsteht eine Schiefelage, die dem Grundanliegen zuwiderläuft, die (werdenden) Eltern möglichst früh zu erreichen, sie in ihrer Verantwortung zu stärken und für die Inanspruchnahme von Hilfen zu gewinnen.

2. Frühe Hilfen als bereichsübergreifendes System

Angesichts eines vielschichtigen, differenziert organisierten Systems sozialer Leistungen setzt die Erbringung der im Einzelfall geeigneten und notwendigen Hilfen häufig die Kooperation verschiedener Systeme bzw deren Fachkräfte voraus. Sei es, dass

- Eltern(teilen) in einer Art Komplexleistung ein Set verschiedener Leistungen gleichzeitig angeboten wird,
- je nach Bedarfsfeststellung und -entwicklung – konsekutiv oder kumulativ Leistungen verschiedener Systeme miteinander zu verknüpfen sind.

So sehr die einzelnen Fachkräfte auch bei den Eltern für die Inanspruchnahme solcher Angebote werben und die Einbeziehung anderer Fachkräfte anbieten, bleibt es aber der autonomen Entscheidung der Eltern überlassen, ob und welche Angebote sie in Anspruch nehmen. Dieser Aspekt spielt für die Inanspruchnahme der Leistungen

und die Kooperation im Rahmen des Hilfeprozesses und damit für die Wirksamkeit der Hilfe eine entscheidende Rolle.

Frühe Hilfen sind somit aus Sicht der Ständigen Fachkonferenz 1 des DIJuF ein System, in dem die Akteure

- vor allen Dingen im Zeitraum ab der Schwangerschaft bis zum Alter von drei Jahren spezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote für (werdende) Eltern und ihre Kinder machen und ggf neue Angebote entwickeln,
- miteinander kooperieren sowie
- ihre Angebote bereichsübergreifend und mit den allgemeinen Leistungen und Hilfen auf eine Weise koordinieren, die es den Eltern erleichtert, den Zugang zu finden und diese in Anspruch zu nehmen.

Frühe Hilfen sind gekennzeichnet durch die nicht stigmatisierende Art und Weise, mit der sich die Akteure den (werdenden) Eltern, den Familien und ihrer Lebenssituation annehmen, wenn sie zu ihnen rund um die Geburt Kontakt aufnehmen. Werden tragfähige Kooperationsbeziehungen zu den Eltern aufgebaut, können Bedarfslagen früher erkannt und das entgegengebrachte Vertrauen ggf genutzt werden, um für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen zu werben. Die helfenden Akteure im System Früher Hilfen unterstützen somit die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer „Letztverantwortung“.

Das System Frühe Hilfen überschreitet und überwindet somit Systemgrenzen und wirkt ebenso integrativ wie verantwortungsadditiv, ohne die Unterschiede und Eigenständigkeit der beteiligten Systeme zu nivellieren.

Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.“ (Wiss. Beirat des NZFH 2009, www.fruehehilfen.de/4010.0.html)

III. Spannungsverhältnis Frühe Hilfen und Kinderschutz

1. Absoluter Kinderschutz als überforderndes Leitbild

Das in Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG geforderte „Wachen“ des Staats über die Pflichterfüllung der Eltern wird in der öffentlichen Diskussion zunehmend verbunden mit dem Anspruch, die Jugendämter, Kinderärzt/inn/e/n, Hebammen, Kindertageseinrichtungen oder auch Politik hätten zu garantieren, dass kein Kind zu Schaden kommt. Es wird das Ziel eines möglichst hundertprozentigen Kinderschutzes ausgegeben. Auch Frühe Hilfen geraten in diesen Sog („keiner fällt durchs Netz“, „lückenlose Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen“ etc).

Die Forderungen bleiben im Raum und wirken in das fachliche Handeln im System Früher Hilfen hinein, trotz des Wissens, dass die Ansprüche faktisch nicht einmal dann eingelöst werden könnten, wenn eine umfassende öffentliche Überwachung aller Prozesse zwischen Eltern und Kindern rechtlich zulässig und faktisch möglich wäre. In einer komplexen demokratischen Gesellschaft lässt sich der Anspruch des absoluten Kinderschutzes deshalb nur als unerreichbare Vorgabe begreifen. Wird diese zum Ziel und zur Orientierung öffentlichen Handelns gemacht, führt dies zwangsläufig zu Überforderung.

2. Hilfe, Schutz und Kontrolle

Das System Frühe Hilfen ist mit seinen Angeboten zur Unterstützung der elterlichen Erziehungsverantwortung zwangsläufig auch mit dem Aspekt der Kontrolle von Eltern konfrontiert. Kontrolle ist zwar wesensimmanentes Element und notwendiger Bestandteil jeder Hilfe. Anders als sonst bei einer vom/von der Patient/in oder Klient/in erbetenen Kontrolle, etwa des eigenen Gesundheitszustands in dyadischen Arzt-Patient/inn/en-Beziehungen, besteht im Eltern-Kind-Verhältnis die Kontrolle auch darin, dass eine dritte Person einbezogen wird. Es entsteht eine Dreieckskonstellation. Der kontrollierende Blick richtet sich auch auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind.

Die Aufmerksamkeit der Helfer/innen für die Bedingungen des Aufwachsens von Kindern berührt für die Eltern also auch den sensiblen Punkt des eigenen Pflege- und Erziehungsverhaltens. Aus fachlicher Sicht kann die Kontrolle elterlicher Fürsorge sowohl selbst- als auch fremdbestimmt verlaufen. Diese Unterscheidung ist aber auch rechtlich relevant, weil eine fremdbestimmte Kontrolle nur unter spezifischen Voraussetzungen rechtlich zulässig ist und nicht allein durch den Zweck der Hilfen legitimiert wird.

3. Verfassungsrechtliche Hinweise

Frühe Hilfen dienen vor allem der Stärkung protektiver Faktoren für das Kind. Der Schutzgedanke ist ihnen somit immanent. Nehmen sich Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe den Eltern und ihren Kindern an, dringen sie in deren Privatsphäre ein. Es stellt sich die Frage, ab wann der Staat hierzu eine Legitimation braucht und ob er ggf für sein investigatives und intervenierendes Handeln gegenüber Eltern und deren Kindern eine solche beanspruchen kann.

Grundrechtsrelevant wird das helfende Tun, soweit eine echte Fremdbestimmung vorliegt. Die Selbstbestimmung gelangt dann an ihre Grenze, wenn eine Möglichkeit

zur Ablehnung von Hilfeangeboten nicht mehr gegeben ist, weil diese die Abwendung einer konkreten Kindeswohlgefährdung bezwecken.

Ein – rechtfertigungsbedürftiger – Eingriff in die Elternverantwortung liegt dann vor, wenn die Eltern durch *staatliche* Maßnahmen daran gehindert werden, selbst zu bestimmen, in welcher Weise sie die Lebens- und Entwicklungsbedingungen ihres Kindes gestalten wollen. Von einem Eingriff lässt sich folglich nur bei einem kindeswohlbezogenen Handeln des Staats sprechen, welches sich gegen den Willen der Eltern (eines Elternteils) richtet, nicht aber, wenn die Hilfe mit Einverständnis der Eltern erfolgt.

Auch ein bloßes Handeln staatlicher Einrichtungen, das zwar nicht auf Initiative von Eltern (eines Elternteils) zurückgeht, aber auch nicht gegen ihren Willen geschieht, beeinträchtigt deren Selbstbestimmung in aller Regel nicht und markiert im Einzelfall folgeweise keinen Eingriff. Beratungs- und Unterstützungsangeboten, deren Inanspruchnahme für die Eltern freiwillig ist, fehlt bereits der Eingriffscharakter.

Ein kontrollierender Eingriff hingegen, also bspw eine Informationsbeschaffung gegen den Willen oder ohne Wissen der Eltern, ist unter dem Blickwinkel des Schutzes von Kindern grundsätzlich nur dann als zulässig anzusehen, wenn der Nachweis erbracht wird, dass dieser zur Gefährdungsklä rung oder -abwendung geeignet und erforderlich ist. Angemessen ist er grundsätzlich nur, wenn zuvor ein Hilfeangebot erfolgt ist. Dies folgt unmittelbar aus den grundrechtlichen Wertungen des Grundgesetzes.

In Bezug auf Frühe Hilfen wird eine Eingriffsrechtfertigung somit an der Schwelle relevant, an der Eingriffe im Rahmen des Wächteramts des Staats zulässig sind. Erst an dieser spielt die grundrechtliche Frage eine Rolle, ob der Staat die mit der konkreten Maßnahme verfolgte Aufgabe überhaupt wahrnehmen darf.

a) Abwehr von Kindeswohlgefährdungen

Die in Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG statuierte staatliche Wächterrolle sichert – wie die Elternverantwortung – das Kindeswohl. Werden die Eltern ihrer Pflege- und Erziehungsverantwortung – ob verschuldet oder nicht – nicht gerecht und droht deswegen eine Beeinträchtigung des Wohls des Kindes, ist also eine Schädigung mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten, so obliegt der „staatlichen Gemeinschaft“, die Gefahr abzuwehren bzw die Störung zu beseitigen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verpflichtet den Staat jedoch, zunächst die elterliche Verantwortung wiederherzustellen, und zwar mit Hilfe und Unterstützung, die auf freiwilliger Basis angenommen wird, und erst nachrangig durch gegen den Willen der Eltern gerichtete Maßnahmen (Eingriffe).

b) „Gefährdungsvorsorge“

Das Wächteramt ermächtigt (und verpflichtet) den Staat nicht nur zur Abwehr von Kindeswohlgefährdungen, sondern weitergehend auch zur Gefahrenvorsorge im Vorfeld von Kindeswohlbeeinträchtigungen, also zu (Präventiv-)Maßnahmen, die verhindern, dass es überhaupt zu Kindeswohlbeeinträchtigungen und -schädigungen im Einzelfall kommen kann. Da und soweit solche Vorfeldmaßnahmen aber keine aus elterlichem Fehlverhalten resultierende Beeinträchtigung des Kindeswohls vorausset-

zen, dürfen sie keinen Eingriffscharakter in sich tragen. Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe etc sind also, auch wenn ihnen das Eingriffsinstrumentarium – sprich: auch gegen den Willen der Eltern gerichtete Interventionen – nicht zu Gebote stehen, vor Erreichen der Beeinträchtigungsschwelle nicht zur Untätigkeit verurteilt. Das Gros der Instrumentarien und Angebote im Rahmen des Systems Früher Hilfen kann zum Einsatz kommen.

c) **Beobachtung und Informationsbeschaffung**

Interventionen zur Abwehr von Gefährdung setzen voraus, dass die zuständigen staatlichen Stellen über Informationen verfügen, die Kindeswohlgefährdungsrelevant sind. In Wahrnehmung seines Wächteramts darf und muss der Staat deshalb nicht zuwarten, bis die Voraussetzungen des Einschreitens offen zutage liegen oder aber den zuständigen Behörden ohne eigenes Zutun offenbart werden. Vielmehr ist ihm die Aufgabe gestellt, die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder unter dem Aspekt der Gefahrenabwehr und Gefahrenvorsorge vorausschauend zu beobachten und Informationen zusammenzutragen, um beurteilen zu können, ob ein erhöhtes Entwicklungsrisiko oder eine Kindeswohlbeeinträchtigung vorliegt und welche Maßnahmen für deren Abwendung Erfolg versprechen.

Bei der Antwort auf die Frage, ob und inwieweit die Beschaffung von Informationen auch gegen den Willen der Eltern betrieben werden darf, solange eine Gefährdung lediglich vermutet wird, ist auf die im Polizei- und Ordnungsrecht entwickelten Kriterien abzustellen: Nach überwiegender Auffassung ist ein nicht eigens gesetzlich statuerter „Gefahrerforschungseingriff“ nur zulässig, soweit,

- erstens, ein *konkreter* Gefahrenverdacht (genauer wohl: der Verdacht einer konkreten Gefahr) besteht,
- zweitens, die notwendigen Informationen nicht auf andere, weniger beeinträchtigende Weise erhoben werden können und
- drittens, dem Betroffenen nicht eine aktive Mitwirkung, sondern lediglich eine Duldung der behördlichen (oder gerichtlichen) Erforschungsmaßnahme abverlangt wird.

Das Vorliegen sog. psycho-sozialer Belastungs- oder Risikofaktoren bei Eltern und Kind begründet für sich genommen keine konkrete Gefahr und auch keinen entsprechenden Verdacht.

Elterliche Pflichten, wie etwa im Rahmen eines flächendeckenden Risiko-Screenings mitzuwirken, können, soweit zumindest der Verdacht einer *abstrakten* Gefahr – hier also: einer abstrakten Kindeswohlgefährdung – gegeben ist, nur durch sondergesetzliche Regelung begründet werden. Aber auch dabei ist die Grundsatzentscheidung der Verfassung zugunsten des Vorrangs der Elternverantwortung zu achten. Die Zulässigkeit setzt also ohne zulässige gesetzliche Regelung eine freiwillige Mitwirkung voraus.

Bloße *Verdachtsermittlungseingriffe*, dh zunächst verdachtsunabhängige behördliche Maßnahmen, die notfalls auch gegen den Willen der Eltern darauf zielen, überhaupt erst den Anfangsverdacht einer Kindeswohlgefährdung festzustellen, sind nicht verfassungskonform.

Klar rechtswidrig wäre etwa eine Datensammlung, mit deren Hilfe Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung personalisiert von einer oder mehreren Fachkräften (Sozialarbeiter/innen/n, Ärzt/inn/e/n, Hebammen, Mitarbeiter/innen/n im Gesundheitswesen) ohne gesetzliche Befugnis an andere Personen weitergegeben werden (zB die Weitergabe der Daten in der RISKID-Datei in Duisburg). Mangels Befugnisnorm verstößt dies – neben datenschutzrechtlichen Bestimmungen – gegen § 203 Abs. 1 StGB, der neben der ärztlichen Schweigepflicht auch die Schweigepflicht der weiteren beteiligten Berufsgruppen schützt. Zulässig würde die Informationsweitergabe erst dann, wenn entweder eine Einwilligung der Betroffenen oder konkrete Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorlägen und wenn ferner befugte Personen informiert würden – hier also Jugendamt oder Familiengericht.

Diese rechtliche Betrachtung entspricht auch fachlich gebotenen Überlegungen: Wenn Helfer/innen Geheimdateien über Eltern anlegen oder heimlich Informationen an andere Stellen weitergeben, sind sowohl die informierenden als auch informierten Stellen für einen helfenden Zugang zu den Eltern „verbrannt“. Die Eltern verlören zu diesen Instanzen das ohnehin fragile Vertrauen, würden sich mit den Sorgen um die Gesundheit ihres Kindes und mit ihren Problemen nicht mehr öffnen und ausgerechnet diejenigen, die ihrem Kind und ihnen helfen sollen, den Rücken kehren. Offensiv gedachte Kinderschutzinitiativen, wie Geheimdateien oder heimlicher Informationsaustausch, verkehren sich also in ihr Gegenteil. Nicht mehr, sondern weniger Kinderschutz ist ihr Ergebnis.

IV. „Frühe Hilfen“ und Bedarfslagen

1. Vom Angebot an alle zur Identifikation von Bedarfslagen

Der nicht stigmatisierende Ansatz Früher Hilfen bedingt, dass sich die Angebote der Beratung und Unterstützung zunächst an alle Eltern richten (primäre Prävention: zB Schwangerschaftsvorsorge, Hebammenhilfe, Früherkennungsuntersuchungen, Familienbildung, Elternberatung durch Kindertageseinrichtungen). Die professionellen Akteure im System der Frühen Hilfen treten mit Familien in Dialog und bauen eine tragfähige Kooperationsbeziehung auf. Stellen sie dabei Ansatzpunkte für einen weiteren Unterstützungsbedarf fest, nehmen sie sich dieser Familien intensiver an.

2. Anlässe zum näheren Hinschauen

Angesichts der begrenzten (Zeit-)Ressourcen bedarf es für das Erkennen besonderer Problemlagen und für die Entscheidung, an welche Eltern die helfenden Akteure der Frühen Hilfen näher heranrücken, bestimmter eingrenzender Kriterien. Anlass können hierbei Umstände sein, bei denen gesteigerter Hilfebedarf nicht zwangsläufig, aber doch signifikant häufiger vorkommt.

Hinweise für potenziell gesteigerte Bedarfslagen werden im Bereich Früher Hilfen systematisch beschrieben und anhand von vier zentralen Merkmalsdimensionen bestimmt (Kindler, in: Meysen ua, Frühe Hilfen im Kinderschutz, 2009; Kindler ua JAmt 2008, 467):

- spezifische Merkmale der *Familiensituation* (soziale Isolation bzw fehlende Unterstützung, wiederholte Krisen, Partnerschaftsgewalt und mehrfache soziale Belastungen, ernsthafte finanzielle Notlage),
- spezifische Merkmale der *Eltern* (sehr jung, Beeinträchtigung durch psychische Erkrankung, Sucht, Intelligenzminderung, Kriminalität, eigene Erfahrungen von Misshandlung, Vernachlässigung oder wiederholten Beziehungsabbrüchen, früh einsetzende Regelverletzungen in der Lebensgeschichte oder ausgeprägtes sexuelles Risikoverhalten),
- spezifische Verläufe von Schwangerschaft und Geburt bzw Merkmale des *Kindes* (kaum Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Frühgeburt, deutlich erhöhte Anforderungen aufgrund chronischer Krankheit, Behinderung oder Verhaltensstörung),
- spezifische Merkmale der *Eltern-/Kind-Beziehung* (Hinweise auf elterliche Ablehnung oder Desinteresse gegenüber dem Kind, erschwerter Beziehungsaufbau durch Trennungen).

3. Vom abstrakten „Risikofaktor“ über die gemeinsame Beurteilung der Lebenssituation zum individuell passgenauen Unterstützungsangebot

Da die Herangehensweise und die Zugänge zu den Eltern je nach professionellem Kontext verschieden sind, erweist sich eine fallübergreifende, interdisziplinäre Selbstvergewisserung der Akteure untereinander, worum es ihnen gemeinsam in der Sache geht, als hilfreich. Erfolgsfaktoren sind darüber hinaus die Vorabverständigung über Begriffsinhalte („gemeinsame Sprache“) und beobachtbare Faktoren, ein methodisches Vorgehen, das dem eigenen professionellen Auftrag Rechnung trägt, ebenso wie die bewusste und transparente Ausgestaltung der „Nahtstellen“ zwischen den Helfersystemen, die Kenntnis der jeweiligen Ansprechpartnerinnen und -partner zur Sicherung guter Übergänge und die ständige bedarfsgerechte Weiterentwicklung der eigenen Hilfeangebote.

Die Wahrnehmung der Anlässe für ein näheres Hinschauen erfolgt nach Möglichkeit strukturiert. Eine wertschätzende, an den Ressourcen der jeweiligen Familie orientierte Grundhaltung der helfenden Akteure, die den Unterstützungsaspekt als Leitmotiv des Handelns betont, ist unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen Früher Hilfen. Sie erst ermöglicht den Aufbau einer belastbaren Hilfebeziehung, die vom Partizipationsgedanken, von Transparenz und Selbstbestimmtheit getragen ist.

Zunächst allgemein festgestellte „Risikofaktoren“ sind ihrerseits lediglich Ausgangspunkt für die notwendige qualifizierte Beurteilung der tatsächlichen Lebenssituation der jeweiligen Familie. Dies erfordert Transparenz in der Kommunikation mit den Eltern und deren Wissen um Vorgehensweise und Ziel der professionellen Helfer/innen. Sie kann daher erfolgreich nur gemeinsam mit den Eltern in einem partizipativen Prozess erfolgen.

Werden so gesteigerte Bedarfslagen erkannt, entwickeln die Professionellen mit den Familien passgenaue Unterstützungsangebote. Sie nutzen hierzu ihr verfügbares eigenes Hilfespektrum und werben ggf bei den Eltern für die Inanspruchnahme weitergehender Angebote anderer Akteure.

V. Anforderungen an die Organisation des Systems Frühe Hilfen

1. Institutionalisierte Koordination

Die Notwendigkeit der engen Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Schwangerschaftsberatung und den anderen Akteuren Früher Hilfen erfordert Kenntnis der Aufgaben der jeweils anderen und Klarheit über die Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Hilfen. Auch die fachlich gebotene Weiterentwicklung von Kindertageseinrichtungen zu Kinder- und Familienzentren, die unter ihrem Dach vielfältige Angebote für Kinder und deren Familien vereinen, verfolgt dieses Ziel; sie macht Kindertageseinrichtungen zu Knotenpunkten im kommunalen Jugend- und Gesundheitshilfesystem.

Um diese gegenseitige Kenntnis bei allen beteiligten Akteuren herzustellen, erscheinen institutionalisierte Kooperationsstrukturen unerlässlich. Arbeitskreise bzw lokale Netzwerke zum fallübergreifenden Austausch über die Strukturen und Absprachen über das Vorgehen und die Abläufe sind unverzichtbare Bausteine. Als konzeptionelles Merkmal erfolgreicher Konzepte Früher Hilfen hat sich auch die Schaffung von Koordinationsstellen mit für alle Beteiligten bekannten Gesichtern herausgestellt („one face to the customer“), die an den vielfältigen Schnittstellen zusammenführen, vermitteln und beim Koordinieren helfen.

2. Jugendhilfeplanung: Weiterentwicklung der Hilfestrategien und Angebotspalette

Die Phase der Schwangerschaft und der frühen Kindheit bedarf, wie jede Phase in der Entwicklung eines Kindes, besonderer Angebote und Hilfestrategien. Dies erfordert eine Berücksichtigung in der Jugendhilfeplanung (§ 80 SGB VIII) sowie der abgestimmten Konzeption der koordinierten Hilfen aller beteiligten Systeme.

Zu beachten sind dabei insbesondere

- die sozio-strukturellen Rahmenbedingungen in den jeweiligen Sozialräumen,
- systematisiert ausgewertete Erfahrungen und Erkenntnisse (Berichtswesen) der verschiedenen Unterstützungssysteme (zB Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Arbeitsverwaltung),
- die spezifischen Bedarfslagen in Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren des Kindes,
- die besonderen Bedingungen der engen Kooperation, insbesondere mit Gynäkologie, Pädiatrie, Hebammen und Schwangerschaftsberatung.

VI. Was kann Kinder- und Jugendhilfe bei Früher Hilfe leisten? Was erwartet sie von anderen?

1. Das Jugendamt als zentraler Akteur bei der Gewährung von Früher Hilfen

Die Bereitstellung von Hilfen und die aktive Unterstützung von Eltern, Kindern und Jugendlichen ist zentrale Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Sie muss gerade auch beim Aufbau und der Ausgestaltung eines Systems Früher Hilfen im Mittelpunkt der Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe stehen. Erforderlich sind hierfür aber klare ge-

gesetzliche Regelungen und Verantwortungszuweisungen für die verschiedenen Leistungsbereiche, die neben der Jugendhilfe bei Frühen Hilfen eine wichtige Rolle spielen. Dies sind insbesondere die gesetzliche und private Krankenversicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst und das Gesundheitswesen außerhalb der öffentlichen Verwaltung. Erforderlich ist eine sinnvolle Verzahnung dieser und weiterer beteiligter Systeme durch gesetzliche Bestimmungen mit klar umrissenen Kompetenzen und Pflichtaufgaben.

2. Leistungen im SGB VIII

Frühe Hilfen sind eine Querschnittsaufgabe. In der Schwangerschaft bis zum Alter von drei Jahren des Kindes können je nach individuellem Hilfebedarf Angebote aus dem gesamten Leistungsspektrum relevant werden. Handlungsbedarf ergibt sich vor allen Dingen bei der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII) und bei den Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff SGB VIII).

a) Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII)

Ein Ansatzpunkt ist § 16 SGB VIII, die Leistung der „allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie“. Die sachlichen Leistungsvoraussetzungen sind sehr weit gefasst, sodass auch einzelne typische Bedarfslagen Früher Hilfen erfasst sind.

Die Vorschrift richtet sich als objektiv-rechtliche Bestimmung in erster Linie an das Jugendamt, räumt also den Leistungsberechtigten keinen einklagbaren Rechtsanspruch ein. Dies ist insofern problematisch, als damit die Zurverfügungstellung Früher Hilfen letztlich und tatsächlich einem Finanzierungsvorbehalt unterliegt. Aus fachlicher Sicht besteht Einigkeit, dass alle werdenden Eltern in den Genuss Früher Hilfen kommen können sollten. Werdende Mütter und Väter sollten daher nicht nur teilweise, sondern insgesamt Leistungsberechtigte des § 16 SGB VIII sein.

Damit ist der Gesetzgeber aufgerufen, nachzubessern: Zum einen sollte die Verbindlichkeit der Leistungsverpflichtung erhöht werden, zum anderen der persönliche Anwendungsbereich explizit auf werdende Eltern erweitert werden. Für die Bedarfslagen in der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren des Kindes sollten in § 16 SGB VIII ergänzend individuelle, niedrighschwellige Leistungen zur Förderung und Unterstützung der Erziehung vorgesehen werden.

b) Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff SGB VIII)

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Gewährung Früher Hilfen kann sich aus den §§ 27 ff SGB VIII ergeben. In Betracht kommt dies insbesondere dann, wenn es sich um intensivere, spezifische, individuelle Hilfen wie zB Trainings- oder Beratungs- und Therapieangebote handelt, die den gesetzlichen Vorgaben des § 27 Abs. 2, 3 SGB VIII oder der Sozialpädagogischen Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII entsprechen und die zudem ihrer Intensität nach den Rahmen der allgemeinen Förderung, Unterstützung, Entlastung, Bildung oder Beratung des § 16 SGB VIII übersteigen.

Hierbei sind Möglichkeiten eines nahtlosen Übergangs von dem einen zum anderen Hilfekanon vorzusehen, um möglichst eine (auch personelle) Betreuungskontinuität zu erhalten. Die gesetzlichen Möglichkeiten hierzu bestehen im Rahmen der Einzelfallentscheidung nach § 27 Abs. 2 SGB VIII. Die Hilfeplanung sollte entsprechend flexibel gestaltet werden. Dies gilt im Übrigen auch im Verhältnis von Hilfe zur Erziehung zu den angrenzenden Bestimmungen des § 19, § 35a und § 41 SGB VIII. Das Angebotspektrum ist ggf an entstehende Bedarfslagen anzupassen und/oder zu erweitern; zu häufig scheidet in der Praxis eine bedarfsgerechte Hilfe an einer falsch verstandenen Verwaltungslogik.

3. Leistungen anderer

Außerhalb des SGB VIII bestehen mehrere Finanzierungsmöglichkeiten, die sich auf andere Akteure als das Jugendamt beziehen: von den Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, über die Ärzt/inn/e/n und Hebammen und den öffentlichen Gesundheitsdienst bis hin zu den Frühförderstellen. Die Finanzierungsverfahren sind hier im Einzelnen durchaus kompliziert, weshalb darauf im Folgenden nur cursorisch eingegangen werden soll.

Allerdings ist ein Punkt hervorzuheben: Die Sozialleistungsträger, die mit jungen und werdenden Eltern in Kontakt kommen wollen, müssen – wie die Jugendhilfe – Anstrengungen unternehmen, psychosoziale und beratende Dienstleistungen zu stärken, auch und insbesondere in finanzieller Hinsicht.

a) Schwangerschafts(konflikt)beratung

Einen sehr umfassenden Anspruch, der Frühe Hilfen teilweise tragen kann, gewährt das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). Es umfasst insbesondere mit dem Merkmal „Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte“ (§ 2 Abs. 2 Nr 7 SchKG) eine durchaus weitreichende Leistungspflicht, und zwar zugunsten von werdenden Eltern. Darüber hinaus enthält es eine Nachbetreuungspflicht für eine unbestimmte Zeit nach der Geburt des Kindes. Diese Möglichkeiten sollten im System Früher Hilfen offensiv genutzt werden.

Die Sicherstellung dieser Hilfeangebote obliegt den Ländern (§ 3 SchKG). Diese sind bundesrechtlich ausdrücklich in die Pflicht genommen, dafür Sorge zu tragen, dass den Beratungsstellen für je 40.000 Einwohner mindestens ein/e Berater/in in Vollzeit bzw eine entsprechende Zahl an Teilzeitbeschäftigten zur Verfügung steht (§ 4 Abs. 1 S. 1 SchKG).

b) Krankenversicherung

Neben der öffentlichen Jugendhilfe sind die Krankenversicherungen Hauptakteure für die Gewährung Früher Hilfen – oder müssen es werden. Ausgehend vom Gesundheitsbegriff der WHO – Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebre-

chen“ – ist beim Fokus Früher Hilfen eine originäre Verantwortlichkeit des Gesundheitswesens zu bejahen. Die bestehenden psychosozialen Konfliktlagen sind jedenfalls auch als Bestandteil medizinischer Fragestellungen zu verstehen. Zudem kommen die Akteure des Gesundheitswesens häufig sogar am dichtesten mit dem bestehenden Bedarf in Kontakt. Grundsätzlich müssen hier die Kassen, die kassenärztlichen Vereinigungen und der Gemeinsame Bundesausschuss ihrer Verantwortung für das Kindeswohl gerecht werden und die Abrechnungsmöglichkeiten für beratende Medizin verbessern sowie die Präventionsangebote im Rahmen des § 20 SGB V deutlich verbessern.

– Ärztinnen und Ärzte

Die Ärzt/inn/e/n rechnen ihre Leistungen nach den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ab. Die Zeiten, die insbesondere den Kinder- und Frauenärzt/inn/en für psychosoziale Beratung der Patient/inn/en abrechenbar zur Verfügung stehen, sind durchgängig zu knapp bemessen. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, für eine bessere Honorierung dieser für Frühe Hilfen existenziellen Tätigkeiten der Ärzte zu sorgen. Falls dies nicht gelingt, wird die Politik entsprechenden Druck ausüben müssen.

– Hebammen und Familienhebammen

Ähnliches gilt für die selbstständigen Hebammen, die ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen nach § 134a SGB V und der Hebammenvergütungsvereinbarung abrechnen. Auch hier sind die für psychosoziale Beratung vorgesehenen Zeiten zu gering und die Abrechnungsmöglichkeiten zu restriktiv, um die bestehenden Zugänge für Frühe Hilfen ausreichend nutzen zu können.

Schließlich ist die Tätigkeit der Familienhebamme nachhaltig zu stärken. So besteht bereits jetzt die Möglichkeit seitens der Krankenkassen, im Rahmen von Präventionsleistungen über § 20 SGB V den Zeitrahmen für (Familien-)Hebammentätigkeit zu verlängern. Zu häufig haben diese sich hier unter Verweis auf andere Finanzierungsmöglichkeiten – zT über § 16 SGB VIII, zT über die Regelungen der öffentlichen Gesundheitsdienste – in der Vergangenheit zurückgehalten. Mittelfristig wäre darüber hinaus an eine Aufnahme der Familienhebammentätigkeit als Regelleistung in den Leistungskatalog des SGB V zu denken. Dafür scheint es insgesamt notwendig, das Berufsbild durch Definition fachlicher Anforderungen an die Qualifikation und Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu entwickeln und möglicherweise auch dies gesetzgeberisch zu fixieren.

c) Öffentlicher Gesundheitsdienst

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst sind für die Zielgruppe der Schwangeren, der Eltern und Kinder verschiedene gesetzliche Aufgaben im Bereich der Prävention zugewiesen, allerdings ohne dass den Bürger/inne/n entsprechende Leistungsansprüche zustünden. Die Integration seiner Präventionsangebote in die Frühen Hilfen hängt daher derzeit davon ab, inwiefern die Kommune vor Ort Frühe Hilfe und Kinderschutz auf ihre Fahnen schreibt. Da der öffentliche Gesundheitsdienst jedoch

wichtiger Ansprechpartner für die Akteure der Gesundheitshilfe ist und insofern für das Gelingen Früher Hilfen entscheidende Brückenfunktionen mit übernehmen kann, sind die Landesgesetzgeber aufgefordert, die Leistungsangebote mit größerer Verbindlichkeit festzuschreiben.

d) Frühförderung

Soweit es um drohende oder bestehende Behinderungen von Kleinkindern geht, werden im Rahmen der Frühförderung nach § 30 Abs. 2 SGB IX Leistungen gewährt, die dem Umfeld der Frühen Hilfen zuzuordnen sind. Diese relevante Teilmenge – (drohende) Behinderung als besondere Herausforderung für die Pflege und Erziehung – wird also erfasst, andere Risikofaktoren hingegen nicht.

Dessen ungeachtet sind jedoch sowohl die Frühförderstellen als auch die Sozialpädagogischen Zentren bedeutende Partner im Rahmen Früher Hilfen – haben sie doch nicht nur ein weitreichendes Leistungsrepertoire an Fördermöglichkeiten, sondern können auch wichtige Brückenfunktionen zur Herstellung und Erhalt von Hilfezugängen zwischen Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfe übernehmen. Die Nutzung ihrer Angebote und Strukturen sollte daher deutlich intensiviert werden.

4. Vernetzungsarbeit und ihre Finanzierung

Von besonderer Bedeutung wird dabei die sowohl einzelfallbezogene als auch fallübergreifende Kooperationsbereitschaft aller beteiligten Stellen sein. Diese Arbeit muss aber auch ermöglicht werden, was eine Berücksichtigung bei der Bereitstellung von Arbeitszeitkontingenten und damit auch eine entsprechende Bezahlung bedeutet, für die selbstständig tätigen Akteure aus der Gesundheitshilfe ebenso wie für Träger der freien Jugendhilfe oder Mitarbeiter/innen des öffentlichen Gesundheitsdiensts oder der öffentlichen Jugendhilfe.

Im Zentrum werden bei Frühen Hilfen letztlich Kommunen stehen. Deren Koordinierungsfunktion wie auch Koordinierungskompetenz ist daher dringend gefragt. Dies wird außerhalb der Ballungsräume sehr häufig die Ebene der Landkreise sein, da in ihnen wesentliche Kompetenzen des öffentlichen Gesundheitsdiensts und regelmäßig auch der öffentlichen Jugendhilfe bereits gemeinsam angesiedelt sind. Eine Koordinierung der entsprechenden Funktionen mit bspw. den niedergelassenen Ärzt/inn/en und Krankenhäusern ist daher auf dieser Ebene gut leistbar. Schwieriger ist – unabhängig von der handelnden kommunalen Ebene – die Kooperation mit der Krankenversicherung, die regelmäßig mindestens landeszentral, immer häufiger auch bundeszentral organisiert ist. Hier ist der Gesetzgeber in besonderer Weise gefordert, Kooperationspflichten ganz konkret in das SGB V einzubauen, damit entsprechende Aufgaben von den Krankenversicherungen finanziert werden und damit vor Ort auch verlässlich entstehen können.

Die Stellungnahme der Ständigen Fachkonferenz (SFK) 1 des DIJuF wurde erarbeitet von:

Prof. Dr. Dr. h. c. *Reinhard Wiesner*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Vorsitz);

Sven Borsche, Aktuelles Forum NRW eV;

Myriam Feldhaus, Stadtjugendamt Heidelberg;

Jörg Freese, Deutscher Landkreistag Berlin;

Christian Grube, Vorsitzender Richter am Verwaltungsgericht Hamburg;

Dr. Siegfried Haller, Stadtjugendamt Leipzig;

Prof. Dr. *Knut Hinrichs*, HAW Hamburg;

Prof. Dr. *Matthias Jestaedt*, Universität Erlangen-Nürnberg;

Stefanie Krüger, Stadtjugendamt München;

Prof. Dr. *Christine Langenfeld*, Universität Göttingen;

Dr. Thomas Meysen, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) eV;

Thomas Mörsberger, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) eV;

Prof. Dr. *Johannes Mündler*, TU Berlin;

Sibylle Nonninger, Landesjugendamt Rheinland-Pfalz;

Eva Reichert-Garschhammer, Institut für Frühpädagogik München;

Ulla Schrödl, Kreisjugendamt Rhein-Sieg-Kreis;

Axel Stähr, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport Berlin;

Norbert Struck, Paritätischer Wohlfahrtsverband;

Uta von Pirani, Bezirksjugendamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin.