

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

14

FORSCHUNGSBERICHT

Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland

Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen
im Rahmen der Dokumentation und Evaluation
der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013–2017)

ZITIERWEISE:

Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher / Peterle, Christopher (2022):
Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland. Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen
im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013–2017).
Forschungsbericht. Materialien zu Frühen Hilfen 14. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum
Frühe Hilfen (NZFH). Köln
<https://doi.org/10.17623/NZFH:MFH-EFHD-KB>

FORSCHUNGSBERICHT

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN 14

Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland

Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen
im Rahmen der Dokumentation und Evaluation
der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013–2017)

Alexandra Sann, Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst, Christopher Peterle

INHALT

1	Einleitung	6
2	Übersicht über die zentralen Ergebnisse	9
3	Konzept und methodisches Design der Studie	17
3.1	Konzeptionelle Rahmung, Ziele, Feldbeschreibung	18
3.2	Instrumentenentwicklung	20
3.3	Themenschwerpunkte der Befragungen	22
3.3.1	Inhalte des Fragebogens der ersten Erhebungswelle 2013	22
3.3.2	Inhalte des Fragebogens der zweiten Erhebungswelle 2014	24
3.3.3	Inhalte des Fragebogens der dritten Erhebungswelle 2015	25
3.3.4	Inhalte des Fragebogens der vierten Erhebungswelle 2018 mit Daten zu 2017	26
3.4	Untersuchungseinheiten	27
3.5	Durchführung der Befragung	28
3.6	Ausschöpfungsraten	30
3.7	Datenbereinigung und Datenauswertung	31
4	Allgemeine fachliche Entwicklungen	34
4.1	Verständnis von Frühen Hilfen	35
4.2	Entwicklung von Angeboten zur psychosozialen Unterstützung von Familien	39
4.3	Angebote für spezifische Zielgruppen	42
4.3.1	Familien mit Migrations-/Fluchthintergrund	43
4.3.2	Eltern mit psychischer Erkrankung	46
4.3.3	Väter	46
4.3.4	Resümee zu Angeboten für spezifische Zielgruppen	47
4.4	Finanzierungsgrundlagen	47
5	Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung	51
5.1	Steuerungsgruppen für Frühe Hilfen	52
5.2	Planungsverfahren	53
5.3	Entwicklungsziele im Bereich Planung und Steuerung	53
5.4	Qualitätsentwicklung	54
6	Netzwerke Frühe Hilfen	57
6.1	Netzwerkconfiguration	58
6.1.1	Ausgestaltung der Netzwerke	58
6.1.2	Koordination der Netzwerke	60
6.1.3	Personalstatistik der Netzwerkkoordinierenden	62
6.1.4	Arbeitsformen und Qualitätsentwicklung	65

6.2 Multiprofessionelle Kooperation	66
6.2.1 Akteure der Kinder- und Jugendhilfe	67
6.2.2 Akteure des Gesundheitswesens	71
6.2.3 Sonstige Akteure	79
6.2.4 Resümee zum systemübergreifenden Einbezug von unterschiedlichen Akteuren in die Netzwerke Frühe Hilfen	84
6.2.5 Maßnahmen zur Intensivierung der Einbindung des Gesundheitswesens	85
7 Vermittlungsstrukturen	86
7.1 Willkommensbesuche	87
7.2 Lotsendienste	89
7.3 Kontakt- und Vermittlungsstellen	93
8 Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen	96
8.1. Formen des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften	97
8.1.1 Einsatzmodelle	97
8.1.2 Koordinierung der Gesundheitsfachkräfte	101
8.1.3 Einsatzprofile von Gesundheitsfachkräften	102
8.1.4 Qualitätsentwicklung	103
8.2 Entwicklungsbedarf beim Einsatz von Gesundheitsfachkräften	105
8.3 Erhebung von Fallzahlen in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung	109
9 Zivilgesellschaftliches Engagement	112
9.1 Verbreitung von Projekten mit Ehrenamtlichen	113
9.2 Qualitätsmerkmale in Ehrenamtsprojekten	114
9.3 Stellenwert und Zukunftsperspektive der Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen	116
9.4 Resümee zum zivilgesellschaftlichen Engagement	116
10 Ausgestaltung der Schnittstellen zum intervenierenden Kinderschutz	118
11 Gesamtbewertung der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Entwicklungsziele	124
12 Endnoten	128
13 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	130
14 Literatur	134

1

Einleitung

Das sozialpolitische Programm »Frühe Hilfen« wird seit nunmehr 13 Jahren vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) und gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), wissenschaftlich begleitet, dokumentiert und evaluiert. Beginnend mit der »Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern« (Helming u. a. 2007) über die Bestandsaufnahmen Frühe Hilfen, Teiluntersuchungen I bis III, (Sann 2010, 2012; NZFH 2011; Gran u. a. 2012; Sann/Küster 2013) bis hin zur Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) (vergleiche NZFH 2014a, 2016; Pabst u. a. 2021) lieferten wiederholte, systematische sowie im Kern standardisierte Befragungen des NZFH, die im Deutschen Jugendinstitut durchgeführt wurden, wichtige Erkenntnisse über die Etablierung von Frühen Hilfen im Spektrum der sozialstaatlichen Leistungen und Angebote, insbesondere für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belasteten Lebenslagen in Deutschland.

Der vorliegende Forschungsbericht fasst Fragestellungen und Befunde der vier Erhebungswellen zusammen, die im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen durchgeführt wurden. Er liefert wertvolle Einblicke in die aktuelle kommunale Fachpraxis im Bereich Frühe Hilfen und zeigt, welche spezifischen und auch darüber hinausreichenden fachlichen Impulse durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen gesetzt wurden. Die Untersuchungen konnten sowohl aufgrund von Mitwirkungsverpflichtungen als auch aufgrund des überdurchschnittlich hohen Engagements der Beteiligten als Vollerhebungen mit hoher Datenqualität umgesetzt werden. Die auf diese Weise mögliche umfassende und genaue Berichterstattung ist sonst nur im Rahmen von amtlich erhobenen Statistiken realisierbar. Wir möchten uns an dieser Stelle für die

jahrelange Unterstützung bedanken, die wir in den befragten Kommunen und den Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen erfahren haben.

Frühe Hilfen sind aus verschiedenen Gründen bislang (noch) kein Themengebiet der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik: Zum einen ist das Handlungsfeld noch relativ jung und nach wie vor in einem dynamischen Entwicklungsprozess befindlich, zum anderen fehlen an vielen Stellen definitorische Ein- und Abgrenzungen (zum Beispiel zu den ambulanten erzieherischen Hilfen), was die Vergleichbarkeit des Leistungsspektrums und damit dessen valide Erfassung einschränkt. Zu diesen Besonderheiten kommen sehr unterschiedliche Ausgangslagen in Ländern und Kommunen, die es angemessen abzubilden gilt. Zusammengenommen ergibt sich eine ausgeprägte Heterogenität des Feldes, was eine valide standardisierte Erfassung und statistische Analyse vor große methodische Herausforderungen stellt. Ursächlich dafür ist unter anderem die paradigmatische Positionierung von Frühen Hilfen im »Dazwischen« von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen (plus weiterer Sozialleistungssysteme wie Frühförderung, Schwangerschaftsberatung, Suchthilfe et cetera) sowie von früher Förderung und präventivem Kinderschutz. Frühe Hilfen reichen zudem sehr weit in verschiedene Ressorts, Disziplinen und Professionen hinein, was sich in einer vielfältigen Zusammensetzung der in die multiprofessionelle Zusammenarbeit einbezogenen Akteure und Institutionen widerspiegelt. Frühe Hilfen tangieren dabei auch ganz unterschiedliche professionelle und institutionelle Logiken, was die Verständigung über den Gegenstand der gemeinsamen Bemühungen und letztlich auch dessen statistischer Erfassung erschwert. Die kommunalen Akteure, die den Frühen Hilfen vor Ort ein Profil geben, müssen sich mit unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen auseinandersetzen, können sich selbst jedoch nur auf eine vergleichsweise schwache gesetzliche Verankerung der Frühen Hilfen berufen (Leistungen der Frühen Hilfen sind nur im Paragraph 16 Sozialgesetz-

buch, Aches Buch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) niedergelegt, Kooperationsverpflichtungen der Akteure der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Schwangerschaftsberatung im Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG)/Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), jedoch nicht in anderen Sozialgesetzbüchern; ein Finanzierungssockel des Bundes findet sich ebenfalls im KKG).

Dies fällt besonders ins Gewicht, da das Programm der Frühen Hilfen vor allem zum Ziel hat, Brücken zu schlagen zwischen den ausdifferenzierten, aber auch versäulten Sozialleistungssystemen in Deutschland. An den Schnittstellen und Überschneidungsflächen wird weiterhin intensiv »Grenzarbeit« (vergleiche Volk u. a. 2020; Rettig u. a. 2017) geleistet, um das je Eigene, aber auch das Verbindende im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung von Kindern und Familien herauszuarbeiten – ein Aushandlungsprozess, der konstituierend für die Etablierung der Frühen Hilfen und mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht so bald abzuschließen ist. Es gilt also weiter abzuwarten, bis sich verbindliche Strukturen und fachliche Profile herausgebildet und gefestigt haben, die dann Gegenstand einer amtlichen Statistik werden könnten. Dies sollte aber in jedem Fall angestrebt werden, um langfristige Entwicklungen sicher abbilden zu können und nicht dauerhaft auf aufwendige und meist nur punktuell mögliche Felderhebungen angewiesen zu bleiben.

Dennoch benötigten Politik und Verwaltung auf allen föderalen Ebenen sowie die Fachkräfte vor Ort schon jetzt und in Zukunft belastbare Informationen zum Ausbaustand sowie zu den fachlichen Herausforderungen bei der Umsetzung und Weiterentwicklung der Frühen Hilfen, um die Strukturen und Angebote zur Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern an gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen anpassen und bei Bedarf nachjustieren zu können.

Das NZFH arbeitete daher in der zurückliegenden Förderphase an der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verfeinerung der bestehenden Erhebungsinstrumente und -verfahren sowie an einer Systematik zur kontinuierlichen, umfassenden, indikatorengestützten Berichterstattung. Grundlage hierfür ist ein Logisches Modell Frühe Hilfen, das

zusammen mit dem Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) und der Technischen Universität (TU) Dortmund erarbeitet wurde (vergleiche Sann u. a. in Vorbereitung).

Ziel der hier berichteten Kommunalbefragungen war es, ein möglichst schlankes Instrumentarium zur Verfügung zu stellen, das einerseits den Personen, die die Befragungen bearbeiten, nicht zu viel Aufwand abverlangt, andererseits aber Daten von hoher Qualität und Validität generiert. Diese sollen eine Selbstreflexion des Feldes ermöglichen und fördern, aber auch eine empirische Grundlage zur Bewertung der Zielerreichung von darauf bezogenen sozialpolitischen Aktivitäten bereitstellen.

Die Daten und Analysen aus den NZFH-Kommunalbefragungen sind in die Berichterstattung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (vergleiche NZFH 2014a, NZFH 2016) und in die wissenschaftlichen Grundlagen zur Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (vergleiche Mühlmann u. a. 2015) eingegangen. Die Kommunalbefragungen werden 2021 im Rahmen des Monitorings zur Bundesstiftung Frühe Hilfen weitergeführt.

2

Übersicht über die zentralen Ergebnisse

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) als Modellphase sollte für Bund und Länder übergreifende Erkenntnisse zur allgemeinen Zielerreichung sowie zur spezifischen Umsetzung ihrer Fördergegenstände erbringen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sollten auch mit Blick auf die Notwendigkeit der weiteren Ausgestaltung gesetzgeberischer Regelungen und die Überprüfung von bestehenden Gesetzen unter besonderer Berücksichtigung der Verschränkung von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen ausgewertet werden. Auch die Ausgestaltung der dauerhaften Fondslösung sollte auf der Grundlage dieser Erkenntnisse erfolgen (siehe Präambel der Verwaltungsvereinbarung (VV) zur BIFH). Die zentralen Ergebnisse der Kommunalbefragungen werden daher im Folgenden entlang der Haupteckdateninteressen der BIFH dargestellt. Die Analysen beziehen sich auf alle Kommunen, die von der BIFH gefördert und entsprechend in die Befragungen einbezogen wurden.

Erkenntnisinteresse 1: Strukturelle Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Ausstattung von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen und des systematischen Einbezugs des Gesundheitswesens

Gefördert werden der Aus- und Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen, die den Voraussetzungen der VV BIFH entsprechen (siehe Artikel 2, Absatz 3 VV BIFH).

Ressortübergreifender Einbezug relevanter Akteure in Netzwerke Frühe Hilfen

Zum 30. Juni 2013 hatten bereits 93,7 Prozent (509 von 543) der befragten Kommunen in ihrem Jugendamtsbezirk eine Netzwerkstruktur Frühe Hilfen installiert. Dieser Anteil stieg bis zum 31. Juni 2015 auf 98,4 Prozent an und umfasste zum 31. Dezember 2017 mit 99,5 Prozent (556 von 559) nahezu alle befragten Kommunen. 79,8 Prozent der erfassten Kommunen hatten Ende 2017 genau ein Netzwerk und 19,7 Prozent mehrere Netzwerke eingerichtet – letztere vor allem in Kommunen mit einer Einwohnerzahl von über 250.000. Zum 31. Dezember 2017 gab es insgesamt 903 Netzwerke Frühe

Hilfen in Deutschland und damit etwas weniger als noch zweieinhalb Jahre zuvor (2015: 927).

Die Einbeziehung von Akteuren aus unterschiedlichen Handlungsfeldern in die Netzwerke Frühe Hilfen unterschied sich stark je nach Leistungsbereich, Fachrichtung und Dienst (siehe Kapitel 6.2). Sie war insbesondere davon abhängig, ob es eine gesetzliche Verpflichtung zur Kooperation gab (wie für die Akteure aus der Kinder- und Jugendhilfe und die Schwangerschaftsberatungsstellen sowie in einigen Bundesländern die Gesundheitsämter) und ob Kooperationsaktivitäten finanziell gefördert wurden (wie zum Beispiel bei den Familienhebammen). Beide Faktoren führten zu einer häufigeren Einbindung des jeweiligen Akteurs in die Netzwerkstruktur. Die für Frühe Hilfen wichtigsten – und auch in den Fördervoraussetzungen geforderten – Kooperationspartner waren flächendeckend in den Netzwerken Frühe Hilfen präsent und dort in die fallübergreifende Kooperation eingebunden (2017; nur Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen): Schwangerschaftsberatungsstellen (95,7 Prozent), Erziehungs-/Ehe-/Familien- und Lebensberatungsstellen (92,8 Prozent), Frühförderstellen (86,5 Prozent), Gesundheitsämter (86,3 Prozent) sowie der Allgemeine Soziale Dienst (85 Prozent). Bei 40 von 41 insgesamt erhobenen Akteursgruppen war zwischen 2013 und 2015 ein leichter Anstieg bei der Einbindung in Netzwerke Frühe Hilfen zu verzeichnen. Bei 23 Netzwerkpartnern (vorwiegend aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe) setzte sich dieser Anstieg auch zwischen 2015 und 2017 fort. Die Einbindung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen zeigte sich jedoch seit 2015 häufig stagnierend oder gar rückläufig und bleibt damit in den meisten Kommunen weiterhin ein wichtiges Entwicklungsziel (siehe unten).

Einsatz von fachlich qualifizierten Netzwerkkoordinierenden

Zum 31. Dezember 2017 gab es in 99,8 Prozent (555 von 556) der Kommunen mit mindestens einem Netzwerk Frühe Hilfen eine für die Vernetzung verantwortliche Koordinierungsstelle, die fast ausschließlich bei den örtlichen Jugendämtern angesiedelt war (94,6 Prozent der 556 Kommunen mit

einem Netzwerk Frühe Hilfen). Vor dem 1. Januar 2012 gab es bundesweit nur in 256 Kommunen Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen. Dieses fachliche Entwicklungsziel der BIFH kann also als vollständig erfüllt angesehen werden. Der Erhalt und die weitere fachliche Profilierung sowie Qualifizierung der Netzwerkkoordination stellen nun vorrangige Aufgaben dar.

Die Koordinierungsstellen waren überwiegend mit beruflich erfahrenen und gut ausgebildeten Fachkräften besetzt (Personalstatistik von 2014, siehe Kapitel 6.1.3): Zum 31. Dezember 2017 waren in Deutschland in 539 Jugendamtsbezirken (mit gültiger Angabe) 976 Personen in der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen tätig (30. Juni 2014: 905 Personen in 529 Kommunen; 2013: 807 Personen in 507 Kommunen). Die Fachkräfte waren laut Personalstatistik 2014 meist weiblich (84 Prozent), 40 Jahre und älter (66,4 Prozent) und sozialpädagogisch qualifiziert (83,5 Prozent mit Abschluss Diplom-Sozialpädagogik (FH) oder Diplom-Pädagogik). Der Akademisierungsgrad erwies sich mit 92,7 Prozent im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe überdurchschnittlich hoch (zum Vergleich: Sozialpädagogische Familienhilfe 75,5 Prozent; ebenfalls Stand 2014). 85,7 Prozent der Fachkräfte waren vor Antritt ihrer Tätigkeit in der Koordinierungsstelle bereits in der Kinder- und Jugendhilfe tätig, zwei Drittel können auf eine über fünfjährige Berufserfahrung in diesem Bereich zurückblicken (Stand 30. Juni 2014).

Die Ausstattung der Koordinierungsstellen mit Personalressourcen war deutschlandweit unterschiedlich (siehe Kapitel 6.1.3). Insgesamt setzten die zu 2017 befragten Kommunen für diese Aufgabe 511,9 Vollzeitäquivalente (VZÄ, 40 Stunden/Woche) ein (N = 527 Kommunen mit gültiger Angabe). Die absoluten Zahlen der Personalausstattung sind somit seit 2013 (436,5 VZÄ, N = 494) bzw. 2014 (483,9 VZÄ, N = 520) merklich gestiegen. Knapp 37 Prozent der Koordinierungsstellen verfügten dabei jedoch nur über maximal 0,5 VZÄ, 34,9 Prozent setzten zwischen 0,5 und einem VZÄ für die Netzwerkkoordination ein. Lediglich in 22,7 Prozent der Jugendamtsbezirke lag die Personalausstattung über dem Umfang einer Vollzeitstelle. Auch bei der

Bewertung der Personalausstattung zeigte sich kein einheitliches Bild: Etwa 40 Prozent der befragten Kommunen schätzten den zur Verfügung stehenden Stundenumfang – seit 2014 unverändert – als zu gering und als ein (gravierendes) Problem ein, während 33,6 Prozent darin kaum oder keine Schwierigkeiten sahen.

Diese Werte beziehen sich auf die Personalausstattung allgemein und sind unabhängig davon, ob die Koordinierungsstellen mit Mitteln der BIFH gefördert wurden. Die Koordinierungsstellen wurden im bundesweiten Durchschnitt zu 42,7 Prozent aus Mitteln der BIFH finanziert, dabei wurden nur 19,5 Prozent der Koordinierungsstellen komplett aus Mitteln der BIFH finanziert (Daten zum Stichtag 30. Juni 2013, siehe Kapitel 6.1.2).

Entwicklung von Qualitätsstandards – auch zum Umgang mit Einzelfällen – und Vereinbarungen für eine verbindliche Zusammenarbeit im Netzwerk

Dokumente, in denen die Angebote und Maßnahmen in der Kommune für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern gesammelt und dargestellt werden, zeigen in der Regel den ersten Schritt im Zuge der Netzbildung an. Sie sind mittlerweile in über drei Viertel (2017: 77,3 Prozent) der Kommunen erarbeitet worden (2015: 75,7 Prozent; 2013: 65,7 Prozent¹). Konzeptionelle Grundsätze und Leitbilder wurden in 64,6 Prozent der Kommunen erstellt (2015: 62,9 Prozent; 2013: 46,5 Prozent). Weit weniger verbreitet waren dagegen stärker formalisierte Qualitätsstandards (2017: 39 Prozent) und Zielvereinbarungen (2017: 38,5 Prozent), die nur in gut einem Drittel der Kommunen vorzufinden waren. Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit im Einzelfall sind in diesem Kontext von besonderer Bedeutung, vor allem bezogen auf das Zusammenwirken verschiedener Akteure bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Sie wurden bis Ende 2017 in 63,5 Prozent der Kommunen abgeschlossen, obwohl sie ein zentrales Förderkriterium der BIFH darstellten (2015: 59,1 Prozent; 2013: 42,3 Prozent). Wenn solche Vereinbarungen getroffen wurden, waren dies mehrheitlich Regelungen zum Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (85,9 Prozent von

355 Kommunen, die Vereinbarungen ausgearbeitet haben; 2015: 84,5 Prozent). Verbreitet waren zudem Vereinbarungen zum Datenschutz (2017: 66,2 Prozent; 2015: 65,6 Prozent) und Regelungen zur Fallvermittlung bzw. -übergabe (2017: 62 Prozent; 2015: 61,4 Prozent).

Die Verbreitung von Dokumenten, die einen Verständigungsprozess über gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen unter den Netzwerkakteuren anzeigen, hat also zwischen Mitte 2013 und Ende 2017 merklich zugenommen, wobei der größte Zuwachs zwischen 2013 und 2015 zu verzeichnen war, danach flacht die Zuwachsrates stark ab (siehe Kapitel 6.1.4). Zudem ist der von den Kommunen eingeschätzte Entwicklungsbedarf im Förderbereich »Auf- und Ausbau und Weiterentwicklung von Netzwerken für Frühe Hilfen« deutlich zurückgegangen. Lediglich etwa ein Viertel (24,5 Prozent) der Kommunen sah Ende 2017 noch einen hohen oder sehr hohen Entwicklungsbedarf in diesem Bereich. 2015 traf dies noch auf gut ein Drittel (36,8 Prozent), 2013 auf knapp die Hälfte (49 Prozent) der Kommunen zu. Der Anteil der Kommunen, die keinen oder wenig Entwicklungsbedarf feststellen, ist im Laufe der BIFH von 12,1 Prozent (2013) über 21,8 Prozent (2015) auf 28,6 Prozent zum Stichtag 31. Dezember 2017 gestiegen.

Regelmäßige Festlegung von Zielen und Maßnahmen zur Zielerreichung auf der Grundlage der Jugendhilfeplanung nach Paragraph 80 SGB VIII sowie Überprüfung der Zielerreichung

Auch wenn schon 2013 immerhin 72,4 Prozent der befragten Kommunen (N = 543) eine regelmäßige Abstimmung mit der für die Jugendhilfeplanung zuständigen Stelle notierten, ist bei genauerem Hinsehen in diesem Bereich weiterhin ein großer Entwicklungsbedarf festzustellen: Nicht in allen Jugendamtsbezirken existierte zum jeweiligen Befragungszeitpunkt eine aktuell gültige und im Kommunalparlament beschlossene Jugendhilfeplanung – nur in 69,2 Prozent der zu 2017 befragten Kommunen war dies der Fall (2015: 65,4 Prozent). In 53,5 Prozent dieser Fälle wurden in der bestehenden Jugendhilfeplanung wiederum Ziele für Frühe Hilfen festgehalten, woraus sich ein Anteil von lediglich

37 Prozent aller Kommunen mit Zielsetzungen zum Bereich Frühe Hilfen innerhalb der Jugendhilfeplanung ergibt (2015: 33,7 Prozent). Darüber hinaus verfügten 29,3 Prozent der befragten Kommunen 2017 – und damit weniger als noch zweieinhalb Jahre zuvor (2015: 33,7 Prozent) – über eine eigene Planung für Frühe Hilfen. Da in einigen Kommunen beides vorkam und teils auch in der Sozialraumplanung (2017: 14,7 Prozent; 2015: 13 Prozent), Gesundheitsplanung (2017: 12,9 Prozent; 2015: 11,9 Prozent), Sozialplanung (2017: 11,3 Prozent; 2015: 10,1 Prozent) sowie in der Schul-/Bildungsplanung (2017: 5,7 Prozent; 2015: 5,8 Prozent) und weiteren Planungen die Angebote der Frühen Hilfen berücksichtigt wurden, lag der Anteil an Kommunen mit Planungen für Frühe Hilfen 2017 bundesweit bei insgesamt 67,3 Prozent (2015: 61,3 Prozent).

Erkenntnisinteresse 2: Einsatzmöglichkeiten, Anbindung und Funktion von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen

»Förderungsfähig sind der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen. Sie sollen dem vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) erarbeiteten Kompetenzprofil entsprechen oder in diesem Sinne qualifiziert und in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingegliedert werden« (Artikel 2, Absatz 4 VV BIFH).

Einsatz von qualifizierten Gesundheitsfachkräften

Der Einsatz von Familienhebammen (FamHeb) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (FGKiKP) war der zweite Förderschwerpunkt der BIFH. Diese Gesundheitsfachkräfte werden in den Frühen Hilfen vor allem in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (LaB) eingesetzt. Die Schwerpunktsetzung basierte auf der Erkenntnis aus dem Aktionsprogramm Frühe Hilfen (2006 bis 2010), dass die Unterstützung durch eine aufsuchende Gesundheitsfachkraft bei Eltern hoch akzeptiert ist und nicht als stigmatisierend erlebt wird (vergleiche Lange/Liebold 2013). Ziel der

BIFH war die bundesweite, möglichst bedarfsgerechte Versorgung mit diesem Angebot.

Die LaB wurde Ende 2017 in 90,2 Prozent der Kommunen angeboten (Stichtag 31. Dezember 2017). Seit 2012 (65,2 Prozent) stieg dieser Anteil stetig (2013: 81,2; 2015: 87,9 Prozent). In fast allen Kommunen (2017: 87,3 Prozent; 2015: 86,1 Prozent) waren bei diesem Angebot FamHeb und/oder FGKiKP im Einsatz. Zum 30. Juni 2013 gab es in lediglich 64,3 Prozent der Kommunen die LaB mit FamHeb und FGKiKP. Bis Mitte 2013 wurde allerdings bereits in 9,9 Prozent der geförderten Kommunen die LaB mit Mitteln der BIFH neu aufgebaut, in 29,7 Prozent quantitativ ausgebaut und in 27,1 Prozent qualitativ verbessert (Mehrfachantworten). Der Aufbau dieses spezifischen ergänzenden Versorgungselements Früher Hilfen konnte mit Mitteln der BIFH also erfolgreich vorangetrieben werden (siehe Kapitel 8.1.1).

Zum Stichtag 31. Dezember 2017 waren bundesweit 2.404 Gesundheitsfachkräfte in der LaB tätig und damit nochmals deutlich mehr als in den Jahren zuvor (2015: 2.149; 2013: 1.831). Unter den 2.149 zum 30. Juni 2015 in den Kommunen beschäftigten Gesundheitsfachkräften (eine differenzierte Personalstatistik wurde für 2017 nicht erhoben) waren 1.293 Hebammen mit Zusatzqualifikation FamHeb (2013: 1.035), 133 Hebammen (noch) ohne Zusatzqualifikation (30. Juni 2013: 319), 365 FGKiKP (2013: 136) und 286 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (GKiKP) (noch) ohne Zusatzqualifikation (2013: 182). Für 2013 liegen von 159 Personen keine weiteren Angaben vor. 424 der zu 2017 befragten Kommunen gaben zudem an, mit welchem Stellenumfang die eingesetzten Gesundheitsfachkräfte zum 31. Dezember 2017 tätig waren. Aufsummiert ergaben sich bundesweit 504,5 Vollzeitäquivalente (40 Stunden/Woche) und damit mehr als Mitte 2015 (470,6 VZÄ in 459 Kommunen) oder Mitte 2013 (411,6 VZÄ in 447 Kommunen). Die Befragung 2015 zeigte jedoch, dass zum damaligen Zeitpunkt 708 Fachkräfte auch in anderen Kommunen tätig waren. Dementsprechend können diese Personen mehrfach erfasst worden sein. 2013 und 2017 wurde dieses Merkmal nicht erhoben. Daher sind die Angaben korrekterweise auf Beschäf-

tigungsverhältnisse denn auf Personen zu beziehen. Die Angaben zu den Vollzeitäquivalenten sind davon nicht betroffen (siehe Kapitel 8.1.1).

Ob somit nun eine bedarfsgerechte Versorgung im Bundesgebiet möglich geworden ist, lässt sich aus den vorliegenden Daten nur schwer ableiten. Dazu müsste eine bundesweit einheitlich angestrebte Versorgungsquote festgesetzt werden. Die Befragten in den Kommunen gaben jedoch zu einem großen Teil an, dass mehr qualifiziertes Personal und mehr Mittel notwendig wären, um die lokalen Bedarfe abdecken zu können. Schon 2013 gaben 50,5 Prozent der Kommunen an, hier eine Unterversorgung zu sehen – bis Ende 2017 stieg dieser Anteil sogar auf 57,2 Prozent (2015: 53,2 Prozent). Zu vermuten ist hierbei, dass der Bedarf mit der Weiterentwicklung der Frühen Hilfen stärker anerkannt und sichtbar wurde.

Einbindung der Gesundheitsfachkräfte in ein Netzwerk mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen

Bei den für die Netzwerke Frühe Hilfen Verantwortlichen in den Kommunen erfahren FamHeb trotz anfänglicher Verständigungsprobleme eine hohe Wertschätzung. Dies zeigt sich auch in der mittlerweile fast flächendeckenden Einbindung dieser Gesundheitsfachkräfte in die fallübergreifende Netzwerkarbeit: Sie waren 2017 in 87,9 Prozent (n = 392) der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen vertreten (2015: 88 Prozent; 2013: 80,8 Prozent). Dies ist der höchste Wert von Akteuren aus dem Gesundheitswesen (siehe Kapitel 6.2.2). Auch bei der Beurteilung der Kooperationsqualität durch die für Frühe Hilfen in der Kommune Verantwortlichen lagen Familienhebammen mit einem Mittelwert von 1,5 an der Spitze aller Akteure in den Kommunen – wie bereits 2013 (1,6) und 2015 (1,5). Die Einbeziehung von FGKiKP wurde nicht gesondert erhoben.

Erkenntnisinteresse 3: Möglichkeiten und Grenzen des Einbezugs ehrenamtlichen Engagements im Kontext der Frühen Hilfen, zum Beispiel hinsichtlich der Übergänge von ehrenamtlichem Engagement und professionellem Handeln sowie der Qualitätsstandards für den Einsatz Ehrenamtlicher

Gefördert werden Ehrenamtsstrukturen und in diese Strukturen eingebundene Ehrenamtliche im Kontext Früher Hilfen, die in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingebunden sind, hauptamtliche Fachbegleitung erhalten sowie Familien alltagspraktisch begleiten und entlasten und zur Erweiterung sozialer familialer Netzwerke beitragen (vergleiche Artikel 2, Absatz 5 VV BIFH).

Für 2017 gaben 239 Kommunen (42,8 Prozent) an, Fördermittel der BIFH im Bereich Freiwilligenarbeit einzusetzen (2013: 40,3 Prozent). In diesem Bereich wurde jedoch (zumindest zu Beginn der BIFH) nur ein geringer Anteil der insgesamt zur Verfügung stehenden Bundesmittel allokiert (siehe NZFH 2014a). Unabhängig von der Frage, ob diese von der BIFH gefördert wurde, wurde in 66,3 Prozent der Kommunen eine Koordinierungsstelle für Ehrenamtsprojekte eingerichtet oder das damit verbundene Aufgabenspektrum an die Koordinierungsstelle des Netzwerks Frühe Hilfen übertragen (Stand: 30. Juni 2015). Inwieweit diese Koordinierungsstellen eine fachliche Begleitung des Einsatzes der Ehrenamtlichen in den Familien realisieren können, ist aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich, kann aber anhand ergänzender Daten zumindest teilweise erschlossen werden. So wurden die Kommunen, die Projekte mit Ehrenamtlichen aus Mitteln der BIFH förderten (2017: N = 239), danach gefragt, welche weiteren Qualitätsmerkmale die geförderten Projekte aufwiesen. Für 2017 gaben 92,5 Prozent der Befragten in diesen Kommunen an, dass die Ehrenamtlichen durch hauptamtliche Kräfte begleitet wurden (2015: 85 Prozent; 2013: 84 Prozent) und 87 Prozent berichteten, dass das Projekt in das lokale Netzwerk Frühe Hilfen eingebunden war (2015: 79,4 Prozent; 2013: 77,2 Prozent). Damit erfüllten die geförderten Projekte fast aller Kommunen inzwischen die Fördervoraussetzungen der BIFH (siehe Kapitel

9.2). Große Anstrengungen werden nach wie vor auch im Bereich der Qualifizierung und Schulung der Ehrenamtlichen unternommen: 87,4 Prozent der Kommunen mit über die BIFH geförderten Ehrenamtsprojekten gaben dies als weiteres Qualitätsmerkmal innerhalb ihres Jugendamtsbezirks an (2015: 80,4 Prozent; 2013: 80,8 Prozent). Ein deutlicher Zuwachs war darüber hinaus bei der Qualifizierung der Koordinierenden zu verzeichnen (2017: 63,6 Prozent; 2013: 42 Prozent). Alle genannten Maßnahmen waren direkt förderfähig. Entwicklungsbedarf gibt es weiterhin bezüglich des Abschlusses von Vereinbarungen zum Handeln bei Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung: Nur etwa die Hälfte der Kommunen (54,6 Prozent) berichteten 2017, dass solche Vereinbarungen mit den geförderten Projekten abgeschlossen wurden (2015: 49,9 Prozent).

Übergeordnetes Erkenntnisinteresse 1: Verbesserung der Situation von belasteten Eltern und Kindern

»Dabei soll untersucht werden, ob und wie mit diesen Maßnahmen eine Verbesserung der Situation von belasteten Eltern und ihren Kindern im Sinne der Ziele des KKG erreicht werden kann« (Artikel 1, Absatz 2 VV BIFH).

Zentrales Anliegen der BIFH war die möglichst früh- und rechtzeitige Unterstützung von Familien und ihren Kindern in belastenden Lebenslagen, um faire Chancen und gute Lebensbedingungen von Anfang an für Kinder im gesamten Bundesgebiet sicherzustellen. Ob dieses Ziel erreicht wurde, ist mit einfachen Mitteln nicht festzustellen (vergleiche auch NZFH 2014a, Seite 36). Dazu müssten zum einen die Bedarfslagen in der Bevölkerung festgestellt und regelmäßig auf Veränderungen untersucht werden, um herauszufinden, wie viele Familien mit Säuglingen und Kleinkindern psychosozial belastet sind und einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Wichtig zu wissen wäre auch, wie viele dieser Familien die einschlägigen Unterstützungsangebote vor Ort kennen und nutzen. Erste Schritte in diese Richtung wurden vom NZFH mit der Prävalenzstudie KiD 0-3 gemacht (vergleiche Lorenz u. a. im

Druck; Salzmann u. a. 2018; Eickhorst u. a. 2016). Zum anderen müsste auch ermittelt werden, wie leistungsfähig die Unterstützungsstrukturen vor Ort sind, um allen Familien mit Unterstützungsbedarf ein Angebot machen zu können. Hierzu geben die Daten der Kommunalbefragungen nur sehr begrenzt Auskunft, da nur das Vorhandensein von Angeboten abgefragt wurde, nicht jedoch die Reichweite und Versorgungsquote dieser Angebote. Dazu liegen den Kommunen in der Regel keine Daten vor, bzw. stellen diese sich sehr uneinheitlich dar, sodass weder eine Aggregation noch ein Vergleich der Daten möglich ist (siehe Kapitel 4.2). Insbesondere hinsichtlich der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien durch Gesundheitsfachkräfte im Rahmen der Frühen Hilfen sollten Instrumente und Verfahren zur Dokumentation dieses spezifischen und exklusiv geförderten Angebots der Frühen Hilfen entwickelt und zukünftig bundesweit eingesetzt werden.

Eine grobe Orientierung hinsichtlich der Zielerreichung liefern die Kommunalbefragungen dennoch: Die für Frühe Hilfen Verantwortlichen wurden 2013 direkt danach gefragt, ob sich ihrer Einschätzung nach im Rahmen der BIFH die Möglichkeiten verbesserten, Familien in belastenden Lebenslagen mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres zu unterstützen. Dabei stimmten 75,8 Prozent der Kommunen dieser Aussage zu, 22,3 Prozent wollten weder zustimmen noch widersprechen, lediglich 1,9 Prozent haben der Aussage »(gar) nicht« zugestimmt. Aus der subjektiven Sicht der Befragten leistete die BIFH also mehrheitlich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und damit indirekt auch zum präventiven Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung. Zum Stichtag 30. Juni 2015 wurden die für Frühe Hilfen Verantwortlichen erneut darum gebeten einzuschätzen, ob sich seit dem Inkrafttreten des BKiSchG am 1. Januar 2012 in ihrer Kommune »... die Möglichkeiten der Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren ...« verändert hatten. 50,6 Prozent von 541 antwortenden Kommunen sahen ihre Möglichkeiten verbessert, weitere 42,9 Prozent eher verbessert, 6,1 Prozent sahen keine

Veränderung und 0,4 Prozent eher eine Verschlechterung. Dieser positive Trend setzte sich schließlich auch bei der vierten Erhebungswelle fort: 64,4 Prozent der Kommunen (n = 551) bewerteten die Unterstützungsmöglichkeiten als verbessert, weitere 31,8 Prozent zumindest als eher verbessert. Lediglich 3,8 Prozent der Kommunen sahen demnach seit dem Inkrafttreten des BKiSchG keine verbesserten Unterstützungsmöglichkeiten für Familien in belastenden Lebenslagen mit Kindern unter drei Jahren.

Auf dieser Basis lässt sich erschließen, dass durch die (teilweise) Erreichung der Unterziele der BIFH (Ausbau der Netzwerkstrukturen, Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften und Ehrenamtlichen) die Versorgungssituation allgemein verbessert wurde. Ob bzw. in welchem Ausmaß diese Angebote auch Wirkungen auf die Lebenslage der Familien und die Entwicklungschancen der Kinder haben, ist aus diesen Daten nicht ableitbar. Dies kann jedoch angenommen werden, sofern es sich um qualifizierte, den Standards des NZFH entsprechende Angebote handelt, da diese Standards auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen (siehe die Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Modellprojekten Frühe Hilfen: Renner/Sann 2010; Renner/Heimeshoff 2010).

Übergeordnetes Erkenntnisinteresse 2: Verbesserung der Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

»Zahlreiche Einrichtungen und Dienste stehen bereit, um Familien zu unterstützen. Als starke und erfahrene Partner stehen in Deutschland das Gesundheitssystem und die Kinder- und Jugendhilfe zur Verfügung. [...] Die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Systemen ist wichtig. Auf diese Weise können frühzeitig Belastungen von Familien erkannt und passende Unterstützung angeboten werden. Zum Wohle der Kinder ist es unerlässlich, dass die Verantwortlichen in den Systemen in regelmäßigem Kontakt miteinander stehen, dass persönliche oder strukturelle Hemmnisse für Kooperation abgebaut werden. [...] Dafür ist eine intensive Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen und Dienste (Paragraf 3, Absatz 2 KKG) notwendig. [...]« (Präambel VV BIFH).

Die Zusammenarbeit von Fachkräften und Diensten des Gesundheitswesens mit denen der Kinder- und Jugendhilfe ist von zentraler Bedeutung für den erfolgreichen Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Die Dokumentation und Evaluation der BIFH zeigt, dass zu Beginn der Bundesinitiative einige Fortschritte erzielt wurden, insbesondere im Hinblick auf die Einbeziehung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen in die Netzwerke Frühe Hilfen (siehe Kapitel 6.2.2), dass diese jedoch im Verlauf der BIFH stagnierte bzw. teilweise sogar rückläufig war. Bei der Überwindung von Systemgrenzen besteht auch weiterhin erheblicher Entwicklungsbedarf: Erfolgversprechende regionale Modelle zur Förderung der Kooperation der beiden Systeme, wie zum Beispiel Interdisziplinäre Qualitätszirkel (siehe Kapitel 6.2.5), sollten weiter untersucht und in die Fläche getragen werden. Auch bestehen noch immer erhebliche Unterschiede beim konzeptionellen Verständnis von Frühen Hilfen zum Beispiel zwischen den Verantwortlichen für die Netzwerke Frühe Hilfen und niedergelassenen Pädaterinnen und Pädatern (siehe Kapitel 4.1).

Eine sehr positive Entwicklung, die ursprünglich von der BIFH gar nicht intendiert war, ist in Bezug auf die Verbreitung von Vermittlungssystemen zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe zu verzeichnen: Zwei von drei Kommunen gaben für 2017 an, dass bei ihnen ein sogenanntes Lotsensystem in Geburtskliniken besteht und vier von fünf Kommunen nannten mindestens eines von vier abgefragten Vermittlungssystemen (in Geburtskliniken, in Kinderkliniken, in pädiatrischen Praxen, im Rahmen von Willkommensbesuchen; siehe Kapitel 7.2). Hier steht jedoch die Entwicklung von einheitlichen Definitionen und Qualitätsstandards noch aus. Ein erster Schritt wurde mit dem Eckpunktepapier »Zentrale Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken« (Schmenger u. a. 2020) gegangen.

Des Weiteren böte auch die Weiterentwicklung von kommunalen Angebotsstrukturen auf der Grundlage einer gemeinsamen Sozial-, Gesundheits- und Jugendhilfeplanung einen vielversprechenden Ansatz zur Überwindung von Systemgrenzen (siehe Kapitel 5.2). Gesundheitsämter stellen hierbei

die wichtigsten öffentlich-rechtlichen Partner der Jugendämter bei der fachlichen Steuerung von Frühen Hilfen dar. Sie sind 2017 immerhin in knapp zwei Dritteln (65,5 Prozent) der Kommunen mit einer Steuerungsgruppe für Frühe Hilfen in dieser Steuerungsgruppe vertreten. Leider ist hier jedoch ein deutlicher Rückgang der Beteiligung zu verzeichnen (2013: 78,3 Prozent; 2015: 66,1 Prozent; siehe Kapitel 5.1). Die Gründe dafür sind auf Basis der vorliegenden Daten nicht aufklärbar und bedürfen weiterer Recherchen.

Zur allgemeinen Entwicklung der Kooperationsbeziehungen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen vor Ort befragt, fällt zum Zeitpunkt der vierten Erhebungswelle (Stichtag 31. Dezember 2017) das Resümee in den Kommunen insgesamt sehr positiv aus: 87,4 Prozent der Antwortenden (N = 548) sehen seit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes am 1. Januar 2012 (eher) eine Verbesserung in Bezug auf dieses übergeordnete Ziel. Nur 11,9 Prozent der Kommunen konnten keine Veränderung feststellen, womit die Einschätzung insgesamt sehr ähnlich wie jene aus dem Jahr 2015 ausfiel (»(eher) verbessert«: 86,7 Prozent; »nicht verändert«: 12,3 Prozent).

3

Konzept und methodisches Design der Studie

Im Folgenden wird das methodische Grundgerüst der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen im Rahmen der NZFH-Kommunalbefragungen vorgestellt. Dabei geht es neben der Vorstellung der übergeordneten Forschungsfragen um die konkreten Inhalte der Erhebung, die Entwicklung des Erhebungsinstruments, den Feldzugang und besondere, mit dem Forschungsprojekt verbundene Herausforderungen. Darüber hinaus werden die einzelnen Feldlaufzeiten und Ausschöpfungsquoten dargestellt.

3.1 Konzeptionelle Rahmung, Ziele, Feldbeschreibung

Zentrale Ziele der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) waren, zum einen fachliche Impulse zur Weiterentwicklung des Handlungsfeldes zu geben und zum anderen die entsprechenden (teilweise bereits vorhandenen) Strukturen bundesweit auf- bzw. auszubauen, um vergleichbare Angebotsstrukturen vor Ort für alle Kinder und Familien zu schaffen. Um das Erreichen dieser Ziele überprüfbar zu machen (vergleiche Beywl 2006), führte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen eine fortlaufende Dokumentation und Evaluation der BIFH als formative Implementierungsstudie (vergleiche Kromrey 2006) durch. Die wissenschaftliche Begleitung verfolgte dabei auch den Zweck, die Förderinstrumente der Modellphase, als welche die Bundesinitiative konzipiert war, auf ihre Tauglichkeit in Bezug auf die Erreichung der genannten Ziele zu überprüfen. Die Ergebnisse der Studie sollten daher auch zur Ausgestaltung der Förderinstrumente des Fonds Frühe Hilfen herangezogen werden, mit dem die Netzwerke Frühe Hilfen und die psychosoziale Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern seit dem 1. Januar 2018 dauerhaft sichergestellt werden sollen (vergleiche Paragraph 3, Absatz 4 KKG).

In der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (VV BIFH) werden drei zentrale Förderbereiche festgelegt und mit konkreten Fördervoraussetzungen und förderbaren Maßnahmen hinterlegt. Folgende Er-

kenntnisse sollte die Bundesinitiative dazu erbringen (vergleiche Artikel 1, Absatz 2 VV BIFH):

1. Erkenntnisse hinsichtlich der strukturellen Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Ausstattung von Netzwerken Frühe Hilfen und des systematischen Einbezugs des Gesundheitswesens,
2. Erkenntnisse hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten, der Anbindung und der Funktion von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in Netzwerken Frühe Hilfen,
3. Erkenntnisse hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen des Einbezugs ehrenamtlichen Engagements im Kontext der Frühen Hilfen, zum Beispiel hinsichtlich der Übergänge von ehrenamtlichem Engagement und professionellem Handeln sowie der Qualitätsstandards für den Einsatz Ehrenamtlicher.

Ein weiterer 4. Förderbereich ermöglichte – nach Ausschöpfung der Fördermöglichkeiten in den Förderbereichen eins und zwei – die Förderung von weiteren zusätzlichen Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen sowie von erfolgreichen modellhaften Ansätzen, die als Regelangebot ausgebaut werden sollen. Dieser Förderbereich wurde wegen mangelnder Strukturiertheit und Vergleichbarkeit der hier in Frage kommenden Aktivitäten weitgehend aus der Dokumentation und Evaluation der BIFH ausgeklammert.

Aus diesen Vorgaben sowie aus den Ausführungen zu den Fördervoraussetzungen und Fördergegenständen (siehe VV BIFH, Absatz 2) wurden konkrete Fragestellungen für die Kommunalbefragungen abgeleitet (vergleiche VV BIFH, Artikel 9): Förderbereich I: Netzwerkstrukturen

- Wie sind lokale Netzwerke Frühe Hilfen hinsichtlich Zusammensetzung, Arbeitsformen und Qualitätsmerkmalen strukturiert?
- Wie weit verbreitet ist die Koordination von Netzwerken Frühe Hilfen? Welche Aufgaben fallen in den Tätigkeitsbereich der Netzwerkkoordinierungsstellen? Welche Personen werden in der Netzwerkkoordination eingesetzt (Qualifikation, Berufsbiografie)? Erhalten diese Personen

fachliche Unterstützung und werden ihnen Fort- und Weiterbildungen angeboten?

- Kann durch die Impulse der BIFH das Gesundheitswesen systematischer als bislang in die Netzwerke Frühe Hilfen einbezogen werden?

Förderbereich II: Einsatz von Gesundheitsfachkräften

- Kam es während des Förderzeitraums zu einer Ausweitung des Einsatzes von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften? Gibt es eine Koordinierungsstelle für deren Einsatz?
- Welche Qualitätsmerkmale sind bei dieser Angebotsform verbreitet? Welche Probleme bestehen beim Einsatz der Fachkräfte?

Förderbereich III: Ehrenamtsstrukturen

- In welchem Umfang setzen Kommunen auf die Einbeziehung ehrenamtlicher Projekte in den Frühen Hilfen? Wie verbreitet sind Qualitätsmerkmale?

Förderbereich IV: sonstige Angebote und Maßnahmen

- Welche weiteren Angebote und Maßnahmen zur Ergänzung und Weiterentwicklung lokaler Strukturen im Bereich der Frühen Hilfen werden umgesetzt?

Ergänzt wurden diese Fragen durch zusätzliche, vertiefende Fragestellungen zu aktuellen Themen, die sich im Verlauf der BIFH abzeichneten, wie zum Beispiel Finanzierungsgrundlagen in den Frühen Hilfen, Vermittlungsstrukturen und Verfahren zur Früherkennung von Belastungen bzw. einem erhöhten Unterstützungsbedarf von Eltern und Stand der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen.

Die Dokumentation und Evaluation der BIFH knüpft an die im Zuge der vorangehenden Bestandsaufnahmen Früher Hilfen gewonnenen Erkenntnisse zum Aufbau der Frühen Hilfen auf kommunaler Ebene an (vergleiche Bestandsaufnahme Frühe Hilfen, Teiluntersuchungen 1 bis 3: Sann 2010; NZFH 2011; Gran u. a. 2012) und verfolgt damit auch das Ziel, die Entwicklung des Feldes über einen längeren Zeitraum abzubilden.

Die Studie wurde analog zur ursprünglichen Laufzeit der BIFH (1. Juli 2012 bis 31. Dezember 2015) als Längsschnitt angelegt, mit drei Erhebungswellen jeweils zur Jahresmitte 2013, 2014 und 2015. Dies erlaubte das Nachzeichnen von Entwicklungen im Verlauf der BIFH in Hinsicht auf die Strukturqualität der Frühen Hilfen in den geförderten Kommunen. Im Zuge der Verlängerung der BIFH um zwei Jahre wurde 2018 (mit Stichtag 31. Dezember 2017) eine weitere (vierte) Erhebungswelle durchgeführt.

Das Feld der Frühen Hilfen ist noch relativ jung und in einer dynamischen Entwicklung begriffen (vergleiche Sann 2020). Zwei Spannungsfelder treiben die Profilbildung der Frühen Hilfen an: Zum einen sollen sie eine intermediäre Struktur zwischen stark voneinander abgegrenzten Sozialleistungssystemen schaffen und Brücken für Familien bauen zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch zu anderen Sektoren wie zum Beispiel der Frühförderung oder der Schwangerschaftsberatung. Zum anderen sind Frühe Hilfen konzeptionell einzubetten zwischen einem Ansatz der universell-präventiven, gesundheitsorientierten Familienförderung einerseits und einem Ansatz selektiver, teilweise auch indizierter Prävention im Kontext Kindeswohlgefährdung andererseits. Dementsprechend breit (bzw. eng) sind auch die Zielgruppen definiert: Frühe Hilfen richten sich zunächst an alle (werdenden) Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, adressieren jedoch vielfach im Speziellen Familien in unterschiedlichen psychosozialen Belastungslagen. Ziele der Maßnahmen und Angebote sind einerseits die Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen, andererseits aber auch die Stärkung des Schutzauftrags der staatlichen Gemeinschaft durch die Einführung bzw. den Ausbau einer präventiven Komponente von aktivem (statt reaktivem) Kinderschutz (vergleiche Schäfer/Sann 2014). Nicht nur diese konzeptionellen Verortungen unterscheiden sich je nach Kommune bzw. Systemzugehörigkeit, auch zeigen sich in der lokalen Praxis ganz unterschiedlich gewachsene Profile von Kooperationsformen, Angeboten, eingesetzten Professionen, institutionellen Zuständigkeiten und adressierten Zielgruppen. Zudem wirken sich die landesspezifischen

schen Förderschwerpunkte innerhalb des Rahmens der Bundesförderung sowie eigene Programme der Bundesländer aus, die ebenfalls sehr unterschiedliche fachliche Profile aufweisen. Insgesamt zeigt sich daher ein sehr heterogenes Bild der Frühen Hilfen in Ländern und Kommunen.

Diese fachlichen Besonderheiten und die anhaltende Dynamik, mit der sich die Frühen Hilfen seit Jahren entwickeln, stellten auch die Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative vor besondere Herausforderungen. Vor dem Hintergrund der quantitativ, qualitativ und konzeptionell ganz unterschiedlichen Auffassungen und Umsetzungen von Frühen Hilfen war es daher von großer Bedeutung, die Kommunalbefragungen und die damit verbundenen Datenerhebungen bundeszentral und einheitlich anzulegen, um miteinander vergleichbare Informationen über die Entwicklung von Frühen Hilfen in Ländern und Kommunen zu gewinnen.

Es bestand gemäß Artikel 9 VV BIFH eine Mitwirkungspflicht der geförderten Länder und Kommunen an der Datenerhebung. Um Befürchtungen von Kontrolle durch die Erhebungen entgegenzuwirken und möglichst offene Antworten zu bekommen, wurde den Befragten weitestgehende Anonymität zugesichert, insbesondere was die Einschätzung der Qualität und die Bewertung der Wirkungen der Maßnahmen anbelangte. Reine Strukturdaten wurden nach Rücksprache mit allen Beteiligten den jeweils zuständigen Verantwortlichen auf Ebene des Bundeslandes übermittelt, um Doppelerhebungen zu vermeiden.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Kommunalbefragungen im Schwerpunkt die Angebotsseite der Frühen Hilfen in den Blick nehmen. Die ermittelten Daten lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Zufriedenheit der Adressatinnen und Adressaten oder auf die Wirkung von Frühen Hilfen hinsichtlich der Entwicklung der Kinder zu. Auch Aspekte der Inanspruchnahme durch die Adressatinnen und Adressaten oder die Perspektive der Fachkräfte waren nicht Gegenstand dieser Untersuchungen. Dazu sei auf Forschungsaktivitäten des NZFH an anderer Stelle verwiesen (siehe Renner/Scharmanski 2016, Renner u. a. 2017; Staa/Renner 2020).

3.2 Instrumentenentwicklung

Die Qualität jeglicher quantitativen Daten hängt maßgeblich vom Studiendesign und der Entwicklung des Erhebungsinstruments ab. Die dabei zu berücksichtigenden Anforderungen der hier vorgestellten Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Überwiegend standardisierte Datenerhebung, teilweise Ergänzung mit offenen Fragen
- Vollerhebung im gesamten Bundesgebiet, hohe Fallzahl ($N > 500$)
- Zunächst drei Erhebungswellen in den ersten drei Jahren, nach Verlängerung der BIFH eine zusätzliche vierte Welle mit zweieinhalb Jahren Abstand
- Komplexe Filterführungen, um Belastungen der Befragten so gering wie möglich zu halten, dafür aber erhöhte Fehleranfälligkeit bei Programmierung und Auswertung
- Angemessener zeitlicher Aufwand für die befragten Personen

Eine persönliche, postalische oder telefonische Datenerhebung schied aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen aus. Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Mittel und der Notwendigkeit, quantitative Daten aus allen im Rahmen der BIFH geförderten Kommunen zu erheben, wurde die Studie als standardisierte Online-Befragung angelegt. Ein Vorteil dieser Methode ist, dass die Fragebögen elektronisch an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer übermittelt und die eingegebenen Daten direkt in einer Datenbank gespeichert werden. Auf diese Weise wird der Datensatz mit jedem ausgefüllten Fragebogen automatisch Schritt für Schritt aufgebaut. Insgesamt waren daher der Versand der Fragebögen und die Erstellung des Datensatzes mit verhältnismäßig geringem Ressourceneinsatz verbunden. Gleichzeitig wurde das angestrebte Ziel begünstigt, den Aufwand für die befragten Personen so gering wie möglich zu halten.

Ein spezifischer Nachteil von Online-Befragungen liegt in einer eingeschränkten Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeit des Feldes, wie beispielsweise bei Verständnisfragen oder technischen Problemen. Im Falle der vorgestellten Studie war

allerdings davon auszugehen, dass die in den Kommunen befragten Personen im Feld der Frühen Hilfen (in der Regel die zuständigen Netzwerkkordinierenden) über eine gute Sachkenntnis bezüglich des Befragungsgegenstandes verfügen. Daher war nur in geringem Ausmaß mit Verständnisschwierigkeiten zu rechnen, was eine selbstständige Bearbeitung des Fragebogens durch die befragten Personen begünstigte. Zudem war das Befragungsteam während der Feldphase kontinuierlich erreichbar, um sowohl bei inhaltlichen Unklarheiten wie auch bei technischen Problemen Unterstützung zu leisten.

Die Online-Befragung der ersten drei Erhebungswellen wurde mit einer Befragungssoftware des Anbieters Questback durchgeführt. Die vierte Welle wurde mit der frei verfügbaren Software LimeSurvey umgesetzt. Ergänzend zu den Online-Versionen des Erhebungsinstruments wurde ein PDF-Dokument des Fragebogens zur Verfügung gestellt, mit dem die Befragten ihre Angaben zunächst auf einem Papiausdruck zusammentragen konnten.

Überwiegend setzte sich der Fragebogen aus geschlossenen Fragen zusammen, die sich besonders eignen, um Sachverhalte zu erfassen, zu denen konkrete Antwortkategorien zur Auswahl gestellt werden können (vergleiche Kuckartz u. a. 2009). Vereinzelt wurden ergänzend offene Fragen eingefügt, die den befragten Personen die Möglichkeit geben sollten, zu bestimmten Themen in eigenen Worten Stellung zu beziehen sowie Motive, Begründungen und Bewertungen oder auch Verbesserungsvorschläge und Kritik zu äußern.

Um den Bearbeitungsaufwand des Fragebogens so gering wie möglich zu halten, wurde eine umfangreiche und detaillierte Filterführung erarbeitet. Diese bewirkte, dass den befragten Personen nur jene Fragen eingeblendet wurden, die für die entsprechende Kommune aufgrund der vorangegangenen Fragen relevant waren (vergleiche Schneider 2013). Dies stellt einen weiteren Vorteil von Online-Erhebungen dar, der auch zu einer Reduktion des zeitlichen Aufwands bei den meisten Befragten führt.

Der Fragebogen wurde in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt. Das Evaluationsteam nutzte dabei zum einen die bereits im NZFH bestehenden Erfahrungen zu Erhebungen im Feld der Frühen

Hilfen (vergleiche Sann 2010; NZFH 2011; Gran u. a. 2012) und griff zum anderen auf das Know-how anerkannter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Feld der Kinder- und Jugendhilfe im Deutschen Jugendinstitut (DJI) und im Bereich des Gesundheitswesens in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zurück.

Grundlage der Entwicklung des Fragebogens der ersten Erhebungswelle war zudem eine Expertise, die von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus der Arbeitsstelle für Kinder- und Jugendhilfestatistik an der TU Dortmund erarbeitet wurde. Eine erste inhaltliche Validierung des Befragungsansatzes fand im März 2013 bei einem Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und kommunaler Fachpraxis statt. Zudem wurden die bis dahin geleisteten Vorarbeiten auf ihre Realisierbarkeit hin diskutiert.

An dieser Stelle sei allen Kolleginnen und Kollegen für ihre Unterstützung und kompetente Beratung gedankt, insbesondere Mike Seckinger, Jens Pothmann, Sandra Fendrich und Agathe Tabel.

Der fertige Entwurf des Erhebungsinstruments wurde in einer ersten Pretest-Phase an Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Fachpraxis verteilt mit der Bitte, Unverständlichkeiten, inhaltliche Fehler aber auch Optimierungsvorschläge zurückzumelden.

Der daraufhin modifizierte Fragebogen wurde anschließend in eine Online-Version übersetzt und in einer zweiten, überwiegend technischen Pretest-Phase auf inhaltliche Konsistenz und einen fehlerfreien Ablauf der Datenerfassung hin geprüft. Dieser Pretest wurde intern von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des NZFH durchgeführt. Nach dieser letzten Qualitätssicherungsmaßnahme wurde im September 2013 die Auftakterhebung im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der BIFH gestartet.

Die Erhebungsinstrumente der Wellen 2014, 2015 und 2018 zu den Daten aus 2017 wurden auf Grundlage des Auftaktfragebogens zwischen den Feldphasen weiterentwickelt, angepasst und mit thematischen Vertiefungen versehen. Dabei wurden auch Rückmeldungen von befragten Kommunen und von Landeskoordinierungsstellen berücksichtigt. Auch mit den Befragungsinstrumenten der

zweiten bis vierten Welle wurden jeweils umfassende inhaltliche und technische Pretests durchgeführt.

Als Stichtag, für den die Angaben gemacht werden sollten, wurde im Rahmen der ersten drei Erhebungswellen der 30. Juni des jeweiligen Erhebungsjahres festgelegt, da die BIFH zum 1. Juli 2012 startete und sich die Erhebungen jeweils auf einen Jahresfortschritt beziehen sollten. Mit der vierten Welle wurde der Stichtag auf den 31. Dezember 2017 gelegt. Grund für diese Änderung war der Start der Bundesstiftung Frühe Hilfen (BSFH) zum 1. Januar 2018 (Baseline) sowie eine bessere Vergleichbarkeit zu Daten aus amtlichen Erhebungen.

Sämtliche Fragebögen der Kommunalbefragungen können auf folgender Internetseite des NZFH aufgerufen werden: <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/implementierungsforschung/kommunalbefragungen/kommunalbefragungen-steckbrief/>.

3.3 Themenschwerpunkte der Befragungen

3.3.1 Inhalte des Fragebogens der ersten Erhebungswelle 2013

Übergeordnetes Ziel der Auftaktbefragung war es, die Ausgangslage der Kommunen beim Ausbau der Frühen Hilfen zu Beginn der BIFH beurteilen zu können. Die Beschreibung dieser Ausgangslage lieferte auch die empirische Basis für den Zwischenbericht an den Deutschen Bundestag (vergleiche NZFH 2014a). Die thematischen Schwerpunkte orientierten sich überwiegend an den in der VV BIFH aufgezählten Auf- und Ausbauzielen. Sie wurden sowohl in der Auftakt- als auch in den Abschlussbefragungen (2015, 2017) erhoben, um Veränderungen über die Laufzeit der Bundesinitiative abbilden zu können. Zusammenfassend ergaben sich auf dieser Grundlage folgende Themenbereiche, die durch den Fragebogen abgedeckt wurden:

1. Bestehende Angebote und Maßnahmen der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern

2. Einsatz der im Rahmen der Bundesinitiative erhaltenen Fördermittel
3. Bestehen, konzeptionelle Ausrichtung und Ausgestaltung des Netzwerks Frühe Hilfen (Bestandteile und einbezogene Akteure, Kooperationsqualität)
4. Koordinierungsstellen in den Frühen Hilfen (für Netzwerke, für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften, für Ehrenamtsprojekte)
5. Einsatzbereiche und Zahl der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen
6. Bestehende Ehrenamtsstrukturen in den Frühen Hilfen

Im Folgenden werden die konkreten Inhalte der sechs Themenblöcke kurz vorgestellt:

(1) Angebote und Maßnahmen der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern

Mit der Abfrage von bereits bestehenden Angeboten und Maßnahmen der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern sollte ein erster Überblick über die bereits etablierte Praxis im Bereich der Frühen Hilfen sowie angrenzender Arbeitsfelder ermittelt werden. Die Frage wurde auch in die Abschlussbefragung 2015 sowie in Teilen in die vierte Befragung 2017 aufgenommen, um zu ermitteln, ob es im Verlauf der Bundesinitiative zu Veränderungen in der regionalen Verbreitung dieser Angebote und Maßnahmen gekommen ist.

(2) Einsatz der im Rahmen der BIFH erhaltenen Fördermittel

Unabhängig von der Höhe der eingesetzten Mittel sollte erhoben werden, in welchen Förderbereichen und für welche Fördergegenstände der Bundesinitiative die Kommunen die Fördergelder einsetzten. Dies lässt auch Rückschlüsse auf die fachlichen Priorisierungen innerhalb und zwischen den Förderbereichen zu. Die Erhebung dieser Daten erfolgte unabhängig von den Verwendungsnachweisen, die die Kommunen gegenüber ihrem jeweils zuständigen Land zu leisten hatten. Sie diente explizit nicht der Kontrolle der Mittelverwendung, sondern der besseren Einschätzung der fachlich begründeten Bedarfe und Aktivitäten vor Ort.

(3) Konzeptionelle Ausrichtung und Ausgestaltung des Netzwerks Frühe Hilfen (Bestandteile und einbezogene Akteure, Kooperationsqualität)

In diesem Abschnitt der Befragung wurde grundsätzlich nach dem Vorhandensein eines Netzwerks oder mehrerer Netzwerke Frühe Hilfen gefragt sowie nach Merkmalen dieses Netzwerks/dieser Netzwerke. Hierunter fallen zum Beispiel Fragen, an welchen kommunalen Planungsgremien die Frühen Hilfen beteiligt sind, ob eine Steuerungsgruppe existiert oder ob Vereinbarungen zur Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen bestehen. Damit lassen sich Rückschlüsse auf die Verbindlichkeit der Kooperation und die Strukturqualität von Netzwerken auf kommunaler Ebene ziehen. Diese Kriterien sind zum Teil in der VV BIFH als Fördervoraussetzung oder Förderziel der Bundesinitiative genannt. Weiterhin wurde erfasst, welche Akteure aus der Kinder- und Jugendhilfe, aus dem Gesundheitswesen und aus weiteren Bereichen in die fallübergreifende Netzwerkarbeit und/oder die fallbezogene Kooperation des Netzwerks für Frühe Hilfen einbezogen sind und wie die Kooperationsqualität mit diesen Akteuren beurteilt wird. Auch hierbei ging es darum, die gesetzlichen Vorgaben aus dem KKG bzw. die Qualitätsentwicklungsziele der BIFH mit dem tatsächlichen Ausbaustand zu vergleichen. Insbesondere sollte ermittelt werden, ob im Laufe der Bundesinitiative das Gesundheitswesen umfassender in die Frühen Hilfen einbezogen werden konnte.

(4) Koordinierungsstellen in den Frühen Hilfen (für Netzwerke, für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften, für Ehrenamtsprojekte)

In diesem Abschnitt wurde erfasst, ob und von wem Maßnahmen und Angebote in den drei zentralen Förderbereichen der BIFH auf kommunaler Ebene koordiniert werden. Gefragt wurde zum Beispiel, ob die Koordinierungsstelle des Netzwerks auch für die Koordinierung der Gesundheitsfachkräfte bzw. die Einbeziehung ehrenamtlichen Engagements zuständig ist oder ob für jeden Bereich eigene Koordinierungsstellen eingerichtet wurden. Darüber hinaus wurde die Trägerschaft der Koordinierungsstellen erfasst, wie viele Personen und Vollzeitäquivalente für die Koordination eingesetzt werden und welche

Aufgaben mit der Netzwerkkoordination verbunden sind.

(5) Einsatzbereiche und Zahl der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen

Der Einsatz von spezifisch qualifizierten Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften im Rahmen Früher Hilfen wurde durch die BIFH zentral gefördert. Detaillierte Angaben zur Anzahl der eingesetzten Fachkräfte, zu Angebotsformaten für diesen Einsatz, zu Beschäftigungsart (angestellt oder freiberuflich tätig) und -umfang sowie zur Qualifikation der Gesundheitsfachkräfte sind wichtig, um sowohl Mengengerüste als auch Qualität dieser Angebote beurteilen zu können. Der Einsatz der Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (FGKiKP) im Rahmen der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien (LaB) wurde detaillierter erhoben: Zur Ermittlung der personalstatistischen Daten wurde zu Beginn des Fragenblocks die Zahl der jeweils im Jugendamtsbezirk in diesem Angebot tätigen Personen ermittelt und entsprechend dieser Zahl die Fragebatterie wiederholt, um personenbezogene Angaben für jede einzelne Fachkraft (Stellenanteile, Grundqualifikation, Zusatzqualifikation) zu erhalten. Dementsprechend konnten pro Kommune detaillierte Informationen für bis zu 15 Fachkräfte erhoben werden. Für die sechs Kommunen mit mehr als 15 Fachkräften war folglich von jeder darüber hinaus beschäftigten Person lediglich bekannt, dass sie der Längerfristigen Betreuung und Begleitung eingesetzt wird. Ergänzend wurde erfasst, welche Probleme mit dem Einsatz von Gesundheitsfachkräften verbunden sind und welche Maßnahmen der Qualitätsentwicklung eingesetzt werden.

(6) Verbreitung von Ehrenamtsstrukturen in den Frühen Hilfen

Um ein Bild über die Einbeziehung von Ehrenamtsstrukturen zu erhalten, wurde erfasst, welche Projekte mit Ehrenamtlichen durchgeführt werden, welche davon (teilweise) mit Mitteln der BIFH finanziert werden und welche Qualitätsmerkmale die geförderten Projekte aufweisen.

3.3.2 Inhalte des Fragebogens der zweiten Erhebungswelle 2014

Die zweite Erhebungswelle vertiefte bestimmte Aspekte aus der ersten Erhebungswelle und griff darüber hinaus einige Wiederholungsfragen auf, um Veränderungen nach einem weiteren Jahr der BIFH abbilden zu können. Der Umfang der Befragung fiel wesentlich geringer aus als dies im Rahmen der Auftaktbefragung der Fall war. Im Einzelnen wurde folgenden Themenschwerpunkten nachgegangen:

1. Finanzielle und rechtliche Grundlage des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften
2. Fallzahlen in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte im Bereich Frühe Hilfen
3. Personelle Ausstattung der Koordinierungsstelle des Netzwerks Frühe Hilfen
4. Kommunale Ziele in der Planung, Steuerung und konzeptionellen Weiterentwicklung der Frühen Hilfen

Diese vier Themenblöcke wurden mit folgenden Inhalten gefüllt:

(1) Rechtliche Grundlagen zur Finanzierung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften

Diese Angaben sollten Einblicke in die rechtlichen Grundlagen des Einsatzes von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften und deren jeweilige deutschlandweite Verbreitung erlauben. Es sollte zudem ermittelt werden, welcher Anteil der Kommunen Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen zum Beispiel über Mittel der BIFH refinanziert bzw. welcher Anteil von Kommunen hier auf anderweitige, teilweise schon länger bestehende Finanzierungsgrundlagen (zum Beispiel Paragraph 16 SGB VIII, Paragraph 20 SGB VIII, Landesprogramme) zurückgreift.

(2) Fallzahlen in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte im Bereich Frühe Hilfen

Die Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von (werdenden) Müttern und Vätern sowie

Familien mit Säuglingen und Kleinkindern durch Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsfachkräfte stellt ein zentrales Angebot der Frühen Hilfen dar. Zu den aufkommenden Fallzahlen gab (und gibt) es bis dato keine ausreichenden Datengrundlagen, um die derzeitige Versorgung insgesamt oder auch regional begrenzt beziffern zu können.

Um dieses Dunkelfeld zu erhellen und erste Einblicke zu Fallzahlen und regionalen Unterschieden zu erhalten, wurden in der ersten und zweiten Welle Näherungswerte zum Fallaufkommen in der Kommune erhoben. Darüber hinaus wurde das Ziel verfolgt, die geförderten Kommunen für die Notwendigkeit einer präzisen Dokumentation in diesem Bereich zu sensibilisieren.

In der zweiten Erhebungswelle wurden die Fall-Zugänge innerhalb des fokussierten Erhebungszeitraums (1. Juli 2013 bis 30. Juni 2014) sowie der Bestand zu den Stichtagen 30. Juni 2013 und 30. Juni 2014 jeweils für Kinder im ersten Lebensjahr und für Kinder unter drei Jahren erfasst. Darüber hinaus konnte angegeben werden, ob die Angaben auf einer Schätzung oder einer Fall-Statistik beruhen. Ziel war, neben der Einschätzung von Versorgungslagen mit der LaB auch eine Einschätzung der Validität der erhobenen Daten vornehmen zu können.

(3) Personelle Ausstattung der Koordinierungsstelle des Netzwerks Frühe Hilfen

In der zweiten Erhebungswelle wurde neben der Anzahl und den Stellenanteilen der in der Netzwerkkoordination tätigen Fachkräfte auch deren berufliche Vorerfahrung und Qualifikation erhoben. Zusätzlich wurde gefragt, welche besonderen Herausforderungen mit der Etablierung der Koordinierungsstellen verbunden waren und welche Qualifizierungsbedarfe für die tätigen Personen bestehen.

(4) Kommunale Ziele in der Planung, Steuerung und konzeptionellen Weiterentwicklung der Frühen Hilfen

Innerhalb dieses Themenbereichs wurde erhoben, welche Ausbauziele auf der kommunalen Ebene im Bereich Frühe Hilfen bereits umgesetzt waren und welche verfolgt wurden bzw. nicht (mehr) verfolgt wurden. Sofern angegeben wurde, dass ein be-

stimmtes Ziel verfolgt wurde, wurde gebeten, den Ausbaubedarf bei diesem Ziel mittels einer fünfstufigen Skala einzuordnen. Damit lassen sich letztlich Rangreihen der Zielbereiche im Ausbau der Frühen Hilfen generieren.

3.3.3 Inhalte des Fragebogens der dritten Erhebungswelle 2015

Ein zentrales Ziel der dritten Befragung war es, Veränderungen im Auf- und Ausbau kommunaler Strukturen im Bereich Frühe Hilfen durch die zunächst auf dreieinhalb Jahre Laufzeit begrenzte BIFH aufzuzeigen. Dazu wurden ausgewählte Fragen der ersten Erhebungswelle wiederholt. Zusätzlich wurden zu bestimmten Bereichen vertiefende Fragen aufgenommen. Das Erhebungsinstrument der dritten Welle setzte sich somit aus den folgenden thematischen Schwerpunkten zusammen:

1. Angebote und Maßnahmen der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (Wiederholungsmessung)
2. Bestehen, konzeptionelle Ausrichtung und Ausgestaltung des Netzwerks Frühe Hilfen (Bestandteile und einbezogene Akteure, Kooperationsqualität) (Wiederholungsmessung)
3. Koordinierungsstellen (im Netzwerk Frühe Hilfen, für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften, für Ehrenamtsprojekte), Aufgaben der Koordinierungsstelle des Netzwerks (Wiederholungsmessung)
4. Neu: Maßnahmen und Strategien zur verbesserten Einbeziehung des Gesundheitswesens
5. Anzahl und Einsatzbereiche der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (teilweise Wiederholungsmessung)
6. Fallzahlen in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung (Wiederholungsmessung)
7. Bestehende Ehrenamtsstrukturen und vorhandene Qualitätsmerkmale der entsprechenden Projekte (Wiederholungsmessung)
8. Neu: Gesamtbeurteilung der Effekte und Auswirkungen der BIFH

Die thematischen Schwerpunkte (2), (3), (5), (6) und (7) wurden weitgehend analog zur ersten, teilweise auch zur zweiten Erhebungswelle operationalisiert. Daher werden im Folgenden nur die Items zu den vertiefenden Themenschwerpunkten (1), (4) und (8), sowie Veränderungen im Schwerpunktthema (6) näher erläutert.

(1) Angebote und Maßnahmen der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern

Neben der Verbreitung von Willkommensbesuchen (Wiederholungsmessung) wurde vertiefend nach deren Trägerschaft, dem eingesetzten Personal und der konzeptionellen Ausrichtung gefragt. Zudem wurde erhoben, in welchen Sprachen Informationsmaterialien zu den Frühen Hilfen vorliegen.

(4) Maßnahmen und Strategien zur verbesserten Einbeziehung des Gesundheitswesens

In diesem Block wurde erfasst, in welchem Ausmaß innovative, im Rahmen der Bundesinitiative entwickelte Modelle zur verbesserten Einbeziehung des Gesundheitswesens (zum Beispiel interprofessionelle Qualitätszirkel) in den Kommunen zum Einsatz kommen.

(6) Fallzahlen in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung (Wiederholungsmessung)

Im Vergleich zur zweiten Welle wurde eine Änderung vorgenommen: Es wurden nicht mehr die Zugänge neuer Fälle im Jahresverlauf gezählt, sondern nur noch der Bestand zum entsprechenden Stichtag der Jahre 2014 und 2015.

(8) Gesamtbeurteilung der Effekte und Auswirkungen der BIFH

Zum Abschluss der dritten Erhebungswelle wurden die Befragten um eine Einschätzung gebeten, ob sich zentrale Zieldimensionen im Bereich Frühe Hilfen seit Beginn der Bundesinitiative verbessert oder verschlechtert haben (zum Beispiel »Abstimmung von Bedarfs- und Angebotsplanung im Bereich Frühe Hilfen«, »Möglichkeiten der Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen mit Kindern im

Alter von bis zu drei Jahren«). Mit diesen allgemeinen Einschätzungen lässt sich abbilden, in welchem Maße die Erwartungen der Personen, die für die Umsetzung der Frühen Hilfen auf kommunaler Ebene verantwortlich sind, erfüllt wurden und welche Entwicklungen die BIFH nach deren Einschätzung insgesamt bewirken konnte.

3.3.4 Inhalte des Fragebogens der vierten Erhebungswelle 2018 mit Daten zu 2017

Die vierte Erhebungswelle kann einerseits als Abschluss, andererseits auch als Startpunkt betrachtet werden. Abgeschlossen wurde mit ihr die Erfassung des Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen im Zuge der BIFH, neu gestartet im Sinne einer Baseline wurde mit ihr das vom NZFH vorgesehene dauerhafte Monitoring der Frühen Hilfen im Rahmen der Förderung durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen.

Vor dem Hintergrund dieser beiden Maßgaben wurden hauptsächlich Wiederholungsfragen in den Fragebogen aufgenommen, die eine längsschnittliche Abbildung der Entwicklungen im Feld der Frühen Hilfen ermöglichen. Diese wurden ergänzt um spezifische Fragestellungen aus aktuellen Projektbereichen des NZFH.

Folgende Themenschwerpunkte wurden fünfzehn Jahre nach Beginn der BIFH erhoben:

1. Konfiguration Netzwerke Frühe Hilfen/Kinderschutz, konzeptionelles Selbstverständnis (Wiederholungsmessung)
2. Bestehende Angebote und Maßnahmen der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (Wiederholungsmessung)
3. Koordinierungsstellen (im Netzwerk Frühe Hilfen: Angliederung, personelle Ausstattung und Fluktuation, Probleme bei der Etablierung; für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften: Angliederung) (Wiederholungsmessung)
4. Ausgestaltung des Netzwerks Frühe Hilfen (einbezogene Akteure, Kooperationsqualität) (Wiederholungsmessung)

5. Merkmale der Kooperation und Merkmale des Netzwerks Frühe Hilfen (Wiederholungsmessung)
6. Steuerung und Planung im Bereich Frühe Hilfen (Wiederholungsmessung)
7. Finanzierungsgrundlagen im Bereich Frühe Hilfen (Wiederholungsmessung)
8. Neu: Lotsensysteme in den Frühen Hilfen (in Geburtskliniken, in Kinderkliniken, in pädiatrischen Praxen)
9. Neu: Kontakt- und Vermittlungsstellen in den Frühen Hilfen (Angliederung, Aufgaben)
10. Neu: Frühe Hilfen und Migration
11. Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (Wiederholungsmessung)
12. Einsatz von Ehrenamtlichen und Ehrenamtsangebote (Wiederholungsmessung)
13. Kommunale Ziele in der Planung, Steuerung und konzeptionellen Weiterentwicklung der Frühen Hilfen (Wiederholungsmessung)
14. Gesamtbeurteilung der Effekte und Auswirkungen der BIFH (Wiederholungsmessung)

Im Folgenden werden die Items zu den erstmals erhobenen Themenschwerpunkten (8), (9) und (10) näher erläutert:

(8) Lotsensysteme in den Frühen Hilfen (in Geburtskliniken, in Kinderkliniken, in pädiatrischen Praxen)

Lotsensysteme haben sich im Laufe der BIFH zunehmend verbreitet. Ihr Ziel ist es, Belastungslagen von Familien frühzeitig und systematisch wahrzunehmen, Familien auf mögliche Unterstützungsbedarfe anzusprechen und ihnen passgenaue Unterstützungsangebote vor Ort zu vermitteln. Erfasst wurde das Bestehen von Lotsensystemen im Rahmen von Willkommensbesuchen, in Geburts- und Kinderkliniken sowie in pädiatrischen Praxen. Außer zu den Willkommensbesuchen wurde vertiefend nach der Trägerschaft und Finanzierung dieser Lotsensysteme sowie die Qualifikation des eingesetzten Personals gefragt.

(9) Kontakt- und Vermittlungsstellen in den Frühen Hilfen (Angliederung, Aufgaben)

Kontakt- und Vermittlungsstellen sollen als Anlaufstelle für Eltern dienen, aber auch Informationen und Hilfe für Fachkräfte und andere Akteure des Netzwerks für Frühe Hilfen bereithalten, wenn bei einer betreuten Familie ein erhöhter Unterstützungsbedarf festgestellt wird, der (vermutlich) in den Bereich der Frühen Hilfen fällt. Im Rahmen der vierten Erhebungswelle wurde erfasst, ob im jeweiligen Jugendamtsbezirk eine solche Stelle besteht und wo diese angegliedert ist. Weiterhin wurde gefragt, welche Aufgabenschwerpunkte diese Stelle verfolgt.

(10) Frühe Hilfen und Migration

Im Zuge der stark gestiegenen Zuwanderungszahlen ab 2015 sahen sich auch die Akteure in den Frühen Hilfen mit der Aufgabe konfrontiert, einem wachsenden Anteil von Familien, die nicht die deutsche Sprache beherrschen, Unterstützung anzubieten. Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie drängend die damit verbundenen Herausforderungen sind und auf welchem Weg Sprachbarrieren in der Praxis überwunden werden können, wurde erfasst, ob im Rahmen der Frühen Hilfe auf Professionen aus dem Feld der Sprachmittlung zurückgegriffen wird und welcher Entwicklungsbedarf in diesem Feld gesehen wird.

In allen vier Befragungen hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer außerdem die Möglichkeit, Anregungen, Wünsche oder Kritik zur Befragung sowie allgemeine Hinweise zur Bundesinitiative Frühe Hilfen zu äußern.

Vor jeder Erhebung wurde der Fragenkatalog mit den Landeskoordinierungsstellen für Frühe Hilfen besprochen und von der Steuerungsgruppe der BIFH gemäß Artikel 9, Absatz 3 der VV BIFH verabschiedet.

3.4 Untersuchungseinheiten

Als Untersuchungseinheiten galten für die Kommunalbefragungen alle im Rahmen der BIFH geförderten Gebietskörperschaften. Dabei handelte es sich gemäß Artikel 4, Absatz 3 VV BIFH um Kreise,

kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden, sofern sie örtlicher Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sind. Die so geförderten und von den Koordinierungsstellen der Länder an das NZFH übermittelten Gebietskörperschaften werden im Folgenden als befragte Kommunen bezeichnet. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass in den befragten Kommunen die übermittelten Daten im Regelfall von einer bestimmten Person zusammengetragen und in den Online-Fragebogen eingegeben wurden. Dabei handelte es sich zumeist um die Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren (2017: 93,6 Prozent; 2015: 92,1 Prozent; 2014: 89 Prozent) oder aber (stellvertretende) Jugendamtsleitungen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes. Auf diesem Wege war sichergestellt, dass überwiegend jene Personen den Fragebogen bearbeiteten, die eine genaue Kenntnis der Strukturen Früher Hilfen vor Ort hatten.

Um über eine vollständige und stets aktuelle Datenbank aller Kontaktpersonen auf kommunaler Ebene zu verfügen, wurde eine enge Zusammenarbeit mit den Koordinierungsstellen der Länder und den geförderten Kommunen gepflegt. Aufgabe der Landeskoordinierungsstellen war es dabei, die Kontaktdaten der Ansprechpersonen für Frühe Hilfen aus den geförderten Kommunen in ihrem Zuständigkeitsbereich zusammenzustellen. Die so gewonnenen 16 Landeslisten wurden an das NZFH übermittelt. Änderungen in diesen Listen wurden von den Landeskoordinierungsstellen in regelmäßigen Abständen mitgeteilt.

Unterschiedliche Ausgangsgrößen: Geförderte Kommunen und Netzwerke Frühe Hilfen

Während der Vorbereitungen zur ersten Erhebungswelle stellte sich die Frage, wie bei der Datenerhebung mit Fällen zu verfahren wäre, in denen der jeweilige Jugendamtsbezirk mehr als nur ein Netzwerk Frühe Hilfen eingerichtet hat. Es gibt im Bundesgebiet mehrere Kommunen, in denen die Ebene des Netzwerks nicht direkt mit der Ebene des Jugendamtsbezirks gleichgesetzt werden kann. Dies ist vor allem in einigen Großstädten und großflächigen Landkreisen der Fall. Eine nach einzelnen Netzwerken differenzierte Aussage über den Ausbaustand

der Frühen Hilfen auf kommunaler Ebene wäre hier nur schwer möglich. Daher wurde in der ersten Erhebungswelle ein zweigleisiges Befragungsdesign konstruiert:

Die dem NZFH bekannten Ansprechpersonen wurden am Anfang des Fragebogens gebeten, die Zahl der in ihrer Kommune bestehenden Netzwerke anzugeben. Im Falle von lediglich einem Netzwerk (das heißt, die Netzwerkebene entspricht dem Jugendamtsbezirk) durchlief der Fragebogen die ursprüngliche Form, inklusive aller Fragen zu den im Netzwerk eingebundenen Akteuren bzw. zur Ausgestaltung der Frühen Hilfen auf Netzwerkebene.

Im Fall von zwei oder mehr Netzwerken Frühe Hilfen wurde die Befragung in einer abgewandelten Form fortgesetzt: All jene Fragen, die sich auf die Ebene des Netzwerks bezogen, wurden dann nicht mehr eingeblendet – sie waren stattdessen in einem ausgelagerten Fragebogen-Modul zu finden, das speziell auf die Erfassung der Netzwerkebene zugeschnitten war. Im Fragebogen, der an die geförderte Kommune gerichtet war, wurde lediglich gefragt, wie viele Netzwerke im regionalen Wirkungsbereich bestanden. Anschließend wurden der jeweiligen Ansprechperson der Kommune per E-Mail entsprechend viele Zugänge zu den Netzwerkfragebögen zugeschickt – versehen mit der Bitte, diese an die Personen weiterzuleiten, die für diese Netzwerke zuständig waren. Der Hauptfragebogen für die geförderte Kommune wurde zwar fortgesetzt – allerdings nur mit Fragen, die sich auf die übergeordnete kommunale Ebene der Frühen Hilfen bezogen.

Im Laufe der ersten Welle ergab sich folgendes Bild: Von den insgesamt 543 befragten Kommunen gaben 57 (10,5 Prozent) an, mehrere Netzwerke Frühe Hilfen im Jugendamtsbezirk zu unterhalten. In diesen 57 Kommunen bestanden insgesamt 254 Netzwerke – es wurden allerdings lediglich 161 Zugänge zum Modul mit dem Netzwerkfragebogen beantragt. Von diesen konnten 112 vollständig bearbeitete Fragebögen (Ausschöpfung bezogen auf 254 Fälle: 44,1 Prozent) zusammengetragen werden.

Auch wenn es gelungen ist, ein Bild von der Zahl der Netzwerke Frühe Hilfen in den befragten Kommunen zu sammeln, so war der Rücklauf bei den Netzwerkmodulen erheblich geringer als bei der

Kommunalbefragung insgesamt (vergleiche Kapitel 3.6, Tabelle 2). Es ist davon auszugehen, dass vielen Kommunen der mit dieser mehrstufigen Erhebungsmethode verbundene Aufwand zu hoch war. Bei den Folgerhebungen wurde daher darauf verzichtet, für jedes Netzwerk Angaben zu erheben. Eine Kartografie aller in Deutschland befindlichen Netzwerke Frühe Hilfen bleibt daher eine offene Aufgabe, der im Rahmen dieser Befragungen nicht nachgegangen werden konnte.

Eine weitere methodische Einschränkung bestand bei der Erhebung der in die Netzwerke Frühe Hilfen eingebundenen Akteure. Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass sich die Voraussetzungen bei den einzelnen Akteursgruppen sehr unterschiedlich gestalten können. So ist es entsprechend einfacher, zum Beispiel die einzige Geburtsklinik des Landkreises in die Netzwerkarbeit einzubinden als 25 kinderärztliche Praxen. In den Kommunalbefragungen konnte lediglich abgebildet werden, ob eine Akteursgruppe überhaupt im Netzwerk vertreten ist, und sei es nur mit einer einzelnen Person. Eine weitere methodische Restriktion bestand darin, dass im Rahmen der Kommunalbefragungen die Einschätzung des Verbreitungsgrades und der Qualität der Kooperation nur monoperspektivisch aus Sicht der für Frühe Hilfen in den Jugendämtern verantwortlichen Personen erfolgen konnte.

3.5 Durchführung der Befragung

Um einen störungsfreien Ablauf der Datenerhebung sicherzustellen, wurde in den Vorbereitungen darauf geachtet, alle bei der Evaluation beteiligten Akteure rechtzeitig zu den anstehenden Arbeitsschritten zu informieren. Dies betraf zum einen die Kommunikation mit den Koordinierungsstellen der Länder, die fortlaufend zum aktuellen Stand der Befragung informiert wurden.

Besonders sorgfältig wurde zum anderen bei der Information der geförderten Kommunen vorgegangen. Für diese bedeutete die Evaluation der BIFH letztlich einen nicht unerheblichen Aufwand. Das NZFH war darauf bedacht, hier ein größtmög-

liches Maß an Transparenz und Unterstützung zu gewährleisten. Daher wurde stets im Mai der ersten drei Erhebungsjahre per E-Mail ein erstes Informationsschreiben an die Kommunen versandt, in dem über den zeitlichen Ablauf (das heißt Zeitraum der Feldphase) und über die voraussichtlichen Inhalte der Befragung informiert wurde. In einem zweiten E-Mail-Schreiben Anfang September wurde nochmals an den genauen Start der Feldphase erinnert und konkreter auf die voraussichtlich abgefragten Inhalte eingegangen. Analog wurde im Vorlauf der vierten Erhebungswelle vorgegangen.

Die formale Feldlaufzeit dauerte bei den ersten drei Erhebungswellen von Ende September bis Anfang Dezember (2013, 2014 und 2015), bei der vierten Erhebungswelle von Ende Januar bis Mitte Mai (2018). Mit Beginn der jeweiligen Feldphase wurden E-Mails mit der Einladung zur Befragung an die gesammelten Kontaktadressen versandt. Sie enthielten:

- einen individuellen Zugangslink zum Online-Fragebogen,
- die PDF-Version des Fragebogens, mit dem die befragten Personen das gesamte Dokument ausdrucken konnten, um die erbetenen Daten in Ruhe zusammenzutragen,
- ein Hinweisblatt zur Befragung mit Zusatzinformationen zum Fragebogen und zum Ablauf der Feldphase,
- einen Link zur Datenschutzerklärung, in der über die Einhaltung des Datenschutzes und die weitere Verwendung der erhobenen Daten informiert wurde.

Während der Feldphase konnten die Befragten sich per E-Mail oder Telefon an das Forschungsteam wenden und erhielten kurzfristig Unterstützung.

Ein Punkt, der das Ausfüllen des Online-Fragebogens erleichterte, lag in der automatischen und in Echtzeit vorgenommenen Datensicherung sämtlicher Eingaben: Bei jeder Frage wurde die eingegebene Antwort direkt in einer Datenbank abgelegt, sodass beim zwischenzeitigen Verlassen des Fragebogens keine Eingaben verloren gingen und die Bearbeitung des Fragebogens jederzeit unterbrochen und wiederaufgenommen werden konnte. Während

der Bearbeitung des Fragebogens zeigte ein Fortschrittsbalken den Prozentsatz der bereits fertiggestellten Befragung (vergleiche Kuckartz u. a. 2009). Zum Ende des Fragebogens konnten die Antworten in einem PDF-Dokument gespeichert und dokumentiert werden.

Allen Kommunen, von denen bis zum formalen Ende der Feldlaufzeit keine Rückmeldung eingegangen war, wurde per E-Mail ein Erinnerungsschreiben zugestellt, in dem auf eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist hinweisen wurde – diesmal versehen mit einem ausdrücklichen Verweis auf die in Artikel 9 VV BIFH festgehaltene Mitwirkungspflicht der geförderten Kommunen an der Dokumentation und Evaluation. Jeweils im März/April (Wellen 1–3) bzw. im August (Welle 4) wurden die Feldphasen endgültig beendet, da spätestens ab diesem Zeitpunkt mit der Bereinigung und Auswertung der gesammelten Daten begonnen werden musste.

Für das Ausfüllen des Fragebogens fiel in der ersten Erhebungswelle eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von circa 45 Minuten an. Dieser Wert fiel in der zweiten Erhebung, die einen wesentlich geringeren Umfang hatte, auf 35 Minuten und stieg zur dritten Erhebung auf rund 58 Minuten. Das Ausfüllen der vierten und umfangreichsten Befragung nahm mit knapp 72 Minuten nochmals mehr Zeit in Anspruch (vergleiche Tabelle 1). Bei allen Erhebungen ist zu berücksichtigen, dass die vorherige Beschaffung aller relevanten Informationen zusätzlich Zeit beanspruchte, sodass von einem Aufwand von circa einem halben bis zu einem Arbeitstag zur Mitwirkung an der Befragung auszugehen ist.

TABELLE 1: Mittlere Bearbeitungszeit der drei Erhebungswellen

	1. Welle 2013		2. Welle 2014		3. Welle 2015		4. Welle 2018 mit Daten zu 2017	
	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	$\bar{x}$	$\tilde{x}$
Bearbeitungszeit	45:27	37:48	35:31	31:11	57:55	51:46	71:52	63:59

$\bar{x}$ = arithmetisches Mittel, $\tilde{x}$ = Median.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2013, 2014, 2015 und 2017

3.6 Ausschöpfungsraten

Zur Auftakterhebung 2013 übermittelten die Koordinierungsstellen der Länder Ansprechpersonen aus insgesamt 566 Kommunen, von denen 543 den Fragebogen ausfüllten (Ausschöpfungsquote 95,9 Prozent). Im Jahr 2014 konnten 553 vollständige

Fragebögen von 568 zu befragenden Kommunen gesammelt werden (Ausschöpfungsquote 97,4 Prozent). 2015 konnte die Zahl der befragten Kommunen nochmals gesteigert werden (555 von 574 gemeldeten Kommunen), die Ausschöpfungsquote war dennoch mit 96,7 Prozent leicht rückläufig. Die beste Teilnahmequote wurde mit der Erhebung 2018

TABELLE 2: Geförderte und befragte Kommunen, Rückläufe und Ausschöpfungsquoten

		2013			2014		
		Gefördert	Teil-genommen	Ausschöpfung (Prozent)	Gefördert	Teil-genommen	Ausschöpfung (Prozent)
Alte Bundesländer	Baden-Württemberg	46	45	97,8	46	46	100,0
	Bayern	92	85	92,4	93	92	98,9
	Bremen	2	2	100,0	2	2	100,0
	Hamburg	7	7	100,0	7	5	71,4
	Hessen	32	32	100,0	32	31	96,9
	Niedersachsen	56	52	92,9	52	52	100,0
	Nordrhein-Westfalen	181	173	95,6	186	178	95,7
	Rheinland-Pfalz	41	40	97,6	41	41	100,0
	Saarland	6	6	100,0	6	6	100,0
	Schleswig-Holstein	15	15	100,0	15	13	86,7
Neue Bundesländer	Berlin	12	12	100,0	12	12	100,0
	Brandenburg	18	17	94,4	18	18	100,0
	Mecklenburg-Vorpommern	8	8	100,0	8	8	100,0
	Sachsen	13	13	100,0	13	12	92,3
	Sachsen-Anhalt	14	13	92,9	14	14	100,0
	Thüringen	23	23	100,0	23	23	100,0
Bundesgebiet gesamt		566	543	95,9	568	553	97,4

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2013, 2014, 2015 und 2017

(zum Stichtag 31. Dezember 2017) erreicht: 559 von 573 gemeldeten Kommunen bearbeiteten den Fragebogen der vierten Erhebungswelle, was einer Ausschöpfungsquote von 97,6 Prozent entspricht. Es zeigt sich, dass über alle Bundesländer und alle Erhebungswellen hinweg sehr gute Ausschöpfungsquoten erreicht wurden (vergleiche Tabelle 2).

Wird berücksichtigt, dass Deutschland in 579 Landkreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden mit öffentlicher Trägerschaft für die Kinder- und Jugendhilfe aufgeteilt ist, kann mit den realisierten Ausschöpfungsquoten der vier Erhebungswellen von einer Vollerhebung (mit Ausfällen in vertretbarem Ausmaß) des Ausbaustands der Frühen Hilfen auf kommunaler Ebene ausgegangen werden.

Wenn in den folgenden Kapiteln keine Angaben zu Teilstichproben gemacht werden, auf die sich prozentuale Werte beziehen, dann sind für die Erhebungen folgende N anzulegen: 2013: 543; 2014: 553; 2015: 555 und 2018 mit Daten zu 2017: 559.

3.7 Datenbereinigung und Datenauswertung

Nach Abschluss der Erhebungen wurden die Daten einer umfassenden Qualitätskontrolle und Bereinigung unterzogen, sodass keine unplausiblen Bearbeitungsverläufe mehr im Datensatz vorhanden waren.

Nach der Prüfung und Bereinigung der Daten wurden den auf kommunaler Ebene erhobenen Inhalten ausgewählte statistische Kennzahlen aus amtlichen Statistiken zugespielt, um regional oder strukturell bedingte Unterschiede im Bereich des Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen untersuchen zu können. Dabei handelte es sich um folgende Informationen:

der Erhebungen 2013, 2014, 2015 und zu 2017

	2015			2017		
	Gefördert	Teilgenommen	Ausschöpfung (Prozent)	Gefördert	Teilgenommen	Ausschöpfung (Prozent)
	46	46	100,0	46	46	100,0
	95	93	97,9	95	94	98,9
	2	2	100,0	2	2	100,0
	7	6	85,7	7	7	100,0
	33	31	93,9	32	32	100,0
	54	53	98,1	54	51	94,4
	187	180	96,3	187	181	96,8
	41	38	92,7	41	39	95,1
	6	6	100,0	6	6	100,0
	15	14	93,3	15	15	100,0
	12	12	100,0	12	12	100,0
	18	17	94,4	18	17	94,4
	8	8	100,0	8	8	100,0
	13	12	92,3	13	13	100,0
	14	14	100,0	14	14	100,0
	23	23	100,0	23	22	95,7
	574	555	96,7	573	559	97,6

- Siedlungsstrukturelle Kreistypen (vierstufig)
- Bevölkerungsstärke in Einwohnern 2014

Die siedlungsstrukturellen Kreistypen differenzieren die einzelnen Kommunen hinsichtlich ihrer siedlungsstrukturellen Merkmale, um sinnvolle interregionale Vergleiche von Kreisen und Gemeinden einer ähnlichen Siedlungsstruktur zu ermöglichen (vergleiche BBSR 2019). Die einzelnen Kategorien der hier herangezogenen vierstufigen Differenzierung beinhalten dabei folgende kommunalen Typen:

Alle extern zugespielten Daten liegen nur auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten vor (N = 402) und fehlen daher für Jugendamtsbezirke in kreisangehörigen Gemeinden (relevant vor allem in Nordrhein-Westfalen), für solche in großstädtischen Bezirken in Berlin und Hamburg sowie für Städtereionen (Aachen und Hannover). Um aussagekräftige Analysen zu ermöglichen, wurde diesen Jugendamtsbezirken der siedlungsstrukturelle Kreistyp manuell zugeordnet und eine Klassierung der zugespielten Einwohnerzahl vorgenommen. Zur

Kreisfreie Großstädte:	Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern
Städtische Kreise:	Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohner/km ² , sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohner/km ²
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen:	Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km ² , sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohner/km ²
Dünn besiedelte ländliche Kreise:	Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohner/km ²

Im Vergleich zu anderen Raumabgrenzungen, zum Beispiel der dreistufigen Regionsgrundtypen, besteht der Vorteil des siedlungsstrukturellen Kreistyps darin, dass einerseits ausreichende Differenzierungsmöglichkeiten bestehen. Andererseits können die vier Stufen weiter zusammengefasst werden in die Obertypen »Städtischer Raum« und »Ländlicher Raum«, womit eine relativ einfache dichotome Gegenüberstellung von Stadt und Land möglich wird.

Vertiefende Informationen zu den siedlungsstrukturellen Kreistypen finden sich unter dem Internetlink: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html>.

Festlegung der Grenzen dieser klassierten Variablen wurden zwei Kriterien herangezogen: Erstens wurde darauf geachtet, dass sich in jeder neu gebildeten Kategorie eine ausreichend hohe Zahl an Fällen befindet, indem die Grenzen an den Terzil-Werten der Häufigkeitsverteilung orientiert wurden. Zweitens kamen inhaltliche Überlegungen zum Tragen, sodass die Schwellenwerte an markanten Übergangsbereichen gesetzt wurden. Tabelle 3 gibt die Schwellenwerte der rekodierten Einwohnerzahl wieder.

Bei den Auswertungen der gesammelten Daten wurden keine Signifikanztests vorgenommen. Grund für das Auslassen solcher Prüfungen der statistischen Aussagekraft ist, dass es sich bei den gesammelten Daten um eine Vollerhebung der deutschen

TABELLE 3: Gebildete Klassen der extern zugespielten Daten zur Einwohnerzahl

Kategorien	untere	mittlere	obere
Einwohnerzahl	30.000 bis einschließlich 100.000	über 100.000 bis einschließlich 200.000	über 200.000

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (<https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>)

Kommunen handelt. Hochrechnungen sind folglich nicht notwendig, da sich die relevante Grundgesamtheit (mit Ausnahme von wenigen Ausfällen) im befragten Sample befindet.

Die Auswertungen beschränken sich weitestgehend auf uni- und bivariate Analysen, um den Ausbaustand der Frühen Hilfen greifbar darzustellen. Teils wurden regionale Analysen vorgenommen, um Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern darzustellen oder um unterschiedliche Ausprägungen diverserer Variablen in Abhängigkeit

der Einwohnerzahl oder des siedlungsstrukturellen Kreistyps sichtbar zu machen. Fragen und Themen, die in mehreren Erhebungswellen gestellt bzw. abgefragt wurden, wurden nachfolgend längsschnittlich ausgewertet, um die Entwicklung im Zeitverlauf darzustellen.

Weitergehende methodische Erläuterungen zu eingesetzten Auswertungsverfahren sind an den entsprechenden Stellen dieses Forschungsberichts zu finden.

4

Allgemeine fachliche Entwicklungen

4.1 Verständnis von Frühen Hilfen

»Frühe Hilfen« sind ein Prototyp sozialer Innovationen (vergleiche Rettig u. a. 2017, Seite 5), da der Begriff einerseits ein auf den ersten Blick verständliches, eingängiges und hoch akzeptables Konzept bzw. Programm umschreibt, andererseits aber auch offen genug ist, um unterschiedlichen Herangehensweisen bei der Interpretation und Umsetzung dieses Programms ein (breites) Dach zu bieten. Dies sind günstige Voraussetzungen, damit sich ein neues Programm im Feld durchsetzen kann, da es so in besonderer Weise anschlussfähig ist (vergleiche Sann u. a. 2020). Seit Beginn der Implementierung dieses sozialpolitischen Programms, das 2006 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiiert wurde, ist ein stetes Ringen um die Auslegung dieses Begriffs bzw. um eine Positionierung der Frühen Hilfen zu beobachten. Der erste Spannungsbogen reicht dabei von einem universell-präventiven Verständnis der Information und Unterstützung für alle Familien im Übergang zur Elternschaft bis hin zu einem sekundär- (und teilweise sogar tertiär-)präventiven Verständnis von Frühen Hilfen als (präventivem) Teil des Kinderschutzsystems für die Allerjüngsten, das sich vor allem an Familien in prekären Lebenslagen mit hohen psychosozialen Risiken richtet. Ein zweiter Spannungsbogen ergibt sich aus der Brückenfunktion der Frühen Hilfen zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe. Auch hier sind keine Eindeutigkeiten in der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Leistungssystem vorgegeben, die Mittlerposition, das »Dazwischen« ist geradezu Programmatik der Frühen Hilfen. Dieses Ringen um eine adäquate Verortung hält bis heute an und fand seinen Niederschlag in zahlreichen Publikationen (vergleiche auch IzKK 2010; Schäfer/Sann 2014; BJK 2007, 2017). Dementsprechend entwickelte sich auch in der Praxis eine große Vielfalt an Ausgestaltungen Früher Hilfen, die auch unterschiedliche gewachsene Traditionen in Kommunen mit heterogenen Ausgangslagen widerspiegeln. So können Frühe Hilfen beispielsweise in einem eher ländlich strukturierten Sozialraum mit geringerer sozialer Problemdichte Ausdruck einer Willkommenskultur für Neugebo-

rene sein, basierend auf einem Gemeinwesen-orientierten Konzept der Unterstützung, Beteiligung und des Empowerments von Familien. Daneben kann es in einem großstädtischen Ballungsraum mit relativ hoher sozialer Problemdichte eine Ausprägung in Form eines systematischen »Risikoscreenings« geben, verbunden mit Überleitungen auch in hochschwellige und intensive sozialpädagogische Hilfen. Gemeinsam ist all diesen Ausgestaltungen der Frühen Hilfen, dass sie Müttern und Vätern frühzeitig – und bei erkennbaren Belastungen und Problemen auch rechtzeitig – passgenaue Unterstützung zukommen lassen wollen und dies im Zusammenwirken von Akteuren aus unterschiedlichen Leistungssystemen (vergleiche die Begriffsbestimmung des Beirats des NZFH von 2009, enthalten im Leitbild Frühe Hilfen, NZFH 2014d).

Sann und Landua (vergleiche 2010) unternahmen bereits im Jahr 2008 einen ersten Versuch, die im Feld vorliegenden Sichtweisen von Frühen Hilfen zu erfassen. Die Auswertungen ergaben eine Zweiteilung des Begriffsverständnisses und der darauf basierenden Praxis: Von einem Teil der Befragten aus den kommunalen Jugendämtern wurden Frühe Hilfen eher im Sinne einer »Frühen Förderung« gedeutet, von einem anderen Teil eher im Sinne eines »präventiven Kinderschutzes«. In den Kommunalbefragungen kamen in den Erhebungen 2013 und 2018 ähnliche Fragenbatterien zum Begriffsverständnis von Frühen Hilfen zum Einsatz. Den Fachkräften wurden 13 (2013) bzw. zwölf (zu 2017) Aussagen mit möglichen Auslegungen der Frühen Hilfen, die anhand einer fünfstufigen Skala (1 = »Stimme voll und ganz zu« bis 5 = »Stimme gar nicht zu«) beurteilt werden sollten, zur Einschätzung vorgelegt.

Die erfassten Items auf die Aussage »Frühe Hilfen« sind in unserem Jugendamtsbezirk ...« lauteten im Einzelnen:

- ... Unterstützungsangebote für alle (angehenden) Eltern (primäre Prävention)
- ... Unterstützungsangebote für Familien in belastenden Lebenslagen (sekundäre Prävention)
- ... Angebote für Familien in/nach Krisen (tertiäre Prävention)
- ... Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern bis Vollendung 1. Lebensjahr

- ... Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern bis Vollendung 3. Lebensjahr
- ... Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern bis Vollendung 6. Lebensjahr
- ... Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern über 6 Jahre (nur 2013 erhoben)
- ... eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung
- ... eine Maßnahme zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz
- ... eine Maßnahme zur Erkennung von kindlichen Risikolagen
- ... eine Maßnahme zur Verbesserung des Kinderschutzes
- ... Maßnahmen der Infrastrukturentwicklung
- ... einzelfallbezogene Hilfen

Diese 13 bzw. zwölf Variablen wurden anhand einer Faktorenanalyse darauf geprüft, ob die jeweiligen Zustimmungsmuster der befragten Kommunen auf bestimmten Grundorientierungen fußen, welche die unterschiedlichen Ausprägungen zu den 13 bzw. zwölf Aussagen (statistisch) erklären können. Weiterhin kann durch die Faktorenanalyse ermittelt werden, welche Variablen aus dem ursprünglichen Datenmaterial für die dahinterliegenden Interpretationen relevant sind bzw. welche dafür eine eher untergeordnete Rolle spielen (vergleiche Backhaus u. a. 2018).

Sowohl 2013 als auch zu 2017 konnten aus den Aussagen der Befragten – analog zu den Erkenntnissen von Sann und Landua (2010) – zwei Grundaussagen extrahiert werden, welche die unterschiedlichen Zustimmungsmuster zu den vorgegebenen Aussagen erklären: Der im Zuge der Faktorenanalyse gebildete Faktor »Frühe Hilfen als allgemeine Familienunterstützung« korreliert zum Beispiel hoch mit Variablen, die Frühe Hilfen als »Maßnahme der Gesundheitsförderung« und »Maßnahmen der Infrastrukturentwicklung« beschreiben. 50,4 Prozent der 559 in die Analyse einbezogenen Kommunen wiesen 2017 ein Antwortmuster auf, welches diesem eher primär-präventiven Grundverständnis Früher Hilfen zugeordnet werden kann (2013: 53,5 Prozent).

Der zweite auf den Aussagen der Befragten zum Begriffsverständnis »Frühe Hilfen« beruhen-

de Faktor kann mit den Worten »Frühe Hilfen als Angebote für Familien in belastenden Lebenslagen« beschrieben werden. Dieser Faktor korreliert vor allem mit den ursprünglichen Variablen, Frühe Hilfen seien »eine Maßnahme zur Verbesserung des Kinderschutzes« sowie »eine Maßnahme zur Erkennung von kindlichen Risikolagen«. Hier kommt ein eher sekundärpräventives Verständnis der Frühen Hilfen zum Ausdruck. 49,6 Prozent der Kommunen, die in die Berechnung des Faktorenmodells einbezogen wurden, wiesen 2017 ein Grundverständnis der Frühen Hilfen auf, das diesem Typus zuzuordnen ist (2013: 46,5 Prozent). Das Begriffsverständnis Früher Hilfen teilt sich also nach wie vor in zwei etwa gleich große Lager auf, welche die Frühen Hilfen entweder vor allem als primäre oder insbesondere als sekundäre Prävention verstehen.

Bei der Analyse der Antwortmuster 2017 fällt auf, dass weder die Aussage, Frühe Hilfen seien »Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern bis Vollendung des 6. Lebensjahres«, noch die Aussage, Frühe Hilfen seien »Angebote für Familien in/nach Krisen (tertiäre Prävention)«, mit einem der beiden extrahierten Faktoren in nennenswertem Ausmaß korrelierte. Außerdem gaben im Rahmen der Befragung nur wenige Kommunen an, dass dies Kennzeichen der Frühen Hilfen seien. Im Vergleich zur Erhebung 2013 wird deutlich, dass sich die Deutung der Frühen Hilfen zunehmend auf ein Kern-Set von Attributen fokussierte: Es herrschte mittlerweile anscheinend ein weitgehender Konsens darüber, dass Frühe Hilfen sich auf die Gruppe der Kinder bis zum dritten Lebensjahr richten und dass es sich nicht um Maßnahmen der tertiären Prävention handelt.

Vertiefte Analysen des Datensatzes von 2013 bestätigten noch tendenziell einen Zusammenhang zwischen der Struktur des Sozialraums und der Ausprägung der Frühen Hilfen: In ländlichen Gebietskörperschaften kamen häufiger deutlich ausgeprägte Auslegungen von »Frühen Hilfen als allgemeine Familienunterstützung« vor (56 Prozent) als in großstädtischen Gebietskörperschaften (49,1 Prozent); umgekehrt fanden sich in Großstädten deutlich ausgeprägte Varianten von »Frühe Hilfen als Angebote für Familien in belastenden Lebenslagen« häufiger als auf dem Land (50,9 Prozent zu 44 Prozent).

Die Struktur des Sozialraums wurde dabei folgendermaßen operationalisiert: ländliche Gebietskörperschaften: 30.000 bis 100.000 Einwohner; Großstädte: über 200.000 Einwohner.

Auch zeigte sich 2013 ein deutlicher Ost-West-Unterschied, wobei in den westdeutschen Kommunen universell-präventive Ausrichtungen Früher Hilfen verbreiteter waren (55 Prozent) als in ostdeutschen Kommunen (45,8 Prozent). Hier waren stattdessen sekundär-präventive Ausrichtungen häufiger zu finden als in westdeutschen Kommunen (54,2 Prozent zu 45 Prozent). Es wurde vermutet, dass diese Unterschiede zum einen auf historisch gewachsenen, unterschiedlichen Fürsorgetraditionen beruhen könnten, die nach wie vor Einfluss nehmen auf die Gestaltung von Hilfesystemen; zum anderen könnten auch höhere Armutsquoten bei unter Dreijährigen in den östlichen Bundesländern den Unterschied erklären. Erste Analysen der Daten weisen auf einen solchen generellen Zusammenhang zwischen Armutsquoten und Ausgestaltung der Frühen Hilfen hin, bedürften aber noch einer vertieften Auswertung.

In den Analysen des Datensatzes zu 2017 konnten jedoch keine Unterschiede mehr in Bezug auf die Regionalstruktur festgestellt werden. Hier scheint es zu einer Angleichung gekommen zu sein. Auch der zunächst prägnante Ost-West-Unterschied glied sich an, wobei nun sogar die Kommunen in den östlichen Bundesländern etwas häufiger ein primär-präventives Verständnis von Frühen Hilfen als die Kommunen in Westdeutschland zeigten (54,7 Prozent versus 49,7 Prozent). Entsprechend stellen sich die Verteilungen bezüglich des sekundär-präventiven Verständnisses von Frühen Hilfen (Ost: 45,3 Prozent versus West: 50,3 Prozent) dar. Vor allem in Kommunen in Ostdeutschland hat sich demnach inzwischen häufiger ein primär-präventives Verständnis von Frühen Hilfen etabliert, als es noch 2013 der Fall war (Zunahme um fast 10 Prozentpunkte), in westdeutschen Kommunen ist dies etwas seltener geworden (Abnahme um circa 5 Prozentpunkte). Die Bewegung in den Daten verweist auf die anhaltend hohe Dynamik im Feld: Konzeptionelle Ausrichtungen sind an einigen Orten anscheinend (noch) veränderbar und fluide, unabhängig von regi-

onalen Verortungen. Über Ursachen kann an dieser Stelle nur spekuliert werden: Vielleicht gab es neue Personen in der Netzwerkkoordination, vielleicht erfolgte vor Ort eine deutlichere Abgrenzung von Netzwerken Kinderschutz und Netzwerken Frühe Hilfen (siehe auch Kapitel 6.1.1 und Kapitel 10) oder die veränderte Sichtweise ist das Ergebnis des nun schon länger geführten Aushandlungsprozesses in lokalen Steuerungsgruppen und Netzwerken.

Ein wichtiges Ziel der Netzwerkarbeit ist es auch, interdisziplinäre Fachdiskurse anzuregen und Verständigungsprozessen über unterschiedliche Sichtweisen und Handlungsoptionen Raum und Gelegenheiten zu bieten. Ausgangspunkt für eine solche Verständigung kann der Austausch über unterschiedliche Auffassungen sein, was unter Frühen Hilfen zu verstehen ist. Dass diese auch unter den beteiligten Professionen mitunter weit auseinander liegen können, zeigt ein Vergleich zwischen niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten und den in der Regel im Jugendamt ansässigen Verantwortlichen für Netzwerke Frühe Hilfen: Die Kinderärztinnen und Kinderärzte, die sich 2015 an der Prävalenzstudie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3« (siehe Eickhorst u. a. 2016; Lorenz u. a. im Druck) des NZFH beteiligten, wurden nicht nur gebeten, Eltern zum Ausfüllen des Fragebogens zu motivieren, sondern auch Auskünfte zu ihrem Verständnis von Frühen Hilfen zu geben. Später wurden diese Daten in Beziehung gesetzt zum Begriffsverständnis der Befragten bei der Kommunalbefragung zu 2017 (in der Mehrzahl Netzwerkkoordinierende Frühe Hilfen).

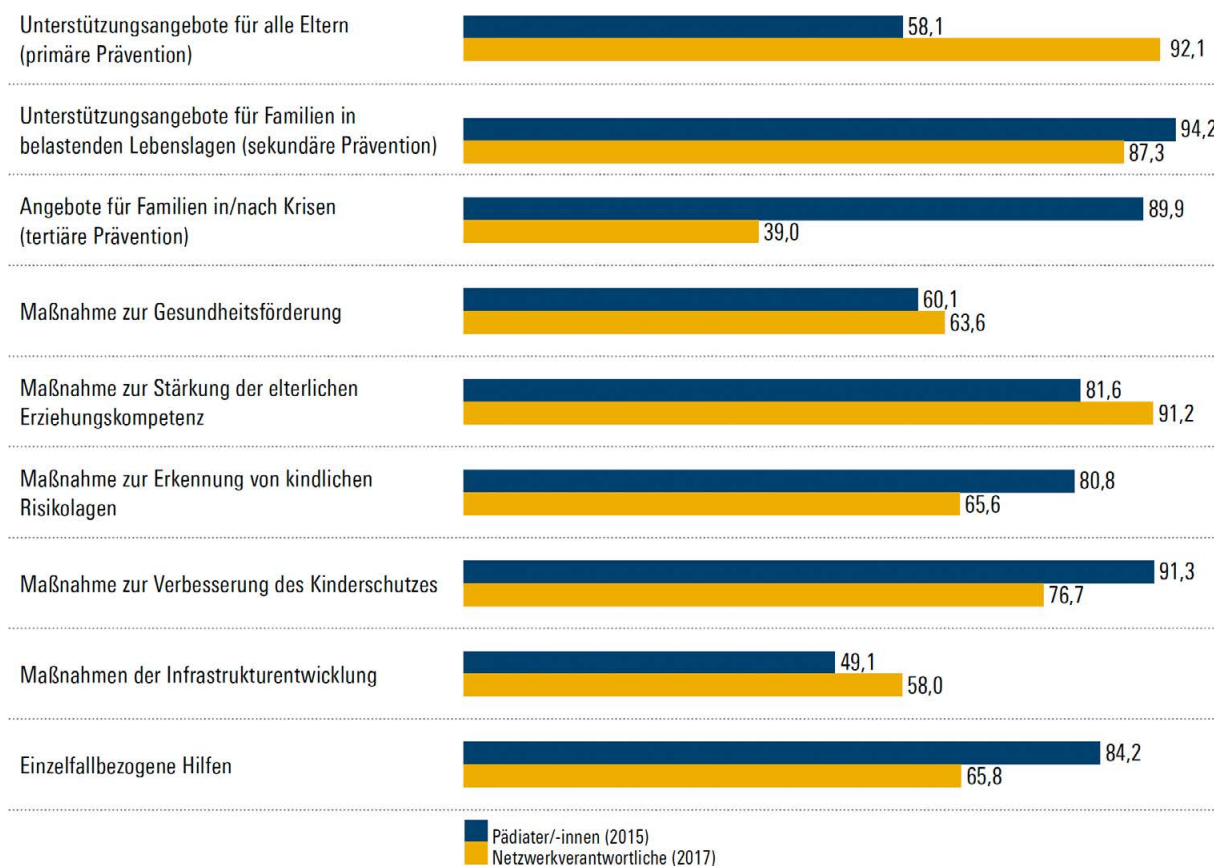
Unterschiedliche Auffassungen waren insbesondere hinsichtlich der präventiven Ausrichtung von Frühen Hilfen und ihrer Bedeutung als infrastrukturelle Maßnahme bzw. als einfallfallbezogene Hilfen auszumachen (vergleiche Abbildung 1): Ärztinnen und Ärzte definierten Frühe Hilfen häufiger als Angebote für Familien in belastenden Lebenslagen als die Netzwerkkoordinierenden in den Jugendämtern (94,2 Prozent versus 87,3 Prozent), während umgekehrt diese Frühe Hilfen deutlich häufiger als Angebote für alle Familien sahen (92,1 Prozent versus 58,1 Prozent). Die überwiegende Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte (89,9 Prozent) stimmte

sogar der Aussage zu, dass Frühe Hilfen ein Angebot für Familien in bzw. nach Krisen seien, was nur ein kleiner Teil der Netzwerkkoordinierenden (39 Prozent) auch so sah. Einen großen Unterschied gab es auch hinsichtlich der Auffassung, dass Frühe Hilfen Maßnahmen zur Verbesserung des Kinderschutzes seien, was 91,3 Prozent der Ärztinnen und Ärzte und nur 76,7 Prozent der Netzwerkkoordinierenden bejahten. Auch wurden Frühe Hilfen im Ärztekreis häufiger als Einzelfallhilfe angesehen (84,2 Prozent versus 65,8 Prozent) und seltener als Maßnahme zur Infrastrukturentwicklung (49,1 Prozent versus 58 Prozent). Hier gab (und gibt) es also noch einen erheblichen Bedarf an Austausch und Verständigung.

Resümee

Das Begriffsverständnis von Frühen Hilfen gemäß den Vorschlägen des NZFH-Beirats, welche im Leitbild Frühe Hilfen konkretisiert wurden (NZFH 2014b), proklamiert ein gestuftes Modell von Prävention: Zum einen sind Frühe Hilfen Angebote an alle (werdenden) Familien und deren Kinder ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr – und damit Unterstützung im Sinne einer allgemeinen Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus beinhalten sie jedoch auch zielgerichtete Angebote, die speziell an den Bedarfen von Familien in psychosozialen Belastungslagen orientiert sind (selek-

ABBILDUNG 1: Zustimmung zu Definitionen von Frühen Hilfen



Anteile der Befragten mit Antworten 1 und 2 auf einer Skala von 1 (»trifft voll und ganz zu«) bis 5 (»trifft gar nicht zu«), Prozentwerte der befragten Verantwortlichen für Netzwerke Frühe Hilfen in Kommunen (N = 536–559) und Pädiater/-innen (N = 241).

Quellen: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017. Befragung von Pädiaterinnen und Pädiatern im Rahmen der Prävalenzstudie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3«, Hauptstudie 2015

tive/sekundäre Prävention). Im Prinzip wird diese Auffassung quer durch die Republik geteilt, jedoch zeigen sich nach wie vor auch Unterschiede in den Schwerpunktsetzungen: Die eine Hälfte der Befragten bevorzugt eine eher primär-präventive Ausrichtung der Frühen Hilfen, während die andere Hälfte eher eine sekundär-präventive Schwerpunktsetzung vorzieht. Regionale Unterschiede bezogen auf das Begriffsverständnis von Frühen Hilfen haben sich im Verlauf der BIFH weitgehend angeglichen, wobei in den östlichen Bundesländern nunmehr häufiger eine primär-präventive Auffassung vorherrscht als in den westlichen Bundesländern. Unterschiede zwischen den Professionen sind aber nach wie vor deutlich auszumachen und bedürfen der weiteren Verständigung.

4.2 Entwicklung von Angeboten zur psychosozialen Unterstützung von Familien

Die Dokumentation und Evaluation der BIFH sollte einerseits die Umsetzung der spezifischen Förderschwerpunkte abbilden, andererseits aber auch aufzeigen, inwieweit darüber hinausgehende fachliche Impulse im Feld der psychosozialen Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern zu verzeichnen waren. Daher wurde eine breite Erfassung unterschiedlicher Maßnahmen und Angebote auch aus angrenzenden Handlungsfeldern vorgenommen. Dies war sowohl für die Forschenden als auch für die Befragten mit einigen (in erster Linie methodischen) Herausforderungen verbunden, da es vielfach (noch) keine exakten definitorischen oder kodifizierten Abgrenzungen der Frühen Hilfen zu anderen Leistungen gab bzw. gibt, wie zum Beispiel zu den Hilfen zur Erziehung. In der Regel wird in der kommunalen Fachpraxis unter dem Begriff Frühe Hilfen ein breites Spektrum an Angeboten und Maßnahmen verstanden, das sowohl universell- bzw. primärpräventive Ansätze der Familien- und Gesundheitsförderung als auch selektiv- bzw. sekundärpräventive Hilfen für Familien in belastenden Lebenslagen umfasst (siehe Kapitel 4.1).

Um abzubilden, wie sich die Landschaft von Angeboten und Maßnahmen im Bereich der psycho-

sozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) und im Zuge der BIFH verändert hat, wurden im Rahmen der Kommunalbefragung 2013 zunächst 14, in der Befragung 2015 15 und in der jüngsten Erhebung zu 2017 nur noch neun unterschiedliche Typen von Angeboten bzw. Maßnahmen der psychosozialen Versorgung von Familien mit Kindern bis zum Abschluss des dritten Lebensjahres erhoben, die dem Bereich Frühe Hilfen und angrenzenden Leistungsbereichen zugeordnet werden können. Dazu zählten zum Beispiel Angebote der Frühförderung, der Schwangerschaftsberatung, des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Familienbildung. Für 2017 fiel die gesamte Befragung besonders umfangreich aus, sodass nur die für die späteren Analysen wichtigsten Angebote erfasst wurden.

Im Jahr 2013 wurde danach gefragt, ob dieser Angebotstypus im Jugendamtsbezirk bereits vor dem 1. Januar 2012 bzw. zum Stichtag 30. Juni 2013 vorlag. 2015 bzw. für 2017 wurde diese Frage für den Stichtag 30. Juni bzw. 31. Dezember wiederholt, um die Entwicklung der Angebote und Maßnahmen beurteilen zu können (vergleiche Abbildung 2, Seite 41). Die Daten lassen allerdings nur Aussagen zum Vorkommen der Angebotstypen zu, nicht jedoch zur Anzahl, zur Reichweite bzw. dem Versorgungsgrad der Bevölkerung mit diesen Angeboten. Zudem wurde für 2012 und 2013 erfragt, ob diese Angebote bzw. Maßnahmen mit Mitteln der BIFH auf- bzw. ausgebaut wurden. Diese Vorgehensweise sollte es ermöglichen, spezifische Effekte der Förderung von unspezifischen Effekten – zum Beispiel durch eine generelle Mobilisierung der Fachpraxis durch das BKisSchG – unterscheiden zu können. Ergebnisse dazu wurden bereits im Zwischenbericht zur BIFH vorgestellt (vergleiche NZFH 2014a).

Kernangebote der psychosozialen Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern

Den höchsten Verbreitungsgrad in den Kommunen hatten über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg Gruppenangebote und Kurse für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur

Vollendung des dritten Lebensjahres, die zum Stichtag 31. Dezember 2017 in nahezu jedem Jugendamtsbezirk vorgehalten wurden (siehe Abbildung 2). Darauf folgen das Kernangebot der Frühen Hilfen in Form der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung (LaB) durch Fachkräfte sowie Begrüßungsschreiben/Informationsmaterialien für Eltern. Diese vier Angebote stellen also mittlerweile die zentralen Säulen im Bereich der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern durch Frühe Hilfen dar. Zu beachten ist, dass von diesen Kernangeboten nur die Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte nach den Förderrichtlinien in der Verwaltungsvereinbarung der BIFH explizit mit den Mitteln der Bundesinitiative gefördert werden konnte.

Angebotsentwicklung im Verlauf

Die Verbreitung von Begrüßungsschreiben bzw. Informationsmaterialien für (werdende) Eltern hat von 2013 (80,3 Prozent) über 2015 (87,6 Prozent) bis 2017 (89,3 Prozent) stetig zugenommen (siehe Abbildung 2). Bezogen auf die zeitliche Dynamik seit Einführung des BKiSchG (und dem Beginn der BIFH) 2012 (61,3 Prozent) fällt der Zuwachs (+ 28 Prozentpunkte) noch deutlicher aus. Die Umsetzung dieser Maßnahme ist mit relativ wenig Aufwand verbunden. Die Jugendämter erfüllen damit die in Paragraph 2, Absatz 1 KKG festgehaltene Informationspflicht von Eltern in Bereichen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes. Weiterhin ist der Anteil der Kommunen, die Willkommensbesuche anbieten, seit 2012 deutlich gestiegen (2012: 42,4 Prozent; 2017: 63,9 Prozent; ausführlichere Informationen dazu finden sich in Kapitel 7.1).

Ein sehr hoher Zuwachs von 25 Prozentpunkten wurde seit 2012 auch beim Kernangebot der Frühen Hilfen, der »Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch Fachkräfte außerhalb der Regelversorgung (LaB)« verzeichnet (2012: 65,2 Prozent; 2017: 90,2 Prozent). Dabei handelt es sich meist um Angebote, bei denen Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen zum Einsatz kommen (detailliertere Informationen siehe Kapitel 8.1). Ein weiterer Angebot-

stypus, der in seiner Verbreitung stark angewachsen ist, sind Angebote mit Ehrenamtlichen, zum Beispiel mit Familienpatinnen und Familienpaten (2012: 52,5 Prozent; 2017: 71,6 Prozent) – ein Gesamtplus, dessen Höhepunkt allerdings 2015 zu verzeichnen war (75,1 Prozent). Diese beiden Angebotsformen wurden direkt durch die BIFH gefördert.

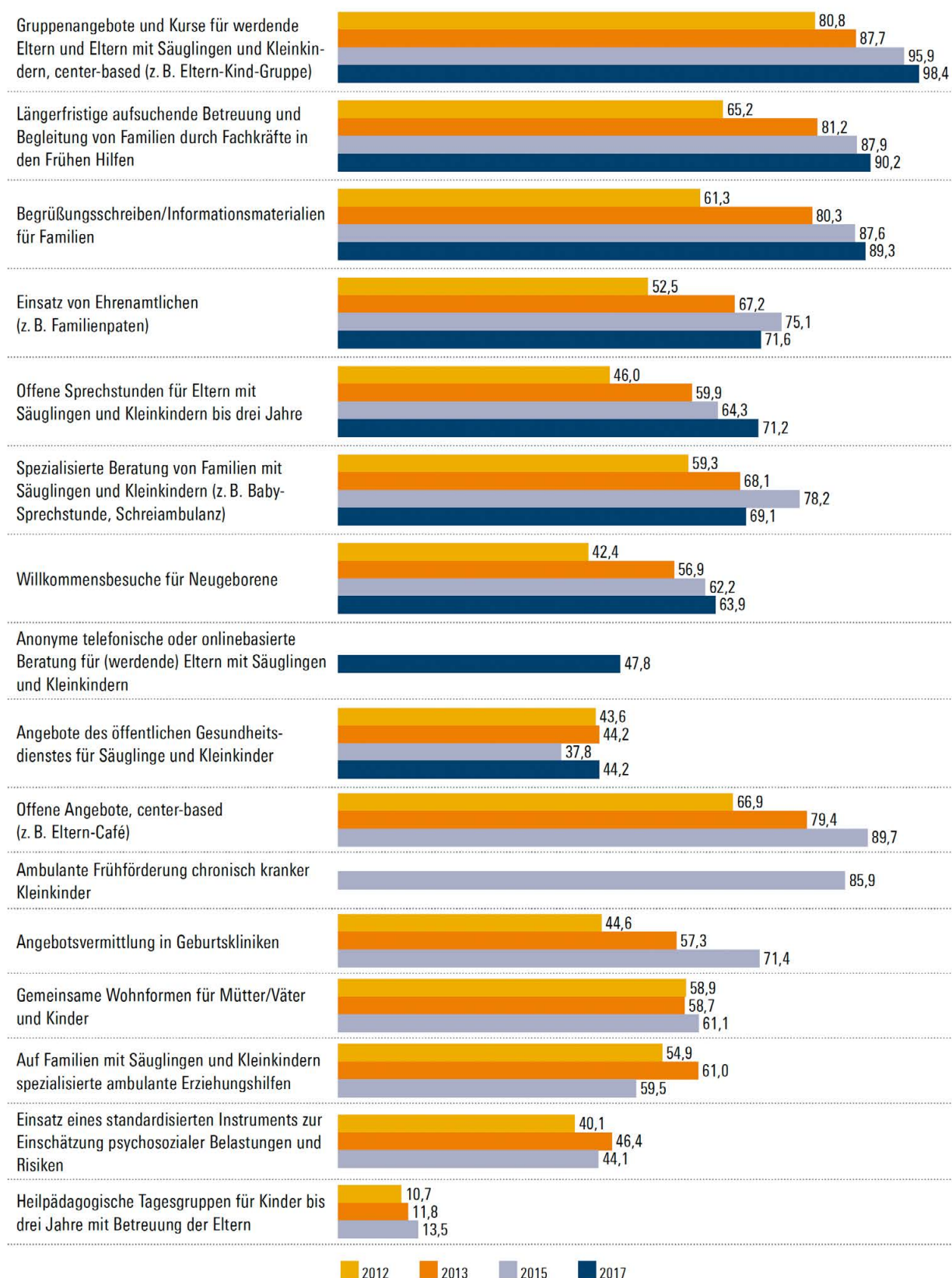
Auch die Verbreitung von Lotsensystemen in Geburtskliniken hat sehr stark zugenommen (2015: 71,4 Prozent; 2013: 57,3 Prozent).² Sie werden qualitativ meist von Fachkräften abgesichert und bieten Familien niedrigschwellig angelegte Zugangswege zum weiteren Leistungsspektrum der Frühen Hilfen (zu Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken vergleiche Schmenger u. a. 2020). Die deutliche Ausweitung dieser Vermittlungsstruktur kann als ein allgemeiner Fördereffekt der BIFH interpretiert werden, da hier weder gesetzliche Vorgaben gemacht wurden noch Fördermittel vorgesehen waren. Die beobachtbare Etablierung der Lotsensysteme ist vorwiegend als Leistung der Kliniken im Zusammenwirken mit den Kommunen anzusehen (siehe ausführlicher dazu Kapitel 7).

Deutliche Zunahmen sind auch im Bereich der eher sozialraumorientierten, offenen Angebote zu erkennen: Offene Sprechstunden für Eltern verzeichneten zwischen 2012 und 2017 ein Plus von über 25 Prozentpunkten, offene Treffs von fast 23 Prozentpunkten zwischen 2012 und 2015.

Spezialisierte Beratungen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (zum Beispiel Baby-Sprechstunde, Schreiambulanz) hatten sich dagegen seit 2012 zwar zunächst verbreitet, waren in letzter Zeit allerdings wieder in weniger Jugendamtsbezirken vorzufinden (2012: 59,3 Prozent; 2015: 78,2 Prozent; 2017: 69,1 Prozent). In der Gesamtbilanz kann jedoch auch hier ein Zuwachs von fast zehn Prozentpunkten verbucht werden. Spezifische pädagogische Angebote, wie zum Beispiel spezialisierte heilpädagogische Tagesgruppen für Kleinkinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, die in der Regel auch eine Anleitung der Eltern beinhalten, nahmen nur leicht zu (2012: 10,7 Prozent; 2015: 13,5 Prozent), wurden jedoch für 2017 nicht mehr erfasst.

Sehr geringe Zuwächse waren bei den gemeinsamen Wohnformen für Mütter/Väter und ihre Kinder

ABBILDUNG 2: Entwicklung der Verbreitung von Maßnahmen und Angeboten im Bereich der psychosozialen Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres 2012, 2013, 2015 und 2017



Prozentwerte. Wenn Werte fehlen, wurden in dem Jahr zu dieser Angebotsform oder Maßnahme keine Daten erhoben. 2012/2013: N = 543; 2015: N = 555; 2017: N = 559.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2013, 2015 und 2017

zu beobachten (2012: 58,9 Prozent; 2015: 61,1 Prozent), wobei dieses Angebot für 2017 nicht mehr erhoben wurde. Als gleichbleibend häufig vertreten (mit leichten Schwankungen) zeigten sich auch Angebote des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) für unter dreijährige Kinder (2012: 43,6 Prozent; 2015: 37,8; Prozent 2017: 44,2 Prozent). Hier ist zu beachten, dass das Vorkommen dieses Angebots ein Spezifikum einiger Bundesländer darstellt, zum Beispiel spielt der KJGD in Berlin eine herausragende Rolle im Kontext der Frühen Hilfen.

Nur 44,1 Prozent der Kommunen setzten 2015 in ihrem Zuständigkeitsbereich standardisierte Instrumente zur Einschätzung von psychosozialen Belastungen und Risiken von Familien ein. Damit war dessen Verbreitung seit 2013 mit 46,4 Prozent sogar leicht zurückgegangen.³

Resümee

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Bundesinitiative Frühe Hilfen größtenteils eine spezifische Wirkung entfaltet hat – in erster Linie durch finanzielle Förderung, welche eine Ausweitung des Einsatzes von Familienhebammen und Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen unterstützt hat. Aber auch gesetzliche Normierungen (Informationspflicht nach Paragraf 2, Absatz 1 KKG) wirkten auf die Angebotsentwicklung in den Kommunen ein, was an der Zunahme von Informationsschreiben und Willkommensbesuchen abzulesen ist. Darüber hinaus hat die BIFH auch einen allgemeinen fachlichen Impuls gesetzt, der interessanterweise vom Gesundheitssystem ausgeht bzw. aufgenommen wurde (Lotsensysteme). Das zu Beginn der Etablierung Früher Hilfen in Deutschland bestehende Ziel der Ausweitung des Einsatzes von Einschätzhilfen bzw. Screening-Instrumenten konnte dagegen nicht weiter vorangetrieben werden. Dies ist kritisch zu beurteilen, da solche Screening-Instrumente einen guten Ansatzpunkt für ein qualitätsgesichertes und standardisiertes Zugangsmanagement in den Frühen Hilfen bieten. Verbesserungen könnten hier mit verhältnismäßig geringem Aufwand erreicht werden, da die bestehenden Einschätzungsbögen weitestgehend auf andere Kommunen und Geburtskliniken übertragen werden könnten (siehe auch Kapitel 7.2).

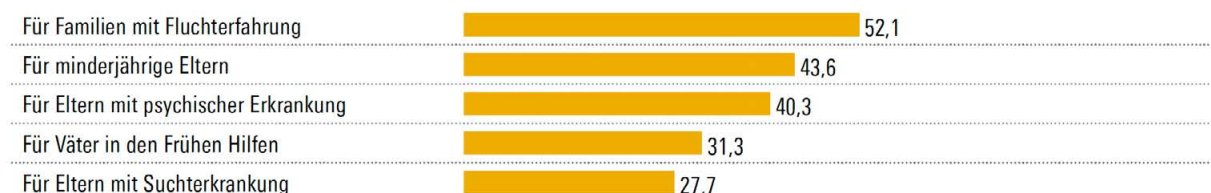
Neben diesen Fortschritten bei der Entwicklung der Angebotsstrukturen zur psychosozialen Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern waren jedoch auch (leicht) rückläufige Trends zu verzeichnen: Hier ist vor allem auf spezialisierte Beratungen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (zum Beispiel Baby-Sprechstunde, Schreambulanz) und den Einsatz von Ehrenamtlichen (zum Beispiel in Form von Familienpatenschaften) zu verweisen.

4.3 Angebote für spezifische Zielgruppen

Neben der Bereitstellung von Maßnahmen und Angeboten für alle Familien sowie Angeboten für Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf werden im Rahmen der Frühen Hilfen vielerorts auch Angebote für spezifische Zielgruppen vorgehalten (2018 erstmals erhoben). Gut die Hälfte aller Kommunen gab an, spezifische Angebote für (werdende) Familien mit Fluchterfahrung anzubieten (52,1 Prozent; vergleiche Abbildung 3).

Für (werdende) Väter wurden dagegen nur in weniger als jeder dritten Kommune (31,3 Prozent) spezifisch zugeschnittene Angebote vorgehalten. Bei 43,6 Prozent aller befragten Kommunen haben zudem Angebote insbesondere für minderjährige Eltern, wie zum Beispiel Mutter-Kind-Gruppen für jugendliche Mütter, vorgehalten. Schließlich haben einige Kommunen auch Hilfe und Unterstützung für Familien mit psychisch und/oder suchtkranken Eltern angeboten: Während immerhin 40,3 Prozent angaben, spezifische Angebote für (werdende) Eltern mit psychischen Erkrankungen vorzuhalten, haben nur 27,7 Prozent der Kommunen spezielle Angebote für Eltern mit Suchterkrankungen bereitgestellt. Im Folgenden werden Entwicklungen und Entwicklungsbedarfe in den Kommunen, bezogen auf die Zielgruppen »Familien mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund«, »Eltern mit psychischer Erkrankung« und »Väter«, eingehender dargestellt. Eine Einordnung dieser Entwicklungsziele in eine Übersicht aller konzeptionellen und strategischen Ziele der Kommunen erfolgt in Kapitel 10.

ABBILDUNG 3: Bereitstellung von Angeboten der Frühen Hilfen für spezifische Zielgruppen 2017



Prozentwerte, N = 559.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

4.3.1 Familien mit Migrations-/Fluchthintergrund

Die Hälfte aller Kommunen bietet mittlerweile spezifische Angebote für (werdende) Familien mit Fluchterfahrung an. Menschen mit Migrations- und/oder Fluchtgeschichte benötigen jedoch nicht immer (nur) speziell auf sie zugeschnittene Angebote, vielmehr gilt es vor allem, ihnen Zugang zu bestehenden Unterstützungsangeboten zu ermöglichen und dort in der Arbeit mit diesen Menschen ihre besondere Situation angemessen zu berücksichtigen. Eine große Herausforderung sowohl für den Zugang zu Angeboten als auch in der Arbeit mit dieser Gruppe von Klientinnen und Klienten stellen Verständigungsprobleme aufgrund von sprachlichen, aber auch kulturellen Hürden dar.

Durch die steigende Zahl von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung, die insbesondere im Rahmen der Fluchtbewegungen in den Jahren 2015 und 2016 nach Deutschland kamen und unter denen sich auch viele Schwangere und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern befanden, sahen sich auch die Fachkräfte in den Frühen Hilfen neuen Herausforderungen zur Überwindung von kulturellen und sprachlichen Barrieren gegenüber. Dieser Teilaspekt der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund und/oder Fluchterfahrung wurde in der vierten Welle der Kommunalbefragungen erstmals genauer beleuchtet.

Konkret auf Fälle mit Verständigungsproblemen aufgrund von Sprachbarrieren angesprochen, ant-

worteten 22,2 Prozent der Kommunen (n = 513 gültige Fälle), dass die Zahl dieser Fälle seit 2015 stark (das heißt um mindestens 50 Prozent) angestiegen sei; fast zwei Drittel (62,6 Prozent) berichteten, dass die Zahl der Fälle, in denen die Verständigung aufgrund von Sprachbarrieren nicht oder nur schwer möglich war, zumindest »gestiegen« sei. In Summe gaben demnach vier von fünf Kommunen (84,8 Prozent) an, dass Probleme aufgrund von Sprachbarrieren seit 2015 zugenommen hatten. Nur 12,5 Prozent sahen keine Veränderung in der Häufigkeit des Auftretens solcher Fälle und lediglich 2,7 Prozent beobachteten gar eine sinkende Fallzahl von Fällen, in denen Sprachbarrieren eine Rolle spielten.

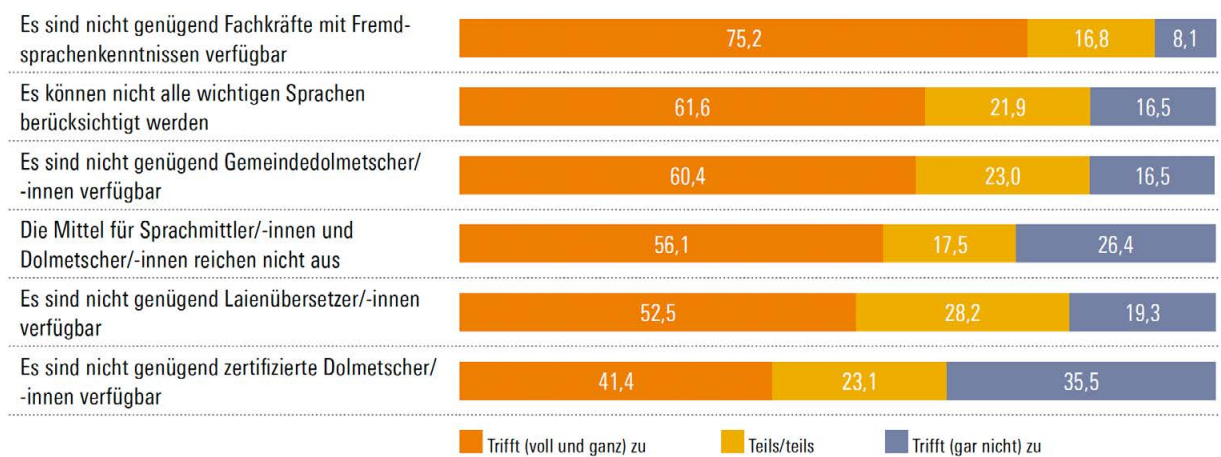
Um solche Sprachbarrieren in der Kommunikation mit migrierten und/oder geflüchteten Familien im Rahmen von Angeboten Früher Hilfen überwinden zu können, setzte ein Drittel der Kommunen (33,8 Prozent) einschlägig ausgebildetes Fachpersonal in Form von zertifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern ein. Gemeindedolmetscherinnen und Gemeindedolmetscher kamen nur in jeder fünften Kommune zum Einsatz (21,1 Prozent). Wesentlich häufiger wurde in den Frühen Hilfen dagegen auf Laienübersetzerinnen und Laienübersetzer zurückgegriffen, diese kommen in drei Vierteln aller Kommunen zum Einsatz (75,3 Prozent). In mehr als jeder zweiten Kommune wurden zudem Fachkräfte aus den Frühen Hilfen, die entsprechende Fremdsprachenkenntnisse vorweisen können, für das Überwinden von Sprachbarrieren eingesetzt oder hinzugezogen (52,6 Prozent).

Im Rahmen der Kommunalbefragung zu 2017 wurden die Befragten zudem um eine Einschätzung möglicher struktureller Probleme im Kontext von Sprachmittlung gebeten. Aus den Daten geht hervor, dass in zahlreichen Kommunen Übersetzerinnen und Übersetzer bzw. Sprachmittlerinnen und Sprachmittler fehlten sowie ausreichende finanzielle Mittel für deren Einsatz (vergleiche Abbildung 4): Drei Viertel der Kommunen stimmten der These (eher) zu, dass vor Ort nicht genügend Fachkräfte mit nötigen Fremdsprachenkenntnissen zur Verfügung stehen würden (75,2 Prozent). Entsprechend war die alltägliche Arbeit der Fachkräfte mit den Familien aufgrund der Sprachbarrieren häufig erschwert. Es fehlte auch an Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetschern (60,4 Prozent), an Laienübersetzerinnen und -übersetzern (52,5 Prozent) sowie an zertifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern (41,4 Prozent). Mehr als jede zweite Kommune, die eine Antwort auf diese Frage geben konnte, sagte zudem, die Mittel für Übersetzungs- bzw. Sprachmittlungsdienste würden nicht ausreichen (56,1 Prozent). Darüber hinaus sei auch die sprachliche Vielfalt ein Problem: 61,6 Prozent der Kommunen teilten mit, dass nicht alle wichtigen Sprachen berücksichtigt werden können.

Obwohl der Bedarf wegen steigender Fallzahlen mit Verständigungsproblemen aufgrund von Sprachbarrieren deutlich gestiegen war und Übersetzungspersonal sowie Fachkräfte mit Fremdsprachenkenntnissen in hohem Maße fehlten, sah nur ein gutes Drittel der Kommunen (36,7 Prozent) hier einen (sehr) hohen Entwicklungsbedarf (vergleiche Abbildung 5). Knapp jede zweite Kommune schätzte den Entwicklungsbedarf als moderat ein (45,8 Prozent), nur 3,9 Prozent sahen keinen Entwicklungsbedarf in diesem Bereich.

Im Rahmen der Kommunalbefragung 2015 wurde einmalig erfasst, ob Begrüßungsschreiben und sonstige Informationsmaterialien für junge Eltern auch in Fremdsprachen vorlagen bzw. ausgegeben wurden. Von jenen Kommunen, die solche Materialien generell anboten (n = 486), gaben 46,3 Prozent ausdrücklich an, keine fremdsprachigen Materialien vorzuhalten. Relativ häufig gab es Materialien in türkischer (37 Prozent), russischer (33,7 Prozent) und englischer (32,5 Prozent) Sprache (vergleiche Abbildung 6). Hier besteht weiterhin Entwicklungsbedarf, um Familien, die (noch) nicht ausreichend Deutsch sprechen bzw. verstehen, nicht von wichtigen Informationen zu den hierzulande vorhandenen Hilfesystemen auszuschließen. Dieser Bedarf stellt

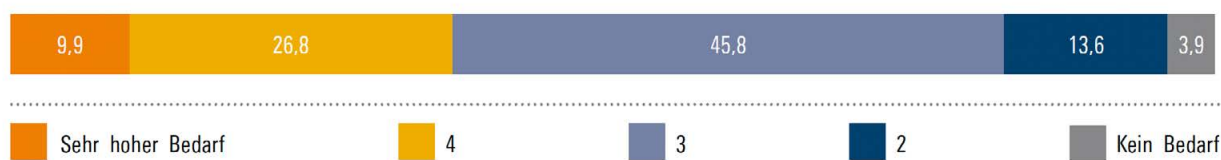
ABBILDUNG 4: Hindernisse bei der Überwindung von Sprachbarrieren in den Frühen Hilfen 2017



Kommunen mit gültigen Antworten auf einer Skala von 1 (»trifft voll und ganz zu«) bis 5 (»trifft gar nicht zu«), zusammengefasst die Antworten 1 und 2 sowie 4 und 5. Prozentwerte. N = 230–459.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

ABBILDUNG 5: Entwicklungsbedarf bezüglich Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren in den Frühen Hilfen 2017



Kommunen mit gültigen Antworten. Prozentwerte. N = 557.

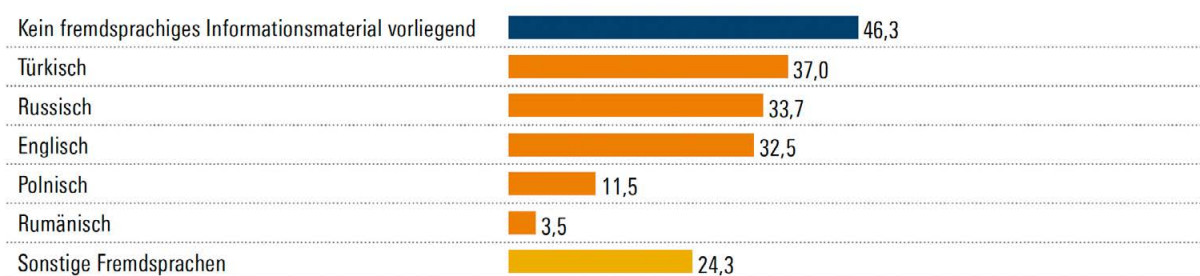
Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

sich angesichts des Anstiegs von zugewanderten Familien mit Fluchterfahrungen in besonders dringlicher Weise.

Die gestiegene Bedeutung der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung im Rahmen der Frühen Hilfen wird auch in den Kooperationsbeziehungen der Netzwerke sichtbar (siehe auch Kapitel 6.2.3): Verfügten 2013 nur 32,7 Prozent der Kommunen über fallübergreifende Kooperationsbeziehungen zu Migrationseinrichtungen und -diensten, stieg dieser Anteil über 2015 (45,6 Prozent) bis 2017 auf 56,5 Prozent. Ferner hat sich die Beurteilung der Kooperationsqualität mit den Migrationsdiensten durch die in den Kommunen für die Frühen Hilfen zuständigen Personen im Zeitraum von 2013 bis 2017 von 2,5 auf 2,3 leicht verbessert (2015: 2,3; auf einer Skala von 1 = »sehr zufrieden« bis 5 = »sehr unzufrieden«). Im Jahr 2017 wurde erstmals auch nach der Netzwerkintegration von Erstaufnahme-

einrichtungen für Flüchtlinge gefragt. Hier ist von einem hohen Prozentsatz von Schwangeren und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter den Bewohnerinnen und Bewohnern auszugehen, die überproportional häufig einen erhöhten Hilfebedarf aufweisen dürften, zum Beispiel durch auf der Flucht erlittene Traumata. Eine gute Versorgung dieser Menschen gelingt nur in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten, wenngleich die Dauer des Aufenthalts dort meist begrenzt ist. Erstaufnahmeeinrichtungen waren (noch) relativ selten in die Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden. Lediglich 19,3 Prozent der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen unterhielten zum Stichtag 31. Dezember 2017 fallübergreifende Kooperationsbeziehungen mit diesen Einrichtungen. Dass es an dieser Stelle noch Verbesserungsbedarf gibt, zeigt auch die Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit, welche von den Netzwerkkoordinierenden im

ABBILDUNG 6: Verbreitung fremdsprachiger Informationsmaterialien über Frühe Hilfen 2015



Befragte Kommunen mit Informationsmaterial. Mehrfachantworten bei Sprachen möglich. Prozentwerte. N = 486.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2015

Mittel mit 2,6 bewertet wurde und damit am unteren Ende aller Akteure aus den sonstigen relevanten Bereichen und Institutionen liegt.

Hinsichtlich der allgemeinen Entwicklungsziele im Bereich Frühe Hilfen wurde der Unterstützung von Familien mit Fluchterfahrung insgesamt ein hoher Stellenwert beigemessen (vergleiche Kapitel 11): In mehr als jeder zweiten Kommune (54,6 Prozent) wurde demnach das Ziel verfolgt, Frühe Hilfen für Familien mit Fluchterfahrung konzeptionell weiterzuentwickeln (für 2017 erstmals erhoben). Lediglich 4,5 Prozent der Kommunen gaben an, in diesem Feld bereits gut aufgestellt zu sein und dieses Ziel entsprechend erreicht zu haben. In etwa jeder dritten Kommune waren Frühe Hilfen für geflüchtete Familien jedoch kein spezifisches Entwicklungsziel (33,8 Prozent). Bezogen auf die Dringlichkeit der Weiterentwicklung in diesem Bereich antworteten 62,1 Prozent der Kommunen, die dieses Ziel verfolgen, dass diese (sehr) hoch sei. Weitere 30,9 Prozent sahen hingegen einen mittleren Bedarf, während nur 7 Prozent einen (sehr) geringen Bedarf mitteilten (N = 301 Kommunen).

Darüber hinaus war die Entwicklung von Konzepten und Angeboten kultursensibler Früher Hilfen 2017 in 43,1 Prozent der Kommunen ein explizites Entwicklungsziel (2014: 42,9 Prozent), in lediglich 2,9 Prozent wurde dieses Ziel bereits erreicht (2014: 2,2 Prozent), 45,3 Prozent aller 2018 befragten Kommunen sahen darin kein aktuelles Entwicklungsziel (2014: 48,8 Prozent). Mehr als jede zweite Kommune, die dieses Ziel verfolgte (N = 236), gab einen (sehr) hohen Weiterentwicklungsbedarf an (2017: 51,7 Prozent; 2014: 56,4 Prozent). Zusätzlich sahen 39,4 Prozent einen mittleren Bedarf bei der Weiterentwicklung kultursensibler Früher Hilfen (2014: 32,9 Prozent).

4.3.2 Eltern mit psychischer Erkrankung

Ein gutes Drittel der Kommunen gab 2019 an, dass sie im Rahmen von Frühen Hilfen spezifische Unterstützung für Familien mit psychisch und/oder suchtkranken Elternteilen anboten: 40,3 Prozent

berichteten von spezifischen Angeboten für (werdende) Eltern mit psychischen Erkrankungen und 27,7 Prozent über spezielle Angebote für Eltern mit Suchterkrankungen.

Bei den Zielen zur konzeptionellen Weiterentwicklung der Frühen Hilfen spielt die Zielgruppe »psychisch erkrankter Eltern« eine vergleichsweise große Rolle (siehe Kapitel 11). In knapp jeder zweiten Kommune wurde dieses Ziel 2017 aktiv verfolgt (49,7 Prozent). Im Vergleich zur Erhebung 2014 (52,3 Prozent) ist hierbei jedoch ein leichter Rückgang zu verzeichnen, obwohl der Anteil der Kommunen, die angaben, bereits Konzepte und Angebote für diese Zielgruppe entwickelt zu haben, lediglich von 4,9 Prozent (2014) auf 5,7 Prozent (2017) gestiegen war. In mehr als jeder dritten Kommune (2017: 36,1 Prozent; 2014: 37,6 Prozent) war die Entwicklung von Angeboten für psychisch kranke Eltern kein Thema. Keine Angabe zur Zielsetzung in diesem Bereich konnten 8,4 Prozent machen (2014: 5,2 Prozent).

Wird dieses Ziel verfolgt, wird der Angebots- und Konzeptentwicklung für psychisch kranke Eltern ein vergleichsweise hoher Entwicklungsbedarf beigemessen: Über drei Viertel dieser Kommunen (75,9 Prozent) sahen bezüglich dieses Themas einen (sehr) hohen Weiterentwicklungsbedarf (N = 278). Drei Jahre zuvor war dies nur in zwei von drei Kommunen mit dieser aktuellen Zielsetzung der Fall (2014: 67,1 Prozent, N = 286). Weitere 19,8 Prozent gaben für 2017 einen mittleren Entwicklungsbedarf an (2014: 22,4 Prozent), lediglich 4,3 Prozent sahen in diesem Bereich nur einen (sehr) geringen Entwicklungsbedarf (2014: 10,5 Prozent).

4.3.3 Väter

Spezifisch zugeschnittene Angebote für (werdende) Väter wurden 2017 nur in weniger als jeder dritten Kommune (31,3 Prozent) vorgehalten. Analog dazu stellt auch die Zielsetzung, Konzepte und Angebote zur Einbeziehung von Vätern zu entwickeln, ein eher untergeordnetes Ziel dar. In lediglich 30,9 Prozent aller Kommunen wurde dieses Ziel 2017 verfolgt. Seit 2014 ist dieser Anteil noch dazu um

wenige Prozentpunkte gesunken, obwohl lediglich 3,8 Prozent der Kommunen angaben, dieses Ziel bereits erreicht zu haben (2014: 3,6 Prozent). In 59,4 Prozent der Kommunen war die Einbeziehung von Vätern gegenwärtig kein Entwicklungsziel (2014: 57,5 Prozent), 5,9 Prozent konnten keine Angabe machen (2014: 6,3 Prozent).

In jenen 173 Kommunen, die 2017 dieses Ziel verfolgten, wurde ein (sehr) hoher Weiterentwicklungsbedarf vergleichsweise selten angegeben (46,8 Prozent); 39,3 Prozent der Kommunen mit diesem Entwicklungsziel gaben einen mittleren Entwicklungsbedarf an. Seit 2014 ist jedoch die Einschätzung des Entwicklungsbedarfs bezüglich der Einbeziehung von Vätern in die Angebote der Frühen Hilfen merklich gestiegen (2014: 34,9 Prozent (sehr) hoher Bedarf; 44,4 Prozent mittlerer Bedarf, N = 178). 13,9 Prozent der Kommunen mit diesem Entwicklungsziel sehen 2017 lediglich einen (sehr) geringen Bedarf (2014: 20,8 Prozent).

4.3.4 Resümee zu Angeboten für spezifische Zielgruppen

Angebote für spezifische Zielgruppen in den Frühen Hilfen werden je nach Zielgruppe unterschiedlich häufig in den Kommunen vorgehalten. Während spezifische Angebote für (werdende) Familien mit Fluchterfahrung in jeder zweiten Kommune zu finden sind, wurden spezifische Angebote für (werdende) Väter nur in weniger als jeder dritten Kommune (31,3 Prozent) realisiert. Auch der Weiterentwicklungsbedarf wird sehr unterschiedlich bewertet. Während der Angebots- und Konzeptentwicklung für psychisch kranke Eltern ein vergleichsweise hoher Entwicklungsbedarf beigemessen wird, ist der Weiterentwicklungsbedarf der Väterangebote in jenen Kommunen, die dieses Ziel verfolgen, zwischen 2014 und 2017 zwar gestiegen, jedoch wird ein (sehr) hoher Weiterentwicklungsbedarf vergleichsweise selten angegeben.

Durch die steigende Zahl von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung sahen sich auch

die Fachkräfte in den Frühen Hilfen neuen Herausforderungen zur Überwindung von kulturellen und sprachlichen Barrieren gegenüber. Vier von fünf Kommunen gaben an, dass Probleme aufgrund von Sprachbarrieren seit 2015 zugenommen hatten. Auf diese Herausforderungen ist die Fachpraxis vielerorts nur teilweise vorbereitet. In drei Vierteln der Kommunen gibt es vor Ort nicht genügend Fachkräfte mit nötigen Fremdsprachenkenntnissen. In mehr als der Hälfte der Kommunen fehlen darüber hinaus Übersetzerinnen und Übersetzer bzw. Sprachmittlerinnen und Sprachmittler bzw. ausreichende finanzielle Mittel für deren Einsatz.

4.4 Finanzierungsgrundlagen

Die ersten Wellen der Kommunalbefragungen thematisierten den Schwerpunkt Finanzierung nur punktuell. In der Auftakterhebung 2013 wurde ermittelt, über welche Mittel sich die Koordinierungsstellen der Netzwerke Frühe Hilfen finanzierten (siehe auch Kapitel 6.1.2). Die Auswertung zeigte (N = 491), dass 2013 vor allem Mittel der BIFH (42,7 Prozent) sowie kommunale Mittel für den Bereich Jugendhilfe (41 Prozent) zur Finanzierung der Koordinierungsstellen herangezogen wurden. Landesmittel (12,1 Prozent), sonstige kommunale Mittel (3,7 Prozent) und weitere nicht-kommunale Mittel (0,5 Prozent) spielten dabei eine wesentlich kleinere Rolle.

Mit der vierten Erhebungswelle zu 2017 wurden die Finanzierungsgrundlagen im Bereich Frühe Hilfen nun erstmals als Schwerpunkt in der Kommunalbefragung erhoben. Dabei standen nicht nur die Koordinierungsstellen, sondern der gesamte Bereich Frühe Hilfen in den jeweiligen Jugendamtsbezirken im Mittelpunkt des Interesses. Des Weiteren wurde insbesondere nach der Finanzierung des Angebots der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung (LaB) durch Familienhebammen (Fam-Heb) oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (FGKiKP) gefragt.

Die Befragten wurden im Rahmen der Erhebung darum gebeten anzugeben, über welchen Etat/welche Etats im Kalenderjahr 2017 sämtliche Ausgaben im Bereich Frühe Hilfen in der jeweiligen Kommune finanziert wurden. Zu den Ausgaben waren alle eingesetzten Mittel in und für die Netzwerkarbeit, für die Bereitstellung und Durchführung von Unterstützungsangeboten für Familien, für Veranstaltungen für die eingesetzten Fachkräfte, aber auch für die Erstellung und Verbreitung von Flyern, Broschüren et cetera zu zählen. Die Angaben der Kommunen zeigen, dass auch auf den ganzen Bereich der Frühen Hilfen bezogen vor allem Mittel der BIFH sowie kommunale Mittel zum Einsatz kamen (vergleiche Tabelle 4): Die 461 auf diese Frage antwortenden Kommunen finanzierten den Bereich Frühe Hilfen im Mittel zu 51,6 Prozent über Etats der BIFH. 23,4 Prozent der Ausgaben im Bereich Frühe Hilfen wurden im Mittel über den jeweils eigenen kommunalen Etat für Frühe Hilfen gedeckt. Weitere 15,3 Prozent der Ausgaben wurden über Teile des kommunalen Etats für die Kinder- und Jugendhilfe bzw. Familienhilfe gesichert, während nur selten eine Finanzierung aus anderen kommunalen Etats erfolgte (Etats für Gesundheitsförderung: 0,5 Prozent, sonstige kommunale Etats: 1,5 Prozent). Aufsummiert ergibt

sich dadurch ein Anteil von im Durchschnitt 40,8 Prozent der gesamten Ausgaben im Bereich Frühe Hilfen, welche über verschiedene kommunale Etats gedeckt wurden.

Neben diesen kommunalen Mitteln und solchen der BIFH spielten Landesmittel mit einem mittleren Anteil von 5,8 Prozent ebenfalls eine (bescheidene) Rolle. Mehr als 98 Prozent der Finanzierung der Frühen Hilfen wurden 2017 folglich über BIFH-Mittel sowie kommunale- und Landesmittel realisiert. Stiftungsmittel (0,8 Prozent), Mittel des Bezirks und/oder der Region (0,5 Prozent) und sonstige Mittel (0,6 Prozent) spielten nur eine untergeordnete Rolle.

Einen prioritären Förderschwerpunkt der BIFH stellte das Angebot der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf dar. Die Finanzierung durch die BIFH spielte hier eine besondere Rolle, da dieses spezifische Angebot der Frühen Hilfen zumeist weder als Regelleistung der Gesundheitshilfe (zum Beispiel Wochenbettbetreuung) noch als Regelleistung der Kinder- und Jugendhilfe (zum Beispiel ambulante Hilfen zur Erziehung) finanziert werden kann. Die Kommunen, die eine LaB anboten, wurden gebeten, Angaben zur Finanzierung der LaB in ihrer Kommune zu machen. Aus den gültigen

TABELLE 4: Finanzierung sämtlicher Ausgaben im Bereich Frühe Hilfen 2017

	Prozent
Mittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen	51,6
Eigener kommunaler Etat für Frühe Hilfen	23,4
Teil des kommunalen Etats für Kinder- und Jugendhilfe/Familienhilfe	15,3
Teil eines sonstigen kommunalen Etats	1,5
Teil des kommunalen Etats für Gesundheitsförderung	0,5
Landesmittel	5,8
Stiftungsmittel	0,8
Mittel des Bezirks und/oder der Region	0,5
Sonstige Mittel	0,6
Summe	100,0
Kommunen mit gültiger Angabe	461 (82,5 Prozent)
Kommunen ohne gültige Angabe	98 (17,5 Prozent)

Anteile geben Mittelwerte über alle Kommunen mit gültiger Angabe wieder.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

Angaben der Kommunen (77 Prozent, n = 431) geht erwartungsgemäß hervor, dass die LaB 2017 im Bundesdurchschnitt zu einem großen Anteil über Mittel der BIFH finanziert wurden (62,7 Prozent). Ein weiteres Drittel der Leistungen wurde über kommunale Etats abgedeckt (33,2 Prozent). Nur in sehr geringem Umfang wurden Landesmittel (2,5 Prozent) eingesetzt; Mittel des Bezirks und/oder aus der Region (1 Prozent), Stiftungsmittel (0,2 Prozent) sowie sonstige Mittel spielten auch bei der Finanzierung der LaB kaum eine Rolle (vergleiche Tabelle 5). Von den 431 Kommunen mit gültiger Angabe zur Finanzierung der LaB gaben 237 (55 Prozent) eine Mischfinanzierung an, 152 (35,3 Prozent) eine Finanzierung ausschließlich mit Mitteln der BIFH und 36 (8,4 Prozent) ausschließlich mit kommunalen Mitteln (0,7 Prozent ausschließliche Finanzierung über Landesmittel; 0,4 ausschließlich über Mittel des Bezirks/der Region und 0,2 Prozent ausschließlich über sonstige Mittel).

In Bezug auf das Angebot der LaB wurden die Kommunen zudem gefragt, inwiefern die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel als ausreichend erachtet wurden, um den Bedarf der Familien im jeweiligen Jugendamtsbezirk decken zu können. In nur 28,4 Prozent derjenigen Kommunen, die eine LaB anboten, konnte der Bedarf den Antworten

zufolge vollständig (zu 100 Prozent) mit den zur Verfügung stehenden Mitteln abgedeckt werden, bei knapp 40 Prozent der Kommunen konnte zumindest der überwiegende Teil des Bedarfs (mehr als 50 Prozent) gedeckt werden (vergleiche Tabelle 6). Damit kamen also gut zwei Drittel der Kommunen mit LaB relativ gut mit den vorhandenen Mitteln zurecht. In 18 Prozent der Kommunen konnte der Bedarf jedoch nicht einmal zur Hälfte abgedeckt werden. In fast jeder fünften Kommune waren folglich finanzielle Aufstockungen in sehr hohem Maße erforderlich, um allen Familien mit Unterstützungsbedarf eine längerfristige aufsuchende Begleitung und Betreuung anbieten zu können. Zudem gaben 5,7 Prozent an, der vorhandene Bedarf in ihrer Kommune sei unbekannt; weitere 8,1 Prozent konnten keine Angabe zur Bedarfsdeckung machen.

Die Befragten wurden darüber hinaus gebeten, die Höhe der im Jahr 2017 insgesamt aufgewendeten Mittel im Bereich Frühe Hilfen mitzuteilen, wenn möglich, unterschieden nach Personal- bzw. Sachmitteln. Von den 559 insgesamt befragten Kommunen konnten nur knapp 50 Prozent (n = 277) überhaupt eine Angabe zur eingesetzten Gesamtsumme machen. Von diesen Antworten konnte zudem ein Großteil einer logischen Validitätsprüfung nicht standhalten. Wegen der geringen Datenqualität und

TABELLE 5: Finanzierung des Angebots der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung 2017

	Prozent
Mittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen	62,7
Kommunale Mittel	33,2
Landesmittel	2,5
Mittel des Bezirks und/oder der Region	1,0
Stiftungsmittel	0,2
Sonstige Mittel und Nennung	0,5
Summe	100,0
Kommunen mit gültiger Angabe	431 (77,1 Prozent)
Kommunen ohne gültige Angabe	79 (14,1 Prozent)
Kommunen ohne Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung	49 (8,8 Prozent)

Anteile geben Mittelwerte über alle Kommunen mit gültiger Angabe wieder.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

TABELLE 6: Finanzielle Bedarfsdeckung für das Angebot der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung 2017

	n	Prozent
Ja, der Bedarf kann komplett abgedeckt werden (zu 100 Prozent)	145	28,4
Ja, der Bedarf kann zu einem überwiegenden Teil abgedeckt werden (zu über 50 Prozent)	203	39,8
Nein, der Bedarf kann zu einem größeren Teil nicht abgedeckt werden (zu unter 50 Prozent)	92	18,0
Der vorhandene Bedarf ist unbekannt	29	5,7
Keine Angabe möglich	41	8,1
Summe	510	100,0

Nur Kommunen, die Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung anbieten. Prozentwerte.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, Erhebung 2018

der hohen Wahrscheinlichkeit sehr hoher Selektivität der Antwortenden wurde davon abgesehen, diese Daten zu berichten und zu interpretieren.

Resümee

Die Antworten auf die Frage nach der Finanzierung Früher Hilfen vor Ort zeigen deutlich, dass die Bundesmittel im Verlauf der BIFH einen (sehr) großen Anteil ausmachten, sowohl allgemein (zu etwa 52 Prozent; 2017) als auch spezifisch bezogen auf die Stellen von Netzwerkkoordinierenden (zu etwa 43 Prozent; 2014) und das Angebot der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien (LaB) durch Gesundheitsfachkräfte (zu etwa 63 Prozent; 2017). Der sich ergebende Fehlbedarf wurde weitgehend aus kommunalen Mitteln bestritten (allgemein: circa 41 Prozent; Netzwerkkoordination: circa 45 Prozent; LaB: circa 33 Prozent), Landesmittel und sonstige Mittel spielten nur eine sehr geringe Rolle. Bei der Interpretation dieser Daten sollte beachtet werden, dass grundsätzlich alle Mittel über den kommunalen Haushalt verausgabt werden (müssen), unabhängig davon, woher diese Mittel stammen. Es könnte also sein, dass nicht allen Befragten im Detail klar war, woher die verausgabten Mittel jeweils stammten.

5

Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung

Ein weiteres übergeordnetes Ziel von Frühen Hilfen ist die (Weiter-)Entwicklung einer präventiven kommunalen Versorgungsstruktur für (werdende) Eltern und ihre Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr. Insbesondere Familien mit psychosozialen Belastungen sollen aktiv adressiert werden, um ihnen Zugänge zu passenden Angeboten und gegebenenfalls weiterführende Hilfen zu ermöglichen. Um entsprechende Angebote bedarfsgerecht zu entwickeln, aufeinander abzustimmen und an die Bedarfe der lokalen Bevölkerung anzupassen, bedarf es sowohl einer fortlaufenden Planung als auch der politischen Absicherung und Steuerung der Angebotsstruktur (vergleiche Mengel u. a. 2014). Die Netzwerke Frühe Hilfen sollen hierbei den Rahmen für eine ressort- und trägerübergreifende Abstimmung bei der Angebotsentwicklung bilden (vergleiche auch Paragraph 3 KKG). Dazu bedienen sie sich ganz unterschiedlicher Vorgehensweisen, die im Folgenden beschrieben werden.

5.1 Steuerungsgruppen für Frühe Hilfen

Auf der kommunalpolitischen Ebene sind Beschlüsse von Ratsversammlungen und Kreistagen sowie einschlägigen kommunalpolitischen Ausschüssen (Jugend, Gesundheit, Soziales) Grundlage für die Verankerung von Frühen Hilfen in bestehenden kommunalen Strukturen. Sie sichern Ressourcen und unterstreichen den lokalen sozialpolitischen Stellenwert. Ein wichtiges Bindeglied zwischen Kommunalpolitik und Netzwerken Frühe Hilfen können Steuerungsgruppen sein, die den Netzwerkaufbau initiieren und begleiten und in denen neben Vertreterinnen und Vertretern der kommunalen Verwaltung möglichst alle zentralen Leistungsbereiche aus dem Netzwerk repräsentiert sind. Eine zentrale Aufgabe einer solchen Steuerungsgruppe kann die Bündelung von Vorschlägen und Konzepten zur Weiterleitung an den Stadtrat oder den Jugendhilfeausschuss sein (vergleiche Bertelsmann-Stiftung 2008). Weiterhin soll sie die Leitlinien und Ziele des Netzwerks vor kommunalpolitischen Gremien vertreten.

Zum 31. Dezember 2017 hatten etwas mehr als die Hälfte der Kommunen (2017: 51,5 Prozent; 2015: 47,7 Prozent, 2013: 40,7 Prozent) eine solche Steuerungsgruppe installiert. Die unterschiedlichen Leistungsbereiche waren dabei sehr unterschiedlich vertreten. Am häufigsten waren der Allgemeine Soziale Dienst (2017: 69,1 Prozent; 2015: 74 Prozent), das Gesundheitsamt (2017: 60,1 Prozent, 2015: 58,5 Prozent) sowie nicht näher definierte Vertretungen aus anderen Fachgebieten des Jugendamtes (2017: 65,3 Prozent) in den kommunalen Steuerungsgruppen (2017: N = 288, 2015: N = 264) repräsentiert. Weitere für die Frühen Hilfen zentrale Leistungsbereiche waren hingegen nur in circa jeder zweiten Steuerungsgruppe vorhanden, zum Beispiel die Erziehungsberatung (2017: 50,3 Prozent; 2015: 50,2 Prozent) und die Schwangerschaftsberatung (2017: 49 Prozent; 2015: 43,8 Prozent), seltener die Kindertagesbetreuung (2017: 32,3 Prozent; 2015: 40,4 Prozent) oder die Frühförderung (2017: 32,6 Prozent; 2015: 32,8 Prozent), ebenso andere Akteure des Gesundheitswesens (2017: 38,2 Prozent; 2015: 38,9 Prozent). Die Vertretung von Eltern als partizipatives Element innerhalb von Steuerungsgruppen wurde nur sehr selten angegeben (2017: 2,1 Prozent; 2015: 1,5 Prozent) und stellte somit nur eine Randerscheinung dar.

Die relativ häufige Einbindung der Gesundheitsämter in bestehende Steuerungsgruppen ist hervorzuheben, da dieser Befund belegt, dass sich der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) im Rahmen seiner Möglichkeiten an der fachlichen Weiterentwicklung und Steuerung der Frühen Hilfen aktiv beteiligt und hier als wichtigster Partner der Jugendämter fungiert. Allerdings gäbe es hier auch noch ein erhebliches Entwicklungspotenzial, das wohl nur durch Reformen auf Länderebene und durch eine bessere kommunale Ausstattung der Gesundheitsämter zu erschließen wäre.

Die kommunalpolitische Bedeutung der Steuerungsgruppen ist von Kommune zu Kommune unterschiedlich: In 48,3 Prozent der Kommunen mit einer Steuerungsgruppe hatte diese ein eigenes Mandat, Anträge ins Kommunalparlament oder einen seiner Ausschüsse einzubringen (Stand: 30. Juni 2015). In 76,1 Prozent der entsprechenden Kom-

munen wurde die Steuerungsgruppe vom Jugendamt bei der Erarbeitung von Beschlussvorlagen in unterschiedlicher Weise und Häufigkeit einbezogen. Dabei handelt es sich um jenen Anteil der Kommunen mit einer Steuerungsgruppe, in dem angegeben wurde, das Jugendamt beziehe die Steuerungsgruppe für Frühe Hilfen bei der Erarbeitung von Beschlussvorlagen für das Kommunalparlament oder (mindestens) einen seiner Ausschüsse zumindest »selten« mit ein.

5.2 Planungsverfahren

Die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfeplanung nach Paragraf 80 SGB VIII bietet auch im Bereich Frühe Hilfen die Grundlage für eine systematische und mit den wichtigsten lokalen Akteuren abgestimmte Planung von Angeboten und Maßnahmen (dies bezieht sich jedoch vorwiegend auf die Akteure aus der Kinder- und Jugendhilfe). In der Verwaltungsvereinbarung zur BIFH wurde daher die regelmäßige Festlegung von Zielen und Maßnahmen zur Zielerreichung auf der Grundlage der kommunalen Jugendhilfeplanung als eine Voraussetzung für die Förderfähigkeit der Netzwerke Frühe Hilfen festgelegt.

Auch wenn 2013 immerhin 72,4 Prozent der befragten Kommunen (N = 543) eine regelmäßige Abstimmung mit der für die Jugendhilfeplanung zuständigen Stelle notierten, ist bei genauerem Hinsehen in diesem Bereich weiterhin ein großer Entwicklungsbedarf festzustellen: Nicht in allen Jugendamtsbezirken existierte zum Befragungszeitpunkt eine aktuell gültige und im Kommunalparlament beschlossene Jugendhilfeplanung – nur in 69,2 Prozent der 2018 befragten Kommunen war dies der Fall (2015: 65,4 Prozent). In 53,5 Prozent dieser Fälle wurden in der bestehenden Jugendhilfeplanung wiederum Ziele für Frühe Hilfen festgehalten, woraus sich ein Anteil von lediglich 37 Prozent aller Kommunen mit Zielsetzungen zum Bereich Frühe Hilfen innerhalb der Jugendhilfeplanung ergibt (2015: 33,7 Prozent). Darüber hinaus verfügten 29,3 Prozent der befragten Kommunen 2017 – und damit weniger als noch zweieinhalb Jahre zuvor (2015:

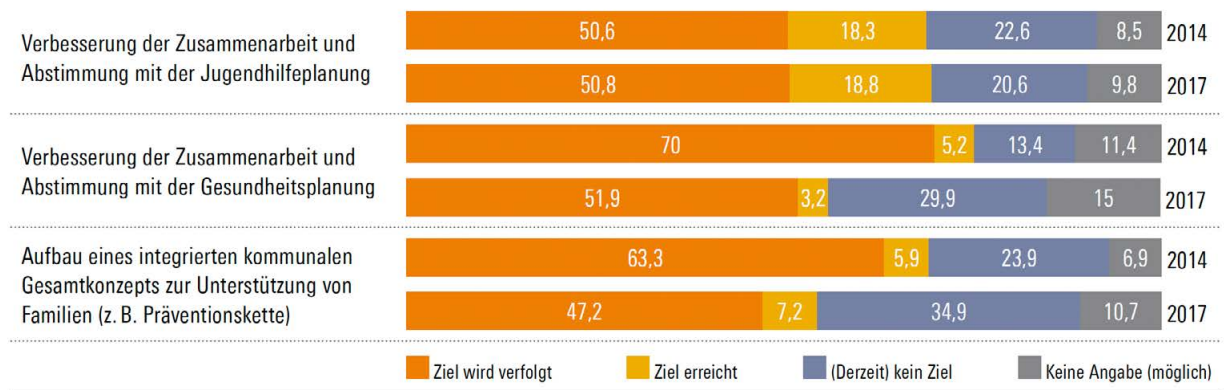
33,7 Prozent) – über eine eigene Planung für Frühe Hilfen. Da in einigen Kommunen beides vorkam und teils auch in der Sozialraumplanung (2017: 14,7 Prozent; 2015: 13 Prozent), Gesundheitsplanung (2017: 12,9 Prozent; 2015: 11,9 Prozent), Sozialplanung (2017: 11,3 Prozent; 2015: 10,1 Prozent) sowie in der Schul-/Bildungsplanung (2017: 5,7 Prozent; 2015: 5,8 Prozent) und weiteren Planungen die Angebote der Frühen Hilfen berücksichtigt wurden, lag der Anteil an Kommunen mit Planungen für Frühe Hilfen 2017 bundesweit bei insgesamt 67,3 Prozent (2015: 61,3 Prozent). Unabhängig davon, in welchem Bereich Planungen angesiedelt waren, wurden in 47,8 Prozent der Kommunen Angebote und Maßnahmen im Bereich Frühe Hilfen mit den Leistungsträgern abgestimmt (2015: 49,5 Prozent) und es verfügten immerhin 36,5 Prozent der Kommunen über eine entsprechende Bedarfserhebung (2015: 31,2 Prozent).

5.3 Entwicklungsziele im Bereich Planung und Steuerung

Neben der Verbesserung der Zusammenarbeit und Abstimmung mit der Jugendhilfeplanung stellt die Verknüpfung von Frühen Hilfen mit der Gesundheitsplanung ein wichtiges Ziel bei der Weiterentwicklung von Frühen Hilfen dar (vergleiche Abbildung 7).

Allerdings verringerte sich zwischen 2014 und 2017 der Anteil jener Kommunen, die dieses Ziel verfolgten, von 70 Prozent auf 51,9 Prozent. Stattdessen erhöhte sich der Anteil der Kommunen, die angab, in dieser Aufgabe derzeit kein Entwicklungsziel (mehr) zu sehen von 13,4 Prozent (2014) auf 29,9 Prozent (2017), während nach wie vor nur wenige Kommunen angaben, dieses Ziel bereits erreicht zu haben (2017: 3,2 Prozent; 2015: 5,2 Prozent). Diese Befunde könnte man als Ausdruck einer gewissen Resignation in Bezug auf die lokalen Bemühungen zur nachhaltigen und umfassenden Einbindung der Gesundheitsplanung in die Planung von Frühen Hilfen interpretieren. Sie zeigen jedenfalls, wie herausfordernd das Ziel einer systemübergreifenden, möglichst integrierten Planung ist, die zwar von den

ABBILDUNG 7: Ziele für Frühe Hilfen in der kommunalen Planung und Steuerung 2014 und 2017



Prozentwerte. 2014: N = 553; 2017: N = 559.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2014 und zu 2017

Frühen Hilfen angeregt wird, jedoch im Hinblick auf grundsätzliche Zuständigkeiten und abzustimmende Planungsprozesse weit über diese hinausgeht.

Der systemverbindende Charakter von Frühen Hilfen zeigt sich nicht nur in dem Bemühen um eine ressortübergreifende Planung, sondern auch in der nach wie vor aktuellen Diskussion über den Aufbau von integrierten kommunalen Versorgungssystemen zur Unterstützung von Familien bzw. von altersübergreifenden Präventionsketten (vergleiche Landesvereinigung für Gesundheit/Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen 2013; Richter-Kornweitz u. a. 2017; Deffte u. a. 2020). Knapp die Hälfte (47,2 Prozent) der Kommunen verfolgte 2017 das Ziel, ein entsprechendes kommunales Gesamtkonzept zu entwickeln. Allerdings ist auch dieser Anteil seit 2014 (63,3 Prozent) rückläufig und der Anteil an Kommunen, die dieses Ziel erreicht haben, ist lediglich um 1,3 Prozentpunkte gestiegen.

5.4 Qualitätsentwicklung

Um genauere Einblicke zu erhalten, welchen Stellenwert Kommunen in Deutschland allgemein einer (Weiter-)Entwicklung der Qualität in den Frühen Hilfen beimessen und welche weiteren Entwick-

lungsschritte und -schwerpunkte sie diesbezüglich vorsehen, wurde 2018 eine Zusatzerhebung zu den Kommunalbefragungen als freiwillige Online-Befragung aller durch die BIFH bzw. von der rechtsnachfolgenden Bundesstiftung Frühe Hilfen geförderten deutschen Jugendamtsbezirke durchgeführt.

An der Zusatzbefragung haben 383 Kommunen teilgenommen, das sind 67 Prozent der 573 von der BSFH geförderten Kommunen in Deutschland. Die zentralen Befunde werden in einem weiteren Forschungsbericht vorgestellt (vergleiche Pabst u. a. 2021). Er zeigt, welche Bedeutung Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen auf kommunaler Ebene zum Erhebungszeitpunkt hatte, auf welchen Wegen die Umsetzung der damit verbundenen Ziele erreicht werden sollte und mit welchen Problemen sich die Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung konfrontiert sahen. An dieser Stelle sollen nur die wichtigsten Ergebnisse kurz vorgestellt werden.

Fünf zentrale Fragestellungen waren Gegenstand der Zusatzerhebung zum Stand der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen in Deutschland:

1. Gibt es in den Kommunen Prozesse der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen? Welche Arbeitsformen, Regelungen und Verfahren zur Qualitätsentwicklung werden dabei angewendet?

2. Welche fachlichen Themen und Bereiche wurden bislang bearbeitet? Wo wird zukünftig der größte Qualitätsentwicklungsbedarf gesehen?
3. Wer ist in den kommunalen Gremien und Netzwerken zuständig für Qualitätsentwicklung? Welche Formen der externen Unterstützung für die Qualitätsentwicklung werden genutzt?
4. Wobei werden die größten Probleme bei der Initiierung bzw. Umsetzung von Qualitätsentwicklungsprozessen gesehen?
5. Wie bekannt ist der Qualitätsrahmen Frühe Hilfen des NZFH? Wird er zur Qualitätsentwicklung von den Kommunen genutzt und wie bewährt er sich?

Zu 1: Verbreitung von Arbeitsformen, Regelungen und Verfahren zur Qualitätsentwicklung

Etwas mehr als die Hälfte der Kommunen (50,7 Prozent) benutzen formale Verfahren der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen, insbesondere im Rahmen der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben zur Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe entsprechend der Paragraphen 79a und/oder 78b SGB VIII. Jede dritte Kommune stützte sich ausschließlich auf informelle Verfahren (33,2 Prozent) und etwa jedes neunte Jugendamt gab an, keinen solchen Prozess durchzuführen (11,8 Prozent; keine Angabe: 4,4 Prozent).

Von den erfassten Kommunen mit Aktivitäten bei der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen berücksichtigten 58,3 Prozent die unter Paragraph 79a SGB VIII genannten Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und Qualitätsgewährleistung und/oder der Vorgaben des Paragraph 78b SGB VIII.

Die ermittelten Zahlen deuten weiterhin auf einen Entwicklungsbedarf hin, wenn man sich vor Augen führt, dass 33,2 Prozent der erfassten Kommunen lediglich über informelle Verfahren der Qualitätsentwicklung verfügten und dass der Anteil der Kommunen, der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen bis 2017 noch gar nicht verfolgt hat, bei 11,8 Prozent lag.

Bemerkenswert ist, dass jene Kommunen, die Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen im Rahmen der unter Paragraph 79a SGB VIII genannten

Vorgaben verfolgten, generell einen aktiveren Eindruck in Bezug auf Qualitätsentwicklung machten, die Thematik hier insgesamt eine größere Rolle spielte und Probleme bei der Umsetzung weniger verbreitet waren.

Zu 2: Für die Qualitätsentwicklung relevante Bereiche und Themen

Besonderes Gewicht kam der Qualitätsentwicklung bislang bei der Entwicklung von Angeboten für Familien, der systemübergreifenden Vernetzung der Akteure vor Ort und bei der Gestaltung des Übergangs zum Handeln bei Kindeswohlgefährdung zu. Besondere Bedarfe an weiterer Qualitätsentwicklung wurden in den Bereichen »kommunale Infrastrukturentwicklung« und »Partizipation von Eltern« gesehen.

Insgesamt 85 Prozent der befragten Kommunen, in denen Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen verfolgt wurde (unabhängig davon, ob dies formal oder informell geschieht), gaben an, Qualitätsentwicklung habe bislang vor allem bei der »(Weiter-) Entwicklung von einzelnen Angeboten Früher Hilfen« eine Rolle gespielt. Weiterhin zeigte sich, dass ein Großteil dieser Kommunen die Bereiche »Fallübergreifende Netzwerkarbeit« (78,5 Prozent) bzw. »Schnittstelle und Übergänge von Frühen Hilfen zu Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung« (75,4 Prozent) im Rahmen von Qualitätsentwicklung bearbeitet hatten. Schlusslichter waren die Bereiche »Planung und Steuerung der Infrastrukturentwicklung von Angeboten« (50,2 Prozent), »Politisch-strukturelle Verankerung in der Kommune« (36,8 Prozent), »Qualifizierung und interprofessionelles Lernen« (45,8 Prozent) sowie »Partizipation von Eltern« (24 Prozent).

Ein entsprechendes Bild ergibt sich bei der Frage, in welchen Bereichen zukünftig ein hoher Bedarf an Qualitätsentwicklung gesehen wird: Die teilnehmenden Kommunen sahen einen hohen oder sehr hohen Bedarf in den Bereichen »Planung und Steuerung der Infrastrukturentwicklung« (58,5 Prozent) »Partizipation von Eltern« (48 Prozent) sowie »Politisch-strukturelle Verankerung in der Kommune« (40,4 Prozent).

Zu 3: Interne Zuständigkeit und externe Unterstützung

Die Zuständigkeit für Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen lag in den meisten Kommunen bei den Koordinierungsstellen der Netzwerke Frühe Hilfen – teilweise auch bei den Leitungs- und Planungsstellen der Jugendämter.

In 83,8 Prozent der befragten Kommunen lag die Zuständigkeit für Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen bei der Koordinierungsstelle des Netzwerks. Jeweils ein gutes Drittel der Kommunen nannte (auch) die Jugendhilfeplanung oder aber die Jugendamtsleitung.

Externe Unterstützung bei der Qualitätsentwicklung erfuhren die Kommunen vor allem durch die Koordinierungsstellen für Frühe Hilfen der Länder. In erster Linie erfolgte diese Unterstützung durch Qualifizierungen bzw. Fort-/Weiterbildungen, aber auch durch einen formlosen kollegialen Austausch.

Die Koordinierungsstellen der Länder spielten als externe Unterstützung zur Qualitätsentwicklung bei der Hälfte der Kommunen, die Qualitätsentwicklung verfolgen, eine Rolle (50,2 Prozent), gefolgt von den Landesjugendämtern (30,5 Prozent). Weitere Akteure wie zum Beispiel Beratungsunternehmen (7,2 Prozent) und Hochschulen (3,7 Prozent) waren kaum relevant. Die Kommunen mit externer Unterstützung (224) erhalten diese vor allem in Form von Fort- und Weiterbildung (76,8 Prozent), kollegialem Austausch (73,7 Prozent) sowie Beratung (62,5 Prozent).

Zu 4: Probleme bei der Qualitätsentwicklung
Besonders erschwert wurde die Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen durch mangelnde Ressourcen auf der Ebene der kommunalen Koordinierungsstelle(n), der Leitungs- und Steuerungsebene sowie der im Netzwerk eingebundenen Akteure.

Die Daten zeigen, dass vor allem ein Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen eine effektive Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen erschwerte. Dabei wurde dieser Mangel meist bei den

in das Netzwerk eingebundenen Akteuren ausgemacht (68 Prozent) – in beinahe ähnlichem Ausmaß auch bei der Leitungsebene (62,8 Prozent) und in der Koordinierungsstelle des Netzwerks (57,1 Prozent). Dies unterstreicht, dass Qualitätsentwicklung eine ausreichende institutionelle Absicherung sowie ausreichende personelle und zeitliche Kapazitäten benötigt.

Fehlende Kompetenzen hingegen wurden nur von geringeren Teilen der befragten Kommunen als hinderlich wahrgenommen: In 20,5 Prozent der Kommunen wurden die Kompetenzen der Netzwerkpartner als nicht ausreichend bewertet und nur in 18,3 Prozent der Kommunen verfügte die Netzwerkkoordination nicht über ausreichende Kompetenzen für die Planung und Steuerung von Qualitätsentwicklungsprozessen. Interessenkonflikte der Netzwerkpartner waren nur in 16 Prozent der Kommunen ein Problem in Bezug auf Qualitätsentwicklung.

Zu 5: Bekanntheit und Nutzung des Qualitätsrahmens Frühe Hilfen

In fast drei Viertel der erfassten Kommunen war der Qualitätsrahmen Frühe Hilfen des NZFH bei den Netzwerkkordinierungsstellen bekannt, aber nur in einem Drittel wurde er genutzt.

Der Qualitätsrahmen Frühe Hilfen, der eine zentrale Rolle im Projekt »Qualitätsdialoge Frühe Hilfen« einnimmt, war in den meisten Kommunen bekannt (73,9 Prozent), 26,1 Prozent der befragten Kommunen kannten ihn nicht oder konnten keine Angaben dazu machen. Nur knapp die Hälfte der Kommunen, die den Qualitätsrahmen kannte (49,8 Prozent), setzte ihn auch im Rahmen der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen ein (36,8 % aller befragten Kommunen). Jene Kommunen, die ihn einsetzten, beurteilen ihn hinsichtlich seines Nutzens auf einer fünfstufigen Skala (von 1 = »sehr hilfreich« bis 5 = »überhaupt nicht hilfreich«) im Mittel mit 2,5.

6

Netzwerke Frühe Hilfen

Die Einrichtung von Netzwerken für Frühe Hilfen auf kommunaler Ebene hat das Ziel, das Entstehen einer Verantwortungsgemeinschaft für das Wohl von Kindern über Systemgrenzen hinweg zu fördern. Durch die systematische Einbeziehung unterschiedlicher Institutionen und Dienste sollen zudem diese Grenzen zwischen den Leistungssystemen, die Familien beraten und unterstützen, durchlässiger werden, um Familien unbürokratisch passgenaue Hilfen anbieten zu können. Der Auf- und Ausbau von Netzwerken für Frühe Hilfen stellt den prioritären Zielbereich der BIFH dar. Angestrebt wird die sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation von Fachkräften und Institutionen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer Sozialleistungssysteme, die einen Beitrag für das gesunde Aufwachsen von Kindern und die Unterstützung ihrer Familien leisten (siehe auch Paragraf 3 KKG).

6.1 Netzwerkkonfiguration

Den Kommunen wurden im Rahmen der Förderung durch die BIFH bestimmte Vorgaben im Sinne von Mindeststandards gemacht, wie sie die Netzwerke Frühe Hilfen gestalten sollten. Aufgrund der verfassungsmäßig garantierten kommunalen Selbstverwaltung haben sie dennoch einen großen Spielraum bei der konkreten Umsetzung der geförderten Maßnahmen. Dies ist auch sinnvoll, da zum einen die Maßnahmen der BIFH auf den jeweils vor Ort gewachsenen (und oft ganz unterschiedlichen) Strukturen aufsetzen sollten, zum anderen sollten diese auch so gut wie möglich an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden können, damit sie tatsächlich die gewünschten Wirkungen entfalten. Beispiele für Unterschiede sind die präventive Grundausrichtung (siehe Kapitel 4.1) und damit auch unterschiedliche Konfigurationen von Netzwerkstrukturen für Frühe Hilfen und/oder Kinderschutz oder die Ansiedlung, Ausstattung und Aufgaben der Koordinierungsstellen für das Netzwerk (vergleiche Küster u. a. 2015).

6.1.1 Ausgestaltung der Netzwerke

Schon im Rahmen des »Aktionsprogramms Frühe Hilfen« waren 2008 circa 73 Prozent der befragten Jugendamtsbezirke an Netzwerken Frühe Hilfen beteiligt (vergleiche Sann 2010), damals noch ohne Förderung durch Bundesmittel. Im Zuge der BIFH steigerte sich dieser Anteil kontinuierlich bis zur fast flächendeckenden Implementierung solcher Netzwerkstrukturen. Bereits Mitte 2013 gaben 90,8 Prozent (493 von 543) der befragten Kommunen an, dass in ihrem Jugendamtsbezirk eine Netzwerkstruktur für Frühe Hilfen auf- bzw. ausgebaut wurde. Bis zum 31. Dezember 2017 stieg dieser Anteil auf 99,5 Prozent (556 von 559) der Kommunen (2015: 98,4 Prozent) – wobei 79,8 Prozent der erfassten Kommunen genau ein Netzwerk und 19,7 Prozent mehrere Netzwerke eingerichtet hatten. Während 2013 lediglich 10,5 Prozent der erfassten Kommunen angegeben hatten, mehrere Netzwerke zu unterhalten, hatte sich dieser Anteil schon binnen zweier Jahre fast verdoppelt (2015: 20,5 Prozent), seitdem jedoch kaum verändert (2017: 19,7 Prozent).

Es zeigt sich, dass die Zahl der Netzwerke, die in einer Kommune bestehen, positiv mit der jeweiligen Einwohnerzahl und der Bevölkerungsdichte korrelierte. So ist davon auszugehen, dass in größeren Städten Netzwerke zum Beispiel auf Stadtteilebene eingerichtet wurden, um den Kreis der einzubeziehenden Akteure überschaubar zu halten. In Flächenlandkreisen wurden die Netzwerkstrukturen eher regional differenziert, um die Entfernungen innerhalb der Zuständigkeitsbereiche der Netzwerke in einem vertretbaren Rahmen zu halten, insbesondere nach Gebietsreformen, in deren Zuge mehrere Landkreise zusammengelegt wurden. Die klare Tendenz zu mehr Netzwerken in größeren Kommunen zeigte sich in alten und neuen Bundesländern gleichermaßen. Zum 31. Dezember 2017 bestanden insgesamt 903 Netzwerke Frühe Hilfen in den durch die BIFH geförderten Kommunen (2015: 927; 2013: 740). Der Rückgang der absoluten Anzahl von Netzwerken kann hier nicht abschließend beleuchtet werden – womöglich haben sich kleinere Netzwerke kreisangehöriger Kommunen (wieder) zusammengeschlos-

sen oder auch die Netzwerke von Kreisstädten und dazu gehörigen Landkreisen.

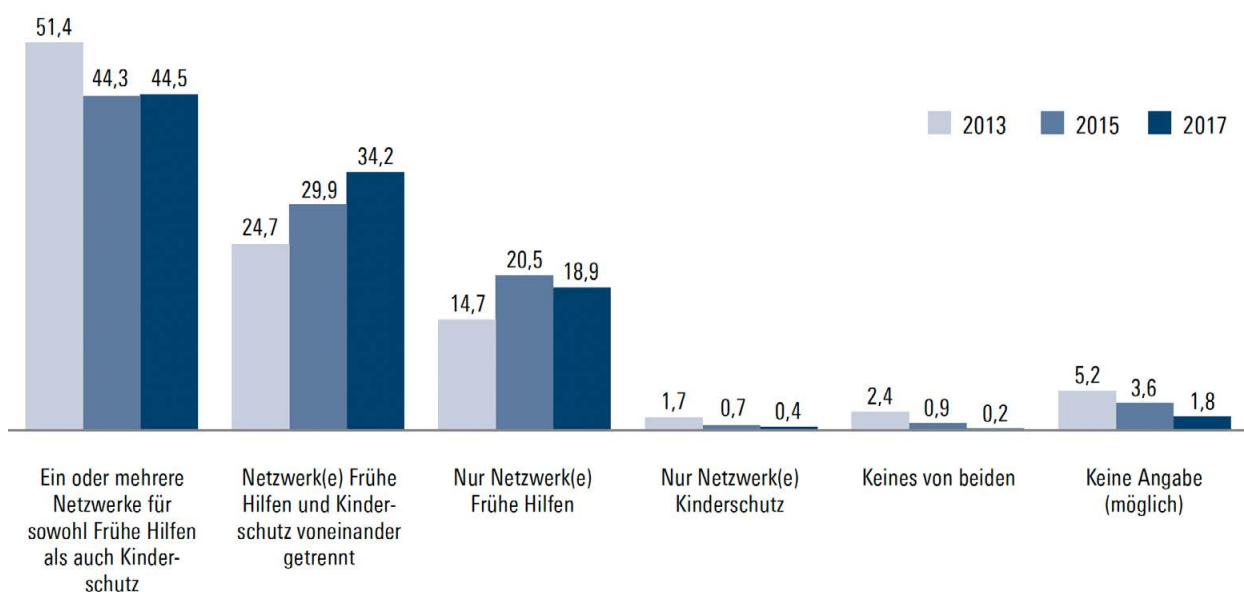
Der Anteil an Kommunen, in denen eine Netzwerkstruktur sowohl für Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen zuständig ist, ging zwischen 2013 und 2017 von 51,4 Prozent auf 44,5 Prozent zurück (vergleiche Abbildung 8).

Entsprechend ist der Anteil an Kommunen mit jeweils eigenständigen Netzwerken für Kinderschutz und Frühe Hilfen von 24,7 Prozent auf 34,2 Prozent angestiegen. In 18,9 Prozent (2015: 20,5 Prozent) der Kommunen bestand 2017 ausschließlich ein Netzwerk Frühe Hilfen und keine Netzwerkstruktur für Kinderschutz. Dies ist ein bemerkenswerter Befund, da der Gesetzgeber im Bundeskinderschutzgesetz von 2012 eindeutig eine Verpflichtung zum Aufbau von kommunalen Netzwerken Kinderschutz/Frühe Hilfen vorgegeben hat. Gleichwohl fließen nur für den Aufgabenbereich Frühe Hilfen Bundesmittel an die Kommunen, obwohl dies nur einen kleineren Teilbereich der gesamten Aufgaben ausmacht, wie er im Gesetz formuliert ist. Ursachen können zum

einen in der Tatsache vermutet werden, dass das Förderprogramm und die gesetzliche Verpflichtung nicht deckungsgleich sind, zum anderen gibt es nach wie vor fachliche Unklarheiten über den genauen Auftrag des Gesetzes (siehe auch Seckinger u. a. 2016).

Insgesamt ist auf Bundesebene eine Tendenz zur Ausdifferenzierung von Netzwerkstrukturen für Frühe Hilfen und für Kinderschutz zu verzeichnen. Allerdings in Abhängigkeit von der Regionalstruktur: 72,7 Prozent der (meist ländlichen) Kommunen mit relativ niedriger Einwohnerzahl (bis zu 100.000) wiesen 2017 eine Struktur auf, in der ein oder mehrere Netzwerke sowohl für Frühe Hilfen als auch für Kinderschutz zuständig sind. In Kommunen mit über 200.000 Einwohnern war dies mit 58,2 Prozent seltener der Fall. Stattdessen gab es dort häufiger je eigene Netzwerkstrukturen für die beiden Handlungsfelder, als dies in kleinen Kommunen der Fall war (41,8 Prozent versus 27,3 Prozent). Eine Empfehlung für oder gegen getrennte bzw. gemeinsame Netzwerkstrukturen Kinderschutz und Frühe Hilfen kann anhand der derzeitigen Datenlage jedoch nicht

ABBILDUNG 8: Verbreitung der Ausgestaltung unterschiedlicher Netzwerkstrukturen für Frühe Hilfen bzw. Kinderschutz 2013, 2015 und 2017



Prozentwerte. 2013: N = 543; 2015: N = 553; 2017: N = 559.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

gegeben werden. Ersteres betont fachlich-inhaltlich unterschiedliche Aufträge, Letzteres kann eine Vereinfachung kommunaler Strukturen darstellen und die teilweise in beiden Kreisen einbezogenen Akteure entlasten. Letztlich scheinen die Kommunen die Aufteilung dieser Zuständigkeiten bzw. Verantwortungsbereiche selbst regeln zu können, da die Erhebungen im Rahmen der Kommunalbefragung keine Hinweise erbrachten, dass es hier an klaren Vorgaben mangelt bzw. Regulierungen erwünscht wären.

6.1.2 Koordination der Netzwerke

Die Einrichtung einer fachlich qualifizierten Koordination gilt als Schlüssel für die Etablierung und Erhaltung von nachhaltig arbeitsfähigen Netzwerkstrukturen. Die Einrichtung solcher Koordinierungsstellen stellt damit ein zentrales Qualitätsmerkmal für die Netzwerke Frühe Hilfen dar und wurde auch in der Verwaltungsvereinbarung zur BIFH in Artikel 2, Absatz 3 als Fördervoraussetzung festgeschrieben.

Verbreitung und Angliederung von Koordinierungsstellen

Bereits 2013 hatten fast alle Kommunen (97,7 Prozent) Koordinierungsstellen in ihren Netzwerken für Frühe Hilfen eingerichtet (2015: 99,3 Prozent). 2017 konnte sogar nur noch ein Netzwerk Frühe Hilfen ohne Koordinierungsstelle beobachtet werden (99,8 Prozent mit Koordinierungsstelle). Das Ziel einer flächendeckenden Einrichtung von Netzwerkkoordinierungsstellen ist damit erfolgreich umgesetzt. Die Koordinierungsstellen waren vor allem bei den örtlichen Jugendämtern angesiedelt (94,1 Prozent aller 559 Kommunen; 2015: 93,8 Prozent). In 86,9 Prozent der Kommunen war dabei alleine das Jugendamt für die Koordination zuständig, in 7,2 Prozent bestand eine Anbindung an eine zusätzliche Stelle (zum Beispiel beim Gesundheitsamt und/oder einem freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe).

Aufgrund der präventiven und auch gesundheitsfördernden Ausrichtung der Frühen Hilfen wäre eine systematische Einbindung der Gesundheitsäm-

ter in die Koordination der Netzwerke grundsätzlich sinnvoll. Durch eine seit Jahrzehnten anhaltende personelle Verschlinkung der Gesundheitsämter (vergleiche Kuhn u. a. 2012) ist es jedoch nur vereinzelt möglich, dass sich ein Gesundheitsamt an der Koordinationsaufgabe beteiligt (eine Ausnahme bildet das Saarland, wo das Landeskonzept eine gemeinsame Koordination von Jugendamt und Gesundheitsamt vorschreibt). Dennoch gibt es Kommunen, die auf eine enge Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in die Netzwerkkoordination setzen (zur allgemeinen Einbindung des ÖGD in die Frühen Hilfen siehe Kapitel 5.1 und Kapitel 6.2.2): 2017 hatten 4,3 Prozent der Kommunen die Koordinierungsstellen zumindest anteilig im Gesundheitsamt verortet, hier insbesondere als gemeinsame Koordinierungsstelle zusammen mit dem Jugendamt, so wie zum Beispiel das Tandem-Modell in den saarländischen Landkreisen. Es zeigt sich aber, dass die im Bundeskinderschutzgesetz vorgesehene Möglichkeit, die Verantwortung für die Organisation der Netzwerke Frühe Hilfen subsidiär auch an andere Institutionen zu übertragen, von den anderen Ländern nicht systematisch genutzt wurde. Diese Aufgabe verbleibt somit in der Regel in der hoheitlichen Steuerungsverantwortung der öffentlichen Jugendhilfe.

Finanzierung der Netzwerkkoordinierungsstellen

Hinsichtlich der Finanzierung der Netzwerkkoordinierungsstellen (siehe auch Kapitel 4.4) zeigte sich bereits in der ersten Erhebungswelle (2013), dass 42,7 Prozent der für Koordinierungsstellen auf kommunaler Ebene aufgewendeten Mittel aus der BIFH stammten. In vergleichbarer Größenordnung flossen auch Eigenmittel der Kommunen in die Finanzierung der Koordinierungsstellen ein (44,7 Prozent). Um die Arbeit der mittlerweile flächendeckend implementierten Koordinierungsstellen für Frühen Hilfen dauerhaft sicherzustellen, war eine Förderung durch den Bundesfonds Frühe Hilfen von großer Bedeutung, diese ist mittlerweile auch umgesetzt worden.

Es zeigte sich 2013 ferner ein deutliches Ost-West-Gefälle (vergleiche Tabelle 7): In den neuen Bundesländern stammten mehr als zwei Drittel

(68,2 Prozent) der zur Koordination der Frühen Hilfen benötigten Gelder aus BIFH-Fördermitteln – ein Anteil, der fast doppelt so hoch ist, wie in den alten Bundesländern (37,5 Prozent). Im Westen spielten stattdessen kommunale Etats eine größere Rolle (49,7 Prozent) – diese Finanzierungsquelle machte im Osten nur ein knappes Fünftel der insgesamt aufgewendeten Mittel aus.

TABELLE 7: Finanzierung der Netzwerkkoordinierungsstellen Frühe Hilfen 2013 (Bund, West/Ost)

	Bund	West (ohne Berlin)	Ost (mit Berlin)
Kommunale Etats	44,7	49,7	19,7
Mittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen	42,7	37,5	68,2
Landesmittel	12,1	12,1	12,1
Sonstiges	0,5	0,7	0,0
Summe	100,0	100,0	100,0
Kommunen: Anteil mindestens 75 Prozent aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen	31,8	25,7	62,2
N	491	409	82

Anteile geben Mittelwerte über alle Kommunen mit gültiger Angabe wieder. Prozentwerte.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013

Aufgabenfelder der Koordinierungsstellen

Zentrale Aufgaben der Netzwerkkoordinierungsstellen lagen in der Konzeptentwicklung, dem Netzwerkmanagement und Wissensmanagement bzw. der Öffentlichkeitsarbeit, die von der überwiegenden Mehrheit der Befragten in den Kommunen als relevant oder sehr relevant eingeschätzt wurden. Hinzu kommen Qualifizierungs-, Planungs-, Dokumentations- sowie Verwaltungsaufgaben, die von 77 bis 94 Prozent der Befragten in den Kommunen als (sehr) relevant eingestuft wurden.⁴ Gemeinsam ist diesen Aufgaben, dass sie vornehmlich auf die Strukturentwicklung der Netzwerke und weniger auf die Einzelfallarbeit mit Familien abzielen (für einen detaillierten Überblick vergleiche Küster u. a. 2015).

In 61,4 Prozent der im Rahmen der dritten Erhebungswelle (2015) befragten Kommunen mit einer Koordinierungsstelle für Netzwerke Frühe Hilfen (n = 542) war diese zugleich für die Koordination des Einsatzes von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen zuständig sowie in 32,5 Prozent für die Koordination des Einsatzes von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen. Bis Ende 2017 hat sich dieses Bild nicht verändert (61,8 Prozent der Koordinierungsstellen für Netzwerke koordinieren auch den Einsatz von Gesundheitsfachkräften, 23,6 Prozent den Einsatz von Ehrenamtlichen; N = 555). Zudem fungieren 2017 63,5 Prozent der Netzwerkkoordinierungsstellen auch als Kontakt- und Vermittlungsstelle für Familien und/oder Fachkräfte (siehe Kapitel 7.3). In der Zusammenschau zeigt sich, dass 447 der 555 (80,5 Prozent) Netzwerkkoordinierungsstellen mindestens eine dieser zusätzlichen Koordinierungs- und Vermittlungsfunktionen ausüben. Starke lokale Unterschiede zeigten sich bei der Erhebung 2013 hinsichtlich der Überschneidung der Aufgaben der Koordinierungsstellen für die Netzwerke Frühe Hilfen mit Aufgaben des intervenierenden Kinderschutzes in konkreten Gefährdungsfällen: Bundesweit hatte die Beratung nach Paragraph 8b SGB VIII bzw. Paragraph 4 KKG als Aufgabe der Koordinierungsstellen in 35,1 Prozent der Kommunen eine hohe bis sehr hohe Bedeutung. In der Mehrheit der Kommunen (64,9 Prozent) spielte diese Aufgabe dagegen keine bedeutsame Rolle. Dies spricht für eine vielerorts eindeutige konzeptionelle Abgrenzung der Aufgaben der Koordinierenden in diesen Kommunen.

Bei den für die Netzwerkkoordination relevanten Aufgaben ergaben sich interessante Unterschiede bezogen auf die Größe der Kommune (vergleiche Tabelle 8): Direkt oder indirekt familienbezogene Aufgaben hatten in Kommunen mit bis zu 100.000 Einwohnern bzw. solchen, die eher eine ländliche Struktur aufweisen, eine höhere Bedeutung als in großen bzw. sehr großen Kommunen. Konkret sind hier die Einzelfallarbeit mit Familien und die Lotsenfunktion bzw. eine aktive Fallvermittlung zu nennen. Entgegengesetzt verhielt es sich mit fallunabhängigen Aufgaben, zum Beispiel der

TABELLE 8: Relevante Aufgaben der Netzwerkkoordination in Abhängigkeit der Einwohnerzahl und des Kreistyps 2015

Fallübergreifender Arbeitsschwerpunkt	Einwohnerzahl			Siedlungsstruktureller Kreistyp			
	Bis 100.000	Über 100.000 bis 200.000	Über 200.000	Dünn besiedelt ländlich	Ländlich mit Verdichtung	Städtischer Kreis	Kreisfreie Großstadt
Abstimmung mit kommunalen Planungsstellen	41,4	47,6	59,8	48,0	38,0	59,9	63,1
Mittelverwaltung	58,6	63,5	76,9	68,0	60,0	60,9	75,9
Vertretung in politischen Gremien	26,4	31,3	45,1	31,3	25,0	39,7	41,0
Fallbezogener Arbeitsschwerpunkt							
Einzelfallarbeit mit Familien	52,9	40,5	25,0	40,4	44,0	30,9	26,2
Fallvermittlung/ Lotsenfunktion	64,4	61,7	48,4	67,0	59,0	56,4	43,4
Fallberatung für Fachkräfte	65,1	66,1	51,2	64,0	62,2	51,8	52,4

Prozentwerte. 2015: $N_{\text{Einwohnerzahl}} = 372-377$, $N_{\text{Kreistyp}} = 537-541$.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2015

Abstimmung mit kommunalen Planungsstellen, der Mittelverwaltung und der Vertretung in politischen Gremien, welche für die Koordinierungsstellen in großen Kommunen eine relativ hohe Relevanz aufwiesen, in kleineren Kommunen jedoch nicht so bedeutsam waren. In großen Kommunen wurden Netzwerkkoordinierende also eher beim Aufbau und bei der Pflege von organisationalen Strukturen eingesetzt, während sie in kleineren Kommunen eher direkt in die Fallarbeit involviert waren.

6.1.3 Personalstatistik der Netzwerkkoordinierenden

Die Ausstattung der Koordinierungsstellen mit Personalressourcen fiel deutschlandweit sehr heterogen aus: Insgesamt setzten die für 2017 befragten Kommunen für diese Aufgabe 511,9 Vollzeitäquivalente (VZÄ) ein ($N = 527$). Seit der ersten Befragungswelle ist folglich ein stetiger Anstieg der personellen Ressourcen zu beobachten (2013: 436,5 VZÄ, $N = 494$; 2014: 483,9 VZÄ, $N = 520$). Knapp 37 Pro-

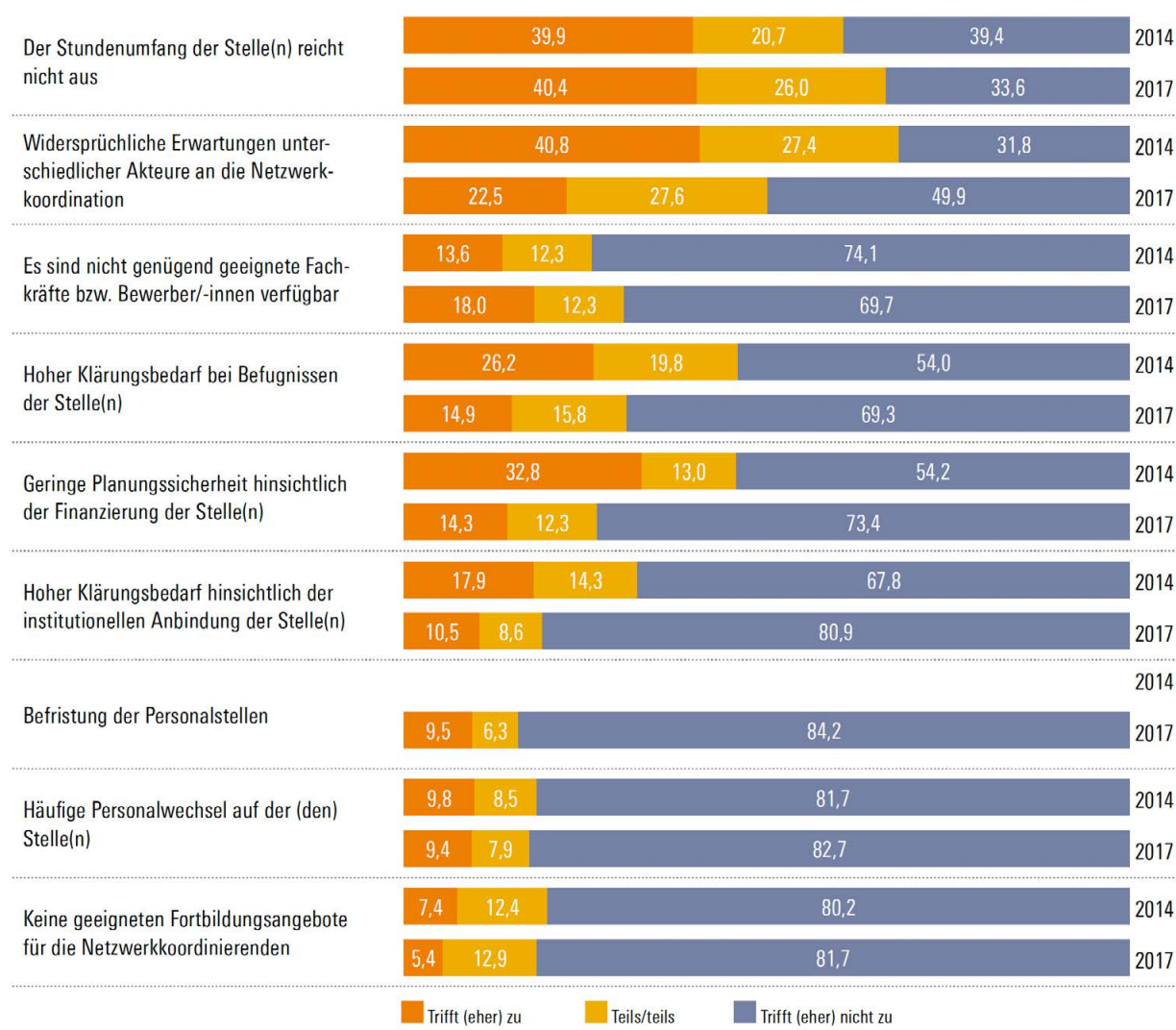
zent der Koordinierungsstellen verfügten jedoch nur über maximal 0,5 VZÄ (2013: 37,4 Prozent; 2014: 37,8 Prozent), während 34,9 Prozent der Kommunen über 0,5 bis zu 1 VZÄ für die Netzwerkkoordination einsetzten (2013: 34,8 Prozent; 2014: 35,8 Prozent). Lediglich in 22,7 Prozent der Jugendamtsbezirke lag die Personalausstattung über dem Umfang einer Vollzeitstelle (2013: 15,8 Prozent; 2014: 20,1 Prozent). Zwar hat sich der Anteil mit einem Umfang oberhalb 1 VZÄ damit seit 2013 um einige Prozentpunkte erhöht, jedoch müssen gleichbleibend viele Koordinierungsstellen mit maximal einem Vollzeitäquivalent auskommen.

Auch bei der Bewertung der bestehenden Personalausstattung zeigte sich kein einheitliches Bild (vergleiche Abbildung 9): 40,4 Prozent der befragten Kommunen schätzten für 2017 den vorgehaltenen Stundenumfang als zu gering ein und betrachteten dies als ein (gravierendes) Problem. Seit 2014 hatte sich dort die Lage mit 39,9 Prozent folglich nicht entspannen können. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Kommunen, der im Stundenumfang kaum oder keine Schwierigkeiten sieht, seit 2014 von 39,4

Prozent auf 33,6 Prozent verringert. Die Beurteilung dieser Problematik verteilte sich über Deutschland relativ homogen: Sowohl zwischen neuen und alten Bundesländern als auch zwischen kleineren (bis 100.000 Einwohner) und größeren Kommunen (über 100.000 bis 200.000 bzw. über 200.000 Einwohner) wurden nur geringe Unterschiede ermittelt, die keinen Rückschluss auf eine systematische Verteilung der Problemlagen zulassen.

Die Koordinierungsstellen waren häufig mit beruflich erfahrenen und fachlich einschlägig ausgebildeten Fachkräften besetzt: Zum 31. Dezember 2017 waren in Deutschland in den 539 auf diese Frage antwortenden Jugendamtsbezirken 976 Personen in der kommunalen Netzwerkkoordination für Frühe Hilfen tätig. Neben den insgesamt verfügbaren Vollzeitäquivalenten im Bereich der Netzwerkkoordination hat damit auch die Zahl der involvierten

ABBILDUNG 9: Einschätzung Probleme bei der Etablierung der Netzwerkkoordinierungsstelle 2014 und 2017



Prozentwerte. »Befristung der Personalstellen« wurde 2014 nicht erhoben. N variiert: 2014: N = 470–526; 2017: N = 422–545.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2014 und zu 2017

Personen seit 2013 regelmäßig zugenommen (2013: 807; 2014: 905). Die Erhebung des Jahres 2014 ergab des Weiteren (vergleiche dazu vertiefend: Küster u. a. 2015), dass die Fachkräfte meist weiblich (84 Prozent), 40 Jahre und älter (66,4 Prozent) sowie sozialpädagogisch qualifiziert (83,5 Prozent mit Abschluss Diplom-Sozialpädagogik (Fachhochschule) oder Diplom-Pädagogik) waren. Der Akademisierungsgrad war mit 92,7 Prozent im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe überdurchschnittlich hoch (zum Beispiel Sozialpädagogische Familienhilfe: 78,5 Prozent (für 2014, vergleiche Statistisches Bundesamt 2016, Blatt 80, eigene Berechnungen). 85,7 Prozent der Fachkräfte waren vor Antritt ihrer Tätigkeit in der Koordinierungsstelle bereits in der Kinder- und Jugendhilfe tätig, zwei Drittel blickten auf eine über fünfjährige Berufserfahrung in diesem Bereich zurück, knapp ein Fünftel hatte eine mindestens ebenso lange Beschäftigung im Gesundheitswesen aufzuweisen. Der Anteil der Koordinierenden, die vor dieser Anstellung im Jugendamt tätig waren, lag bei 64,2 Prozent. Von diesen 581 Personen waren 58,5 Prozent im Allgemeinen Sozialen Dienst tätig und ein kleiner Teil im Bereich der Jugendhilfeplanung (4,3 Prozent). Darüber hinaus waren 53 Prozent in ihrer bisherigen Berufsbiografie bereits für Aufgaben des intervenierenden Kinderschutzes zuständig. Ein Fünftel der in den Koordinierungsstellen tätigen Personen hatte 2014 einen befristeten Arbeitsvertrag. Dieser Personenkreis war in besonderem Maße von der Weiterförderung der Stellen durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen abhängig. Dass dieser Übergang gelungen ist, zeigt die Entwicklung bei der Einschätzung von Problemen, die mit der Etablierung der Koordinierungsstelle verbunden sein kann (siehe Abbildung 9). Während 2014 noch 32,8 Prozent der befragten Kommunen eine zu geringe Planungssicherheit hinsichtlich der Finanzierung der Stelle(n) notierten, waren dies Ende 2017 nur noch 14,3 Prozent. Auch die zwischenzeitlich befürchtete große Personalfuktuation ist ausgeblieben. Annähernd ein Zehntel der Kommunen gaben sowohl 2014 (9,8 Prozent) als auch 2017 (9,4 Prozent) an, dass ein häufiger Personalwechsel in der Koordinierungsstelle zu bewältigen ist. Ebenso groß ist der Anteil an

Kommunen, die 2017 die Befristung der Personalstellen als Problem einschätzten (9,5 Prozent).

Hinsichtlich des Vorhandenseins relevanter Zusatzqualifikationen zeigte sich, dass diese Mitte 2014 mäßig verbreitet waren: Lediglich 41,3 Prozent des 2014 eingesetzten Personals verfügte durch die Teilnahme an Weiterbildungsangeboten der jeweiligen Bundesländer über eine spezifische Qualifikation zur Netzwerkkoordination. Eine Zusatzqualifikation im Bereich der systemischen Beratung oder Therapie wiesen 24,5 Prozent der Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren auf, eine Weiterbildung zur insoweit erfahrenen Fachkraft im Sinne Paragraph 8a SGB VIII 32,3 Prozent. Dabei mangelt es nicht an spezifischen Fortbildungsangeboten. Sowohl 2014 (7,4 Prozent) als auch 2017 (5,4 Prozent) schätzten nur wenige Kommunen dies als ein Problem ein.

Dass sich die Netzwerkkoordinierenden für Frühe Hilfen als neue Funktion sowohl in den Jugendämtern als auch in den Netzwerkstrukturen fachlich etabliert haben, zeigen die Veränderung bei der Einschätzung entsprechender Konsolidierungsprobleme. In einigen Bundesländern wie Bayern und Rheinland-Pfalz gab es bereits vor der BIFH etablierte und landesgeförderte Koordinierungsstellen, in anderen Ländern und Kommunen mussten sie erst initiiert werden. Der Anteil an Kommunen, die einen hohen Klärungsbedarf bei der institutionellen Anbindung der Koordinierungsstelle haben, ist von rund 18 Prozent (2014) auf 10,5 Prozent (2017) zurückgegangen. Der Anteil an Kommunen, bei denen die Klärung der Befugnisse der Stelle als Problem wahrgenommen wurde, ist von 26,2 Prozent (2014) auf 14,9 Prozent (2017) gesunken. Am deutlichsten ist die Etablierung der Netzwerkkoordination daran abzulesen, dass die 2014 noch von 40,8 Prozent der Kommunen als Herausforderung berichtete Klärung widersprüchlicher Erwartungen unterschiedlicher Akteure an die Netzwerkkoordination 2017 auf 22,5 Prozent gesunken ist. Damit ist jedoch auch ein weiterhin erkennbarer Entwicklungsbedarf in über einem Viertel (27,4 Prozent) der Kommunen benannt.

6.1.4 Arbeitsformen und Qualitätsentwicklung

Nach Künster und andere (2010) besteht in der Fachpraxis darüber Konsens, dass die nachhaltige Verbesserung des (präventiven) Kinderschutzes auf kommunaler Ebene von einer guten Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure abhängt. Dafür müssen Formate geschaffen werden, die einen gegenseitigen Austausch ermöglichen – zum Beispiel in Form von Netzwerkkonferenzen, Arbeitsgruppen oder runden Tischen.

Neben einer Steuerungsgruppe kann eine Netzwerkkonferenz für Frühe Hilfen ein zentrales Element der Netzwerkarbeit sein, in das alle Akteure vor Ort (gegebenenfalls auch Familien) einbezogen werden. Dabei können Leitlinien diskutiert und beschlossen sowie konkrete Umsetzungsschritte zur Erreichung der vereinbarten Ziele ausgearbeitet werden. 88 Prozent der befragten Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen (N = 407) gaben im Rahmen der Befragung 2015 an, eine solche Netzwerkkonferenz eingerichtet zu haben.

Zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der bestehenden Netzwerke sind darüber hinaus folgende Punkte von zentraler Bedeutung (vergleiche Krummacher u. a. 2003):

- eine regelmäßige gemeinsame Verständigung der beteiligten Kooperationspartner über die Ziele der Kooperation,

- die Festlegung, Überprüfung und Weiterentwicklung der Ziele,
- eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Zusammenarbeit.

Dies betrifft sowohl die einrichtungs- und organisationsübergreifende Kooperation im Netzwerk als auch die fallbezogene Zusammenarbeit von Fachkräften bei der Betreuung und Versorgung von Familien. Dokumente, in denen die Angebote und Maßnahmen in der Kommune gesammelt und dargestellt werden, stellen in der Regel den ersten Schritt der Netzbildung dar; sie sind mittlerweile in über drei Viertel der Kommunen erarbeitet worden (vergleiche Tabelle 9).

Konzeptionelle Grundsätze der Zusammenarbeit wurden in nahezu zwei Dritteln der Kommunen erstellt. Darüber hinaus wurden Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit in 63,8 Prozent der Kommunen geschlossen – zum Auftakt der BIFH lag dieser Wert noch bei 42,3 Prozent.

Den Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie als Förderkriterium der BIFH festgeschrieben sind. Sehr häufig fanden sich 2017 in diesen Vereinbarungen Regelungen zum Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (85,9 Prozent aller Kommunen mit ausgearbeiteten Vereinbarungen; 2015: 84,5 Prozent). Verbreitet waren außerdem Vereinbarungen zum Datenschutz

TABELLE 9: Erarbeitete Dokumente zur fallübergreifenden Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen 2013, 2015 und 2017

	2013 ¹	2015	2017
Darstellung der Angebote und Maßnahmen	65,7	76,9	77,7
Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit	42,3	60,1	63,8
Konzept/Leitbild	46,5	63,9	64,9
Qualitätsstandards	23,2	37,4	39,2
Zielvereinbarung	21,5	37,2	38,7

¹ Nur bezogen auf Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen (n = 452). 2015 und für 2017 wurde die Frage allen Kommunen mit einem Netzwerk oder mehreren Netzwerken Frühe Hilfen gestellt.

Prozentwerte. 2013: N = 452; 2015: N = 546; 2017: N = 556.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

(2017: 66,2 Prozent; 2015: 62,2 Prozent) und Regelungen zur Fallvermittlung bzw. Fallübergabe (2017: 62 Prozent; 2015: 59,5 Prozent). Trotz der seit 2013 steigenden Verbreitung wurden formalisierte Qualitätsstandards und Zielvereinbarungen dagegen auch bis 2017 nur in knapp 40 Prozent der Kommunen erarbeitet.

Die Verbreitung von Dokumenten, die einen Verständigungsprozess über gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen unter den Netzwerkakteuren anzeigen, hat also zwischen Mitte 2013 und Ende 2017 merklich zugenommen – ein Beleg für eine insgesamt positive Entwicklung der Qualitätsorientierung in den Netzwerken Frühe Hilfen.

Damit einhergehend ist der von den Kommunen eingeschätzte Entwicklungsbedarf im Förderbereich »Auf- und Ausbau und Weiterentwicklung von Netzwerken für Frühe Hilfen« im Verlauf der BIFH deutlich zurückgegangen (vergleiche Abbildung 10): Der Anteil der Kommunen, der einen (sehr) hohen Entwicklungsbedarf ausmachte, lag 2017 bei lediglich 24,5 Prozent; 2013 traf dies noch auf knapp die Hälfte der Kommunen zu (49 Prozent). Mehr als jede vierte Kommune (28,6 Prozent) machte 2017 sogar keinen oder wenig Entwicklungsbedarf aus.

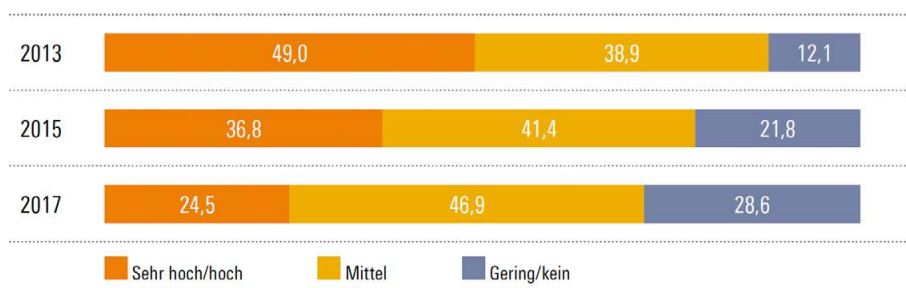
Eine große Herausforderung wurde außerdem darin gesehen, die Zusammenarbeit und Verzahnung von Netzwerken mit unterschiedlichen Zuständigkeiten zu verbessern. Seit Mitte 2014 hat der Anteil der befragten Kommunen mit diesem

Entwicklungsziel jedoch ebenfalls deutlich abgenommen (2014: 83,5 Prozent; 2017: 64,2 Prozent), obwohl lediglich 9,7 Prozent der Kommunen angaben, das Ziel einer Verbesserung der Zusammenarbeit und Verzahnung von Netzwerken bereits Ende 2017 erreicht zu haben (2014: 5,2 Prozent). 19,1 Prozent der Kommunen sahen darin kein Entwicklungsziel (mehr), was dreieinhalb Jahre zuvor nur bei 8 Prozent der Fall war; 7 Prozent konnten hierzu keine Angaben machen (2014: 3,3 Prozent).

6.2 Multiprofessionelle Kooperation

Frühe Hilfen haben das Ziel, Akteure aus der Kinder- und Jugendhilfe, aus dem Gesundheitswesen und aus weiteren relevanten Bereichen besser zu vernetzen, um Familien mit Unterstützungsbedarf frühzeitig erreichen und ihnen »maßgeschneiderte« Unterstützung anbieten zu können. Die BIFH wollte mit ihrer spezifischen Förderung Impulse geben, die zu einem höheren Grad multiprofessioneller Kooperation und intersektoraler Vernetzung führen sollten. Im Rahmen der Kommunalbefragungen wurde ermittelt, in welchem Umfang diese Ziele auf kommunaler Ebene umgesetzt werden konnten. Die im Folgenden dargestellten Daten zeigen den Grad der Einbeziehung unterschiedlicher Akteure in die Netzwerke Frühe Hilfen sowie die von den Befragten

ABBILDUNG 10: Einschätzung zum Entwicklungsbedarf im Bereich »Auf- und Ausbau und Weiterentwicklung von Netzwerken Frühe Hilfen« 2013, 2015 und 2017



Prozentwerte. 2013: N = 543; 2015: N = 555; 2017: N = 556.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

eingeschätzte Qualität der Kooperation mit dem jeweiligen Akteur. Grundlage ist die Einschätzung der für Frühe Hilfen in den Kommunen zuständigen Personen, das sind in der Regel die in den Jugendämtern angesiedelten Netzwerkkordinierenden.

Bei der Interpretation der nachfolgenden Daten sind methodische Restriktionen zu beachten, die in Kapitel 3.4 ausführlicher erläutert sind. Zur Ermittlung der Kooperationsqualität wurden die befragten Personen gebeten, anhand einer fünfstufigen Skala (1 = »sehr zufrieden« bis 5 = »sehr unzufrieden«) zu beurteilen, wie zufrieden sie mit der Qualität der Kooperation mit einzelnen Akteuren sind. Die zur Kooperationsqualität aufgeführten Werte geben den jeweiligen arithmetischen Mittelwert aller Antworten wieder.

6.2.1 Akteure der Kinder- und Jugendhilfe

Die für Frühe Hilfen relevanten Angebote aus der Kinder- und Jugendhilfe erstrecken sich über ein weites Spektrum, das von einer primärpräventiven Unterstützung im Sinne einer allgemeinen Förderung junger Familien bis zu sekundärpräventiven Unterstützungsleistungen reicht, die Hilfestellung für Familien in konkreten Belastungssituationen geben sollen. Dementsprechend breit gefächert ist auch das Spektrum der Akteure, die in die Netzwerke Frühe Hilfen einbezogen werden sollten.

Die Einbeziehung dieser Akteure hat sich im Laufe der BIFH nur in geringem Ausmaß verändert. Bei den meisten der betrachteten Institutionen und

TABELLE 10: Einbeziehung von Akteuren aus der Kinder- und Jugendhilfe in die fallübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen sowie Einschätzung der Kooperationsqualität 2013, 2015 und 2017

	Anteil Kommunen mit fallübergreifender Einbindung in Netzwerke			Einschätzung Kooperationsqualität		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Erziehungs-/Ehe-/Familien- und Lebensberatungsstellen	86,9	88,9	92,8	2,5	1,8	1,7
Allgemeiner Sozialer Dienst	82,5	82,6	85,0	2,4	1,9	2,0
Kindertageseinrichtungen	72,6	78,0	80,5	3,0	2,1	2,0
Fachberatung Kindertagesbetreuung/ Kindertagespflege ¹		68,3			1,9	
Fachberatung Kindertagesbetreuung ¹			74,4			1,9
Fachberatung Kindertagespflege ¹			72,6			1,8
Einrichtungen und Dienste der Hilfen zur Erziehung	68,1	69,2	69,1	2,8	2,0	2,1
Familienbildungsstätten	56,4	59,5	62,8	2,8	1,9	1,8
Kinderschutzzentren	24,3	24,1	27,8	2,5	1,8	1,8
Kindertagespflegepersonen ²	43,6	35,2		3,1	2,2	

¹ Fachberatung Kindertagesbetreuung/Kindertagespflege wurde 2015 erstmals erhoben. Für 2017 wurde nach Akteuren der beiden Funktionen getrennt gefragt.

² Zu Kindertagespflegepersonen wurden 2017 keine Daten erhoben.

Nur Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen. Prozentwerte (Einbindung) und Mittelwerte Kooperationsqualität (1 = »sehr zufrieden« bis 5 = »sehr unzufrieden«). 2013: N = 452; 2015: N = 432; 2017: N = 446.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

Personengruppen liegt dies an ihrer schon zum Auftakt der BIFH (nahezu) flächendeckenden Partizipation an den Netzwerken Frühe Hilfen. Deutliche Veränderungen zeigten sich dagegen bei der Beurteilung der Kooperationsqualität (vergleiche Tabelle 12, Seite 80).

Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)

Der Allgemeine Soziale Dienst ist auf kommunaler Ebene für die soziale Grundversorgung der Bevölkerung zuständig und soll sicherstellen, dass Unterstützungsmaßnahmen im Bedarfsfall für alle Einwohnerinnen und Einwohner verfügbar sind (vergleiche Krummacher u. a. 2003). Viele dieser Angebote und Maßnahmen richten sich auch allgemein an Familien und verfolgen das Ziel, das gesunde und sichere Aufwachsen der Kinder zu unterstützen. Im Falle von Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung übernimmt der ASD auch hoheitliche Aufgaben zum Schutz des Kindeswohls.

Für das Jahr 2017 gaben 85 Prozent der befragten Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen (vergleiche methodische Hinweise in Kapitel 3.4) an, den ASD in der fallübergreifenden Kooperation in die Frühen Hilfen einzubeziehen (vergleiche Tabelle 10). Dieser Anteil hat sich seit 2013 leicht erhöht (2013: 82,5 Prozent; 2015: 82,6 Prozent). Weiterhin gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass sich die Kooperation zwischen Koordinierungsstellen und ASD verbessert hat: Die Beurteilung der Kooperationsqualität erreichte 2017 im Mittel über alle Kommunen, die den ASD in ihr Netzwerk Frühe Hilfen einbezogen hatten, einen Wert von 2 (2013 lag die mittlere Beurteilung noch bei 2,4). Diese deutlich verbesserte Beurteilung lässt vermuten, dass sich Routinen für gemeinsame Arbeitsprozesse entwickelt haben bzw. dass Kooperationshindernisse, die aufgrund des neuen und teils undefinierten Arbeitskontextes im Rahmen der Frühen Hilfen bestanden, mittlerweile abgebaut wurden.

Erziehungs-/Ehe-/Familienberatungsstellen

Für Eltern, die sich bei der Erziehung ihres Nachwuchses überfordert fühlen oder die in Belangen der Kindererziehung auf Probleme oder Unsicherheiten stoßen, gibt es die Möglichkeit, sich bei Erziehungs-

beratungsstellen und anderen Beratungsdiensten und -einrichtungen Rat einzuholen (Paragraf 28 SGB VIII). Das Angebot ist in der Regel bewusst niedrigschwellig ausgestaltet (Kostenfreiheit), beruht jedoch auf einer Komm-Struktur, das heißt, die Initiative muss von den Eltern selbst ausgehen.

Erziehungsberatungsstellen spielen im Kontext Frühe Hilfen in zweifacher Hinsicht eine elementare Rolle (vergleiche NZFH 2014c): Einerseits können sie den Familien als Vermittler in passende weitergehende Hilfsangebote dienen, andererseits bieten sie durch ihre Beteiligung im Netzwerk auch anderen Akteuren des Netzwerks (zum Beispiel Kindertageseinrichtungen, pädiatrische Praxen, Familienhebammen) eine gute Anlaufstelle im Falle von Unsicherheiten beim Umgang mit Familien in belastenden Lebenslagen (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010).

Die genannten Beratungsstellen waren 2017 in 92,8 Prozent der befragten Kommunen mit genau einem Netzwerk fallübergreifend in die Frühen Hilfen einbezogen (2015: 88,9 Prozent; 2013: 86,9 Prozent; vergleiche Tabelle 10). Dabei wurde eine seit 2013 deutlich gesteigerte Zufriedenheit hinsichtlich der Kooperationsqualität ermittelt (2017: 1,7; 2015: 1,8; 2013: 2,5). Auch diese Entwicklung zeigt eine routinierte Verständigung und eine stetig besser greifende Verzahnung mit dem Netzwerk an, die durch das längsschnittliche Erhebungsdesign der Kommunalbefragung sichtbar gemacht werden kann.

Einrichtungen und Dienste der Hilfen zur Erziehung Hilfen zur Erziehung (Paragrafen 27 ff. und 31 SGB VIII) werden dann gewährt, wenn die Eltern eine Erziehung zum Wohle des Kindes aus verschiedensten Gründen alleine nicht (mehr) leisten können. Auf diese Leistungen haben in einem solchen Falle Eltern und Kinder einen individuellen Rechtsanspruch. Hilfen zur Erziehung dienen auch dazu, Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden. Ambulante oder auch stationäre Hilfen zur Erziehung spielen eine wichtige Rolle im Kontext Früher Hilfen, insbesondere dann, wenn die Ressourcen der Familien und/oder die Möglichkeiten der Fachkräfte in den Angeboten der Frühen Hilfen nicht (mehr) ausreichen, um eine manifeste Problematik zu bearbeiten. Hier gilt es, transparente Übergänge zu schaffen

und die Zusammenarbeit der Fachkräfte zu gestalten.

Für 2017 gaben 69,1 Prozent der Kommunen an, fallübergreifende Kooperationsbeziehungen zu Einrichtungen und Diensten der Hilfen zur Erziehung aufgebaut zu haben (vergleiche Tabelle 10).

Demnach hat sich hinsichtlich der Einbeziehung dieses Akteurs in Netzwerke Frühe Hilfen seit 2013 kaum etwas geändert (2015: 69,2 Prozent; 2013: 68,1 Prozent). Von 2013 bis 2015 zeigte sich jedoch eine deutliche Verbesserung der Kooperationsqualität (2017: 2,1; 2015: 2; 2013: 2,8), wobei der jüngst erhobene etwas niedrigere Wert im Vergleich zu 2015 auch eine zufällige Schwankung darstellen kann.

Insgesamt sind die Frühen Hilfen auf Bundesebene mittlerweile sehr gut sowohl mit der Erziehungsberatung als auch mit den Hilfen zur Erziehung vernetzt. Dies gilt sowohl hinsichtlich des Anteils der Kommunen, welche über (fallübergreifende) Kooperationsbeziehungen zu diesen Bereichen verfügen, als auch hinsichtlich der Qualität, die über diese Kooperationsbeziehungen geäußert wird.

Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflegepersonen sowie Fachberatung Kindertagesbetreuung/Kindertagespflege

Kindertageseinrichtungen als Orte der außerfamiliären Betreuung von Kleinkindern unter drei Jahren kommt im Bereich der Frühen Hilfen eine zunehmende Bedeutung zu: Die Betreuungsquoten unter Dreijähriger steigen stetig (2006: 13,6 Prozent; 2018: 33,6 Prozent, vergleiche BMFSFJ 2019), daher besteht bei immer mehr Familien ein regelhafter Kontakt dieser Einrichtungen zu den Eltern. Nach Müller und Schübel (2016) haben Fachkräfte (hier Erzieherinnen und Erzieher) gemäß Paragraf 22a, Absatz 2 SGB VIII den Auftrag, sich mit anderen kinder- und familienbezogenen Institutionen und Initiativen im Gemeinwesen zu vernetzen – dies schließt auch die Frühen Hilfen in ihrer familienunterstützenden Ausrichtung mit ein. Eine solche Vernetzung kann beiden Seiten Vorteile verschaffen: Die Kindertageseinrichtung ermöglicht einen niederschweligen Zugang zu Eltern in belastenden Lebenslagen bzw. umgekehrt auch den Eltern einen unbürokratischen Zugang zu weiteren Unterstüt-

zungsangeboten und Hilfen. Die Kindertageseinrichtungen selbst profitieren wiederum durch die Netzwerkeinbindung von einer Vereinfachung bzw. Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010; Maywald 2019; Schüle-Tschersich u. a. 2021).

Waren 2013 in 72,6 Prozent der befragten Kommunen Kindertageseinrichtungen fallübergreifend in die Netzwerke Frühe Hilfen integriert, so lag dieser Wert 2017 bei 80,5 Prozent (2015: 78 Prozent; vergleiche Tabelle 10). Allerdings sollte man bei der Interpretation dieses Wertes Vorsicht walten lassen: Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass manche Kommunen nur Kooperationsbeziehungen zu einzelnen Einrichtungen aufgebaut haben. Die Beurteilung der Kooperationsqualität mit den Einrichtungen hat sich von 2013 (3,0) über 2015 (2,1) bis 2017 (2,0) kontinuierlich und deutlich verbessert. Während der Wert 2013 klar im unteren Viertel aller abgegebenen Beurteilungen lag, war der Mittelwert von 2017 im oberen Bereich aller erfassten Akteure angesiedelt.

Die Kindertagespflege stellt neben einer Betreuung in Kindertageseinrichtungen eine zweite Säule der außerfamiliären Kinderbetreuung dar und bietet Eltern, die ihr Kleinkind betreuen lassen wollen, eine Wahlmöglichkeit. Die Betreuung findet dabei in der Wohnung der Eltern, den Räumlichkeiten der Tagespflegeperson oder eigens zur Betreuung angemieteten Räumen statt (vergleiche Pabst/Schoyerer 2015).

Aufgrund des Betreuungsverhältnisses kommt es zu einem regelmäßigen Kontakt zwischen den Eltern und der Tagespflegeperson. Letztlich ist die Rolle der Tagespflege für die Frühen Hilfen also vergleichbar mit jener von Kindertageseinrichtungen: Mögliche Belastungen der Eltern können ebenso wahrgenommen werden wie eventuelle Entwicklungsverzögerungen oder andere Auffälligkeiten des betreuten Kindes. Eine Einbeziehung der Kindertagespflege in die Frühen Hilfen birgt damit Möglichkeiten, Eltern auf weiterführende Hilfsangebote aufmerksam zu machen. Gleichzeitig können Tagespflegepersonen Entlastung erfahren, wenn sie die Angebote des Netzwerks für Frühe Hilfen kennen und im Falle

von Auffälligkeiten innerhalb der Familie über Unterstützungsmöglichkeiten und erste Anlaufstellen verfügen.

Der Anteil der Kommunen, der Tagespflegepersonen in die Frühen Hilfen eingebunden hat, war zwischen 2013 (43,6 Prozent) und 2015 (35,2 Prozent) rückläufig und verzeichnete damit zu diesem Zeitpunkt den einzigen nennenswerten Rückgang unter allen berücksichtigten Akteuren. Dies liegt wohl weniger an negativen Erfahrungen in der Zusammenarbeit: Die Beurteilung der Kooperationsqualität steigerte sich von 3,1 (2013) auf 2,2 (2015). Auch wenn dieser Wert unter den Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe den letzten Rang belegt, stand eine deutliche Verbesserung zu Buche.

Mehr Aussagekraft als die Einbindung einzelner Einrichtungen bzw. Tagespflegepersonen besitzt der Anteil der Kommunen, der fallübergreifend mit den Fachberatungsstellen der Kindertagesbetreuung bzw. Kindertagespflege kooperiert – in diesen Fällen kann eher von einer systematischen Vernetzung der beiden Bereiche ausgegangen werden. Mit einem Anteil von 74,4 Prozent für die Fachberatung der Kindertagesbetreuung bzw. 72,6 Prozent für die Fachberatung für Kindertagespflege fiel die Einbindung 2017 etwas geringer aus, als es bei den Einrichtungen im Allgemeinen der Fall war, jedoch sind solche Dienste auch nicht überall vorhanden (vergleiche Tabelle 10). Seit der Erhebung 2015 (68,3 Prozent; damals als »Fachberatung Kindertagesbetreuung/Kindertagespflege« erhoben) haben sich diese Werte jedoch nochmals merklich verbessert. Die Einbindung der institutionellen Kinderbetreuung für unter Dreijährige in die Frühen Hilfen hat sich demnach sehr positiv entwickelt.

Die Beurteilung der Kooperation mit den Fachberatungsstellen für Kindertagesbetreuung (2017: 1,9) bzw. Kindertagespflege (2017: 1,8) ist stabil geblieben (2015: 1,9 für beides zusammen; vergleiche Tabelle 10), sie übertraf sogar leicht den Wert für die Kooperationsqualität mit einzelnen Einrichtungen (2017: 2,0). Diese marginal bessere Beurteilung der Fachberatungsstellen kann womöglich mit einem klarer abgegrenzten Profil und einer verbindlichen Zuständigkeit dieses Akteurs erklärt werden. Eine kontinuierliche und verlässliche Einbindung dürfte

bei einer großen Anzahl verschiedener Kindertageseinrichtungen in einem oder sogar unterschiedlichen Sozialräumen nur sehr schwer möglich sein.

Generell erscheint es für die Frühen Hilfen vielversprechend, sich um eine Einbeziehung der mittlerweile bundesweit bestehenden Fachberatungsstellen, die als Anlaufstelle für Tagespflegepersonen und Fachkräfte aus Kindertageseinrichtungen sowie Erziehungsberechtigte gleichermaßen fungieren, zu bemühen. Über diese Multiplikatoren können die auf kommunaler Ebene bestehenden Angebote und Maßnahmen der Frühen Hilfen zielgerichteter an die vielen Akteure der Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege herangetragen werden.

Familienbildungsstätten

Nach Paragraph 16, Absatz 2, Nummer 1 SGB VIII haben Familienbildungsstätten eine klar präventive Grundausrichtung. Über Gruppenangebote werden ratsuchenden (werdenden) Eltern Informationen zur Geburtsvorbereitung und der Zeit nach der Geburt sowie zu Erziehung und Kindesentwicklung vermittelt. Überproportional häufig werden diese Angebote jedoch von Angehörigen der Mittel- und Oberschicht wahrgenommen (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010). Weniger privilegierte Familien sind in den Kursen der Familienbildungsstätten hingegen unterrepräsentiert – obwohl gerade diese Gruppe verhältnismäßig häufig weitere psychosoziale Belastungen aufweist (Lang u. a. 2015).

Eine systematische Einbindung der Einrichtungen der Familienbildung in das Netzwerk Frühe Hilfen könnte zur Abschwächung dieses sogenannten Präventionsdilemmas (vergleiche Bauer 2005) beitragen: Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen, die bereits im Rahmen der Angebote der Frühen Hilfen sichtbar geworden sind, könnten gezielt in Angebote der Familienbildung vermittelt werden. Aber auch die Familienbildungsstätten selbst könnten von einer Teilnahme am Netzwerk profitieren, insbesondere dann, wenn Familien einen weitergehenden Unterstützungsbedarf haben, welcher die Kompetenzen der Fachkräfte in der Familienbildung überfordert. Hier könnten unter Umständen Überleitungsmöglichkeiten zu anderen Akteuren aus dem Netzwerk genutzt werden. Im

Rahmen der Netzwerkarbeit könnten Fachkräfte der Familienbildung auch eine vertiefte Kenntnis über kommunale Angebote Früher Hilfen erwerben. Auf diese Weise wäre es möglich, eine zielgerichtete Ansprache von Eltern in schwierigen Lebenslagen zu vereinfachen.

Die Einbindung der Familienbildungsstätten in die Frühen Hilfen hat sich in den vergangenen Jahren leicht erhöht: Verfügt 2013 56,4 Prozent der erfassten Kommunen über entsprechende Kooperationsbeziehungen, war dieser Anteil bis 2015 auf 59,5 Prozent und bis 2017 weiter auf 62,8 Prozent gestiegen (vergleiche Tabelle 10). Wie auch bei den anderen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe hat sich die Beurteilung der Kooperationsqualität seitens der für die Frühen Hilfen verantwortlichen Personen stark verbessert (2017: 1,8; 2015: 1,9; 2013: 2,8).

Kinderschutzzentren

Kinderschutzzentren sind in erster Linie sekundärpräventiv ausgerichtet und fungieren vor allem als Beratungsstellen für Familien in Krisensituationen, zum Beispiel im Falle psychischer oder körperlicher Gewaltausübung, aber sie arbeiten auch allgemein beratend und unterstützend für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Nach Ziegenhain und andere (2010) haben sie die vorrangige Zielsetzung, an den Ursachen der familialen Krisen anzusetzen, um der Gefahr einer Kindeswohlgefährdung nachhaltig entgegenzuwirken.

Bundesweit betrachtet waren Kinderschutzzentren 2017 nur in 27,8 Prozent der Kommunen in die Netzwerke Frühe Hilfen einbezogen (2015: 24,1 Prozent; 2013: 24,3 Prozent; vergleiche Tabelle 10). Ursächlich hierfür könnten sowohl die Ausrichtung und der Auftrag dieses Akteurs sowie die recht ungleiche Verteilung der Zentren über das Bundesgebiet sein. Da es in Deutschland nur 31 Kinderschutzzentren als Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V. gibt (davon 13 in Trägerschaft des Deutschen Kinderschutzbundes e. V.), ist davon auszugehen, dass in vielen Fällen der angegebenen Einbindung in das Netzwerk auch andere Einrichtungen des Kinderschutzbundes mitgerechnet wurden.

Obwohl Kinderschutzzentren eher selten in die Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden waren, hat sich die Beurteilung der Kooperationsqualität durch die Kommunen deutlich verbessert (2017: 1,8; 2015: 1,8; 2013: 2,5).

Resümee

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Einbindung von Akteuren und Institutionen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Verlauf der BIFH deutlich verbessert hat. Dies findet seinen Ausdruck auch in der Steigerung der wahrgenommenen Kooperationsqualität aus Sicht der Verantwortlichen für Frühe Hilfen vor Ort. Frühe Hilfen haben sich in der Jugendhilfelandchaft offensichtlich etabliert und werden durch Mitwirkung unterschiedlicher Akteure der Kinder- und Jugendhilfe in den Netzwerken unterstützt.

6.2.2 Akteure des Gesundheitswesens

Die bessere Vernetzung der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen stellte ein übergeordnetes Ziel der BIFH dar. Durch eine partnerschaftliche Verschränkung der beiden Handlungsfelder sollten die vielschichtigen Problemlagen, denen junge Eltern mit ihren Kindern ausgesetzt sein können, besser und frühzeitiger wahrgenommen sowie bedarfsge-rechter bearbeitet werden können. Die besondere Bedeutung des Gesundheitswesens für die Frühen Hilfen resultiert aus den Aufgaben, die es rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit übernimmt: In diesen Lebensabschnitten nehmen nahezu alle Familien Leistungen des Gesundheitswesens regelhaft in Anspruch, zum Beispiel im Rahmen der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe und der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Aufgrund ihres allgemeinen Versorgungsauftrags werden Angebote des Gesundheitswesens von den Eltern zumeist nicht als stigmatisierend empfunden, was zu einem hohen Vertrauen in die Akteure des Gesundheitswesens beiträgt. Die Überleitung in weiterführende Hilfen eines anderen Leistungssystems bzw. Berufsfeldes war jedoch bislang keine gängige Praxis und

für die beteiligten Akteure mit teilweise hohen Hürden verbunden. Die Gründe dafür sind vielschichtig: Einerseits führte die bestehende starke Versäulung zu strukturbedingten Kooperationsschwierigkeiten, andererseits bestanden (und bestehen) zwischen den Akteuren der beiden Felder große berufsständisch und kulturelle Differenzen (vergleiche Zwischenbericht zur BIFH, NZFH 2014a). Daher bestand bei Inkrafttreten der BIFH in diesem Bereich verstärkter Handlungsbedarf, da in den meisten Kommunen die Vernetzung der beiden Leistungssysteme noch nicht ausreichend gegeben war.

Die Einbindung von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens sowie die Qualität der Kooperation mit denselben kann mit einem Blick

der Tabelle 11 entnommen werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung zu den einzelnen Akteuren und Institutionen vorgestellt und diskutiert. Dabei werden zunächst ambulante Einrichtungen und Dienste beleuchtet, gefolgt von stationären Einrichtungen und Struktureinrichtungen. Zu beachten sind auch hier die in Kapitel 3.4 beschriebenen methodischen Hinweise.

Familienhebammen

Familienhebammen bringen eine besondere Qualifikation für die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von psychosozial belasteten Familien im Rahmen Früher Hilfen mit (vergleiche Geene 2014). Im Zuge ihrer Besuche im Haushalt der

TABELLE 11: Einbeziehung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen in die fallübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen sowie Einschätzung der Kooperationsqualität 2013, 2015 und 2017

	Anteil Kommunen mit fallübergreifender Einbindung in Netzwerke			Einschätzung Kooperationsqualität		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Familienhebammen	80,8	88,0	87,9	1,6	1,5	1,5
Gesundheitsamt (ÖGD)	84,7	86,6	86,3	2,2	2,1	2,2
Geburtsklinik	67,9	76,9	74,0	2,3	2,2	2,2
Kinderärztliche Praxen	66,6	76,4	72,9	2,6	2,6	2,6
Niedergelassene Hebammen	64,4	72,5	70,0	2,5	2,4	2,5
Kinderklinik	54,6	63,4	56,7	2,2	2,1	2,1
Sozialpsychiatrischer Dienst	36,7	47,0	47,5	2,6	2,5	2,4
Frauenärztliche Praxen	37,6	50,9	44,2	3,3	3,3	3,3
Sozialpädiatrische Zentren	30,5	41,0	40,1	2,3	2,2	2,3
Psychiatrische/psychotherapeutische Praxen (Kinder/Jugendliche)	25,0	33,6	36,1	2,8	2,8	2,8
Abteilung/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	32,1	35,4	35,2	2,8	2,7	2,6
Abteilung/Klinik für Erwachsenenpsychiatrie/-psychotherapie	25,4	28,0	31,2	3,0	2,7	2,7
Psychiatrische/psychotherapeutische Praxen (Erwachsene)	18,4	22,0	22,0	3,0	3,0	3,0
Ambulante Kinderpflegedienste	n. e.	16,2	18,6	n. e.	2,4	2,4
Hausärztliche Praxen	15,3	18,8	15,5	3,3	3,3	3,3

n. e. = nicht erhoben.

Nur Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen. Prozentwerte (Einbindung) und Mittelwerte Kooperationsqualität (1 = »sehr zufrieden« bis 5 = »sehr unzufrieden«). 2013: N = 452; 2015: N = 432; 2017: N = 446.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

Familie erhalten sie einen tiefergehenden Einblick in die Lebenssituation von Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern. Obwohl die große Nähe zur Intimsphäre bei den Familien zunächst Hemmungen auslösen kann, die Unterstützung in Anspruch zu nehmen, konnten bereits Wolf-Kühn und Geene (2009) nachweisen, dass die Hilfe von den Familien fast durchgängig positiv erfahren wird (siehe auch Renner/Scharmanski 2016; Renner u. a. 2017). Diese besondere Stellung macht Familienhebammen zu bedeutsamen Vermittlerinnen in weitere kommunale Unterstützungsstrukturen. Zudem können sie Bedarfe von Familien an das Netzwerk kommunizieren, damit daraufhin passgenauere Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt und bereitgestellt werden können.

In den meisten Kommunen wurde dieses Wissen in der fallübergreifenden Zusammenarbeit der Netzwerke Frühe Hilfen genutzt; 2017 bestand eine fast flächendeckende Einbindung dieser Gesundheitsfachkräfte in die fallübergreifende Netzwerkarbeit: Familienhebammen waren in 87,9 Prozent der Kommunen vertreten – der höchste Wert unter allen erfassten Akteuren aus dem Gesundheitswesen (2015: 88 Prozent; 2013: 80,8 Prozent; vergleiche Tabelle 11).

Auch hinsichtlich der Kooperationsqualität erzielten Familienhebammen die beste Beurteilung durch die in den Kommunen für Frühe Hilfen zuständigen Personen: Mit einem Mittelwert von 1,5 standen sie 2017 an der Spitze aller Akteure in den Kommunen – wie bereits 2013 (1,6) und 2015 (1,5). Dass dieser Wert bereits 2015 erreicht wurde, legt nahe, dass diese sehr gute Kooperation eine hohe Stabilität aufweist. Die Einbindung von FGKiKP in die Netzwerke Frühe Hilfen wurde nicht erhoben, da sie anders als Familienhebammen in der Regel nicht freiberuflich tätig sind.

Kinderärztliche Praxen

Pädiatrische Praxen haben insbesondere durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen einen kontinuierlichen Kontakt zu Kindern und deren Eltern. Neben einer gesunden körperlichen Entwicklung des Kindes prüfen Pädiaterinnen und Pädiater, ob motorische, sprachliche, kognitive oder sozial-

emotionale Entwicklungsstörungen vorliegen (vergleiche Geene 2014). Der Zeitumfang, der für eine Früherkennungsuntersuchung (U-Untersuchung) vorgesehen ist, lässt auch Raum für primärpräventive Beratungsgespräche (siehe auch das Präventionsgesetz von 2015), in denen – falls Anzeichen für erhöhte Unterstützungsbedarfe vorliegen – passende Angebote Früher Hilfen nahegelegt werden können. Aus diesem Grund wurden pädiatrische Praxen in der Verwaltungsvereinbarung ausdrücklich als einzubindende Akteure genannt. Weiterhin sollen U-Untersuchungen seit Einführung der Landeskinderschutzgesetze (vergleiche Thaiss/Burchardt 2013) auch dabei helfen, Fälle von Vernachlässigung oder Kindeswohlgefährdung frühzeitig zu erkennen.

Zum Auftakt der BIFH waren pädiatrische Praxen in zwei von drei Kommunen mit einem Netzwerk Frühe Hilfen in der fallübergreifenden Kooperation eingebunden (66,6 Prozent). Dieser Anteil stieg bis 2015 auf 76,4 Prozent, entwickelte sich aber bis 2017 leicht rückläufig und lag bei der letzten Erhebung bei 72,9 Prozent (vergleiche Tabelle 11).

Aufgrund einer relativ niedrigen pädiatrischen Versorgungsdichte in ländlichen Regionen (vergleiche Zepp/Krägeloh-Mann 2018), war die Einbindung entsprechender Praxen in die Frühen Hilfen in dünn besiedelten ländlichen Kreisen (2017: 60,8 Prozent; 2015: 67,7 Prozent) und ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen (2017: 63,5 Prozent; 2015: 68,3 Prozent) seltener zu verzeichnen als dies in bevölkerungsreicheren städtischen Kreisen (2017: 78,4 Prozent; 2015: 77,5 Prozent) bzw. kreisfreien Großstädten (2017: 71,8 Prozent; 2015: 77,4 Prozent) der Fall war (dichotomisiert: städtischer Raum 76,8 Prozent (2017; 2015: 77,5 Prozent), ländlicher Raum 62,1 Prozent (2017; 2015: 68 Prozent)). Auch hier ging die Entwicklung – außer in städtischen Kreisen – in Richtung einer wieder abnehmenden Einbindung.

Die Beurteilung der Kooperationsqualität variierte von 2013 bis 2017 bei einem Mittelwert von 2,6 (vergleiche Tabelle 11). Im Vergleich zu den anderen erfassten Akteuren aus dem Gesundheitsbereich ist dies ein Wert, der einen der hinteren Rangplätze einnimmt. Offensichtlich bestehen weiterhin Hürden in der Verständigung und Zusammenarbeit (zur Perspektive von niedergelassenen Pädiaterin-

nen und Pädiatern auf Frühe Hilfen vergleiche Staa/Renner 2019).

Niedergelassene Hebammen

Hebammen betreuen Schwangere und werdende Väter vor, während und nach der Geburt eines Kindes. Ihre Unterstützungsleistungen stehen prinzipiell jeder Frau zu, die ein Kind erwartet, solange sie krankenversichert ist. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist jedoch durch einen deutlichen sozialen Gradienten geprägt, da schwangere Frauen sich aktiv um eine solche Unterstützung kümmern müssen, was Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status schwerer fällt (vergleiche Lang u. a. 2015). Hinzu kommt, dass die flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe aktuell gefährdet ist, da die ökonomischen Bedingungen (insbesondere die gestiegenen Haftpflichtprämien) sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert haben und freiberufliche Hebammen das Arbeitsfeld der außerklinischen Geburtshilfe verlassen (vergleiche Schlüter-Cruse/zu Sayn-Wittgenstein in Vorbereitung). Für den Bereich der stationären Hebammenversorgung weist ein aktuelles Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (vergleiche IGES Institut 2019) auf stellenweise erhebliche Versorgungsgaps in Geburtskliniken und eine hohe Unzufriedenheit bei den befragten Hebammen hin. Für niedergelassene Hebammen fehlen bislang entsprechende Gutachten. Prinzipiell haben Hebammen jedoch einen systematischen, frühen und auch besonders niederschweligen Zugang zu allen Familien im Übergang zur Elternschaft. Die Betreuung erstreckt sich – im Gegensatz zum schmalen Zeitfenster in den Geburtskliniken – über einen längeren Zeitraum und findet in der Regel zu Hause bei den Familien statt. Hebammen können damit meist die Lebenssituation einer Familie umfassend wahrnehmen und beurteilen. Sie sind daher prädestiniert dafür, Hilfe- und Unterstützungsbedarfe rechtzeitig zu erkennen und im Bedarfsfall an andere Professionen zu vermitteln oder diese hinzuzuziehen bzw. aufgrund ihrer Vertrauensbeziehung für die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu werben (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010).

Im Jahr 2017 verfügten 70 Prozent der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen

über fallübergreifende Kooperationsbeziehungen zu niedergelassenen Hebammen (vergleiche Tabelle 11). Der Anteil der Kommunen, der über diese Kooperationsbeziehungen verfügt, war damit insgesamt seit 2013 (64,4 Prozent) leicht gestiegen, jedoch im Vergleich mit 2015 wieder etwas gesunken (72,5 Prozent). Die Kooperationsqualität lag mit einem Mittelwert von 2,5 im mittleren Bereich der Akteure aus dem Gesundheitswesen (2013: 2,5; 2015: 2,4).

Frauenärztliche Praxen

Gynäkologische Praxen haben meist schon lange vor einer Schwangerschaft Kontakt zu potenziellen Müttern und begleiten sie während dieses Lebensabschnitts kontinuierlich. Im Rahmen des dann bereits bestehenden Vertrauensverhältnisses können sie eine wichtige Rolle bei der Vermittlung in die Schwangerschaftsberatung oder in andere (in Anbetracht der individuellen Lebensumstände) angebrachte Hilfesysteme einnehmen – sofern sie über diese Hilfesysteme auskunftsfähig sind.

Frauenärztliche Praxen waren 2017 jedoch nur in 44,2 Prozent der Kommunen fallübergreifend in der Netzwerkarbeit vertreten (vergleiche Tabelle 11). Nach einem deutlichen Anstieg zwischen 2013 (37,6 Prozent) und 2015 (50,9 Prozent) kam es bis 2017 zu einem Rückgang des Anteils der Kommunen, der diesen Akteur einbindet. Weiterhin schlug sich auch bei dieser Profession die im Gesundheitswesen meist eher schlechte Beurteilung der Kooperationsqualität nieder. Mit einem Wert von 3,3, konstant über alle drei Erfassungszeitpunkte hinweg, erreichten sie neben den hausärztlichen Praxen die schlechteste Bewertung unter allen erfassten Professionen (zur Perspektive von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen auf Frühe Hilfen vergleiche Neumann/Renner 2020).

Sozialpädiatrische Zentren

Im Falle von chronischen Entwicklungsverzögerungen bzw. -beeinträchtigungen oder schwerwiegenden Verhaltensproblemen des Kindes bieten sozialpädiatrische Zentren für viele Eltern eine erste Anlaufstelle. Sie behandeln meist ambulant und über einen längeren Zeitraum hinweg die zugrundeliegenden Ursachen für die Fehlentwicklung. Diese

Zentren verfügen über große Erfahrung und hohe Kompetenzen im Bereich der (früh-)kindlichen Entwicklung und Gesundheitsförderung. In aller Regel sind sie für Belange der Frühen Hilfen weitgehend sensibilisiert und haben eine umfassende Expertise zu den komplexen Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit von Kindern und Eltern sowie der innerfamiliären Interaktion.

Aufgrund ihrer überregionalen Zuständigkeit nehmen sie eine besondere Stellung ein: Kommunen, die über einen regelmäßigen Austausch mit sozialpädiatrischen Zentren verfügen, haben einen Ansprechpartner für interdisziplinär erprobte Behandlungskonzepte (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010) bzw. für einen Blick »über den kommunalen Tellerrand« und damit Zugang zu bewährten Verfahrensweisen. Laut der Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (vergleiche DGSPJ 2020) gibt es derzeit 146 sozialpädiatrische Zentren, von denen nur ein kleiner Teil auch stationäre Behandlungskonzepte anbietet.

Von 2013 bis 2017 ist der Anteil der Kommunen, die in den Frühen Hilfen fallübergreifend mit sozialpädiatrischen Zentren kooperieren, von 30,5 Prozent auf 40,1 Prozent gestiegen (2015: 41 Prozent; vergleiche Tabelle 11). Die Beurteilung der Kooperationsqualität lag 2017 bei 2,3 (2013: 2,3; 2015: 2,2) und damit stabil im Mittelfeld der Akteure aus dem Gesundheitswesen.

Ambulante Kinderpflegedienste

Ambulante Kinderpflegedienste gehören zu den Akteuren, die ebenfalls aufsuchend arbeiten, sich jedoch in erster Linie um medizinische und pflegerische Bedürfnisse ihrer kleinen Patientinnen und Patienten kümmern. Sie leisten in der Regel auch eine wichtige Unterstützung für die Eltern (chronisch und/oder schwer) kranker Kinder. Teilweise sind diese Dienste an den ÖGD angebunden, es gibt jedoch auch Dienste, die privatwirtschaftlich tätig sind.

Die Einbindung ambulanter Kinderpflegedienste in Netzwerke Frühe Hilfen wurde erstmals im Rahmen der dritten Welle der Kommunalbefragung (2015) erhoben (vergleiche Tabelle 11). Zu diesem Zeitpunkt waren ambulante Kinderpflegedienste nur in 16,2 Prozent der Netzwerke integriert und damit

einer der am seltensten eingebundenen Kooperationspartner. Diese Tatsache hat sich bis 2017 nicht geändert. Lediglich 18,6 Prozent der Kommunen gaben zum Stichtag 31. Dezember 2017 an, ambulante Kinderpflegedienste in ihre Netzwerke eingebunden zu haben. Währenddessen blieb die Bewertung der Kooperationsqualität zwischen 2015 und 2017 konstant bei 2,4.

Hausärztliche Praxen

Hausärztinnen und Hausärzte sichern die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung und verfügen in der Regel über ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihrem Patientenstamm. Damit haben sie prinzipiell die Möglichkeit, frühzeitig Einblicke in psychosoziale Problemlagen zu bekommen, die womöglich eine Einschränkung der Erziehungs- und Fürsorgekompetenzen von erkrankten Eltern nach sich ziehen. In solchen Fällen ist es wichtig, zu wissen, welche weiteren Professionen mit einbezogen bzw. auf welche Unterstützungsmaßnahmen die betroffenen Eltern hingewiesen werden können.

Darüber hinaus sind Hausärztinnen und Hausärzte grundsätzlich befugt, ebenso wie pädiatrische Praxen Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen. Nach Geene (2014) ist dies in der Praxis vor allem in ländlichen Regionen der Fall, in denen die Dichte mit Fachärztinnen und Fachärzten anderer Professionen (insbesondere pädiatrischen Praxen) nicht so hoch ist wie in städtischen oder großstädtischen Räumen. Dies scheint jedoch keine Auswirkungen auf die Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten in Netzwerke Frühe Hilfen zu haben: In Kommunen mit einer Einwohnerzahl von unter 100.000 waren hausärztliche Praxen nur zu 17,6 Prozent fallübergreifend in die Netzwerke Frühe Hilfen einbezogen. Bei Kommunen mit 200.000 und mehr Einwohnern war dies mit 22,8 Prozent etwas häufiger der Fall.

Allgemein war die Einbindung der hausärztlichen Praxen sehr gering und stagnierte darüber hinaus auf diesem niedrigen Level (vergleiche Tabelle 11): Fallübergreifend verfügten 2017 lediglich 15,5 Prozent der erfassten Kommunen mit einem Netzwerk Frühe Hilfen über Kooperationsbeziehungen mit hausärztlichen Praxen (2015: 18,8 Prozent;

2013: 15,3 Prozent). Darüber hinaus wurde die Qualität der Kooperation seitens der Kommunen im Vergleich zu anderen erfassten Akteuren als relativ schlecht beurteilt (2013, 2015 und 2017 jeweils 3,3).

Geburtskliniken

Geburtskliniken sind in besonderer Weise geeignet, einen Großteil der potenziellen Adressatinnen und Adressaten der Frühen Hilfen über bestehende Unterstützungsangebote nach der Geburt zu informieren. Etwa 98 Prozent aller Geburten finden in diesem Umfeld statt – eine niederschwellige und allgemeine Ansprache der gebärenden Mütter ist folglich gut umsetzbar (vergleiche Geene 2014). Als erfolgreiches Modell der strukturellen Einbindung von Geburtskliniken gelten zum Beispiel Lotsenprojekte, die psychosoziale Probleme von Familien frühzeitig wahrnehmen können und bei der Vermittlung in passgenaue Unterstützungsangebote helfen (siehe auch Kapitel 7.2). Dies gilt insbesondere für Eltern, die psychosozialen Angeboten eher kritisch gegenüberstehen bzw. Hemmungen oder nicht ausreichende Ressourcen haben, um sich selbst Unterstützung zu suchen. Im Zuge der Förderung durch die BIFH wurden in Hamburg (»Babylotsen«) und in Rheinland-Pfalz (»Guter Start ins Kinderleben«) Lotsenprojekte landesweit eingeführt, aber auch Kliniken in anderen Bundesländern haben dieses Modell inzwischen aufgegriffen (vergleiche Fisch u. a. 2016).

Für das Jahr 2017 gaben 74 Prozent aller Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen an, in der fallübergreifenden Netzwerkarbeit mit Geburtskliniken zu kooperieren (vergleiche Tabelle 11). Im Jahr 2013 traf dies auf 67,9 Prozent der Kommunen zu (2015: 76,9 Prozent). Die Einbeziehung in die Netzwerke Frühe Hilfen hat sich also positiv entwickelt, wenngleich es zum Ende der Laufzeit der Bundesinitiative zu einer leicht rückläufigen Entwicklung gekommen ist. Dies hat seinen Grund nicht zuletzt darin, dass viele Geburtskliniken in den vergangenen Jahren wegen eines unrentablen Betriebes schließen mussten (vergleiche Stahl/Nadj-Kittler 2017), weshalb dieser Akteur in einem wachsenden Teil der deutschen Kommunen vor Ort nicht mehr verfügbar ist.

Die Beurteilung der Kooperationsqualität fiel mit einem Mittelwert von 2,2 bezogen auf die Werte von anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen relativ gut aus (2015: 2,2; 2013: 2,3; vergleiche Tabelle 11) (zur Perspektive von Geburtskliniken auf Frühe Hilfen vergleiche Scharmanski/Renner 2019).

Kinderkliniken

Im Falle von Auffälligkeiten, Störungen, Verletzungen oder Erkrankungen des Kindes sind Kinderkliniken häufig eine wichtige Anlaufstelle für Eltern. Die dort arbeitenden Fachkräfte sind vielerorts sensibilisiert für längerfristige Unterstützungsbedarfe der Eltern und mit speziellen Hilfesystemen, wie zum Beispiel Babysprechstunden oder Schreiambulanzen, vernetzt (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010). Daher können sie für Netzwerke Frühe Hilfen in zweifacher Weise nützlich sein: Als Ansprechpartner für Eltern können sie zum einen in weiterführende passgenaue Hilfen vermitteln, zum anderen können Kinderkliniken als Netzwerkakteure auch Fachkräften Orientierungshilfe und konsiliarischen Rat zur Verfügung stellen und so zum guten Gelingen der Netzwerkarbeit beitragen.

Die fallübergreifende Einbeziehung von Kinderkliniken in die Frühen Hilfen hat sich zwischen 2013 (54,6 Prozent) und 2015 (63,4 Prozent) ausgeweitet, fiel bis 2017 (56,7 Prozent) allerdings wieder fast auf das Ausgangsniveau zurück (vergleiche Tabelle 11). Die Ursachen dafür sind unklar und können mit Hilfe der erhobenen Daten nicht aufgeklärt werden. Die Kooperationsqualität erhielt eine mittlere Bewertung von 2,1 – ein Wert, der seit 2013 (2,2; 2015: 2,1) nahezu unverändert blieb, aber einen der besten Ränge unter den Akteuren des Gesundheitswesens einnimmt.

Abteilungen/Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sowie kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Praxen
Kommt es bei Kindern zu psychischen Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen, wenden sich Eltern oft an Akteure der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung. Psychische Fehlentwicklungen bergen die Gefahr, dass damit verbundene problematische

Verhaltensweisen des Kindes negativ auf die Eltern-Kind-Interaktion rückwirken, sodass Qualitäten wie elterliches Engagement, wechselseitiges Aufeinander-Bezug-Nehmen (Reziprozität) und gegenseitig sich verstärkende Interaktionen zwischen Bezugsperson und Kind (Synchronität) nachlassen und stattdessen kontrollierende oder anweisungsorientierte direkte Erziehungsstrategien zunehmen (vergleiche Krause 2007). Aufgrund der Expertise dieser Akteure hinsichtlich entwicklungspsychologischer Prozesse und Entwicklungsphasen, zu kindlichen Reaktionsweisen auf die lebensweltliche Realität und zu Wechselwirkungen zwischen Kind und Hauptbezugsperson(en) (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010) ist diese Berufsgruppe für die Frühen Hilfen ein wichtiger Partner, der über Expertenwissen zu Behandlungsmöglichkeiten im Falle psychischer Fehlentwicklungen oder Störungen von Kindern verfügt. Für andere Akteure im Netzwerk Frühe Hilfen können sie eine beratende Funktion einnehmen, um Maßnahmen zur Förderung der kindlichen Entwicklung abzusichern.

Die Einbindung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken bzw. Praxen für Kinder und Jugendliche in die Frühen Hilfen stellte sich etwas ausgeprägter dar als jene von Akteuren der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung für Erwachsene: Entsprechende Kliniken waren 2017 in 35,2 Prozent (2015: 35,4 Prozent; 2013: 32,1 Prozent), entsprechende Praxen in 36,1 Prozent (2015: 33,6 Prozent; 2013: 25 Prozent) der Kommunen fallübergreifend in die Netzwerke integriert (vergleiche Tabelle 11). Während der Anteil der Kliniken relativ konstant blieb, ist der Anteil der Kommunen, welche Praxen dieser Disziplinen in die Frühen Hilfen einbeziehen, von einem Viertel auf deutlich über ein Drittel gestiegen. Hinsichtlich der Qualität der Kooperation erreichten erstere 2017 einen Mittelwert von 2,6, letztere von 2,8. Diese Werte haben sich leicht verbessert gegenüber jenen, die im Rahmen der ersten und dritten Erhebungswelle 2013 bzw. 2015 ermittelt wurden. Dennoch rangierten sie im unteren Bereich, was möglicherweise auf Schwierigkeiten und Unzufriedenheit in vielen der bestehenden Kooperationen hinweist.

Insgesamt waren die Akteure der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung für Kinder in auffallend geringerem Ausmaß in die Frühen Hilfen eingebunden als die meisten anderen Akteure des Gesundheitswesens. Darüber hinaus wurde auch die Kooperationsqualität als vergleichsweise schlecht eingeschätzt. Dies stellt einen kritischen Befund dar, da Entwicklungsdefizite und Verhaltensprobleme der Kinder als besonders starke Risikofaktoren für das Auftreten von Vernachlässigung und Misshandlung gelten und gerade in diesem Bereich eine gute Zusammenarbeit zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Familien erforderlich ist.

Abteilungen/Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie/-psychotherapie sowie psychiatrische und psychotherapeutische Praxen

Akteure der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung fokussieren eine Zielgruppe, die in den letzten Jahren an Bedeutung im Kontext der Frühen Hilfen gewonnen hat. Psychische Erkrankungen von Eltern haben oft negative Auswirkungen auf deren Erziehungs- und Versorgungskompetenz (vergleiche Pillhofer u. a. 2016; Lenz 2017) sowie auf deren Fähigkeit, eine emotionale Bindung zum Kind aufzubauen. Angehörige der psychiatrischen und psychotherapeutischen Heilberufe können helfen, Fehleinschätzungen bei psychischen Auffälligkeiten zu vermeiden. Mit ihrer Hilfe können zudem Behandlungskonzepte entwickelt werden, die auch die Situation der Kinder angemessen berücksichtigen.

Die Einbindung von Akteuren der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung verbreitete sich im Verlauf der BIFH zwar allmählich, wurde in den Netzwerken Frühe Hilfen aber 2017 nach wie vor zu wenig umgesetzt: Kliniken und Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie bzw. -psychotherapie waren 2017 nur in 31,2 Prozent der Kommunen in die fallübergreifende Netzwerkarbeit eingebunden (2015: 28 Prozent; 2013: 25,4 Prozent), Praxen dieser Fachrichtung sogar nur in 22 Prozent (2015: 22 Prozent; 2013: 18,4 Prozent; vergleiche Tabelle 11). Die Ausweitung der Einbindung dieser Disziplin fiel in Anbetracht der hohen Rele-

vanz für die Frühen Hilfen also eher moderat aus. Dies mag auch daran gelegen haben, dass Kliniken und Praxen nicht in allen Kommunen vorhanden sind, da ihr Einzugsgebiet meist überregional ist. Die Bewertung dieser nur in wenigen Kommunen bestehenden Kooperationsverhältnisse fiel noch dazu eher schlecht aus (2017: 2,7 bzw. 3,0; 2015: 2,7 bzw. 3,0; 2013: 3,0 bzw. 3,0) und hat sich im Laufe der BIFH nicht grundlegend verbessert.

Insgesamt gesehen sind die Befunde zur Einbindung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung von Erwachsenen in die Netzwerke Frühe Hilfen kritisch zu bewerten. Hier herrscht nach wie vor ein starker Handlungsbedarf, da psychische Schwierigkeiten bzw. Erkrankungen von Müttern und Vätern als besonders starker Risikofaktor für das Auftreten von Vernachlässigung und Misshandlung gelten und daher eine gute Zusammenarbeit zur Ermöglichung einer bedarfsgeordneten Versorgung der Familien erforderlich ist.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)/ Gesundheitsämter

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist die öffentliche Institution auf kommunaler Ebene, die an der kommunalen Daseinsvorsorge in Bezug auf Förderung und Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung mitwirkt. Der Ausgleich von sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen gehört explizit zu seinem Aufgabenbereich, er ist jedoch nicht kurativ tätig. Innerhalb der Kommunalverwaltung stellt er quasi einen spiegelbildlichen Partner des Jugendamtes dar, vor allem in Bezug auf die Sozialplanung. Eine Beteiligung des ÖGD bei der Planung, Steuerung und fachlichen Weiterentwicklung Früher Hilfen ist daher äußerst sinnvoll (siehe auch Kapitel 5). In begrenzterem Umfang als Jugendämter sind Gesundheitsämter auch Koordinierungsstellen und Anstellungsträger für Gesundheitsfachkräfte, die in den Frühen Hilfen eingesetzt werden (siehe Kapitel 8.1.2). In einigen Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg) sind die kommunalen Gesundheitsämter zur Kooperation im Kinderschutz verpflichtet (vergleiche DIJuF/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie 2010, Seite 33). Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

(KJGD) ist er in einigen Bundesländern darüber hinaus auch ein wichtiger Anbieter von Unterstützungsleistungen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis drei Jahre in belastenden Lebenslagen.

Die (gesetzliche) Aufgabenfestlegung des ÖGD obliegt den Ländern, die Ausstattung mit Personal und finanziellen Ressourcen liegt in Verantwortung der Kommunen. Auf Bundesebene gibt es keine gesetzliche Grundlage, die den ÖGD zu einer Vorhaltung spezifischer Hilfsangebote für (werdende) Eltern von Kleinkindern in psychosozialen Belastungslagen bzw. zu einer Beteiligung an den Netzwerken Frühe Hilfen verpflichtet (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010). Vor diesem Hintergrund wurde in der Verwaltungsvereinbarung der BIFH die Förderfähigkeit der Netzwerke Frühe Hilfen an eine Kooperation mit dem ÖGD gebunden. Auf diese Weise sollten Kommunen zur intersektoralen Kooperation angehalten werden. Nach Geene (2014) wäre darüber hinaus eine Kooperation mit dem ÖGD im Bereich der Willkommensbesuche für Neugeborene sinnvoll, die idealerweise allen Familien angeboten werden sollten, um Stigmatisierungseffekte zu vermeiden (siehe Kapitel 7.1).

Im Jahr 2017 verfügten 86,3 Prozent der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen über fallübergreifende Kooperationsbeziehungen zum Gesundheitsamt – ein Anteil, der seit 2013 (84,7 Prozent) nur wenig gestiegen ist und seit 2015 (86,6 Prozent) stagniert (vergleiche Tabelle 11). Diese Zahl belegt eine sehr gute Einbindung des ÖGD in die Frühen Hilfen, der auch in zwei Dritteln der Kommunen in der Steuerungsgruppe des Netzwerks mitwirkt (siehe Kapitel 5.1). Als Träger von Angeboten tritt das Gesundheitsamt jedoch seltener in Erscheinung: Lediglich in 9 Prozent (Stand: 2015) der Kommunen, in denen Willkommensbesuche für Neugeborene angeboten werden, lagen diese in Trägerschaft des ÖGD. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die in Berliner Bezirken von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen des KJGD durchgeführten »Erstbesuche« verwiesen. Die Kooperationsqualität wurde seitens der in den Kommunen für die Frühen Hilfen zuständigen Personen positiv bewertet: Ein Mittelwert von 2,2 stellt einen der vorderen Ränge

unter den Akteuren des Gesundheitswesens dar (2015: 2,1; 2013: 2,2).

Sozialpsychiatrische Dienste

Neben dem Gesundheitsamt ist der Sozialpsychiatrische Dienst ein Akteur, der ebenfalls dem ÖGD zuzuordnen ist. Er bietet Menschen jeden Alters eine erste Anlaufstelle bei Fragen zu psychischen Belastungen oder Auffälligkeiten und richtet sich dabei gleichermaßen an psychisch erkrankte Menschen, deren soziales Umfeld und Angehörige sowie an Fachkräfte. Viele Erwachsene mit psychischen Problemen haben (kleine) Kinder zu versorgen, sodass der Sozialpsychiatrische Dienst hier folglich einen wichtigen Beitrag zur Förderung guter Entwicklungsbedingungen von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil leisten kann (vergleiche Pillhofer u. a. 2016).

Der Sozialpsychiatrische Dienst war zuletzt in knapp der Hälfte aller Kommunen in das Netzwerk Frühe Hilfen eingebunden (2017: 47,5 Prozent; 2015: 47 Prozent; 2013: 36,7 Prozent; vergleiche Tabelle 11). Die Netzwerkverantwortlichen in den Jugendämtern beurteilten die Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst 2017 mit 2,4 schlechter als die mit den Gesundheitsämtern – allerdings hat sich die Beurteilung in den vergangenen Jahren langsam, aber stetig verbessert (2015: 2,5; 2013: 2,6). Wenngleich eine insgesamt positive Entwicklung zu verzeichnen ist, besteht weiter Handlungsbedarf, um eine flächendeckende Vernetzung der Frühen Hilfen mit den Sozialpsychiatrischen Diensten zu erreichen.

Resümee

Die Verlaufsdaten der Kommunalbefragungen zeigen, dass die Einbeziehung der relevanten Akteure des Gesundheitswesens in die Netzwerke Frühe Hilfen durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen insgesamt durchaus verbessert werden konnte. Die leicht rückläufigen Werte in 2017 weisen jedoch auch darauf hin, dass man sich nicht auf einmal Erreichtem ausruhen kann, sondern dass weiterhin ein starker Handlungsbedarf besteht, um die größtenteils erfolgreiche stärkere Einbindung nachhaltig zu gewährleisten. Besondere Beachtung sollte dabei

auch dem strukturschwachen ländlichen Raum geschenkt werden, in dem sowohl die Versorgungsdichte als auch die Einbeziehung von spezifischen, gleichwohl wichtigen Akteuren wie den Kinder- und Hausärztinnen und -ärzten sehr viel geringer ist als in städtischen Räumen. Empfehlenswerte Maßnahmen könnten die Bereitstellung von Informationen über lokale Angebotsstrukturen, gemeinsame Fortbildungen, aber auch verbindliche (gesetzliche und untergesetzliche) Vorgaben sowie finanzielle Anreize bzw. Vergütungsregelungen sein.

6.2.3 Sonstige Akteure

Neben den bislang vorgestellten Akteuren aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Gesundheitswesen gibt es Berufsgruppen und Institutionen aus weiteren Arbeitsbereichen, die aufgrund der Handlungsfelder, in denen sie tätig sind, Kompetenzen aufweisen, die für die Frühen Hilfen von besonderer Bedeutung sind. Teils handelt es sich dabei um Akteure mit Berührungspunkten zu den beiden bislang behandelten Hauptkompetenzfeldern – dennoch werden sie wegen einer weitgehenden Eigenständigkeit gesondert aufgeführt (vergleiche Tabelle 12). Zu beachten sind auch hier die in Kapitel 3.4 beschriebenen methodischen Hinweise.

Schwangerschaftsberatungsstellen

Schwangerschaftsberatungsstellen wenden sich an Eltern in psychosozialen Problemlagen vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes. Damit sind sie beratend für einen großen Teil derjenigen Familien tätig, die auch im Fokus der Frühen Hilfen stehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Schwangerschaftsberatungsstellen gehören – neben den Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie den Hebammen – zu den Professionen, die einen besonders frühen Kontakt zu Schwangeren haben; Schwangerschaftsberatungsstellen sind zentrale Anlaufstellen werdende Mütter, Väter und auch für deren Familien. Im Laufe der Schwangerschaft oder frühen Mutterschaft sucht mehr als jede zweite schwangere Frau eine solche Beratungsstelle auf (vergleiche NZFH 2010). Dabei

TABELLE 12: Einbeziehung von sonstigen Akteuren in die fallübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen sowie Einschätzung der Kooperationsqualität 2013, 2015 und 2017

	Anteil Kommunen mit fallübergreifender Einbindung in Netzwerke			Einschätzung Kooperationsqualität		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Schwangerschaftsberatungsstellen	85,2	91,7	95,7	1,8	1,6	1,6
Frühförderstellen	75,0	86,8	86,5	2,0	1,9	1,8
Suchtberatungsstellen	44,0	50,5	51,6	2,5	2,4	2,2
Migrationseinrichtungen/-dienste	32,7	45,6	56,5	2,5	2,3	2,3
Arbeitsagentur/Jobcenter/ARGE	46,0	54,4	52,9	2,6	2,4	2,4
Frauenunterstützungseinrichtungen	41,8	46,8	47,3	2,2	2,2	2,1
Polizei	44,9	46,1	42,6	2,2	2,2	2,3
Schulen	37,8	37,5	35,9	2,8	2,6	2,6
Familiengerichte	30,1	32,2	29,4	2,4	2,4	2,5
Sozialhilfeträger nach SGB XII	21,7	24,5	25,6	2,5	2,5	2,5
Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge	n. e.	n. e.	19,3	n. e.	n. e.	2,6

n. e. = nicht erhoben.

Nur Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen. Prozentwerte (Einbindung) und Mittelwerte Kooperationsqualität (1 = »sehr zufrieden« bis 5 = »sehr unzufrieden«). 2013: N = 452; 2015: N = 432; 2017: N = 446.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

werden neben rein gesundheitlichen Aspekten und der Entwicklung des Kindes auch andere im Kontext der Elternschaft stehende psychosoziale Themen besprochen. Die Schwangerschaftsberatung kann damit als Türöffner in andere psychosoziale und gesundheitliche Beratungs- bzw. Behandlungsfelder fungieren. Sie kann darüber hinaus gegebenenfalls selbst sekundärpräventiv ansetzen, wo besondere Unterstützungsbedarfe der (werdenden) Eltern sichtbar werden oder schwerwiegende Problematiken erkennbar sind.

Dies bestätigen auch Forschungsergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen: Das Angebot der Schwangerschaftsberatung wird zu einem großen Anteil von (werdenden) Müttern mit hoher Armutsgefährdung und hoher psychosozialer Belastung in Anspruch genommen (vergleiche Salzmann u. a. 2018).

Die Einbindung der Schwangerschaftsberatung in die fallübergreifende Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen ist mittlerweile sehr weit fortgeschrit-

ten – 2017 waren sie in 95,7 Prozent der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen eingebunden (2015: 91,7 Prozent; 2013: 85,2 Prozent; vergleiche Tabelle 12), sodass man von einer flächendeckenden Einbeziehung der Beratungsstellen in die Frühen Hilfen sprechen kann. Auch die ohnehin gute Beurteilung der Kooperationsqualität hat sich von 2013 (1,8) bis 2017 (1,6) nochmals verbessert und weist 2017 nach den Familienhebammen die zweitbeste Bewertung aller abgefragten Kooperationspartner auf. Ein durchweg positiver Befund – nicht zuletzt, weil die Schwangerschaftsberatung wegen ihrer neutralen Stellung sowohl außerhalb des Gesundheitswesens als auch außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe eine Rolle als Brückenbauer zwischen beiden Systemen einnehmen kann (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010).

Frühförderstellen

Frühförderstellen haben den Auftrag, Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte

Kinder im Alter von bis zu sechs Jahren zu fördern und ihre Eltern bei der Bewältigung der besonderen Erziehungsanforderungen zu unterstützen, um damit zu einer besseren Entwicklung dieser Kinder beizutragen. Ihre Angebote weisen in Bezug auf die Zielgruppen eine große Überschneidung mit den Netzwerken und Angeboten der Frühen Hilfen auf (vergleiche NZFH 2013). Frühförderstellen greifen auf (heil-)pädagogische, psychologische und medizinische Leistungen des Gesundheitssystems zurück (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010) und können diese Unterstützungskonzepte bei Bedarf mit Leistungen der Sozialhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe verbinden. Aufgrund ihrer Vorreiterrolle in Bezug auf systemübergreifende Leistungserbringung können sie sehr gut als Bindeglied zwischen den für die Frühen Hilfen relevanten Systemen fungieren.

Frühförderstellen waren bereits 2013 in drei von vier Kommunen mit einem Netzwerk Frühe Hilfen in die fallübergreifende Kooperation integriert (75 Prozent; vergleiche Tabelle 12). Dieser Anteil stieg bis 2017 auf 86,5 Prozent (2015: 86,8 Prozent) – der zweithöchste Wert unter allen erfassten Akteuren außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems. Auch die Kooperationsqualität wurde von den in den Kommunen für die Frühen Hilfen verantwortlichen Personen besonders positiv beurteilt: Ein Mittelwert von 1,8 stellt das zweitbeste Ergebnis in dieser Akteursgruppe dar (2015: 1,9; 2013: 2,0).

Suchtberatungsstellen, Suchtkliniken und Suchtambulanzen

Obgleich Suchterkrankungen zu den psychiatrischen Krankheitsbildern gezählt werden, hat sich in Deutschland neben der therapeutischen Behandlung in Kliniken eine eigene, spezialisierte Beratungsstruktur entwickelt, die sich vor allem mit den psychosozialen Folgen von Sucht befasst. Kinder von Eltern mit Suchterkrankungen gehören zur Hochrisikogruppe für die Entwicklung von psychischen Problemen und eigenen Suchterkrankungen. Ihre Bedürfnisse werden jedoch im therapeutischen und beratenden Kontext nicht immer angemessen wahrgenommen. Stattdessen werden sie häufig eher als Stabilisatoren der Familie betrachtet und nicht

als eigenständige Personen (vergleiche Geene 2014). Suchtberatungsstellen sind für familiäre Problemlagen, die mit einer Suchterkrankung der Eltern meist einhergehen, besonders sensibilisiert. Die hier versammelten Kompetenzen können in Form von Beratung von anderen Akteuren des Netzwerks Frühe Hilfen abgerufen werden, wenn es darum geht, durch Sucht belasteten Familien effektiv Unterstützung zukommen zu lassen.

Für das Jahr 2013 gaben 44 Prozent der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen an, in den Frühen Hilfen fallübergreifende Kooperationsbeziehungen zu Suchtberatungsstellen aufgebaut zu haben (vergleiche Tabelle 12). Dieser Anteil ist bis 2017 auf 51,6 Prozent gestiegen (2015: 50,5). Die Fortschritte, die sich hinsichtlich der Einbindung dieses Akteurs ergeben haben, schlagen sich auch bei der Beurteilung der Kooperationsqualität nieder, welche zu Beginn der Bundesinitiative noch eher mittelmäßig war (2013: 2,5; 2015: 2,4), sich aber bis 2017 auf den Wert 2,2 verbessert hat. Mit der vierten Erhebungswelle der Kommunalbefragung wurde erstmals auch die Einbindung von Suchtkliniken und Suchtambulanzen in die kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen abgefragt: In etwa jedem vierten Netzwerk (25,8 Prozent) war demnach eine Suchtklinik/Suchtambulanz kooperativ eingebunden. Die Kooperationsqualität wurde jedoch verglichen mit Suchtberatungsstellen etwas negativer bewertet (2,6).

Migrationseinrichtungen/-dienste und Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge

Migrationseinrichtungen und -dienste bieten Beratung und Orientierungshilfen für Zuwanderinnen und Zuwanderer und stehen vor allem seit der im Jahr 2015 einsetzenden Fluchtbewegung aus den Bürgerkriegsländern im Nahen Osten verstärkt im gesellschaftlichen Fokus (siehe auch Kapitel 4.3.1). Sie befassen sich hauptsächlich mit der Unterstützung dieser Menschen in Fragen zu Bildung, Arbeit, Gesundheit und Familie. Dabei fungieren sie für die Zielgruppe als Ansprechpartner bei persönlichen oder familialen Problemen. Daneben gibt es Migrationsdienste, die sich speziell den Lebenslagen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zuwenden. Einrichtungen, die sich beratend an Migrantinnen

und Migranten und geflüchtete Menschen wenden, haben auch Kontakt zu Personen in dieser Zielgruppe, die ein Kind erwarten oder aber Säuglinge bzw. Kleinkinder versorgen. Dieser Kontakt macht sie zu wertvollen Partnern für die Netzwerke Frühe Hilfen: Einerseits können sie Familien und Allein-erziehende in Belastungssituationen auf bestehende Hilfsangebote hinweisen. Andererseits ist es für Migrationsdienste selbst entlastend, wenn sie im Falle von Klientinnen oder Klienten mit sehr spezifischen Belastungen auf den Rat von Expertinnen und Experten relevanter Professionen der Kinder- und Jugendhilfe oder des Gesundheitswesens zugreifen können.

Weiterhin sind derartige Einrichtungen besonders wertvoll für den Aufbau von Konzepten und Angeboten kultursensibler Früher Hilfen. Sie haben einen Überblick über Zusammensetzung und Situation der Migrantinnen und Migranten im Wirkungsbereich der Kommune und wissen, welche ethischen und kulturellen Hintergründe bei der Ansprache dieser Gruppen zu berücksichtigen sind.

Die jüngsten demografischen Entwicklungen in Form der stark gestiegenen Zuwanderungszahlen von Menschen mit Fluchterfahrung werden auch in den Kooperationsbeziehungen der Netzwerke sichtbar: Verfügt 2013 nur 32,7 Prozent der Kommunen über fallübergreifende Kooperationsbeziehungen zu Migrationseinrichtungen und -diensten, stieg dieser Anteil über 2015 (45,6 Prozent) bis 2017 auf 56,5 Prozent (vergleiche Tabelle 12). Dieser starke und stetige Anstieg belegt, dass die Berücksichtigung von Migrantinnen und Migranten und Menschen mit Fluchterfahrungen in den Frühen Hilfen auf kommunaler Ebene an Bedeutung gewonnen hat. Ferner hat sich die Beurteilung der Kooperationsqualität mit den Migrationsdiensten durch die in den Kommunen für die Frühen Hilfen zuständigen Personen im Zeitraum von 2013 bis 2017 von 2,5 auf 2,3 verbessert (2015: 2,3). 2017 wurde erstmals auch nach der Netzwerkintegration von Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge gefragt. Hier ist von einem hohen Prozentsatz von Schwangeren und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter den Bewohnerinnen und Bewohnern auszugehen, die überproportional häufig einen erhöhten Hilfebedarf aufweisen

dürften, zum Beispiel durch auf der Flucht erlittene Traumata. Eine gute Versorgung dieser Menschen gelingt nur in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten, wenngleich die Dauer des Aufenthalts dort meist begrenzt ist. Erstaufnahmeeinrichtungen waren (noch) relativ selten in die Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden. Lediglich 19,3 Prozent der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen unterhielten zum Stichtag 31. Dezember 2017 fallübergreifende Kooperationsbeziehungen mit diesen Einrichtungen. Dass es an dieser Stelle noch Verbesserungsbedarf gibt, zeigt auch die Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit, welche von den Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren im Mittel mit 2,6 bewertet wurde und damit am unteren Ende aller Akteure aus den sonstigen relevanten Bereichen und Institutionen liegt.

Agentur für Arbeit/Jobcenter/ARGE, Sozialhilfeträger nach SGB XII

Einrichtungen und Institutionen, die für die Unterstützung und Förderung von (Langzeit-)Arbeitslosen zuständig sind, stehen aufgrund ihres Tätigkeitfeldes regelmäßig in Kontakt zu Familien in materiellen Deprivationslagen. Neuere Studien (vergleiche Salzmann u. a. 2018) zeigen, dass Armutslagen von Familien gehäuft gemeinsam mit weiteren psychosozialen Problemen, wie zum Beispiel mit einer psychischen Erkrankung oder einer Suchtproblematik, einhergehen. Damit sind die Kontakte der genannten Akteurinnen und Akteure zu den von ihnen beratenen Familien von besonderer Bedeutung für die Frühen Hilfen, insbesondere hinsichtlich der frühzeitigen Wahrnehmung von Belastungslagen und der Vermittlung in weitere Hilfen und Unterstützungsangebote über das Netzwerk Frühe Hilfen.

Der Anteil der Kommunen, welche Agenturen für Arbeit bzw. Jobcenter fallübergreifend in die Frühen Hilfen eingebunden haben, ist von 2013 (46 Prozent) bis 2017 (52,9 Prozent) angestiegen, sodass mittlerweile mehr als jede zweite Kommune mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen über entsprechende Kooperationsbeziehungen verfügte (2015: 54,4 Prozent; vergleiche Tabelle 12). Die Verbreitung kooperativer Beziehungen zu weiteren Sozialhilfeträgern nach SGB XII lag mit 25,6 Prozent zwar

weit darunter, stieg seit 2013 (21,7 Prozent) jedoch langsam, aber stetig an (2015: 24,5 Prozent). Die Zufriedenheitswerte bezogen auf die Kooperation mit den Arbeitsagenturen und Jobcentern waren jedoch relativ niedrig, sie haben sich von 2013 (2,6) bis 2017 (2,4) allerdings leicht verbessert (2015: 2,4). Die Kooperationsqualität mit den weiteren Sozialhilfeträgern stagnierte über sämtliche Erhebungszeitpunkte hinweg auf einem mittleren Niveau (2,5). Ursächlich für diese verhaltene Beurteilung sind womöglich berufskulturelle Differenzen, die sich nur durch einen regelmäßigen Austausch der beteiligten Professionen vermindern ließen.

Polizei, Frauenunterstützungseinrichtungen (Gewaltnotruf et cetera), Familiengerichte

Die Polizei hat als Exekutivgewalt im Rahmen von (möglichen) Kindeswohlgefährdungen systematische Berührungspunkte zu Haushalten mit Säuglingen und Kleinkindern. Im Falle häuslicher Gewalt oder bei Drogendelikten wird sie ebenfalls oft hinzugezogen, auch hier können Kinder unmittelbar oder mittelbar betroffen sein. Frauenunterstützungseinrichtungen sind Zufluchtsorte für Frauen und Mütter, die unter häuslicher Gewalt (zum Beispiel durch ihren Lebensgefährten) leiden und Hilfe suchen; häufig nehmen sie ihre Kinder mit in diese Einrichtungen. Bei chronischen familialen Konfliktsituationen, die von den Beteiligten nicht mehr alleine geregelt werden können, nimmt das Familiengericht eine zentrale Rolle ein. Seine Aufgabe ist es, in Kooperation mit dem Jugendamt und den Eltern Lösungswege für die Familie zu finden und möglicherweise bestehende Gefährdungen der Kinder abzuwenden oder zu beenden (vergleiche Ziegenhain u. a. 2010).

Gemeinsam ist den hier aufgezählten Akteuren, dass sie regelmäßig in Kontakt mit Familien in Krisensituationen treten (müssen). Damit sind sie einerseits besonders prädestiniert, Eltern auf geeignete Unterstützungsangebote für verschiedene Problemlagen hinzuweisen; andererseits können sie den Netzwerkpartnern ihre profunde Expertise zu familialen Krisen zur Verfügung stellen.

Die Polizei war 2017 in 42,6 Prozent der Kommunen mit einem Netzwerk Frühe Hilfen vertreten

(2013: 44,9 Prozent; 2015: 46,1 Prozent), Frauenunterstützungseinrichtungen in 47,3 Prozent (2013: 41,8 Prozent; 2015: 46,8 Prozent) und Familiengerichte in 29,4 Prozent (2013: 30,1 Prozent; 2015: 32,2 Prozent; vergleiche Tabelle 12). Seit 2013 hat sich dieser Anteil bei allen drei Akteuren nur in geringem Ausmaß verändert: zu verzeichnen waren ein leichter Zugewinn bei Frauenunterstützungseinrichtungen sowie leichte Einbußen bei Polizei und Familiengerichten. Letzteres mag auch der zunehmenden Ausdifferenzierung zwischen den »Netzwerken Frühe Hilfen« und den »Netzwerken Kinderschutz« geschuldet sein.

Die Kooperationsqualität blieb bei allen Akteuren im Zeitraum der Erhebungen weitestgehend konstant. 2017 wurde die Zufriedenheit mit der Kooperation zur Polizei mit 2,3 beurteilt (2013 und 2015: 2,2), während Frauenunterstützungseinrichtungen mit einer mittleren Zufriedenheit von 2,1 (2013 und 2015: 2,2) etwas besser bzw. Familiengerichte mit 2,5 (2013 und 2015: 2,4) etwas schlechter abschnitten (vergleiche Tabelle 12).

Resümee

Akteure aus sonstigen, relevanten Bereichen waren in ganz unterschiedlichem Maße in die Netzwerke Frühe Hilfen einbezogen: Nahezu flächendeckend integriert werden mittlerweile diejenigen Einrichtungen und Dienste, die aus Handlungsfeldern stammen, die vom Auftrag und den Zielgruppen her sehr nah an den Frühen Hilfen positioniert sind, wie die Schwangerschaftsberatung und die Frühförderung. Beide Akteursgruppen wurden auch überdurchschnittlich positiv bewertet und erreichten vergleichbare Werte wie Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe. Akteure aus Handlungsfeldern, die nur in Teilen Überschneidungen mit den Frühen Hilfen aufweisen, wie zum Beispiel Arbeitsvermittlung, Suchtberatung, Hilfen bei Migration/Flucht oder Unterstützung von Frauen bei häuslicher Gewalt, waren nur in gut jeder zweiten Kommune im Netzwerk vertreten. Bis auf die Akteure aus der Arbeitsvermittlung waren hier auch (leichte) Zuwächse zu verzeichnen. Die Bewertung der Kooperationsqualität bewegte sich im mittleren Bereich, mit eher geringen Verbesserungen. Polizei und Familienge-

richte wiesen entgegen dem Trend im Längsschnitt eine zurückgehende Beteiligung auf, was auch an der zunehmenden Spezifizierung und Ausdifferenzierung der Netzwerke zum Kinderschutz und der Netzwerke zu Frühen Hilfen gelegen haben mag. Die Bewertung der Kooperation lag nahezu unverändert im hinteren Drittel aller Akteure.

Ein vergleichbares Muster zeigte die Einbindung von Schulen in die Netzwerke Frühe Hilfen, was wohl hauptsächlich der Eingrenzung der Frühen Hilfen auf Kinder bis drei Jahre zuzuschreiben ist. Diesbezüglich hat der Konsens im Feld zugenommen (siehe Kapitel 4.1). Sozialhilfeträger nach SGB XII waren nur in jeder vierten Kommune im Netzwerk Frühe Hilfen vertreten, möglicherweise ist hier der wechselseitige Nutzen unklar bzw. begrenzt. Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete waren nur in knapp jeder fünften Kommune vertreten. Es bleibt zu beobachten, wie sich diese geringe Beteiligung zukünftig entwickeln wird, was auch von der allgemeinen Bereitschaft, weiterhin Menschen aus Krisengebieten aufzunehmen, abhängt.

6.2.4 Resümee zum systemübergreifenden Einbezug von unterschiedlichen Akteuren in die Netzwerke Frühe Hilfen

Betrachtet man die von den vor Ort zuständigen Fachkräften bewertete Kooperationsqualität über alle in den Netzwerken befindlichen Akteure hinweg im Zeitverlauf, so fällt auf, dass vor allem die Professionen und Institutionen aus der Kinder- und Jugendhilfe fast durchgängig deutliche Verbesserungen im Verlauf der BIFH aufwiesen. Außerdem erzielten sie 2017 zumeist deutlich positivere Beurteilungen als dies bei den Akteuren aus dem Gesundheitsbereich und aus sonstigen relevanten Bereichen der Fall war. Nur Familienhebammen, Schwangerschaftsberatungsstellen und Frühförderstellen erreichten ebenfalls sehr hohe Akzeptanzwerte: Erstere waren Gegenstand der Förderung durch die BIFH, daher wurde ihr Einsatz im Rahmen der Netzwerkarbeit sogar vergütet; die beiden letztgenannten sind bezüglich ihrer Aufträge

und Zielgruppen sehr nah an den Frühen Hilfen angesiedelt und fungieren ähnlich wie die Frühen Hilfen selbst als Mittler und Brückenbauer zwischen medizinischen und (sozial-)pädagogischen Angeboten.

Es scheint, als hätten sich die Frühen Hilfen mittlerweile vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe gut etabliert. Ursächlich hierfür könnte zum einen die nahezu ausschließliche Ansiedlung der Koordinierungsstellen in den Jugendämtern gewesen sein (siehe Kapitel 6.1.2), zum anderen spielten aber wohl auch die Qualifikationsprofile der Koordinierenden eine Rolle, welche zu einem großen Teil über Erfahrungen im Feld der Kinder- und Jugendhilfe verfügten (siehe Kapitel 6.1.3). Diese strukturelle Verortung begünstigt wahrscheinlich Kontakte und Kooperationen im eigenen System, erschwert aber den Aufbau von Kooperationsbeziehungen in »fremde« Systeme. Modelle geteilter Ansiedlung und Verantwortung, wie zum Beispiel im Saarland, wo grundsätzlich Jugendamt und Gesundheitsamt gemeinsam die Koordinationsaufgabe wahrnehmen, konnten sich auf Bundesebene bislang nicht etablieren.

Nach wie vor besteht zudem eine Ungleichbehandlung der Systeme, was die rechtlichen Verpflichtungen anbelangt: Die Akteure der Kinder- und Jugendhilfe wurden über rechtsverbindliche Formulierungen im KKG und im SGB VIII zu einer aktiven Teilnahme an den kommunalen Frühen Hilfen verpflichtet. In einigen Bundesländern wurden bereits vor der BIFH die kommunalen Gesundheitsämter zur Kooperation verpflichtet, ohne jedoch die Form der Kooperation genauer festzulegen. Vergleichbare Verpflichtungen – und damit auch Finanzierungsgrundlagen – sind für die Akteure aus dem Gesundheitswesen bislang nicht im SGB V verankert worden. Eine Ausnahme bildet die Schwangerschaftsberatung; hier wurden im Zuge des Bundeskinderschutzgesetzes von 2012 ebenfalls rechtliche Verbindlichkeiten zur Kooperation in den Netzwerken Frühe Hilfen/Kinderschutz geschaffen.

Jenseits von Förderpraxen und Rechtsgrundlagen bestehen im Feld nach wie vor tief verankerte berufsständische und kulturelle Kooperationshürden, die nicht kurzfristig abgebaut werden können. Maßnah-

men, die darauf abzielen, »Brücken (zu) bauen und Netze (zu) weben«, so der Titel einer Konferenzreihe zur Netzwerkarbeit und Netzwerkkoordination des NZFH, sind daher nach wie vor notwendig, wenngleich mühsam und aufwendig. Das nachfolgende Kapitel zeigt die Verbreitung von Ansätzen, die die Förderung einer besseren Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg zum Ziel haben.

6.2.5 Maßnahmen zur Intensivierung der Einbindung des Gesundheitswesens

Derzeit gibt es keine gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelungen, um die Teilnahme niedergelassener Akteure des Gesundheitswesens in den Netzwerken für Frühe Hilfen systematisch und nachhaltig zu ermöglichen. Die dennoch relativ hohe Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten basiert in vielen Fällen auf dem (ehrenamtlichen) Engagement Einzelner. Vielerorts wurden bereits fachliche Konzepte zur Verbesserung der systemübergreifenden Zusammenarbeit entwickelt und umgesetzt.

Eine Möglichkeit zur Förderung der Entwicklung eines gemeinsamen Fach- und Fallverständnisses, das eine wichtige Rolle bei der fallbezogenen Kooperation spielt, sind interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen zu Themen wie beispielsweise kindliche Entwicklung oder familiäre Belastungslagen. Im Jahr 2017 führten 404 Kommunen (72,3 Prozent) derartige Fortbildungen regelmäßig durch (2015: 68,3 Prozent), an denen aus dem ambulanten Gesundheitsbereich vor allem Kinderärztinnen und Kinderärzte (73,6 Prozent aller Kommunen mit interdisziplinären Fortbildungen; 2015: 78,6 Prozent) teilnahmen. Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater (2015: 51,2 Prozent; 2017: 36 Prozent) sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen (2015: 46,2 Prozent; 2017: 43,2 Prozent) nahmen im Vergleich deutlich seltener teil. Leider nahm die durchschnittliche Teilnahmequote der Akteure aus dem Gesundheitsbereich an diesen Veranstaltungen im Zeitvergleich ab, obwohl sie für diese Teilnehmenden einen zusätzlichen Nutzen versprachen: Unter den Kommunen, die interdisziplinäre Fortbildungen anboten, hatten 55,9 Prozent mit

den zuständigen Landesärztekammern Regelungen getroffen, damit Fortbildungspunkte für die Teilnahme gewährt werden konnten.

Im Rahmen der BIFH wurde zur strukturellen Einbindung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen auch das Modell der Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen erprobt (vertiefend siehe: <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetszirkel> (10. Januar 2022)). Bei diesem kann die Kooperationsqualität zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen und Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe auf der anderen Seite verbessert werden, indem anhand von anonymisierten Fallbeispielen die Zusammenarbeit reflektiert wird. Zudem wurde im Rahmen des Modells eine Vorlage für die Finanzierung der Beratungsleistung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte erarbeitet und umgesetzt. Intensive Kooperationsformen wie das Modell der Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen oder der regelmäßigen Besprechung von anonymisierten Fallbeispielen aus dem Bereich der Frühen Hilfen in ärztlichen Qualitätszirkeln wurden bis 2017 nur in wenigen Kommunen etabliert (2017: 7,2 Prozent; 2015: 7 Prozent). Jedoch wurde 2017 in 30,2 Prozent der Kommunen ein- oder mehrmalig im Rahmen von ärztlichen Qualitätszirkeln über die Frühen Hilfen und die bestehenden Angebote informiert (2015: 28,6 Prozent).

7

Vermittlungsstrukturen

Ein wichtiges Ziel von Frühen Hilfen lag von Beginn der Bundesprogramme an (siehe Aktionsprogramm Frühe Hilfen, BMFSFJ 2006) in der frühzeitigen Wahrnehmung von familialen Belastungen und Unterstützungsbedarfen sowie einer damit möglichen, passgenauen Vermittlung geeigneter Hilfen. Wie bereits in Kapitel 4.2 berichtet, wurden diese Aspekte bereits in der ersten und dritten Erhebungswelle der Kommunalbefragungen erhoben, allerdings in einer sehr unspezifischen Form. Die Ergebnisse zeigten eine Stagnation bei der Verwendung sogenannter Screening-Instrumente – standardisierter Instrumente zur Einschätzung von psychosozialen Belastungen und Risiken von Familien – seitens der Kommunen, jedoch nahmen die Befragten gleichzeitig einen Auf- und Ausbau von Vermittlungsstrukturen in Geburtskliniken wahr. Recherchen des NZFH zeigten, dass das Gesundheitswesen den fachlichen Impuls vermehrt aufgegriffen hatte und sich so genannte Lotsendienste im Bundesgebiet verbreiteten. Diese Entwicklung wurde nur zu einem geringen Anteil durch die Fördermöglichkeiten im Rahmen der BIFH angetrieben (eine landesspezifische Förderung von Vermittlungsstrukturen bzw. Lotsendiensten war nur in zwei Bundesländern zu verzeichnen), es handelte sich zumeist um eigenständige Initiativen und Aktivitäten von überwiegend stationären Einrichtungen sowie Trägerorganisationen aus dem Gesundheitswesen (siehe die Tagungsdokumentation des NZFH unter: <https://fruehehilfen.de/tagungsdokumentation-fachtagung-fruehe-hilfen-und-geburtskliniken-foren-gute-praxis/> (10. Januar 2022)). In der vierten Welle der Kommunalbefragungen wurde daher vertiefend erfasst, wie verbreitet Vermittlungsstrukturen und Lotsensysteme in die Frühen Hilfen zu diesem Zeitpunkt waren und wie die dabei bestehenden Konzepte ausgestaltet waren. Darüber hinaus wurde die Verbreitung zentraler Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen auf kommunaler Ebene erfasst, die als Anlaufstelle für Eltern und/oder Fachkräfte aus kooperierenden Einrichtungen und Diensten fungieren.

7.1 Willkommensbesuche

Ein Angebot der Frühen Hilfen, welches als Vermittlungsstruktur dient und damit als Bindeglied in weiterführende Angebote und Maßnahmen der Frühen Hilfen anzusehen ist, sind sogenannte Willkommensbesuche. Umfangreicher untersucht wurden Willkommensbesuche bislang nur in Nordrhein-Westfalen, wo sie sehr weit verbreitet sind (vergleiche Freese/Günther 2013; Froncek/Braun 2019). Wie die Befragungsdaten des Jahres 2015 zeigten, waren Willkommensbesuche in den meisten Kommunen an alle Familien gerichtet – nur in einem kleinen Teil der Kommunen, die ein derartiges Angebot aufgebaut hatten, wurden zur Auswahl der zu besuchenden Familien bestimmte Kriterien, zum Beispiel ausgewählte Sozialräume (also Orts- oder Stadtteile), herangezogen (5,8 Prozent). Lediglich 3,8 Prozent gaben an, derartige Besuche speziell für Familien in belastenden Lebenslagen vorzuhalten. Der Großteil der Kommunen mit diesem Angebot (89,9 Prozent) äußerte, dass die Zielgruppe allgemein gehalten wird und (möglichst) alle Familien mit Neugeborenen einschließt – unabhängig davon, ob es sich um Erst- oder Nachgeborene handelt. 5,2 Prozent richteten das Angebot dagegen speziell an Familien mit Erstgeborenen, 3,2 Prozent hatten keine einheitliche Regelung ausgearbeitet. Diese Zahlen decken sich hinsichtlich der Größenordnung mit Ergebnissen, die Freese und Günther (2013) für Nordrhein-Westfalen ermittelt hatten.

In nahezu zwei Dritteln aller 559 für das Jahr 2017 befragten Kommunen gehörten Willkommensbesuche mittlerweile zum Angebot der örtlichen Frühen Hilfen (63,9 Prozent; siehe auch Kapitel 4.2), insbesondere in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen (flächendeckend) sowie in Nordrhein-Westfalen (89 Prozent) und Sachsen (85,7 Prozent). Hingegen sind Willkommensbesuche in Rheinland-Pfalz (28,2 Prozent) und Bayern (28,7 Prozent) wenig verbreitet (Westdeutschland 63,2 Prozent, Ostdeutschland mit Berlin 67,4 Prozent). In städtischen Siedlungsstrukturen (kreisfreie Städte 80 Prozent der Kommunen, städtische Kreise 74,6 Prozent) sind sie fast doppelt so häufig wie in ländlichen Siedlungsstrukturen (ländliche Kreise mit

Verdichtungsansätzen 46,2 Prozent, dünn besiedelte ländliche Kreise 40,2 Prozent). Zudem ist auffällig, dass Willkommensbesuche häufiger in Kommunen angeboten werden, die stärker von Kinderarmut betroffen sind. In Kommunen (ohne Jugendamtsbezirke in kreisangehörigen Gemeinden) mit einem Anteil von Kindern unter drei Jahren in Bedarfsgemeinschaften (2014) von über 20 bis 40 Prozent liegt der Anteil mit Willkommensbesuchen bei 63,8 Prozent (> 10 bis 20 Prozent bei 63,5 Prozent). In Kommunen, in denen 2 bis 10 Prozent der Kinder unter drei Jahren in Bedarfsgemeinschaften leben, liegt der Anteil an Kommunen mit Willkommensbesuchen hingegen bei 38,5 Prozent. Im Zeitverlauf gesehen, ist seit 2012 der Anteil von Kommunen mit Willkommensbesuchen bundesweit deutlich gestiegen (2012: 42,4 Prozent; 2013: 56,9 Prozent; 2015: 62,2 Prozent; 2017: 63,9 Prozent).

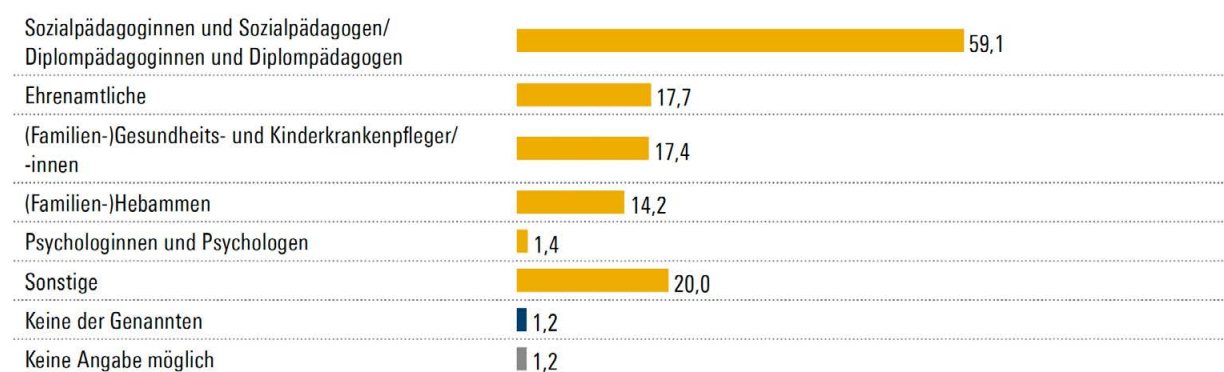
Am häufigsten wurden Willkommensbesuche von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder Diplompädagoginnen und Diplompädagogen durchgeführt. Im Jahr 2015 war dies in 59,1 Prozent der Kommunen mit diesem Angebot der Fall (vergleiche Abbildung 11).

Wesentlich seltener waren Personen aus Gesundheitsfachberufen im Rahmen von Willkommensbesuchen im Einsatz: Während Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger 2017 in 28,6 Prozent der Kommunen mit

Willkommensbesuchen diese (mit-)durchgeführt haben (2015: 17,4 Prozent; 2013: 5,5 Prozent), waren Familienhebammen nur in weniger als einem Viertel dieser Kommunen bei dieser Aufgabe im Einsatz (2017: 23,2 Prozent; 2015: 14,2 Prozent; 2013: 12 Prozent). Die Tendenz des Einsatzes dieser Gesundheitsfachkräfte im Rahmen von Willkommensbesuchen ist jedoch deutlich steigend. Aus den 2015 erhobenen Daten geht außerdem hervor, dass auch Ehrenamtliche vielerorts in das Angebot der Willkommensbesuche integriert wurden: In mehr als jeder sechsten Kommune waren demnach 2015 ehrenamtlich in den Frühen Hilfen tätige Personen bei Willkommensbesuchen im Einsatz (2015: 17,7 Prozent, davon in 12,2 Prozent allein, also nicht im Tandem mit Fachkräften). Kaum eingesetzt wurden in diesem Bereich dagegen Psychologinnen und Psychologen (2015: 1,5 Prozent).

Der Einsatz von Ehrenamtlichen im Rahmen von Willkommensbesuchen lässt sich darüber hinaus im Längsschnitt betrachten. Auf die Frage, bei welchen Angeboten der Frühen Hilfen Ehrenamtliche im jeweiligen Jugendamtsbezirk beteiligt waren, stand für die Jahre 2013 und 2017 auch das Angebot der Willkommensbesuche als Antwortoption zur Verfügung. Im Vergleich zu 2013 (23,6 Prozent) ist der Anteil der Kommunen, in denen Ehrenamtliche am Angebot der Willkommensbesuche beteiligt sind, nahezu unverändert geblieben (2017: 23,5 Prozent).

ABBILDUNG 11: Im Rahmen von Willkommensbesuchen eingesetztes Personal 2015



Nur Kommunen mit Willkommensbesuchen. Prozentwerte. Mehrfachantworten möglich. 2015: N = 345.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2015

Die Kommunalbefragung 2015 zeigte des Weiteren, dass Willkommensbesuche überwiegend in der Trägerschaft des Jugendamtes – zum Teil in gemeinsamer Verantwortung mit einem weiteren Träger – durchgeführt wurden (66,1 Prozent, N = 345 Kommunen mit derartigem Angebot). In mehr als einem Fünftel (24,9 Prozent) dieser Kommunen war ein freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe für die Vorhaltung des Angebotes zuständig, in 9 Prozent das Gesundheitsamt. In den verbleibenden Fällen übernahmen andere Organisationen die Trägerschaft.

7.2 Lotsendienste

Bereits die Erhebungen der Jahre 2013 und 2015 erfassten, welcher Anteil der Kommunen Angebotsvermittlungen in Geburtskliniken vorhielt und welcher Anteil Screening-Instrumente zur Identifizierung psychosozialer Belastungen einsetzte (siehe Kapitel 4.2). In der vierten Erhebungswelle (Stichtag 31. Dezember 2017) wurde differenzierter abgefragt, in welchem System bzw. in welcher Trägerschaft solche Vermittlungssysteme verortet waren (in Geburtskliniken, in Kinderkliniken, in pädiatrischen Praxen, im Rahmen von Willkommensbesuchen), wie sie finanziert waren und ob dabei jeweils Screening-Instrumente zum Einsatz kamen.

Verbreitung von Lotsensystemen

Zur Auftakterhebung der BIFH gaben 58,3 Prozent der befragten 543 Kommunen an, eine Angebots-

vermittlung in Geburtskliniken vorzuhalten (zu Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken vergleiche Schmenger u. a. 2020). Dieser Anteil stieg bis 2015 auf 71,4 Prozent von 555 befragten Kommunen an, sodass bis 2015 ein positiver (Neben-)Effekt der Strukturförderung durch die BIFH auszumachen war. Dieser Effekt hielt jedoch nicht an, wenn man die Entwicklung bis 2017 betrachtet: Der Anteil der Kommunen mit einer Angebotsvermittlung in Geburtskliniken ging in diesem Zeitraum auf 58,5 Prozent und damit wieder auf den Ausgangswert von 2013 zurück (vergleiche Tabelle 13).

Bei der Interpretation dieser Daten müssen jedoch unterschiedliche Erfassungsmethoden im Verlauf dieser Zeitreihe berücksichtigt werden: Wurde das Bestehen einer Angebotsvermittlung 2013 und 2015 nur bezogen auf Geburtskliniken erfasst, lag 2017 eine differenzierte Abfrage für unterschiedliche Einrichtungen und Dienste vor. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein unbekannter Anteil der Kommunen, die 2013 oder 2015 eine Angebotsvermittlung zum Beispiel im Rahmen von Willkommensbesuchen oder in Kinderkliniken implementiert hatten, diese Vermittlungssysteme unter der (damals einzigen) Antwortoption »Geburtskliniken« mit angaben, um das Vorliegen eines solchen Systems zu dokumentieren. In der jüngsten Erhebung konnten diese »anderen« Vermittlungssysteme dann differenziert der jeweiligen Einrichtung bzw. dem jeweiligen Dienst zugeordnet werden.

Vor dem Hintergrund dieser veränderten Erhebungsmethodik ist ein Blick auf den Anteil

TABELLE 13: Verbreitung von Lotsensystemen in den Frühen Hilfen 2017

Verbreitung von Lotsensystemen (Mehrfachantworten) ...	Häufigkeit	Prozent
... in Geburtskliniken	327	58,5
... in Kinderkliniken	205	36,7
... in pädiatrischen Praxen	154	27,5
... im Rahmen von Willkommensbesuchen	322	57,6
Kommunen mit mindestens einem der vier Lotsensysteme	453	81,0
Erfasste Kommunen (N)	559	

TABELLE 14: Anzahl eingerichteter Lotsensysteme in den Kommunen 2017

Anzahl der Lotsensysteme	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozente
Keine	106	19,0	19,0
Ein	148	26,5	45,4
Zwei	118	21,1	66,5
Drei	124	22,2	88,7
Vier	63	11,3	100,0
Erfasste Kommunen (N)	559	100	

Lotsensysteme in Geburtskliniken, Kinderkliniken, pädiatrischen Praxen und im Rahmen von Willkommensbesuchen.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

der Kommunen, die für 2017 angegeben haben, dass ihnen mindestens eines der vier vorgegebenen Vermittlungssysteme in ihrem Zuständigkeitsbereich bekannt ist, aufschlussreich: Dies traf auf 81 Prozent und damit eine große Mehrheit der 559 befragten Kommunen zu (vergleiche Tabelle 14). Des Weiteren geht aus der Befragung hervor, dass mehr als die Hälfte der Kommunen angab (54,6 Prozent), dass mindestens zwei der vier abgefragten Einrichtungen und Dienste (Geburts-, Kinderkliniken, pädiatrische Praxen, Willkommensbesuche) vor Ort ein Lotsensystem unterhielten. Differenziert man diese Angabe weiter, so zeigt sich, dass 21,1 Prozent aller Kommunen von zwei Lotsensystemen berichteten, 22,2 Prozent von drei und 11,3 Prozent sogar von Lotsensystemen bei allen vier abgefragten Einrichtungen und Diensten (vergleiche Tabelle 14).

Ansiedlung von Lotsensystemen

Lotsensysteme waren nach Angaben der Kommunen größtenteils in Geburtskliniken angesiedelt (58,5 Prozent). Es gibt jedoch noch weitere Akteure, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit bzw. für Familien mit Kleinkindern und Neugeborenen geeignet sind, im Falle eines erhöhten Unterstützungsbedarfes aufseiten der Familie diese in weiterführende Angebote der Frühen Hilfen zu vermitteln: Fast denselben Verbreitungsgrad wie an Geburtskliniken erreichten Lotsensysteme im Rahmen von Willkommensbesuchen (57,6 Prozent). Bei Betrachtung der absoluten

Zahlen zeigt sich, dass von den Kommunen, die Willkommensbesuche vorhalten (n = 357), circa 90 Prozent (n = 322) diese auch als ein Lotsensystem verstehen. In mehr als einem Drittel der Kommunen gab es zudem Lotsensysteme an Kinderkliniken (36,7 Prozent) und gut ein Viertel der Befragten (27,5 Prozent) nannte pädiatrische Praxen als organisationale Verortungen von Lotsensystemen (vergleiche Tabelle 13).

Einsatz von Screening-Instrumenten

Hatten die befragten Personen angegeben, dass es in ihrem Zuständigkeitsbereich Lotsensysteme in Geburts-, Kinderkliniken und/oder pädiatrischen Praxen gab, wurden sie anschließend um eine Auskunft zum Einsatz von Screening-Instrumenten in diesen Lotsensystemen gebeten. Diese dienen der systematischen Identifizierung von psychosozialen Belastungen und erhöhten Unterstützungsbedarfen von Eltern (zum Anhaltsbogen in pädiatrischen Praxen vergleiche Barth/Renner 2014). In 33,9 Prozent der Kommunen mit Lotsensystemen in Geburtskliniken (N = 327) kamen dort solche Screening-Instrumente zum Einsatz. In Kinderkliniken mit Lotsensystemen war dies etwas seltener (27,8 Prozent; N = 205), in pädiatrischen Praxen sehr selten (8,4 Prozent; N = 154) der Fall. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Befragten in der Regel die Koordinierenden der Netzwerke Frühe Hilfen vor Ort waren und daher gegebenenfalls nicht immer eine

TABELLE 15: Zuständigkeit sowie Trägerschaft für Lotsensysteme in Geburtskliniken und Kinderkliniken 2017

Fachstellen/Professionen	... in Geburtskliniken		... in Kinderkliniken	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Sozialdienst der Klinik	136	41,6	105	51,2
Nichtärztliches medizinisches Klinikpersonal	181	55,4	108	52,7
Familienhebammen/Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen	141	43,1	81	39,5
Ärztliches Klinikpersonal	153	46,8	117	57,1
Eigens dafür zuständiger Dienst	105	32,1	37	18,0
Keine Angabe möglich	6	1,8	10	4,9
Trägerschaft	Häufigkeit		Häufigkeit	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Geburtsklinik/Kinderklinik	172	52,6	116	56,6
Gesundheitsamt	26	8,0	14	6,8
Jugendamt	86	26,3	46	22,4
Sonstige Träger	63	19,3	19	9,3
Keine Angabe möglich	55	16,8	46	22,4

Mehrfachantworten bei beiden Fragen möglich. 2017: $N_{\text{Geburtskliniken}} = 327$, $N_{\text{Kinderkliniken}} = 205$.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

genaue Kenntnis über den Einsatz solcher Instrumente bei den Kooperationspartnern hatten. Dennoch verweisen diese Zahlen auf die Notwendigkeit weiterer fachlicher Impulse zur Förderung der Erarbeitung und Anwendung solcher Instrumente in unterschiedlichen fachlichen Kontexten (siehe auch Kapitel 4.2).

Zuständigkeit und Trägerschaft

Um ein genaueres Bild von der Ausgestaltung der Lotsensysteme in Geburtskliniken und Kinderkliniken zu erhalten, wurden die Kommunen im Rahmen der Befragung zu 2017 erstmals gebeten, Angaben zur Zuständigkeit, zum Träger sowie zur Finanzierung der ihnen bekannten Lotsensysteme zu geben (vergleiche Tabelle 15).

Die Vermittlung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit erhöhtem Unterstützungsbedarf in die Angebote der Frühen Hilfen erfolgte in Geburtskliniken am häufigsten durch nichtärztliches medizinisches Klinikpersonal (in 55,4 Prozent der Kommunen mit integriertem Lotsensystem in

Geburtskliniken). Ähnlich häufig kamen für diese Aufgabe jedoch auch ärztliches Klinikpersonal (46,8 Prozent), FamHeb oder FGKiKP (43,1 Prozent) bzw. der jeweilige Sozialdienst der Klinik (41,6 Prozent) zum Einsatz (vergleiche Tabelle 15). Entsprechend waren in Geburtskliniken häufig mehrere Professionen und Dienste für die Vermittlung in die Angebote der Frühen Hilfen zuständig bzw. fand innerhalb der Einrichtungen selten eine Beschränkung dieser Aufgaben auf nur eine Personengruppe statt. Nach Angaben von fast jeder dritten Kommune gab es in den Geburtskliniken darüber hinaus einen eigens mit der Lotsenfunktion bedachten Dienst (32,1 Prozent). Eine ähnliche Verteilung der Zuständigkeit zeigte sich auch in Kinderkliniken: Sowohl ärztliches (57,1 Prozent) als auch nichtärztliches medizinisches Klinikpersonal (52,7 Prozent) sowie der Sozialdienst der Klinik (51,2 Prozent) waren nach Angaben von mehr als jeder zweiten Kommune mit der Lotsenfunktion bedacht. FamHeb und FGKiKP kamen mit 39,5 Prozent ebenfalls häufig als Lotsen zum Einsatz. Wesentlich seltener als in Geburtskliniken war in

Kinderkliniken ein eigens eingerichteter Dienst für die Vermittlung der Familien zuständig (18 Prozent).

Die Trägerschaft des jeweiligen Lotsensystems lag sowohl in Geburts- als auch in Kinderkliniken nach Angaben von mehr als jeder zweiten Kommune (Geburtskliniken: 52,6 Prozent; Kinderkliniken: 56,6 Prozent) bei der Klinik selbst. In etwa jeder vierten Kommune war das Jugendamt als Träger involviert (26,3 Prozent; 22,4 Prozent). Während eine Trägerschaft vonseiten des Gesundheitsamts in beiden Fachkliniken nur selten vorkam (8 Prozent; 6,8 Prozent), waren sonstige Träger in Geburtskliniken wesentlich häufiger involviert (19,3 Prozent) als in Kinderkliniken (9,3 Prozent).

In pädiatrischen Praxen ist die Vermittlungszuständigkeit eindeutiger definiert (vergleiche Tabelle 16):

sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamts (16,9 Prozent) spielten in den Lotsensystemen in pädiatrischen Praxen im Vergleich eher eine untergeordnete Rolle. Ein eigens dafür zuständiger Dienst war in diesen Praxen eine noch größere Seltenheit (4,5 Prozent). Über die Trägerschaft der Lotsensysteme in pädiatrischen Praxen war in der Mehrheit der Kommunen jedoch keine Angabe möglich (57,8 Prozent). In 18,8 Prozent der Kommunen lag diese bei der Kassenärztlichen Vereinigung, in 16,2 Prozent beim Jugendamt und nur vereinzelt beim Gesundheitsamt (6,5 Prozent) oder bei einem anderen Träger (6,5 Prozent).

Auch hinsichtlich der Finanzierung der Lotsensysteme scheint sich noch keine Standardlösung etabliert zu haben (vergleiche Tabelle 17).

TABELLE 16: Für Lotsensysteme zuständige Professionen bzw. Dienste und Träger der Lotsensysteme in pädiatrischen Praxen 2017

... in pädiatrischen Praxen		
Zuständigkeit	Häufigkeit	Prozent
Den Kinder- und Jugendarzt/die Kinder- und Jugendärztin selbst	131	85,1
Nichtärztliches medizinisches Personal	30	19,5
Familienhebammen/Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	30	19,5
Medizinische Fachangestellte	39	25,3
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamts	26	16,9
Eigens dafür zuständiger Dienst	7	4,5
Trägerschaft	Häufigkeit	Prozent
Kassenärztliche Vereinigung	29	18,8
Gesundheitsamt	10	6,5
Jugendamt	25	16,2
Sonstiger Träger	10	6,5
Keine Angabe möglich	89	57,8

Mehrfachantworten bei beiden Fragen möglich. 2017: N = 154.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

Hier fungierten die Ärztinnen und Ärzte selbst in 85,1 Prozent der Kommunen mit einem Lotsensystem in pädiatrischen Praxen als Lotsen, während andere Professionen und Dienste seltener zum Einsatz kamen. Medizinische Fachangestellte (25,3 Prozent), nichtärztliches medizinisches Personal (19,5 Prozent), FamHeb und FGKiKP (19,5 Prozent)

Am häufigsten wurden diese in Geburts- und Kinderkliniken aus Mitteln der Klinik bzw. des Klinikträgers finanziert (Geburtskliniken: 27,5 Prozent; Kinderkliniken: 33,7 Prozent). In Geburtskliniken wurden ähnlich häufig Mittel der BIFH (25,4 Prozent; Kinderkliniken: 16,1 Prozent) sowie kommunale Mittel für Frühe Hilfen (23,5 Prozent;

TABELLE 17: Finanzierung von Lotsensystemen in Geburtskliniken, Kinderkliniken und pädiatrischen Praxen 2017

Finanzierung	... in Geburtskliniken		... in Kinderkliniken		... in pädiatrischen Praxen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Aus Mitteln des Klinikträgers/ der Kassenärztlichen Vereinigung	90	27,5	69	33,7	17	11,0
Aus kommunalen Mitteln für Frühe Hilfen	77	23,5	45	22,0	19	12,3
Aus regionalen Mitteln	5	1,5	4	2,0	2	1,3
Aus Landesmitteln	36	11,0	13	6,3	7	4,5
Aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen	83	25,4	33	16,1	16	10,4
Aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung	3	0,9	4	2,0	4	2,6
Aus Stiftungsmitteln	11	3,4	4	2,0	2	1,3
Keine Angabe möglich	107	32,7	79	38,5	99	64,3

Mehrfachantworten möglich. 2017: $N_{\text{Geburtskliniken}} = 327$, $N_{\text{Kinderkliniken}} = 205$, $N_{\text{pädiatrischen Praxen}} = 154$.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

Kinderkliniken: 22 Prozent) zur Finanzierung genutzt. Seltener wurden Landesmittel (11 Prozent; Kinderkliniken: 6,3 Prozent) eingesetzt, während Stiftungsmittel (Geburtskliniken: 3,4 Prozent; Kinderkliniken: 2 Prozent), regionale Mittel (1,5 Prozent; 2 Prozent) und Mittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung (0,9 Prozent; 2 Prozent) fast keine Rolle spielten. In etwa einem Drittel der Fälle (32,7 Prozent; 38,5 Prozent) konnten die Befragten jedoch keine Angabe zur Finanzierung der Lotsensysteme machen. Bezüglich der Finanzierung von Lotsensystemen in pädiatrischen Praxen war dies sogar in 64,3 Prozent der befragten Kommunen der Fall. Entsprechend können die vorhandenen Werte lediglich als eine Annäherung an die tatsächlichen Gegebenheiten bei der Finanzierung von Lotsensystemen in pädiatrischen Praxen verstanden werden. Demnach kamen kommunale Mittel (12,3 Prozent), Mittel der Kassenärztlichen Vereinigung (11 Prozent) sowie BIFH-Mittel (10,4 Prozent) ähnlich häufig zum Einsatz. Landesmittel (4,5 Prozent) spielten ebenso wie die übrigen abgefragten Finanzierungsoptionen nur eine untergeordnete Rolle.

7.3 Kontakt- und Vermittlungsstellen

Zentrale Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen auf kommunaler Ebene sollen als Anlaufstelle sowohl für Eltern als auch für Fachkräfte kooperierender Einrichtungen und Dienste aus dem Netzwerk Frühe Hilfen dienen und Auskünfte über lokale Unterstützungsangebote erteilen. Eltern mit Unterstützungsbedarfen sollen an diesen Stellen eine erste Beratung und Reflexionsmöglichkeit über ihre konkreten Anliegen erhalten und werden je nach Unterstützungswunsch und -bedarf über passende Angebote der Frühen Hilfen und/oder andere passende Angebote informiert sowie gegebenenfalls konkret in solche vermittelt. Fachkräfte sollen in ihrer eigenen Vermittlungsfunktion unterstützt werden bzw. diese Funktion fallweise auch dort abgeben können. Im Fragebogen für 2017 wurden Kontakt- und Vermittlungsstellen folgendermaßen definiert: »Unter einer Kontakt- und Vermittlungsstelle für Frühe Hilfen ist eine Stelle zu verstehen, an die sich Eltern selbst und/oder Fachkräfte aus kooperierenden

Einrichtungen und Diensten wenden können, wenn ein erhöhter Unterstützungsbedarf bei einer Familie besteht, der (vermutlich) in den Bereich Frühe Hilfen fällt. Aufgaben einer solchen Stelle können zum Beispiel sein: den Unterstützungswunsch aufzunehmen, den jeweiligen Unterstützungsbedarf einzuschätzen und gegebenenfalls passende Informationen bereitzustellen bzw. in ein passendes Hilfeangebot vor Ort zu vermitteln.»

Die Kommunalbefragung zum Stichtag 31. Dezember 2017 zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt 85,1 Prozent aller befragten Kommunen eine (oder mehrere) solche Kontakt- und Vermittlungsstelle(n) eingerichtet hatten (vergleiche Tabelle 18). Fast zwei Drittel aller Kommunen besaßen allerdings keine eigenständige Anlaufstelle, sondern die Koordinierungsstelle für Netzwerke Frühe Hilfen übernahm diese Aufgabe (63,5 Prozent). Nur 21,6 Prozent der 559 befragten Kommunen hatten fol-

lich eine gesonderte Kontakt- und Vermittlungsstelle eingerichtet. Knapp ein Achtel der Befragten gab dagegen an, dass in ihrem Jugendamtsbezirk überhaupt keine solche Anlaufstelle existiert, 2,7 Prozent konnten keine Angabe zu dieser Frage machen.

Die vierte Befragungswelle gibt des Weiteren erstmals Aufschluss darüber, wo diese zentralen Anlaufstellen angesiedelt sind (vergleiche Tabelle 18). In gut drei Viertel aller Kommunen war eine Kontakt- und Vermittlungsstelle eingerichtet, die am Jugendamt angesiedelt war (75,8 Prozent). Dies war der mit großem Abstand häufigste Fall. Nur selten waren zentrale Kontakt- und Vermittlungsstellen am Gesundheitsamt (5,2 Prozent), in einer Schwangerschafts- (1,8 Prozent) oder Erziehungsberatungsstelle (1,6 Prozent) oder an einem Familienzentrum (1,3 Prozent) angesiedelt. In 8,1 Prozent der Kommunen waren »sonstige« Stellen für die Anlaufstelle

TABELLE 18: Zentrale Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen und deren Ansiedlung 2017

Kontakt- und Vermittlungsstelle vorhanden	Häufigkeit	Prozent
Ja, eine eigene Stelle	121	21,6
Ja, die Koordinierungsstelle des Netzwerks übernimmt diese Aufgabe	355	63,5
Nein	68	12,2
Keine Angabe	15	2,7
Gesamtsumme (erfasste Kommunen)	559	100

Ansiedlung (Mehrfachantworten)	Häufigkeit	Prozent
Jugendamt	424	75,8
Gesundheitsamt	29	5,2
Schwangerschaftsberatungsstelle	10	1,8
Erziehungsberatungsstelle	9	1,6
Familienzentrum	7	1,3
Sonstiges	45	8,1
Keine Kontakt- und Vermittlungsstelle/keine Angabe	83	14,8
Kommunen	559	

Mehrfachantworten möglich (nur »Ansiedlung«). 2017: N = 559.

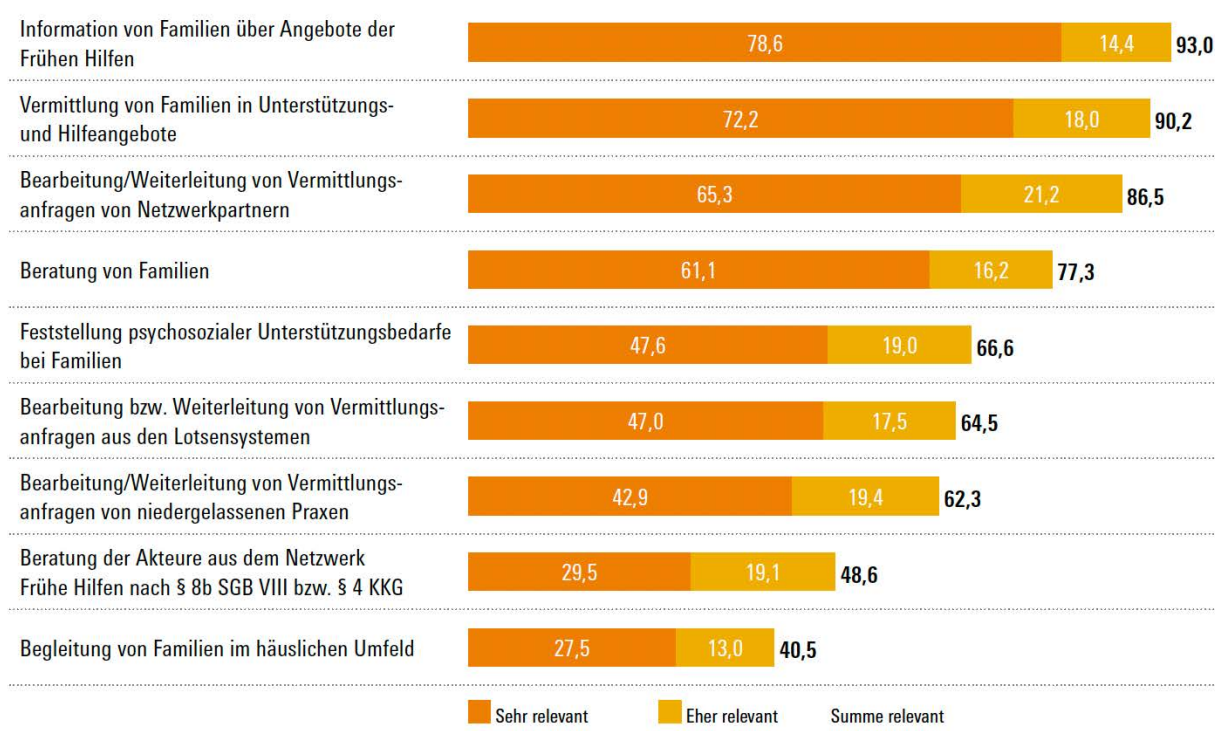
Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

zuständig, zu denen zum Beispiel freie Träger der Jugendhilfe zählen.

Um das Selbstverständnis und die Arbeitsweise solcher Kontakt- und Vermittlungsstellen näher betrachten zu können, wurden die Befragten gebeten, mögliche Aufgabenbereiche einer solchen Anlaufstelle nach ihrer Bedeutung zu bewerten. Die vorgegebenen Aufgabenbereiche konnten auf einer Skala von 1 (»sehr relevant«) bis 5 (»gar nicht relevant«) eingeschätzt werden. Es zeigte sich (siehe Abbildung 12), dass kommunale Kontakt- und Vermittlungsstellen vor allem Informationen für Familien bereitstellen (93 Prozent) und Familien in Unterstützungs- und Hilfeangebote vermitteln (90,2 Prozent) sollten. Jedoch lag nach Dafürhalten der Befragten auch in der Bearbeitung und Weiterleitung von Vermittlungsanfragen von Netzwerkpartnern (kooperierende Einrichtungen und Dienste aus dem Netzwerk Frühe Hilfen) eine zentrale Aufgabe (86,5 Prozent). Eine (grundsätzliche) Beratung von

Familien an Ort und Stelle gehörte in mehr als drei Vierteln der Kommunen (77,3 Prozent) mit einer solchen Anlaufstelle zu deren Aufgabengebiet. Zwei Drittel zählten auch die Feststellung psychosozialer Unterstützungsbedarfe bei Familien (66,6 Prozent), die Bearbeitung bzw. Weiterleitung von Vermittlungsanfragen aus den oben beschriebenen Lotsensystemen (64,5 Prozent) sowie die Bearbeitung bzw. Weiterleitung von Vermittlungsanfragen von niedergelassenen Praxen (62,3 Prozent) zum Aufgabenbereich der kommunalen Kontakt- und Vermittlungsstellen. Seltener wurde die Beratung der Akteure aus dem Netzwerk Frühe Hilfen in Kinderschutzfragen nach Paragraph 8b SGB VIII bzw. Paragraph 4 KKG als wichtiger Aufgabenbereich erachtet (48,6 Prozent). In 40,5 Prozent der Kommunen mit einer zentralen Kontakt- und Vermittlungsstelle zählte auch die aufsuchende Begleitung von Familien im häuslichen Umfeld zu deren Aufgaben.

ABBILDUNG 12: Relevanz der Aufgabenbereiche von Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen 2017



Nur Kommunen mit zentraler Kontakt- und Vermittlungsstelle für Frühe Hilfen. Prozentwerte. N variiert: 2017: N = 468–472.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

8

Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen

8.1. Formen des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften

Ein zentrales Ziel von Frühen Hilfen ist es, »förderliche Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien zu schaffen und zu stärken, um ihnen von Anfang an ein möglichst gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen« (NZFH 2014a). Um dieses Ziel zu erreichen, werden unterschiedliche Aktivitäten verfolgt, die sich direkt oder indirekt an Familien wenden (siehe Kapitel 4.2). Der zweite Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen beinhaltet in diesem Kontext die Förderung des Einsatzes von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften zur Unterstützung von psychosozial belasteten Familien. Dieser Einsatz konnte im Prinzip in unterschiedlicher Weise erfolgen, im Kern ging es aber um eine »Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung« (LaB) mit einer gesundheitsfördernden Ausrichtung.⁵ Hier wurde an positive Erfahrungen aus einigen Modellprojekten zu Frühen Hilfen angeknüpft (vergleiche Renner/Sann 2010; Sann 2014), welche zeigten, dass diese Form von Unterstützung bei Eltern auf eine hohe Akzeptanz stößt und kaum als stigmatisierend empfunden wird. Die BIFH verfolgte daher das Ziel, eine möglichst bundesweit einheitliche und bedarfsgerechte Versorgung mit diesem spezifischen Angebot zu etablieren.

8.1.1 Einsatzmodelle

Kennzeichnend für die LaB ist, dass diese von Hebammen mit einer Zusatzqualifikation zur Familienhebamme (FamHeb) sowie von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer speziellen Qualifikation für die Arbeit mit psychosozial belasteten Familien (Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (FGKiKP)) durchgeführt wird. Zielgruppen der Interventionen sind Schwangere sowie Familien mit Kindern bis drei Jahre, die wegen ihrer Lebenslage einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Da dieses spezifische Angebot der Frühen Hilfen zu Beginn der Erhebungen noch relativ schwach definiert war, musste es zur

präzisen Erfassung zunächst eingegrenzt und von vergleichbaren oder ähnlichen Angeboten abgegrenzt werden: Neben der Eingrenzung auf die oben genannten Fachkräfte mit medizinisch-pflegerischer Grundausbildung und einer verpflichtenden (zumindest begonnenen) Zusatzqualifikation sollte die Begleitung der Familien im Rahmen der LaB mehr als drei Kontakte im häuslichen Umfeld umfassen (Abgrenzung zu Willkommensbesuchen), die außerhalb der medizinischen Regelversorgung (Abgrenzung zur Wochenbettbetreuung) oder Hilfen zur Erziehung (Abgrenzung zur Sozialpädagogischen Familienhilfe) erfolgen sollten. Um Aussagen über die Verbreitung von Einsatzmodellen sowie über die Qualifizierung und weitere Merkmale der eingesetzten Gesundheitsfachkräfte treffen zu können, wurden die geförderten Kommunen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der BIFH zu den eingesetzten Fachkräften, den Angeboten, in denen sie eingesetzt wurden, sowie allgemein nach dem Stand der Versorgung mit dem spezifischen Angebot der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (LaB) befragt.

Verbreitung der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung und Einsatz von Gesundheitsfachkräften

Von 559 befragten Kommunen gaben für 2017 90,2 Prozent (504) an, die LaB vorzuhalten. 87,3 Prozent dieser 504 Kommunen setzten dabei FamHeb ein, 77,8 Prozent FGKiKP (vergleiche Abbildung 13). Im Jahr 2013 fiel die Verbreitung der Längerfristigen Betreuung und Begleitung in den Frühen Hilfen noch etwas geringer aus: 81,2 Prozent (441 von 543) der Kommunen hielten ein solches Angebot vor, in 68,3 Prozent der Kommunen mit entsprechendem Angebot wurden dabei FamHeb eingesetzt und in 17,9 Prozent FGKiKP. Damit hatte sich die Zahl der Kommunen, die dabei auch FGKiKP einsetzen, vervierfacht, der Anteil der Kommunen mit Einsatz von FamHeb in dieser Angebotsform ist ebenfalls gestiegen, um circa 25 Prozent. Der Einsatz von FamHeb oder FGKiKP in aufsuchenden Angeboten der Frühen Hilfen hat sich demnach im Laufe der BIFH – wie vorgesehen (vergleiche Paul/Renner

2014) – zum weit verbreiteten Standard entwickelt. Das Ziel der flächendeckenden Ausweitung der LaB kann damit als nahezu erreicht angesehen werden. Die dafür bereitgestellten Fördermittel dürften diese Entwicklung entscheidend vorangetrieben haben, da Zuwächse in dieser Größenordnung anders kaum erklärbar wären.

Jedoch ist die aufsuchende Begleitung von Familien in den Frühen Hilfen kein Tätigkeitsfeld, das den Gesundheitsfachkräften vorbehalten ist. In 42,6 Prozent der befragten Kommunen mit diesem Angebot wurden 2015 (auch) Sozial- bzw. Diplom-Pädagoginnen und -Pädagogen eingesetzt, obwohl deren Einsatz nicht mit Mitteln der BIFH gefördert wird, sondern aus kommunalen oder Landesmitteln für Frühe Hilfen finanziert werden muss. Psychologinnen und Psychologen kamen nur in 3,9 Prozent aller Kommunen, die eine LaB anboten, zum Einsatz; sonstige weitere Berufsgruppen wurden von 19,1 Prozent der Kommunen angegeben. Für 2017 wurden diese Angaben nicht erhoben.

Personalstatistik

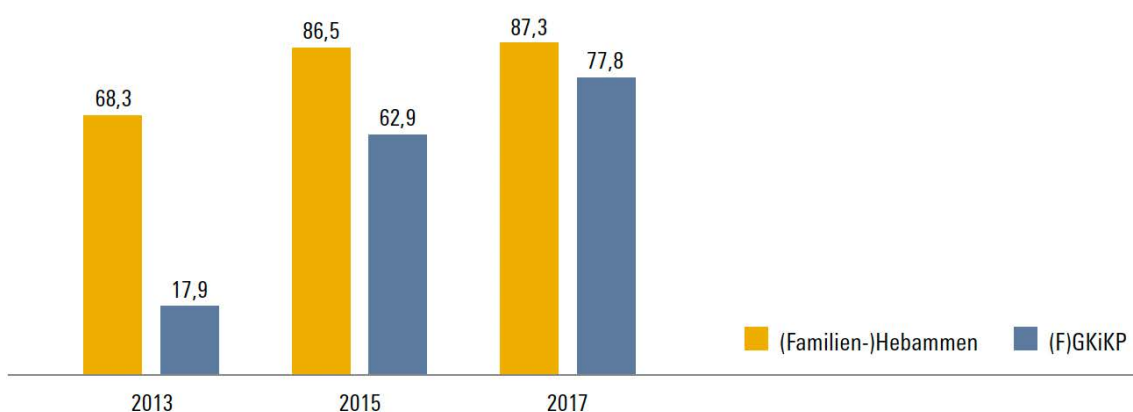
Die Erfassung der bundesweit tätigen Gesundheitsfachkräfte war mit methodischen Herausforderungen verbunden. Für die Jahre 2013, 2015 und 2017

gaben die Kommunen an, wie viele Personen in der LaB bei ihnen tätig sind. Aufsummiert waren dies zum Stichtag 30. Juni 2013 1.831, zum Stichtag 30. Juni 2015 2.149 und zum Stichtag 31. Dezember 2017 2.404 Personen. 2015 wurde im Rahmen einer detaillierten Befragung zudem einmalig erhoben, ob die angegebenen Personen auch in einem anderen Jugendamtsbezirk tätig sind. Dies wurde für fast ein Drittel (32,9 Prozent) der Personen bestätigt (708 von 2.149; 20,7 Prozent in Ost- und 34,6 Prozent in Westdeutschland). Dementsprechend sind Personen mehrfach erfasst worden. Vor diesem Hintergrund kann bei diesen Angaben nicht von insgesamt in Deutschland eingesetzten Gesundheitsfachkräften gesprochen werden, sondern genauer von Beschäftigungsverhältnissen, wobei etliche Personen mehrere Beschäftigungsverhältnisse ausübten.

Insgesamt ist die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse von 2013 bis 2017 um mehr als 500 gestiegen. Die durchschnittliche Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse pro Kommune lag Ende 2017 bei 5 (2015: 4,5; 2013: 3,6).

Zum Stichtag 30. Juni 2015⁶ entfielen von den bundesweit für dieses Jahr detaillierter erfassten 2.149 Beschäftigungsverhältnissen 1.293 auf Hebammen mit Zusatzqualifikation FamHeb, 133 auf

ABBILDUNG 13: Kommunen mit Gesundheitsfachkräften in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung 2013, 2015 und 2017



Nur Kommunen mit Angebot Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung, 2017 nur nach Gesundheitsfachkräften mit Zusatzqualifikation zur Familienhebamme bzw. FGKiKP gefragt. Prozentwerte. Mehrfachantworten möglich. 2013: N = 441; 2015: N = 488; 2017: N = 504.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

TABELLE 19: Träger der Beschäftigungsverhältnisse von Gesundheitsfachkräften 2015 (Bund, West/Ost)

	Bund	West (ohne Berlin)	Ost (mit Berlin)
Jugendamt	48,8	49,0	47,3
Gesundheitsamt	11,3	9,7	23,0
Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe	19,8	20,3	15,6
Privatwirtschaftliche und sonstige Träger	7,5	8,3	2,0
Keine Angaben	12,6	12,7	12,1
Beschäftigungsverhältnisse	2.149	1.893	256

Prozentwerte. Angaben zu Gesundheitsfachkräften aus N = 478 Kommunen.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2015

Hebammen ohne abgeschlossene Zusatzqualifikation, 365 auf FGKiKP und 286 auf GKikP. Für 1.688 Beschäftigungsverhältnisse wurde angegeben, welchen Stellenumfang sie in der LaB umfassten. Aufsummiert ergaben diese Angaben bundesweit 470,6 Vollzeitäquivalente (VZÄ, 40 Stunden/Woche). Etwas mehr als zwei Drittel der Beschäftigungsverhältnisse war auf freiberuflicher Basis (69 Prozent), fast ein Viertel auf angestellter Basis (24,8 Prozent), weitere 6,2 Prozent waren sowohl auf freiberuflicher als auch angestellter Basis.

Nicht nur die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse – und der damit verbundenen Personen – ist gestiegen, auch die Summe der verfügbaren Vollzeitäquivalente: Entsprach die gesamtdeutsche personelle Ausstattung mit FamHeb oder vergleichbaren Gesundheitsfachkräften in der LaB 2013 noch 411,6 VZÄ (N = 447), wurden Mitte 2015 bereits 470,6 VZÄ (N = 459) und Ende 2017 schließlich 504,5 VZÄ (N = 424) erreicht. Diese Werte zeigen, dass es durchaus gelungen ist, neue Fachkräfte zu gewinnen bzw. fortzubilden und damit den Beschäftigungsumfang insgesamt auszuweiten. Ob damit eine ausreichende Versorgung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf rund um die Geburt und in den ersten drei Lebensjahren möglich war, kann auf dieser Datenbasis nicht berechnet werden, da entsprechende Zielgrößen bislang nicht existieren.

Von den 2.404 Beschäftigungsverhältnissen im Jahr 2017 entfielen 2.114 auf West- und 290 auf Ostdeutschland. Auf Grundlage der Daten des Zensus 2015⁷ ergab sich für Kinder unter drei Jahren in Westdeutschland ein Betreuungsschlüssel von einem Vollzeitäquivalent pro 2.783,6 Kinder, in Ostdeutschland mit Berlin dagegen nur von einem Vollzeitäquivalent pro 5.445,6 Kinder. In Westdeutschland standen also pro Kind etwa doppelt so viele Fachkraftstunden zur Verfügung wie in Ostdeutschland.

Beschäftigungsumfang

Aus der Personalstatistik 2015 liegen für 1.688 Beobachtungen die Information zum Beschäftigungsumfang in der LaB vor. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Rahmen der Frühen Hilfen betrug zu diesem Zeitpunkt bei (Familien-) Hebammen lediglich 10,8 Stunden und bei (Familien-)Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen nur 11,7 Stunden. Auch wenn berücksichtigt wird, dass sich bei einigen Personen mehrere Beschäftigungsverhältnisse in unterschiedlichen Jugendamtsbezirken zu Vollzeitstellen aufsummieren, bestünde noch Potenzial zur Ausweitung des Beschäftigungsumfanges, wenn ein substanzieller Anteil dieser Fachkräfte mit mehr Wochenstunden in der LaB beschäftigt werden könnte.

Institutionelle Anbindung von Gesundheitsfachkräften

Die Beschäftigungsverhältnisse der Gesundheitsfachkräfte waren 2015 institutionell mit unterschiedlichen Trägern abgeschlossen (vergleiche Tabelle 19): 48,8 Prozent am Jugendamt, 11,3 Prozent am Gesundheitsamt, 19,8 Prozent bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und 7,5 Prozent bei privatwirtschaftlichen und sonstigen Trägern. Zu 12,6 Prozent der Fälle lagen keine Angaben vor.

Während nur rund zehn Prozent (9,7 Prozent) der Beschäftigungsverhältnisse in Westdeutschland am Gesundheitsamt angebounden waren, war dies in Ostdeutschland bei fast einem Viertel (23 Prozent) der Fall (vergleiche Tabelle 19).

Beschäftigungsstatus der Gesundheitsfachkräfte

Ein weiteres wichtiges Merkmal ist der Beschäftigungsstatus der im Rahmen der Frühen Hilfen tätigen Gesundheitsfachkräfte: Etwas mehr als zwei Drittel (2015: 66,8 Prozent; 2013: 60,8 Prozent) aller Beschäftigungsverhältnisse (2015: N = 2.149; 2013: N = 1.831) waren 2015 freiberuflich geschlossen, etwa ein Viertel (2015: 24,1 Prozent; 2013: 19,5 Prozent) auf Angestelltenbasis, für 6 Prozent traf beides zu (2013: 8,4 Prozent). In 3,1 Prozent der Fälle waren keine Angaben möglich (2013: 11,3 Prozent).

Je nach institutioneller Anbindung variierte der Anteil angestellter und freiberuflicher Fachkräfte: Beschäftigungsverhältnisse mit dem Jugendamt als Träger (n = 1.046) waren zu 91,8 Prozent freiberuflich geschlossen (8,2 Prozent angestellt), bei solchen mit dem Gesundheitsamt als Träger (n = 239) waren es 37,7 Prozent (62,3 Prozent angestellt). Beschäftigungsverhältnisse bei einem freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe (n = 421) waren zu 46,1 Prozent freiberuflich abgeschlossen (53,9 Prozent angestellt). Vergleichszahlen zu 2013 liegen nicht vor. Damals wurden lediglich bei denjenigen Fachkräften nach dem Beschäftigungsträger gefragt, die (zumindest teilweise) angestellt waren.

Differenziert man nach der Institution als Anstellungsträger, ergibt sich folgendes Bild: Von allen (zumindest teilweise) angestellten Gesundheitsfachkräften (2015: N = 645; 2013: N = 511) waren 2015 13,3 Prozent (2013: 12,5 Prozent) beim Jugendamt, 23,1 Prozent (2013: 29,7 Prozent) beim Gesundheits-

amt, 35,2 Prozent (2013: 29,7 Prozent) bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie 7,9 Prozent (2013: 27 Prozent) bei privatwirtschaftlichen und sonstigen Trägern angestellt; 20,5 Prozent (2013: 1 Prozent) der Befragten machten keine Angabe, hier scheint es Unklarheiten bezüglich der Träger gegeben zu haben.

Weiterhin ist von Interesse, ob sich Familienhebammen und FGKiKP bezüglich des Beschäftigungsstatus unterscheiden: Bei den FGKiKP waren die Beschäftigungsverhältnisse zu 56,2 Prozent freiberuflich und zu 37,9 Prozent angestellt. Dagegen waren 75,6 Prozent der Beschäftigungsverhältnisse von FamHeb freiberuflich und nur 17,3 Prozent angestellt. Während sich der Anteil der freiberuflichen Beschäftigungsverhältnisse bei Familienhebammen im Vergleich zum Jahr 2013 kaum verändert hat (2013: 73 Prozent), ist der Anteil bei den (Familien-) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen um 20 Prozentpunkte angestiegen (2013: 36,5 Prozent). Ein geringer Anteil der Beschäftigungsverhältnisse sowohl bei den FGKiKP (5,7 Prozent) als auch bei den Familienhebammen (6,6 Prozent) ist zugleich angestellt und freiberuflich.

Resümee

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass das Angebot der LaB flächendeckend in den Kommunen etabliert wurde. Primär waren darin FamHeb und/oder FGKiKP tätig. Alle eingesetzten Hebammen verfügten über eine zumindest begonnene Zusatzausbildung zur Familienhebamme. Allerdings wurden auch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger ohne Zusatzausbildung sowie (Sozial-)Pädagoginnen und (Sozial-)Pädagogen in den Frühen Hilfen eingesetzt, wenngleich Letztere nicht von der BIFH gefördert wurden. Dies ist jedoch beim Einsatz von kommunalen Eigenmitteln durchaus möglich. Die in der LaB eingesetzten Gesundheitsfachkräfte waren zumindest bis 2015 überwiegend freiberuflich tätige Familienhebammen. Es zeigten sich erhebliche Unterschiede je nach Anstellungsträger: Freie Träger hatten dabei den höchsten Anteil angestellter Gesundheitsfachkräfte, gefolgt vom Gesundheitsamt. Das Jugendamt fungierte nur selten als Anstellungsträger, zumeist arbeitete es mit

freiberuflich tätigen Familienhebammen zusammen. Dieser Berufsgruppe kommt also weiterhin eine große Bedeutung im Rahmen der Frühen Hilfen zu, wenngleich die FGKiKP zahlenmäßig aufholten und sich sogar ein neues Tätigkeitsfeld in der Freiberuflichkeit erschlossen haben.

8.1.2 Koordinierung der Gesundheitsfachkräfte

Neben der Ausweitung des Angebots der LaB war es auch Ziel der BIFH, dieses Angebot fachlich abzusichern und qualitativ weiterzuentwickeln. Die psychosoziale Unterstützung von Familien ist eine herausfordernde Aufgabe, für deren Erfüllung die Gesundheitsfachkraft eine professionelle fachliche Beratung und eine Option zum kollegialen Austausch sowie zur fallbezogenen Reflexion benötigt. Auch die Koordination des Einsatzes mehrerer Fachkräfte sowie die Integration einzelner, gegebenenfalls auch freiberuflich tätiger Fachkräfte in multidisziplinäre Teams stellen wichtige Qualitätsmerkmale dar. Um mehr über die Koordination der Gesundheitsfachkräfte sowie die Verbreitung dieser Qualitätsmerkmale zu erfahren, wurden die Kommunen gebeten, Angaben zur Koordination der Fachkräfte, zum Träger der Koordinierungsstelle sowie zu den Aufgaben der Koordinierenden zu machen.

Koordinierung der Gesundheitsfachkräfte

Bis Ende 2017 wurden in 93,7 Prozent der befragten Kommunen Koordinierungsstellen für den Einsatz

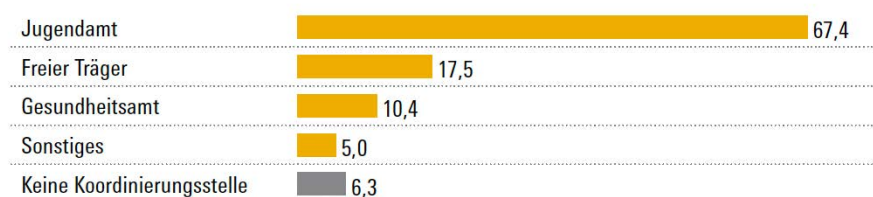
von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen eingerichtet (2013: 84,9 Prozent; 2015: 92,1 Prozent). Eine entsprechende Koordinationsstelle kann dabei – unabhängig davon, wo sie institutionell angesiedelt ist – mit der Koordinierungsstelle für das Netzwerk Frühe Hilfen zusammenfallen: In 61,4 Prozent aller 559 Kommunen wurden die Koordinierungsaufgaben für die Netzwerke und für den Einsatz von FamHeb und FGKiKP von derselben Einheit übernommen (2013: 49,7 Prozent; 2015: 60 Prozent). Überwiegend fiel die Koordinierung der Gesundheitsfachkräfte also in das Aufgabengebiet der Netzwerkkoordinierungsstellen.

Träger der Koordinierungsstelle für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften

In 67,4 Prozent aller befragten Kommunen war 2017 das Jugendamt Träger der Koordinierungsstelle für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften (2015: 65,8 Prozent). Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe übernahmen die Trägerschaft in 17,5 Prozent aller Fälle (2015: 16,2 Prozent), das Gesundheitsamt erfüllte in 10,4 Prozent der Kommunen diese Funktion (2015: 13,2 Prozent). In 5 Prozent aller Kommunen waren 2017 die Koordinierungsstellen (auch) an andere (sonstige) Stellen angegliedert (2015: 8,3 Prozent) (vergleiche Abbildung 14).

Im Jahr 2015 wurde auch detaillierter nach der Ansiedlung von Koordinierungsstellen für Gesundheitsfachkräfte bei Beratungsstellen in öffentlicher und/oder freier Trägerschaft gefragt: In rund 20 Prozent aller Kommunen (N = 511) waren diese damals in einer Beratungseinrichtung verortet, davon

ABBILDUNG 14: Träger der Koordinierungsstelle für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften 2017



Prozentwerte. Mehrfachantworten möglich. 2017: N = 559.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

6,5 Prozent bei Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, 5,4 Prozent bei Schwangerschaftsberatungsstellen und 8,6 Prozent bei anderen Beratungsstellen.

Aufgaben der Koordinierungsstelle für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften

Sofern der Einsatz von Gesundheitsfachkräften koordiniert wurde, wurde im Rahmen der Erhebungswelle 2015 der Kommunalbefragung auch erfasst, welches Aufgabenspektrum die Koordinierungsstellen abdeckten.

Das Aufgabenprofil der Koordinierungsstellen für Gesundheitsfachkräfte fiel bundesweit recht einheitlich aus (N = 511, Mehrfachantworten möglich): Zu ihren zentralen Aufgaben zählten die fachliche Begleitung und Beratung in der Fallarbeit (82,5 Prozent der Koordinierungsstellen), die Koordination des Einsatzes auf der Einzelfallebene (79,3 Prozent), die Einschätzung des Hilfebedarfs bei Familien (79,6 Prozent) und die Begleitung und Beratung der Gesundheitsfachkraft bei Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung im Rahmen ihrer aufsuchenden Tätigkeit (75,7 Prozent).

Resümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bislang überwiegend die Netzwerkkoordinierungsstellen auch die Koordinierung der Gesundheitsfachkräfte übernommen haben. Die Koordinierungsstellen für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften waren dabei zumeist am Jugendamt angesiedelt. Die Aufgaben, die die Koordinierungsstellen für Gesundheitsfachkräfte übernehmen, waren bundesweit sehr homogen und umfassten fachliche Begleitung, auch in Fällen von möglicher Kindeswohlgefährdung, sowie die Einsatzkoordination (siehe auch Küster u. a. 2015).

8.1.3 Einsatzprofile von Gesundheitsfachkräften

Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende sind nicht nur im Rahmen der Frühen Hilfen im Einsatz. Die Einsatzprofile

dieser Gesundheitsfachkräfte wiesen 2015 ein breites Spektrum auf. Teilweise wurden die Fachkräfte in rein primärpräventiven Angeboten eingesetzt, wie zum Beispiel bei sogenannten Willkommensbesuchen (ausführlich dazu: Pabst u. a. 2018). Diese wurden 2015 in 62,2 Prozent (2013: 58,4 Prozent) der erfassten Kommunen angeboten und in 14,2 Prozent der Kommunen von Gesundheitsfachkräften durchgeführt. In einem Teil der Kommunen waren Gesundheitsfachkräfte jedoch auch im eher tertiärpräventiven Bereich der Hilfen zur Erziehung tätig. Zwar haben durchaus nicht alle Hilfen zur Erziehung eine (latente) Kindeswohlgefährdung zum Anlass, gleichwohl stehen Fachkräfte dort häufiger Familiensituationen gegenüber, in denen die Eltern das Wohl des Kindes alleine, das heißt ohne professionelle Hilfe, nicht mehr gewährleisten können und deshalb einen Anspruch auf erzieherische Unterstützung haben.⁸ Das Angebot der LaB in den Frühen Hilfen fokussiert auf den sekundärpräventiven Bereich. Jedoch können im Fallverlauf Situationen entstehen, in denen der Bedarf der Familie die Unterstützungsmöglichkeiten der Gesundheitsfachkräfte übersteigt. Dann ist es wichtig, dass der Übergang durch Gesundheitsfachkräfte von der LaB zu den erzieherischen Hilfen organisiert und fachlich gesichert wird.

Wie dieser Übergang von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsangeboten vor Ort gestaltet wird, war 2015 in den Kommunen unterschiedlich geregelt. Falls im Rahmen einer LaB ein zusätzlicher Hilfebedarf festgestellt werden sollte, gaben drei Viertel (78 Prozent) der Kommunen mit Gesundheitsfachkräften in der LaB (N = 478) an, dass die involvierten Gesundheitsfachkräfte dann durch eine sozialpädagogische Fachkraft unterstützt werden konnte. In 70,3 Prozent der Kommunen konnte die Betreuung an die sozialpädagogische Fachkraft übergeben werden und in 13,8 Prozent konnte eine Übergabe an eine andere in der Erziehungshilfe tätige Gesundheitsfachkraft erfolgen (Mehrfachnennungen möglich). In der Mehrzahl der Kommunen (57,5 Prozent) kamen mindestens zwei der Verfahren zur Anwendung, alle drei Verfahren kamen nur in 11,7 Prozent aller Kommunen vor. Tatsächlich waren 17,2 Prozent aller in der LaB

eingesetzten Gesundheitsfachkräfte auch in den erzieherischen Hilfen tätig.

Die dargestellten Kooperationsmodelle bilden nur sehr grob die Vielzahl an Verfahrensweisen vor Ort ab. Die Entscheidung für eine bestimmte Vorgehensweise fällt höchstwahrscheinlich einzelfallbezogen unterschiedlich aus, was einerseits Flexibilität ermöglicht, andererseits aber auch zu Unklarheiten sowohl aufseiten der Fachkräfte als auch aufseiten der betreuten Familien führen kann (vergleiche zum Beispiel Rettig u. a. 2017). Es bedarf in jedem Fall einer Klärung von jeweils spezifischen Rollen und Aufgaben der Gesundheitsfachkraft gegenüber den betreuten Familien sowie im Zusammenwirken mit anderen, insbesondere sozialpädagogischen Fachkräften im Jugendamt und im Rahmen ambulanter Erziehungshilfen. Die Entwicklung solcher Qualitätsstandards sowohl im Sinne einer konzeptionellen Integration verschiedener Hilfebausteine im fachlichen Repertoire der Kinder- und Jugendhilfe als auch zur Entscheidung und Vorgehensweise im Einzelfall steht noch weitgehend aus.

Beteiligung von Gesundheitsfachkräften am Hilfeplanverfahren

Während eine LaB durch Gesundheitsfachkräfte im Rahmen der Frühen Hilfen ein niedrigschwelliges und freiwilliges Angebot darstellt, ist eine Mitwirkung von Fachkräften und Familien bei einem Hilfeplanverfahren im Rahmen einer erzieherischen Hilfe zwingend vorgeschrieben. Daher kann es fachlich geboten sein, in Fällen, in denen Gesundheitsfachkräfte bereits in den Familien involviert sind, diese am Hilfeplanverfahren zu beteiligen. Auch umgekehrt kann das Ergebnis eines begonnenen Hilfeplanverfahrens sein, dass eine LaB die geeignete Hilfe darstellt.

Die Auswertungen der Kommunalbefragung 2015 zeigen, dass eine Beteiligung der Gesundheitsfachkräfte am Hilfeplanverfahren in 27,4 Prozent der Kommunen, die eine LaB anbieten (N = 478), erfolgte. In diesen Kommunen nahm die Gesundheitsfachkraft verpflichtend am Hilfeplanverfahren teil. In weiteren 35,4 Prozent der Kommunen mit Gesundheitsfachkräften in der LaB erfolgte die Teilnahme freiwillig und in 40,4 Prozent der Kommu-

nen war eine Teilnahme auf Wunsch der Familien möglich (Mehrfachantworten waren möglich). 6,1 Prozent der Kommunen beteiligten Gesundheitsfachkräfte grundsätzlich nicht am Hilfeplanverfahren.

Resümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Gesundheitsfachkräfte über ihr spezifisches, sekundärpräventives Angebot in den Frühen Hilfen hinaus sowohl im primär- als auch im tertiärpräventiven Bereich eingesetzt wurden. Die Übergänge zu den erzieherischen Hilfen waren in den Kommunen sehr unterschiedlich geregelt. Die Beteiligung der Gesundheitsfachkräfte am Hilfeplanverfahren geschah in den Kommunen überwiegend je nach Bedarf. Im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten wäre es sinnvoll, unter anderem zu erheben, inwieweit diese Übergänge bereits standardisiert wurden bzw. diesbezüglich noch Entwicklungsbedarf besteht.

8.1.4 Qualitätsentwicklung

Um Gesundheitsfachkräfte gezielt und wirksam einsetzen zu können, sind – wie in anderen Arbeitsfeldern auch – Maßnahmen zur Entwicklung und Sicherung von Qualität erforderlich. Wichtig sind vor allem eine fachliche Anleitung und Begleitung (siehe Kapitel 8.1.2), die Einbindung in ein multiprofessionelles Team sowie weitere Instrumente der Qualitätssicherung.

Einbindung in multiprofessionelle Teams

In 80,3 Prozent aller Kommunen mit Gesundheitsfachkräften in der LaB waren diese 2017 auch in multiprofessionelle Teams eingebunden. Nachdem dieser Anteil von 2013 (75 Prozent) zu 2015 (68,8 Prozent) zunächst zu sinken schien, ist damit ein Ausbau in Richtung einer häufigeren Einbindung in gemischte Teams zu beobachten (vergleiche Tabelle 20).

Für die Befragung 2015 kann das Merkmal »Einbindung in multiprofessionelles Team« mit den damals erhobenen Merkmalen der Personalstatistik (siehe Kapitel 8.1.1) in Beziehung gesetzt werden. Dabei zeigt sich, dass die Einbindung in multipro-

professionelle Teams auch mit dem Beschäftigungsstatus variierte. Freiberufliche Gesundheitsfachkräfte waren demnach seltener in multiprofessionelle Teams eingebunden als angestellte: Während dies nur bei 64,5 Prozent der freiberuflichen Gesundheitsfachkräfte der Fall war, wiesen 86,5 Prozent der angestellten Fachkräfte eine solche Einbindung auf. Familienhebammen und FGKiKP unterschieden sich diesbezüglich nicht. Auch der Träger hatte Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der multiprofessionellen Einbindung: Gesundheitsfachkräfte mit Anbindung am Jugendamt waren lediglich zu 60,8 Prozent in multiprofessionelle Teams eingebunden, bei der institutionellen Verortung am Gesundheitsamt waren es 85,2 Prozent und bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe 80,7 Prozent.

Gesundheitsfachkräfte können in ganz unterschiedlicher Weise in multiprofessionelle Teams eingebunden sein: 52,3 Prozent der befragten 329 Kommunen mit professionellen Teams gaben 2015 an, dass die Gesundheitsfachkräfte mit Fachkräften aus anderen Professionen ein festes Team bildeten, in dem beraten und festgelegt wird, wer welche Familien betreut, zum Teil zeitgleich im Tandem. Bei freiberuflichen Fachkräften war dies seltener der Fall (40,4 Prozent) als bei angestellten (58,9 Prozent). Multiprofessionelle Zusammenarbeit kann ebenso heißen, dass Gesundheitsfachkräfte regelmäßig in einem festen Kreis von Fachkräften aus unterschiedlichen Professionen ihre anonymisierten Einzelfälle vorstellen und sich mit ihnen über den Betreuungsverlauf beraten. Dies traf auf 35,3 Prozent der befragten Kommunen mit multiprofessionellen Teams zu. Bei freiberuflichen Fachkräften war dies seltener der Fall (63 Prozent) als bei angestellten (74,2 Prozent).

Bei der Frage nach der Art und Weise der multiprofessionellen Einbindung waren Mehrfachantworten möglich. Die vertiefte Auswertung ergab, dass in 42,7 Prozent dieser Kommunen ausschließlich in einem multiprofessionellen Team über den (gemeinsamen) Einsatz beraten wurde. Bei 22,3 Prozent der Kommunen ging es ausschließlich um die Besprechung anonymisierter Fälle in einem festen Kreis von Fachkräften. In 35 Prozent der Kommunen fand beides statt.

Weitere Qualitätsmerkmale

Neben der Einbindung in multiprofessionelle Teams gibt es zahlreiche andere Qualitätsmerkmale für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften (vergleiche Tabelle 20). Diese beziehen sich in erster Linie auf eine angeleitete und systematische Durchführung der Tätigkeiten. Bezogen auf 488 Kommunen, die im Jahr 2017 eine LaB anboten und dabei Gesundheitsfachkräfte einsetzten, hatten 84,6 Prozent eine Fachberatung für Gesundheitsfachkräfte (2013: 81,6 Prozent; 2015: 82,6 Prozent) sowie 92,2 Prozent Falldokumentationen (2013: 88,5 Prozent; 2015: 89,5 Prozent) etabliert. Von den 488 Kommunen setzten 49,8 Prozent die im Nationalen Zentrum Frühe Hilfe entwickelte Dokumentationsvorlage (2015: 41,4 Prozent) und 54,3 Prozent (zum Teil auch) eine selbstentwickelte Dokumentationsvorlage ein (2015: 45,4 Prozent). In 3,9 Prozent der Fälle lagen keine Angaben vor (2015: 6,5 Prozent). In größerem Umfang lagen auch Arbeitshilfen und Empfehlungen (2013: 62,9 Prozent; 2015: 77,6 Prozent; 2017: 78,1 Prozent) sowie schriftliche Konzepte für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften (2013: 72,1 Prozent; 2015: 74,9 Prozent; 2017: 79,7 Prozent) vor. Des Weiteren wurde vermehrt Fallsupervision angeboten (2013: 69,8 Prozent; 2015: 79,5 Prozent; 2017: 78,7 Prozent) und es fanden mehr Fortbildungen statt (2013: 82,8 Prozent; 2015: 87,9 Prozent; 2017: 89,3 Prozent).

Resümee

Insgesamt zeigt sich, dass freiberufliche Gesundheitsfachkräfte sowie Gesundheitsfachkräfte mit einer Anbindung an das Jugendamt etwas schlechter in multiprofessionelle Teams eingebunden waren. Dies könnte auch mit Unsicherheiten in der Praxis zusammenhängen, inwieweit verpflichtende Qualitätsentwicklungsmaßnahmen Auswirkungen auf den arbeitsrechtlichen Status haben können, was nur im Einzelfall geklärt werden kann (vergleiche Horschitz u. a. 2015). Neben dem flächendeckenden Ausbau von Koordinierungsstellen zeigt sich im Vergleich der Erhebungen 2013 bis 2017 eine anhaltende Verbreitung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung. Als Qualitätskriterien haben sich die Fachberatung für Gesundheitsfachkräfte sowie die Erstellung von Falldokumentationen in

TABELLE 20: Instrumente der Qualitätsentwicklung für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften 2013, 2015 und 2017

	2013	2015	2017
Fachberatung	81,6	82,6	84,6
Falldokumentation insgesamt	88,5	89,5	92,2
Falldokumentation mit Vorlage NZFH	n. e.	41,4	49,8
Fortbildungen	82,8	87,9	89,3
Fallsupervision	69,8	79,5	78,7
Empfehlungen/Arbeitshilfen	62,9	77,6	78,1
Schriftliches Konzept für Einsatz	72,1	74,9	79,7
Einbindung in multiprofessionelles Team	75,0	68,8	80,3

n. e. = nicht erhoben.

Nur Kommunen mit in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung eingesetzten Gesundheitsfachkräften. Prozentwerte. 2013: N = 348; 2015: N = 478; 2017: N = 488.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

der LaB flächendeckend etabliert. Die Fachberatung wurde dabei im überwiegenden Teil der Kommunen von den Personen geleistet, die auch für die Koordination des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften zuständig waren.

8.2 Entwicklungsbedarf beim Einsatz von Gesundheitsfachkräften

Das Feld der Frühen Hilfen ist nach wie vor von einer großen Heterogenität der Konzepte und unterschiedlichen Entwicklungsgeschwindigkeiten geprägt. Dies wird auch anhand unterschiedlicher Einschätzungen bezüglich des Entwicklungsbedarfs im Bereich des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen deutlich: Gefragt wurde nach dem allgemeinen Entwicklungsbedarf bezüglich des Einsatzes von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen, nach der Versorgungslage bezüglich der LaB, nach der geschätzten Anzahl fehlender Gesundheitsfachkräfte sowie nach den Ursachen für einen bisher (möglicherweise) nicht bedarfsgerechten Ausbau der Frühen Hilfen.

Allgemeiner Entwicklungsbedarf

Angesichts der starken Dynamik des sich erst entwickelnden Praxisfeldes Frühe Hilfen wurden die Kommunen im Rahmen der Kommunalbefragungen wiederholt gefragt, wie hoch sie ihren Entwicklungsbedarf im Bereich des »Einsatzes von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Frühe Hilfen« einschätzen (siehe auch Pabst u. a. 2018).

Im Jahr 2017 stellten 36,3 Prozent der Kommunen einen hohen bis sehr hohen Entwicklungsbedarf fest. Dieser Anteil hat seit 2013 (46,7 Prozent) stetig abgenommen (2015: 38,4 Prozent; vergleiche Tabelle 21).

Ein mittlerer Entwicklungsbedarf wurde von 38,1 Prozent der befragten Kommunen angegeben (2015: 37,3 Prozent; 2013: 36,9 Prozent). Ein gutes Viertel der Kommunen (25,7 Prozent) konstatierte einen geringen oder keinen Entwicklungsbedarf. Dieser Anteil ist analog seit 2013 stetig gewachsen (2013: 16,4 Prozent; 2015: 24,3 Prozent). Insgesamt ging also der von den Kommunen eingeschätzte Entwicklungsbedarf im Förderbereich »Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Frühe Hilfen« im Zeitverlauf der BIFH zurück – wenn auch (wie in den weiteren Ausführungen dargelegt) der Bedarf

TABELLE 21: Entwicklungsbedarf beim Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen 2013 und 2017 (Bund, West/Ost)

	Bund		West (ohne Berlin)		Ost (mit Berlin)	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Kein oder geringer Entwicklungsbedarf	16,4	25,7	16,3	27,4	15,3	16,3
Mittlerer Entwicklungsbedarf	36,9	38,1	38,4	38,9	29,4	33,7
Hoher bis sehr hoher Entwicklungsbedarf	46,7	36,3	45,3	33,7	55,3	50,0
Kommunen	526	557	441	471	85	86

Prozentwerte.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013 und zu 2017

an zusätzlichen Fachkräften in den letzten Jahren zugenommen hat.

Im West-Ost-Vergleich zeigt sich bei der Einschätzung des allgemeinen Entwicklungsbedarfs beim Einsatz von Gesundheitsfachkräften, dass die ostdeutschen Kommunen einen höheren Bedarf wahrnahmen als die westdeutschen. Dies war bereits zu Beginn der BIFH der Fall – die Schere in der unterschiedlichen Einschätzung vergrößerte sich jedoch im Verlauf der Förderphase: In den alten Bundesländern ging der Anteil der Kommunen, die einen (sehr) hohen Entwicklungsbedarf sahen, zwischen 2013 und 2017 noch stärker zurück (-11,6 Prozentpunkte), als dies in den neuen Bundesländern der Fall war (-5,3 Prozentpunkte).

Versorgung mit Gesundheitsfachkräften in der LaB

Die Einschätzung der Versorgungslage bezüglich der Verfügbarkeit von Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Frühen Hilfen fällt sehr unterschiedlich aus: 60,7 Prozent der befragten Kommunen sahen Ende 2017 eine Unterversorgung vorliegen (2013: 58 Prozent; 2015: 57,2 Prozent), während 39,3 Prozent eine bedarfsgerechte Versorgung berichteten (2013: 42 Prozent; 2015: 42,6 Prozent). Demnach ist die Zahl der Kommunen, die angegeben haben, zusätzliche (personelle) Kapazitäten im Bereich der Längerfristigen Betreuung und Begleitung zu benötigen, seit 2015 leicht angestiegen, was im Widerspruch zum Befund einer abnehmenden Zahl von Kommunen zu stehen scheint, die einen hohen Entwicklungsbedarf in diesem Angebot sehen. Die

Befragten scheinen einen Unterschied zwischen der rein quantitativen personellen Ausstattung und der qualitativen Ausgestaltung der Angebote zu machen: Während die LaB an sich mittlerweile vielerorts etabliert und bewährt ist, steigen aufgrund zunehmend leistungsfähigerer Vermittlungsstrukturen die ermittelten Bedarfe. Weiterhin haben die im Zuge der BIFH angestoßenen Fachdiskussionen zu einer Sensibilisierung für familiäre Bedarfslagen und zu einer vermehrten Beschäftigung mit den Zielgruppen geführt – mit der Folge, dass jenes Personal, das die bislang geringeren Fallzahlen ausreichend versorgen konnte, nun zunehmend ausgelastet oder gar überlastet ist.

Im West-Ost-Vergleich zeigt sich, dass Kommunen in den neuen Bundesländern die Versorgungslage wesentlich ungünstiger einschätzten als jene in den alten Bundesländern (vergleiche Tabelle 22). Der Zeitvergleich lässt erkennen, dass sich die Versorgungslage in den neuen Bundesländern im Verlauf der BIFH sogar deutlich verschlechtert hat (der Wert für bedarfsgerechte Versorgung fällt von 29 Prozent 2013 auf 17,5 Prozent 2017).

Um herauszufinden, wie hoch der Bedarf an zusätzlichen Fachkräften war, wurde den Kommunen, die eine Unterversorgung angegeben hatten, folgende Frage gestellt: »Wie viele Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsfachkräfte benötigen Sie zusätzlich für eine bedarfsgerechte Versorgung in den Frühen Hilfen?« Die Auswertung der Antworten zeigt, dass 2017 weitere 433,7 VZÄ (Summe des bundesweit geschätzten Bedarfs, N = 301) für eine

TABELLE 22: Einschätzung der Versorgung mit Gesundheitsfachkräften 2013 und 2017 (Bund, West/Ost)

	Bund		West (ohne Berlin)		Ost (mit Berlin)	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Überversorgung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bedarfsgerechte Versorgung	42,0	39,3	44,1	43,2	29,0	17,5
Unterversorgung	58,0	60,7	55,9	56,8	71,0	82,5
Kommunen	441	527	379	447	62	80

Prozentwerte.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013 und zu 2017

bedarfsgerechte Versorgung benötigt worden wären. Im Vergleich zum gemeldeten Zusatzbedarf von 2015 ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (2015: 375,3 VZÄ, N = 274). Die Fördermittel der BIFH haben also trotz einer Ausweitung der personellen Kapazitäten keine Entspannung bezüglich des nicht befriedigten Fachkräftebedarfs bewirken können – wobei nochmals darauf verwiesen sei, dass diese Bedarfe wahrscheinlich aus Gründen der besseren Möglichkeiten zur frühzeitigen Identifizierung von Belastungslagen im Rahmen von Lotsendiensten und sonstigen Vermittlungsstrukturen (siehe Kapitel 7) zuletzt stark angestiegen waren.

Probleme bei der Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften

Trotz des weiterhin bestehenden (hohen) Bedarfs an zusätzlichen Fachkräften konnte eine Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften vielerorts aus verschiedenen Gründen nicht oder nur mit hohem Aufwand erfolgen (vergleiche Tabelle 23). Hauptursache für eine nicht ausreichende Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften war 2017 für 84,5 Prozent aller antwortenden Kommunen (also auch denjenigen, die Gesundheitsfachkräfte nicht einsetzen oder die dort nicht koordiniert werden; N = 503) eine generelle Unterversorgung mit Fachkräften aus den grundständigen Berufen (also auch in der Geburtsvorbereitung, -begleitung und -nachsorge). Dieses Item wurde (wie auch das Item »Nicht genügend Plätze zur Weiterqualifizierung zur Familienhebamme/ Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in«) für 2017 erstmals erhoben.

Ein weiteres Problem sahen 62,1 Prozent der antwortenden Kommunen (N = 531) darin, dass nicht genügend speziell für die LaB qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung stünden – ein Problem, das auch im Rahmen der ersten und dritten Erhebungswelle als besonders drängend eingeschätzt wurde (vergleiche Tabelle 23). Auch wenn zwischen 2013 (61,1 Prozent) und 2015 (56,8 Prozent) eine leichte Entspannung verzeichnet werden konnte, nahm der Anteil der Kommunen, die sich in besonderem Maße von diesem Fachkräftemangel betroffen sahen, von 2015 bis 2017 wieder zu.

Weiterhin wurden nicht ausreichend zur Verfügung stehende Mittel (2017: 50,2 Prozent; 2015: 51,8 Prozent; 2013: 50,5 Prozent) und strukturelle Merkmale des Sozialraums (zum Beispiel lange Wegstrecken; 2017: 50 Prozent; 2015 und 2013: 49,3 Prozent) nahezu unverändert von einem relativ großen Teil der Kommunen als problematisch eingestuft (vergleiche Tabelle 23).

Erfolge sind dagegen hinsichtlich differierender Auffassungen zum Einsatz der Gesundheitsfachkräfte und der damit verbundenen Rahmenbedingungen zu verzeichnen: Der Anteil der Kommunen, welche unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung als Problem bei der Ausweitung des Einsatzes der Gesundheitsfachkräfte im Bereich der LaB einschätzten, ist seit 2013 ebenso kontinuierlich zurückgegangen (2013: 50,7 Prozent; 2015: 33,3; 2017: 34,4 Prozent), wie jener, der eine besondere Herausforderung in unterschiedlichen Haltungen hinsichtlich der Arbeitsaufträge ausmachte (2013: 29,1 Prozent; 2015: 18 Prozent; 2017: 14,1 Prozent;

vergleiche Tabelle 23). Diesbezüglich scheint sich weitgehend ein Konsens im Feld herausgebildet zu haben.

Lediglich 8 Prozent der antwortenden Kommunen (N = 502) sahen noch ein Problem in einer nicht ausreichenden Qualifikation der vorhandenen Fachkräfte (2013: 17,1 Prozent; 2015: 7 Prozent; vergleiche Tabelle 23). Offenbar führten die Qualifizierungsmaßnahmen in den Bundesländern dazu, dass die vorhandenen Fachkräfte mittlerweile ausreichend qualifiziert waren und ihr Einsatz somit den Qualitätsanforderungen im Rahmen der BIFH entsprach. Auch die Weiterbildungskapazitäten wurden 2017 nur noch von einem geringen Anteil der Kommunen (14,2 Prozent) als problematisch eingeschätzt.

Im Vergleich zwischen west- und ostdeutschen Bundesländern zeigen sich einige Unterschiede bei der Beurteilung der einzelnen Problemlagen: So gaben im Osten mehr Kommunen als im Westen an, dass nicht genügend Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsberufen verfügbar wären, wobei sich dieses Problem in den neuen Bundesländern zwischen 2013 und 2017 weiter verschärfte, in den alten Bundesländern aber auf gleichem Niveau verharrte (vergleiche Tabelle 24).

Eine unzureichende Finanzierung des Einsatzes der Gesundheitsfachkräfte wurde im Verlauf der BIFH im Osten immer häufiger als Problem benannt (Zunahme um 12 Prozentpunkte), während dieses Problem im Westen leicht rückgängig war; die Ost-West-Differenz stieg daher von 5 Prozent auf mittlerweile 10 Prozent. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich auch bezüglich des Problems von weiten Wegen im Sozialraum: Im Osten nahm dieses Problem weiter zu (vermutlich aufgrund von Gebietsreformen), während es im Westen stagnierte. Unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung gingen im Osten relativ gesehen stärker zurück (fast um 20 Prozentpunkte), blieben aber immer noch über dem westlichen Niveau (Ost-West-Differenz 2017 von fast 10 Prozentpunkten). Haltungsfragen und Probleme mit der geforderten Qualifikation nahmen in Ost- wie Westdeutschland gleichermaßen ab, wobei im Osten anscheinend fast immer genügend Plätze für eine Weiterqualifizierung zur Verfügung zu stehen schienen.

Resümee

Insgesamt zeigen die Daten aus den Kommunalbefragungen, dass vor allem diejenigen Probleme, die von den Kommunen selbst beeinflusst werden kön-

TABELLE 23: Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von FamHeb und FGKiKP 2013, 2015 und 2017

	2013	2015	2017
Generelle Unterversorgung mit Fachkräften	n. e.	n. e.	84,5
Es sind nicht genügend Fachkräfte verfügbar	61,1	56,8	62,1
Die Mittel reichen nicht aus	50,5	51,8	50,2
Es bestehen weite Wege im Sozialraum	49,3	49,3	50,0
Unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung	50,7	33,3	34,4
Nicht genügend Plätze zur Weiterqualifizierung zur Familienhebamme/FGKiKP	n. e.	n. e.	14,2
Unterschiedliche Haltungen hinsichtlich des Auftrags	29,1	18,0	14,1
Die Qualifikation der vorhandenen Fachkräfte ist nicht ausreichend	17,1	7,0	8,0

n. e. = nicht erhoben.

Anteile mit Antworten 1 und 2 auf einer Skala von 1 = »trifft voll und ganz zu« bis 5 = »trifft gar nicht zu«. Prozentwerte. N variiert: 2013: N = 434–467; 2015: N = 457–523; 2017: N = 393–532

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

TABELLE 24: Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von FamHeb und FGKiKP 2013 und 2017 (Bund, West/Ost)

	Bund		West (ohne Berlin)		Ost (mit Berlin)	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Generelle Unterversorgung mit Fachkräften	n. e.	84,5	n. e.	84,4	n. e.	84,8
Es sind nicht genügend Fachkräfte verfügbar	61,1	62,1	60,3	60,2	66,7	72,6
Die Mittel reichen nicht aus	50,5	50,2	51,1	48,6	46,8	58,8
Es bestehen weite Wege im Sozialraum	49,3	50,0	47,5	47,0	59,4	66,3
Unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung	50,7	34,4	48,8	32,9	61,5	42,1
Nicht genügend Plätze zur Weiterqualifizierung Familienhebamme/FGKiKP	n. e.	14,2	n. e.	16,5	n. e.	4,2
Unterschiedliche Haltungen hinsichtlich des Auftrags	29,1	14,1	29,2	14,4	28,1	12,8
Die Qualifikation der vorhandenen Fachkräfte ist nicht ausreichend	17,1	8,0	18,2	8,5	9,8	5,1

n. e. = nicht erhoben.

Anteile mit Antworten 1 und 2 auf einer Skala von 1 = »trifft voll und ganz zu« bis 5 = »trifft gar nicht zu«. Prozentwerte. N variiert: 2013: N = 434–467; 2015: N = 457–523; 2017: N = 393–532.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013 und zu 2017

nen, im Verlauf der BIFH abgebaut werden konnten. Nach wie vor besteht allerdings ein großer Bedarf an zusätzlichen Gesundheitsfachkräften, welchen gut ein Drittel der Kommunen, die eine Unterversorgung sahen, mit mehr als zwei zusätzlichen Vollzeitäquivalenten bezifferten. Dieser Fachkräftemangel ist daher weiterhin das größte Hemmnis bei der Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Darüber hinaus blieb trotz der Fördermittel der BIFH die Einschätzung, dass nicht genügend Mittel zur Verfügung stehen, bei der Hälfte der Kommunen kontinuierlich bestehen.

8.3 Erhebung von Fallzahlen in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung

In den Kommunalbefragungen der Jahre 2013, 2014 und 2015 wurde versucht, neben Zahlen zu den in den Kommunen tätigen Gesundheitsfachkräften auch die Fallzahlen zur Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien durch

Gesundheitsfachkräfte (LaB) auf kommunaler Ebene zu erfassen. Um vergleichbare Werte zu erhalten, wurde im Fragebogen eine Eingrenzung der zu berücksichtigenden Fälle vorgenommen: Angegeben werden sollten:

- nur jene Fälle, die von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften durchgeführt wurden,
- nur jene Fälle, die bei werdenden Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter drei Jahren durchgeführt wurden,
- nur Fälle, bei denen die Fachkräfte mehr als drei Kontakte im häuslichen Umfeld der Familie hatten,
- keine Fälle, die im Rahmen der gesundheitlichen Regelversorgung oder der Hilfen zur Erziehung durchgeführt wurden.

In den Jahren, in denen die Erfassung der Fallzahlen Bestandteil des Fragebogens war, wurde gebeten, jeweils sowohl für den Stichtag 30. Juni des Vorjahres als auch des Erhebungsjahres die Zahl der bestehenden Fälle anzugeben. Ausdrücklich sollten sich die

Befragten dabei nicht auf jene Fälle beschränken, die über Fördermittel der BIFH finanziert wurden.

Es zeigte sich, dass in der Fläche wahrscheinlich sehr unterschiedliche Definitionen und Ausgestaltungen der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung bestanden. Die Fallzahlen zum 30. Juni 2015 erstreckten sich über eine Spannweite von 0 bis 575 ($n = 433$), wobei Zahlen jenseits von 162 Fällen entsprechend der Häufigkeitsverteilung als klare statistische Ausreißer einzuordnen sind. Von den 478 Kommunen, die angaben, Gesundheitsfachkräfte in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung einzusetzen, konnten zudem 45 keine Angabe machen. 20 Kommunen hatten zum Stichtag keinen Fall und 413 Kommunen nannten eine Fallzahl zwischen 1 und 575.

Der Großteil der befragten Kommunen hatte relativ wenige Fälle angegeben (60 Prozent mit höchstens 21 Fällen). Die übrigen 40 Prozent gaben zwischen 22 und knapp 600 Fälle an. Der Mittelwert betrug 30,2 Fälle und wurde von der Standardabweichung (50,2) weit übertroffen – ein weiteres Zeichen für die stark ausgeprägte Ungleichverteilung. Dies verweist auch auf eine große Heterogenität in der Ausgestaltung der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung im Feld.

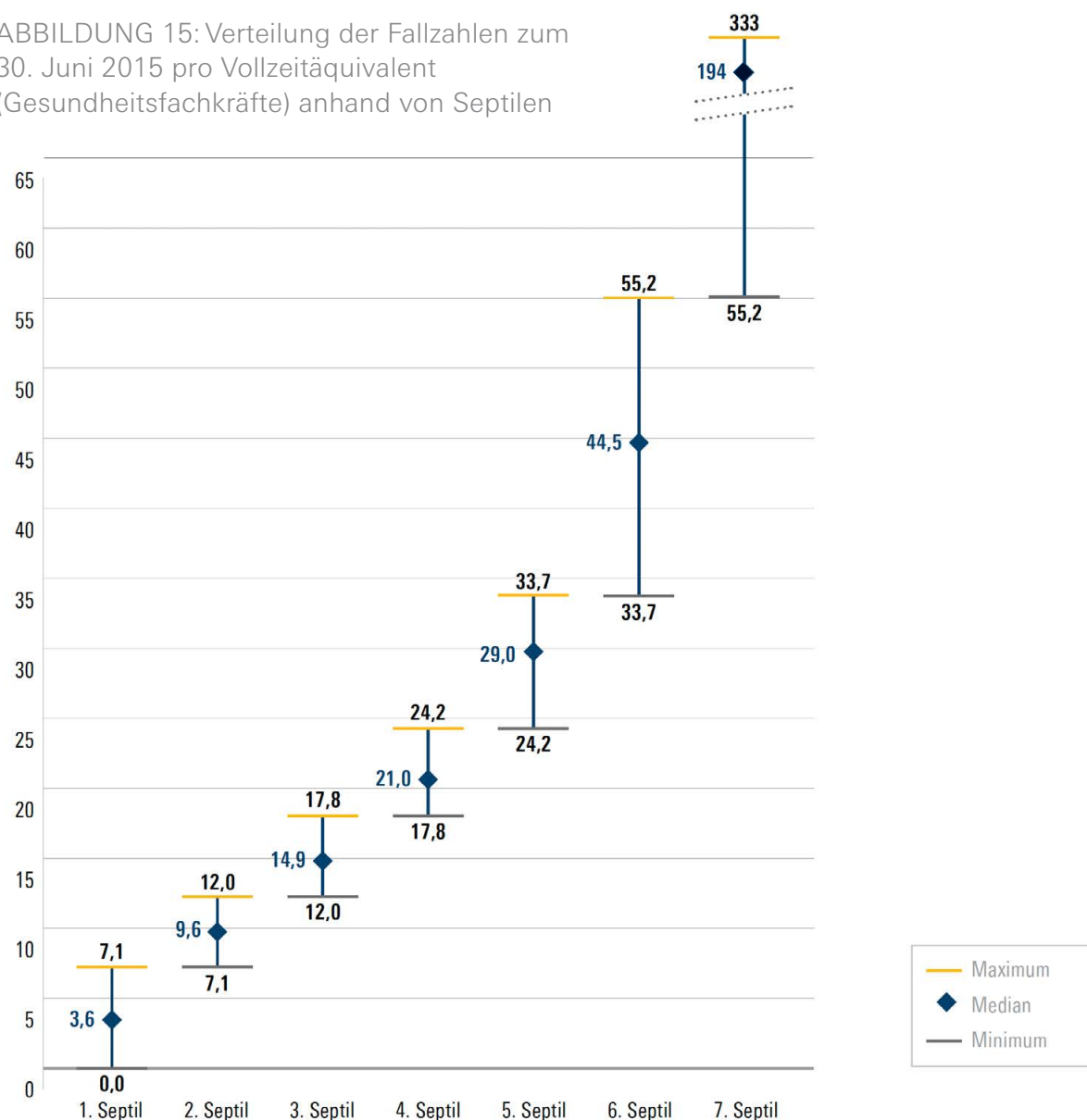
Eine differenzierte Auswertung der 2015 übermittelten Fallzahlen nach der Einwohnerzahl liefert genauere Einblicke: Grundsätzlich gab es einen (zu erwartenden) starken positiven Zusammenhang der gemeldeten Fallzahlen mit der Einwohnerzahl. Jedoch wurden auch kleine Kommunen ermittelt, die die Fallzahl von einwohnerstarken Kommunen erreichten bzw. sogar (deutlich) überschritten. Gleichzeitig gab es Großstädte, die Fallzahlen im einstelligen Bereich gemeldet hatten – und damit (teils weit) hinter vielen mittleren und kleinen Kommunen lagen. Diese Auffälligkeiten in der Verteilung der Fallzahlen können mit den vorliegenden Daten nicht weiter aufgeklärt werden. Dazu bedürfte es weiterer Untersuchungen, die speziell dieser Thematik nachgehen. Die Befunde untermauern jedoch die Vermutung, dass in Deutschland teils sehr unterschiedliche Konzepte der Längerfristigen Betreuung und Begleitung vorlagen, die zudem sehr unterschiedlich erfasst wurden.

Eine systematische und standardisierte Erfassung der Fallzahlen war zum Zeitpunkt der Erhebung nicht gegeben und bislang auch keine Verpflichtung: Von den 478 Kommunen, die Gesundheitsfachkräfte in der Längerfristigen Betreuung und Begleitung einsetzten, führten nur 66,3 Prozent eine Fallstatistik, 16,1 Prozent konnten die Fallzahl nur auf Grundlage einer Schätzung abgeben, 17,6 Prozent gaben auf die Frage nach einer bestehenden Fallstatistik keine Antwort.

Auch das Verhältnis der gemeldeten Fallzahlen zur Zahl der in der Kommune eingesetzten Fachkräfte (Vollzeitäquivalente) ergab eine große Spannweite, die unterstreicht, dass der Aufbau einer einheitlichen Statistik im Bereich der Frühen Hilfen weiterhin eine große Herausforderung darstellt. Abbildung 15 zeigt die Verteilung dieses Quotienten in der Gesamtheit der Kommunen anhand von Septilen (Verteilung der Werte auf sieben gleich große Gruppen). Geht man davon aus, dass eine Familienhebamme bei einer Zeitspanne von einem Jahr circa 10 bis 15 Familien intensiver begleiten kann, bei kürzeren Betreuungszeiten gegebenenfalls auch mehr Familien (siehe auch NZFH 2014a), so befinden sich die Werte der ersten drei Septile in nachvollziehbaren Bereichen, die eine Familienunterstützung gemäß der Intentionen der BIFH vermuten lässt – das entspricht circa 43 Prozent der Kommunen, die Gesundheitsfachkräfte in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung einsetzten. Die restlichen 57 Prozent hingegen gaben einen Betreuungsschlüssel an, der wenig nachvollziehbar bzw. realistisch war. Es bleibt unklar, was hier als Fall gezählt wurde, ob zum Beispiel auch Willkommensbesuche oder Einzelberatung bzw. Gruppenangebote der Familienhebammen mit eingeflossen sind.

Zu berücksichtigen ist bei diesen Auswertungen auch, dass die vorgesehene Zeitspanne der Betreuung von Kommune zu Kommune unterschiedlich ausgelegt sein kann. Viele Kommunen sahen hier zum Beispiel Besuche über eine Dauer von zwölf Monaten vor – andere wiederum deutlich kürzere Zeitfenster von drei oder sechs Monaten. Die bisherigen Versuche zur Erhebung von Fallzahlen in der LaB sind durchaus positiv zu bewerten: Einerseits konnten auf Grundlage dieser Erhebungen Kommu-

ABBILDUNG 15: Verteilung der Fallzahlen zum 30. Juni 2015 pro Vollzeitäquivalent (Gesundheitsfachkräfte) anhand von Septilen



Medianwerte, Minimum und Maximum pro Septil. 2015: N = 433.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2015

nen identifiziert werden, die sehr fortgeschrittene Erhebungs- und Dokumentationsmethoden entwickelt haben. Andererseits wurden die Verantwortlichen in den Kommunen schrittweise dafür sensibilisiert, Angebote und Maßnahmen der Frühen Hilfen inhaltlich und definitorisch zu schärfen und statistisch zu erfassen.

Für eine belastbare und valide Erfassung der Fallzahlen sollten weitere (qualitative und quantitative) Untersuchungen zu den Einsatzmodellen und Erfassungsmethoden in den Kommunen durchgeführt werden (vergleiche Pabst/Sann 2018). In

Absprache mit den Zuständigen in Ländern und Kommunen sollte auf dieser Basis versucht werden, ein einheitliches Erfassungsverfahren zu entwickeln, das zukünftig bundesweit eingesetzt werden kann. Langfristiges Ziel ist die Abbildung der Fallzahlen dieses spezifischen Angebots der Frühen Hilfen an der Schnittstelle von Gesundheitsbereich und Kinder- und Jugendhilfe in der amtlichen Statistik. Entsprechende Daten sind wichtig für eine valide Beurteilung der Versorgungslage und für das zuverlässige Monitoring der Entwicklungen im Feld.

9

Zivilgesellschaftliches Engagement

Unterstützungsangebote für Familien, bei denen Ehrenamtliche bzw. Laien eingesetzt werden, sind neben dem Einsatz von Gesundheitsfachkräften ein weiteres Format der Frühen Hilfen, mit Schwerpunkt auf der alltagspraktischen Unterstützung und Entlastung von Eltern. Damit kann das große und innovative Potenzial zivilgesellschaftlichen Engagements für die Frühen Hilfen erschlossen werden (vergleiche Keupp/Behringer 2015; Schäfer 2019). Als eigenständiger Förderbereich »Einsatz von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen« wurden diese Angebote auch im Rahmen der BIFH berücksichtigt. Der Schwerpunkt der Förderung lag hier auf der Koordination und Fachbegleitung der Ehrenamtlichen durch hauptamtliche Fachkräfte sowie der Qualitätssicherung und Qualifizierung. Da jedoch die beiden anderen Förderbereiche prioritär gesetzt waren, wurde nur ein geringer Anteil der Fördermittel für die Förderung von Angeboten mit Ehrenamtlichen verausgabt. Jeweils circa 8 Prozent (+/- 0,4 Prozent) der in den Jahren 2013, 2014 und 2015 insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel der BIFH wurden im Bereich Angebote mit Ehrenamtlichen verausgabt (schriftliche Auskunft Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, eigene Berechnungen). Nicht berücksichtigt werden konnten hierbei Eigenmittel sowohl der Länder und Kommunen als auch der durchführenden freien Träger, was gegebenenfalls zur Unterschätzung von Umfang und Bedeutung dieser Angebote führen kann.

Ziel der Begleitforschung zur BIFH im Bereich Ehrenamtsstrukturen war es, Erkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen des Einbezugs ehrenamtlichen Engagements im Kontext Früher Hilfen zu gewinnen. Zentrale Fragestellungen waren die tatsächliche Bedeutung und Verbreitung spezifischer Angebote mit Ehrenamtlichen, die Gestaltung dieser Angebote – zum Beispiel hinsichtlich der Übergänge von ehrenamtlichem Engagement und professionellem Handeln – und der Stand der Entwicklung von Qualitätsstandards für den Einsatz Ehrenamtlicher wie zum Beispiel die Einbindung in die Netzwerke Frühe Hilfen.

9.1 Verbreitung von Projekten mit Ehrenamtlichen

Grundsätzlich hielten 71,6 Prozent der befragten Kommunen 2017 Angebote im Feld der Frühen Hilfen vor, die eine Einbindung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer vorsehen. Zwischen 2013 (67,2 Prozent) und 2015 (75,1 Prozent) hatte hier zunächst eine Ausweitung stattgefunden, 2017 ist allerdings ein leichter Rückgang der Kommunen mit solchen Angeboten zu verzeichnen. Die Daten lassen allerdings nur Aussagen zum Vorkommen der Angebotstypen zu, nicht jedoch zur Anzahl, zur Reichweite bzw. dem Versorgungsgrad der Bevölkerung mit diesen Angeboten.

In der Praxis war dabei eine große Vielfalt an Programmen und Projekten mit Ehrenamtlichen vorzufinden. Dies betrifft sowohl die Einsatzfelder und Ziele des ehrenamtlichen Engagements als auch Fragen der Koordination und der strukturellen Rahmenbedingungen.

Am weitesten verbreitet – und von einigen freien Trägern der Wohlfahrtspflege zum Teil bundesweit angeboten – waren sogenannte Familienpatenschaften (vergleiche NZFH 2015). Dabei werden Familien über einen längeren Zeitraum zu Hause aufgesucht und erhalten alltagsnahe Entlastung und Unterstützung, zum Beispiel bei der Kinderbetreuung oder der Säuglingspflege. Zielgruppen sind insbesondere Familien, die von sozialer Isolation bedroht sind und dabei unterstützt werden sollen, neue Kontakte im sozialen Nahraum zu knüpfen. Auch wenig lebenserfahrene junge Mütter und Väter zählen zu den Zielgruppen. Solche Angebote wurden 2017 in 60,3 Prozent aller befragten Kommunen eingesetzt (vergleiche Tabelle 25). Im Verlauf der BIFH hat sich dieser Anteil nur leicht erhöht (2013: 58,7 Prozent; 2015: 61,6 Prozent) und ist dem allgemeinen Trend folgend 2017 wieder leicht rückläufig. Ein merklicher Rückgang ist dagegen beim Anteil der Kommunen zu verzeichnen, welche in diesem Kontext offene Treffs für Eltern (2017: 32,2 Prozent; 2015: 40 Prozent) oder Gruppenangebote (2017: 31,8 Prozent; 2015: 39,3 Prozent), wie zum Beispiel eine Spielgruppe, anboten. Die von 2013 bis 2015 beobachtete Ausweitung der Verbreitung solcher durchs Ehren-

TABELLE 25: Verbreitung von Angeboten mit Beteiligung von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen 2013, 2015 und 2017

	2013	2015	2017
Besuchsdienste über einen längeren Zeitraum (zum Beispiel Familienpaten)	58,7	61,6	60,3
Offene Treffs (zum Beispiel Eltern-Café)	35,7	40,0	32,2
Gruppenangebote (Spielgruppe, Mutter-Kind-Gruppe etc.)	35,5	39,3	31,8
Willkommensbesuche für Neugeborene, Familienlotsen	23,6	19,8	16,8
Von Eltern für Eltern selbst organisierte und durchgeführte Angebote	n. e.	19,5 ¹	15,6

¹ 2015 wurde nach »Angebote der familiären Selbsthilfe« gefragt. n. e. = nicht erhoben.

Prozentwerte. 2013: N = 543; 2015: N = 555; 2017: N = 559.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

amt gestützter Angebote ist Ende 2017 unter das Ausgangsniveau gesunken. Willkommensbesuche, die (auch) von Ehrenamtlichen erbracht wurden, gab es 2017 ebenfalls nur noch in jeder sechsten Kommune (16,8 Prozent) und somit seltener als noch 2015 (19,8 Prozent) oder 2013 (23,6 Prozent).

Neben diesen Angeboten können Ehrenamtliche auch ergänzend im Rahmen der Längerfristigen Betreuung und Begleitung durch Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsfachkräfte zum Einsatz kommen, indem sie die Fachkräfte unterstützen. Von jenen 488 Kommunen, die 2015 den Familien eine derartige Betreuung und Begleitung anboten, setzten 32,1 Prozent auf die Unterstützung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer.

Zudem wurden der Befragung zu 2017 zufolge in 15,6 Prozent aller Kommunen auch von Eltern selbst organisierte und durchgeführte Angebote realisiert (vergleiche Tabelle 25).

9.2 Qualitätsmerkmale in Ehrenamtsprojekten

Förderungswürdig im Rahmen der BIFH waren nur Projekte mit Ehrenamtlichen, die in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingebunden waren und in denen die Ehrenamtlichen durch eine Fachkraft angeleitet bzw. beim Einsatz begleitet wurden. Die Ausrichtung des Einsatzes sollte zudem

auf die alltagspraktische Begleitung und Entlastung von Familien begrenzt werden. Auch sollten die Angebote dazu beitragen, die sozialen Netzwerke der Familien zu erweitern. Angebote mit Ehrenamtlichen sind demnach eindeutig im Bereich der primärpräventiven Unterstützung von Familien verortet. Förderfähig waren vorrangig Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Dazu gehörten unter anderem: die Koordination und Fachbegleitung von Ehrenamtlichen, die Qualifizierung sowohl von Koordinierenden als auch von Ehrenamtlichen sowie ihre Mitwirkung bei der Netzwerkarbeit. Darüber hinaus war die Erstattung von Fahrtkosten möglich.

Koordinierung von Angeboten mit Ehrenamtlichen
66,3 Prozent der befragten Kommunen hatten 2015 eine Koordinierungsstelle für Ehrenamtsprojekte eingerichtet oder die mit dieser Koordinierung verbundenen Aufgaben in die Verantwortung der Netzwerkkoordination der Frühen Hilfen gegeben. Bezogen auf jene 368 Kommunen, in denen Ehrenamtsprojekte und der Einsatz von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen 2015 koordiniert wurden, war diese Koordination in 53,3 Prozent der Fälle am Jugendamt angegliedert und in 39,4 Prozent bei einem freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Das Gesundheitsamt wurde hier nur von 1,4 Prozent der Kommunen genannt. Mithilfe der Daten für 2017 kann darüber hinaus festgehalten werden, dass lediglich ein Viertel aller Koordinierungsstellen für

TABELLE 26: Verbreitung von Qualitätsmerkmalen in Kommunen, die Ehrenamtsprojekte mit Mitteln der BIFH förderten 2013, 2015 und 2017

	2013	2015 ¹	2017
Begleitung der Ehrenamtlichen durch hauptamtliche Fachkräfte	84,0	85,0	92,5
Qualifizierung/Schulung der Ehrenamtlichen	80,8	80,4	87,4
Einbindung in Netzwerk Frühe Hilfen	77,2	79,4	87,0
Schriftliches Konzept	79,0	72,4	82,8
Qualifizierung/Schulung von Ehrenamtskoordinatorinnen und -koordinatoren	42,0	51,4	63,6
Kooperationsvereinbarung	43,4	43,0	61,1
Dokumentation/Evaluation	60,3	50,9	59,8
Schriftliche Vereinbarung zum Verfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung	45,2	44,4	55,6

¹ Da 2015 nicht gefragt wurde, ob Ehrenamtsprojekte mit Mitteln der BIFH gefördert wurden, werden für dieses Jahr die Angaben derselben 219 Kommunen ausgewiesen, die 2013 Angaben hierzu gemacht haben.

Prozentwerte. 2013: N = 219; 2015: N = 219; 2017: N = 239.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

Netzwerke Frühe Hilfen (24,1 Prozent) gleichzeitig auch Koordinierungsaufgaben für Ehrenamtsprojekte innerhalb ihrer Kommune übernahmen. 2015 war dies noch in 32,5 Prozent der Kommunen der Fall gewesen.

Die Daten machen des Weiteren deutlich, dass die freien Träger der Wohlfahrtspflege bei der Freiwilligenarbeit im Bereich der Frühen Hilfen eine größere Rolle spielen als in den beiden anderen Förderbereichen. So war die Koordinierungsstelle für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften 2015 in 67,5 Prozent der Kommunen beim Jugendamt angesiedelt und nur in 16,2 Prozent bei einem freien Träger. Die Koordination der Netzwerke selbst lag dagegen fast vollständig in der Zuständigkeit der Jugendämter (2017: 94,6 Prozent; 2015: 93,8 Prozent).

Verbreitung von Qualitätsmerkmalen

Diejenigen Kommunen, die Projekte mit Ehrenamtlichen aus Mitteln der BIFH förderten, wurden für 2013 und 2017 danach gefragt, welche weiteren Qualitätsmerkmale die geförderten Projekte aufwiesen (vergleiche Tabelle 26). Hinsichtlich fast aller Merkmale ist eine positive Entwicklung seit 2013 zu beobachten. Demnach gaben zuletzt 92,5 Prozent

der Befragten in diesen Kommunen an, dass die Ehrenamtlichen durch hauptamtliche Kräfte begleitet wurden und 87 Prozent berichteten, dass das Projekt in das lokale Netzwerk Frühe Hilfen eingebunden war. Damit erfüllten 2017 fast alle der in den Kommunen geförderten Projekte mit Ehrenamtlichen die Fördervoraussetzungen der BIFH. Fortschritte können darüber hinaus in der Qualifizierung der Ehrenamtlichen verzeichnet werden, welche mittlerweile in 87,4 Prozent der Kommunen stattfindet. Ein sehr starker Zuwachs von mehr als 20 Prozentpunkten ist außerdem bei der Qualifizierung der Koordinierenden zu verzeichnen (2017: 63,6 Prozent; 2013: 42 Prozent). Alle genannten Maßnahmen waren direkt förderfähig.

Ein gemischtes Bild ergibt sich bei solchen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die weder Fördervoraussetzung noch direkt förderfähig waren (vergleiche Tabelle 26). Während 2017 schriftliche Konzepte (82,8 Prozent) und Dokumentationen/Evaluationen (59,8 Prozent) anteilig nur unwesentlich häufiger bzw. gleichbleibend häufig in den Kommunen zur Qualitätssicherung eingesetzt wurden, haben sich insbesondere Kooperationsvereinbarungen seit 2013 massiv verbreitet (2017: 61,1 Prozent; 2013:

TABELLE 27: Einbindung von ehrenamtlichem Engagement als Entwicklungsziel 2014 und 2017

Zielverfolgung	2014	2017
Ziel wird verfolgt	56,1	39,7
Ziel ist bereits erreicht	14,6	19,1
(Derzeit) kein Entwicklungsziel	26,2	37,4
Keine Angabe möglich	3,1	3,8

Prozentwerte. 2014: N = 553; 2017: N = 559.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2014 und zu 2017

43,4 Prozent). Schriftliche Vereinbarungen zum Verfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung waren 2017 in etwas mehr als der Hälfte der befragten Kommunen festgehalten (55,6 Prozent), was 2013 noch in weniger als der Hälfte der Kommunen der Fall war (45,2 Prozent).

Im Zwischenbericht zur BIFH (NZFH 2014a) wie auch im Impulspapier von Keupp und Behringer (2015) wird die formale Gestaltung der Schnittstelle der Angebote zum institutionellen Kinderschutz explizit als wichtiges Entwicklungsziel der Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen benannt. In diesem Bereich der Qualitätsentwicklung ist zwar eine Steigerung von 10 Prozent zu beobachten, dennoch berichteten fast 45 Prozent der Kommunen mit geförderten Ehrenamtsangeboten, dass es mit diesen keine schriftlichen Vereinbarungen zum Verfahren bei Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung gab. Hier bestand vielerorts Entwicklungsbedarf, da Verfahrenssicherheit nicht nur unabdingbar zur Erfüllung des Schutzauftrags ist, sondern auch die Ehrenamtlichen selbst vor Überforderung schützen soll.

9.3 Stellenwert und Zukunftsperspektive der Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen

In lediglich 29,6 Prozent der Kommunen nahmen 2017 Ehrenamtsstrukturen einen zentralen Stellenwert beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen ein (Anteile der Kommunen mit Antworten 1 und 2

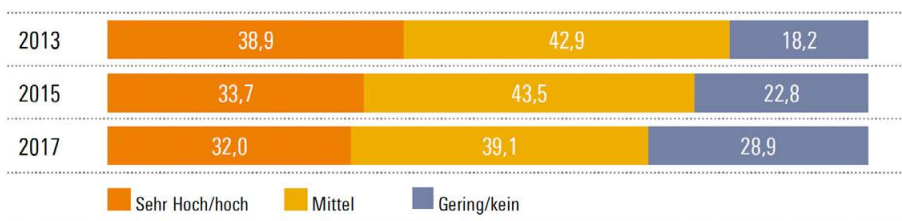
auf einer Skala von 1 (»zentraler Stellenwert«) bis 5 (»überhaupt kein Stellenwert«). Dieser Wert hat sich seit 2013 (23,1 Prozent) um wenige Prozentpunkte erhöht (2015: 22,9 Prozent). Trotz des leicht steigenden Bedeutungszuwachses sahen jedoch im Jahr 2017 nur noch 39,7 Prozent der Kommunen – und damit wesentlich weniger als noch 2014 (56,1 Prozent) – die Einbindung von ehrenamtlichem Engagement als ein Ziel der konzeptionellen Weiterentwicklung von Frühen Hilfen in ihrer Kommune an (vergleiche Tabelle 27). Etwa jede fünfte Kommune gab an, dieses Ziel bereits erreicht zu haben, während sich mehr als ein Drittel der Kommunen (2017: 37,4 Prozent; 2014: 26,2 Prozent) nicht (mehr) in diesem Bereich engagierte.

Die Einschätzungen der Kommunen zum allgemeinen Entwicklungsbedarf im Bereich der Ehrenamtsstrukturen in den Frühen Hilfen zeigen, dass 2017 knapp ein Drittel der Kommunen einen (sehr) hohen Bedarf (vergleiche Abbildung 16) konstatierte. Im Verlauf der BIFH ist dieser Anteil jedoch zurückgegangen, während insbesondere die Zahl der Kommunen, die in diesem Bereich nur einen geringen oder keinen Entwicklungsbedarf (mehr) sahen, gestiegen ist.

9.4 Resümee zum zivilgesellschaftlichen Engagement

Der Einsatz von Ehrenamtsstrukturen in den Frühen Hilfen ist relativ weit verbreitet und hat in den vergangenen Jahren leicht zugenommen. Dennoch

ABBILDUNG 16: Entwicklungsbedarf im Bereich Ehrenamtsstrukturen 2013, 2015 und 2017



Prozentwerte. 2013: N = 529; 2015: N = 552; 2017: N = 557.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013, 2015 und zu 2017

besaß dieser Förderbereich aus Sicht der Kommunen 2017 keinen besonders hohen Stellenwert, was unter anderem an den relativ geringen Mitteln abzulesen ist, die hier investiert wurden. Dies sollte aber nicht den Blick verstellen für das möglicherweise sehr viel größere (auch finanzielle) Engagement der freien Träger der Wohlfahrtspflege in diesem Bereich, das in dieser Untersuchung nicht erfasst wurde.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Unterstützungsangebote mit Ehrenamtlichen wurden von einem überwiegenden Teil der Kommunen umgesetzt, doch auch hier gibt es durchaus noch Entwicklungspotenzial. Es zeigen sich deutliche Effekte der Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen, da insbesondere solche Maßnahmen umgesetzt wurden, die entweder Fördervoraussetzung waren oder direkt gefördert wurden.

Darüberhinausgehende Maßnahmen, wie beispielsweise Konzeptentwicklung und Manualisierung oder auch die Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen, waren eher nicht im Fokus der

kommunalen Akteure – vermutlich, weil sie seltener auch selbst Maßnahmenträger waren. Dies kann als weiterer Hinweis darauf gesehen werden, dass im Förderbereich Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen die freien Träger der Wohlfahrtspflege eine wesentlich größere Rolle spielten als in den anderen Förderbereichen der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Darauf verweist auch der Befund, dass Angebote mit Einsatz von Ehrenamtlichen häufiger von freien Trägern koordiniert wurden. Inwieweit Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung dieser Angebote vonseiten der freien Träger unternommen werden, sollte noch eingehender untersucht werden.

Sowohl kommunal Verantwortliche als auch Verantwortliche bei den freien Trägern sollten zukünftig mehr Anstrengungen bei der Gestaltung der Schnittstelle solcher Angebote zum institutionellen Kinderschutz unternehmen und entsprechende Vereinbarungen zum Verfahren bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung entwickeln bzw. abschließen.

10

Ausgestaltung der Schnittstellen zum intervenierenden Kinderschutz

Zahlreiche Angebote von Frühen Hilfen wenden sich insbesondere an Familien in psychosozialen Belastungssituationen mit dem Ziel, Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrzunehmen und nach Möglichkeit zu reduzieren (vergleiche NZFH 2014d). In diesen Familien liegen zum Teil multiple Problemlagen vor, welche die Risiken für ein beeinträchtigtes Aufwachsen des Kindes deutlich erhöhen. Die Bearbeitung solcher Problemlagen kann die Kompetenzen und Möglichkeiten der Fachkräfte in den Frühen Hilfen übersteigen. So können die Einbeziehung intensiverer Hilfen (wie zum Beispiel eine ambulante erzieherische Hilfe) oder Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls erforderlich werden. Zu den Aufgaben von Fachkräften in den Frühen Hilfen gehört generell auch, gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu erkennen und im Sinne der Paragraphen 8a SGB VIII oder 4 KKG ein Abklärungsverfahren im Übergang von Frühen Hilfen zum Handeln bei Kindeswohlgefährdung zu initiieren. Zur Gewährleistung der Handlungssicherheit an dieser Schnittstelle von Kinderschutz und Frühen Hilfen sind Qualifizierung, begleitende Beratung und die Verständigung über Verfahrensschritte erforderlich. Dies betrifft sowohl die Ebene der in den Netzwerken Frühe Hilfen fallübergreifend kooperierenden Organisationen als auch die Ebene der einzelnen Fachkräfte, die Familien beraten und betreuen.

Um Aspekte der Qualitätsentwicklung an der Schnittstelle von Frühen Hilfen zu Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung beurteilen zu können, wurde diese Thematik in den Kommunalbefragungen an mehreren Stellen berücksichtigt.

Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen

Im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) ist der flächendeckende Aufbau und die Weiterentwicklung verbindlicher Netzwerkstrukturen im Kinderschutz, insbesondere im Bereich Frühe Hilfen, festgeschrieben (Paragraf 3 KKG). Bereits vor dem Inkrafttreten des BKisSchG gab es aufgrund von einzelnen Länderprogrammen oder in Folge kommunaler Aktivitäten vielerorts Netzwerke für Kinderschutz und/oder Netzwerke für Frühe Hilfen, die konzeptionell mitunter sehr unterschiedlich ausgerichtet waren.

Insbesondere bei der konzeptionellen Ausrichtung der Frühen Hilfen und entsprechender Grundhaltungen war eine Polarität zwischen primärpräventiver Familienunterstützung (»frühe Förderung«) auf der einen Seite und stärker sekundärpräventiven bzw. intervenierenden Konzepten für Risikogruppen (»präventiver Kinderschutz«) auf der anderen Seite festzustellen (siehe Kapitel 4.1). Die vor Ort etablierten Netzwerkstrukturen waren teilweise sowohl für Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen zuständig, zum Teil wurden die Zuständigkeiten auch konzeptionell und praktisch voneinander abgegrenzt (siehe Kapitel 6.1.1). Das BKisSchG als gesetzliche Grundlage für den Ausbau der Frühen Hilfen und die Qualifizierung der Kinderschutzpraxis macht jedoch keine eindeutigen Vorgaben zu der Frage, wie die Netzwerkstrukturen vor Ort organisiert sein sollen. Zwischen Netzwerken mit je spezifischen Zielen oder Aufgaben wird dort nicht unterschieden. Jedoch soll im Rahmen des angestrebten flächendeckenden Auf- und Ausbaus der Netzwerke auf vorhandene Strukturen aufgesetzt werden, um ineffiziente Parallelstrukturen und ungeklärte Zuständigkeiten zu vermeiden.

Die begriffliche und konzeptionelle Offenheit der gesetzlichen Grundlagen spiegelte sich auch in den uneinheitlichen Konstruktionen der vor Ort etablierten Netzwerkstrukturen wider, wie sie von den Jugendämtern in der Kommunalbefragung angegeben wurden (vergleiche Abbildung 8, Kapitel 6.1.1): Integrierte Netzwerke, die sowohl für Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen zuständig sind, lagen 2017 in 44,5 Prozent der befragten Kommunen vor (2013: 51,4 Prozent; 2015: 44,3 Prozent). In 34,2 Prozent der Jugendamtsbezirke wurden beide Funktionalitäten in mehr oder minder getrennten Netzwerken vorgehalten. Dabei ist seit 2013 (24,7 Prozent) ein stetiger Anstieg des Anteils eigenständiger Netzwerke zu beobachten (2015: 29,9 Prozent). Die in Kapitel 6.1.1 vorgestellten Zahlen zeigen zudem, dass 2017 in knapp einem Fünftel der Kommunen (19,3 Prozent) entweder nur ein Netzwerk Kinderschutz (0,4 Prozent) oder nur ein Netzwerk Frühe Hilfen (18,9 Prozent) bestand. Seit der dritten Erhebungswelle 2015 konnten diese Anteile um wenige Prozentpunkte verringert werden (2015:

0,7 Prozent nur Netzwerk Kinderschutz, 20,5 Prozent nur Netzwerk Frühe Hilfen). Ein wichtiger Teil der Funktionalität im Bereich der Prävention bzw. des Kinderschutzes fehlte hier dennoch jeweils. Insgesamt ist der Anteil an Kommunen, in denen eine Netzwerkstruktur sowohl für Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen zuständig war, zwischen 2013 und 2017 leicht zurückgegangen (Werte seit 2015 nahezu unverändert), gleichzeitig stieg stetig die Zahl der Kommunen mit getrennten Netzwerken (zum Beispiel Steuerung durch Fördervorgaben auf Landesebene, Praktikabilität, lokale Traditionen), man kann also von einer fortschreitenden Ausdifferenzierung der Netzwerkstrukturen sprechen.

Eine große Herausforderung besteht darin, die Zusammenarbeit und Verzahnung von Netzwerken mit unterschiedlichen Zuständigkeiten zu verbessern (siehe auch Kapitel 6.1.4): Seit Mitte 2014 hat der Anteil der befragten Kommunen mit diesem Entwicklungsziel jedoch ebenfalls deutlich abgenommen (2014: 83,5 Prozent; 2017: 64,2 Prozent), obwohl lediglich 9,7 Prozent der Kommunen angaben, das Ziel einer Verbesserung der Zusammenarbeit und Verzahnung von Netzwerken bereits Ende 2017 erreicht zu haben (2014: 5,2 Prozent). 19,1 Prozent der Kommunen sahen darin kein Entwicklungsziel (mehr), was dreieinhalb Jahre zuvor nur bei 8 Prozent der Fall war; 7 Prozent konnten hierzu keine Angaben machen (2014: 3,3 Prozent).

Verbindliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit im Einzelfall

Die im BKiSchG explizit aufgezählten 17 Institutionen und Dienste⁹ sollen verbindliche Kooperationsbeziehungen miteinander unterhalten, sich über ihr jeweiliges Angebots- und Aufgabenspektrum gegenseitig informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abstimmen. Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit im Einzelfall sollen in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten werden. Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit, die auch als Förderkriterien der BIFH festgeschrieben waren, wurden bis 2017 in 63,5 Prozent der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen abgeschlossen (siehe Kapitel

6.1.4), was einer Steigerung von über 20 Prozentpunkten gegenüber der ersten Erhebungswelle (2013: 42,3 Prozent) entspricht (2015: 59,1 Prozent). Sehr häufig waren dies Regelungen zum Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (85,9 Prozent von allen Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen, die Vereinbarungen ausgearbeitet haben; 2015: 84,5 Prozent). In Kommunen mit Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit waren zudem Vereinbarungen zum Datenschutz (2017: 67 Prozent; 2015: 65,6 Prozent) und Regelungen zur Fallvermittlung bzw. -übergabe (2017: 62,8 Prozent; 2015: 61,4 Prozent) verbreitet.

Integration des ASD in die Netzwerke Frühe Hilfen
Wichtigster Akteur für die Initiierung von Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung ist der im Jugendamt angesiedelte Allgemeine Sozialdienst (ASD). Er war 2017 in einem Großteil der Netzwerke Frühe Hilfen in die fallübergreifende Netzwerkarbeit eingebunden (85 Prozent) – mit zuletzt steigender Tendenz (2013: 82,5 Prozent; 2015: 82,6 Prozent; vergleiche Kapitel 6.2.1). Spezifische Expertise bei der Beratung und Diagnose bieten zudem Kinderschutzzentren und Kinderschutzambulanzen, die jedoch nicht in allen Kommunen vertreten sind. Dementsprechend standen sie als Kooperationspartner bei der fallübergreifenden Kooperation in den Netzwerken Frühe Hilfen 2017 nur in etwa jeder vierten Kommune zur Verfügung: Kinderschutzambulanzen in 24,2 Prozent der Kommunen (2013: 15 Prozent; 2015: 16,9 Prozent), Kinderschutzzentren in 27,8 Prozent (2013: 24,3 Prozent; 2015: 24,1 Prozent; vergleiche Kapitel 6.2.1, Tabelle 10); auch hier ist eine Steigerung im Verlauf der BIFH zu verzeichnen, insbesondere in Bezug auf Kinderschutzambulanzen in Kliniken, die in den letzten Jahren vermehrt eingerichtet wurden (siehe auch Dittmann/Raabe 2017).

Strukturelle Verortung und Aufgaben von Koordinierungsstellen sowie Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen

Im Hinblick auf die Ansiedlung der Netzwerkkoordination zeigte sich, dass 2014 27,5 Prozent der Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen

im Fachbereich oder einer vergleichbaren Organisationseinheit angesiedelt waren, in der auch der Allgemeine Soziale Dienst, Soziale Dienste oder Erziehungshilfen verortet waren. Diese Zuordnung wird zum Teil sehr kritisch diskutiert, da hier die fachliche Konturierung der präventiv ausgerichteten Frühen Hilfen im Kontext von Organisationseinheiten, die insbesondere auch für den intervenierenden Kinderschutz zuständig sind, nach innen und nach außen schwerfallen kann.

Deutliche lokale Unterschiede waren 2015 auch hinsichtlich kinderschutzspezifischer Aufgaben der Koordinierungsstellen zu finden: In 35,1 Prozent der Jugendamtsbezirke hatte die Beratung zur Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung im Einzelfall nach Paragraph 8b SGB VIII bzw. Paragraph 4 KKG als Aufgabe der Koordinierungsstellen eine hohe bis sehr hohe Bedeutung. In 31,5 Prozent spielte diese Aufgabe keine Rolle.

Wie die Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen sind auch Koordinierungsstellen für den Einsatz von FamHeb und FGKiKP in den Frühen Hilfen mittlerweile in nahezu allen Jugendamtsbezirken in Deutschland zu finden (siehe Kapitel 8.1.2). Zu ihren Aufgaben gehören neben der Einschätzung des Hilfebedarfs von Familien auch die Koordination der Zuordnung von Gesundheitsfachkraft und Familie sowie die fachliche Beratung und Begleitung der Gesundheitsfachkraft bei Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung. In deutlich über 70 Prozent der Kommunen, in denen der Einsatz von Gesundheitsfachkräften koordiniert wird (N = 511), wurde diese Aufgaben wahrgenommen (Stand 2015).

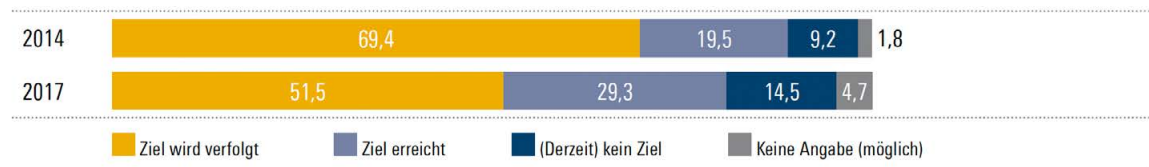
Zentrale Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen sollen als Anlaufstelle sowohl für Eltern als auch für Fachkräfte kooperierender Einrichtungen und Dienste aus dem Netzwerk Frühe Hilfen dienen und Auskünfte über lokale Unterstützungsangebote erteilen (siehe Kapitel 7.3). Im Jahr 2017 waren bundesweit in 85,1 Prozent der Kommunen solche Stellen etabliert, insbesondere in Verbindung mit Koordinierungsstellen Frühe Hilfen. Für 48,6 Prozent der Kontakt- und Vermittlungsstellen war die Aufgabe »Beratung nach Paragraph 8b SGB VIII bzw. Paragraph 4 KKG« (sehr) relevant.

Einsatz von Gesundheitsfachkräften

Insgesamt – so ein Ergebnis der Befragung 2014 – wurden in 91,7 Prozent der befragten Kommunen FamHeb und FGKiKP in den unterschiedlichsten Angeboten im Bereich Frühe Hilfen eingesetzt (siehe Kapitel 8.1.1). 2017 waren sie in 87,3 Prozent aller Kommunen (N = 559) in der Längerfristigen Betreuung und Begleitung von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf (LaB) tätig und damit überwiegend bei eher schwer erreichbaren Familien in psychosozial (stark) belastenden Lebenslagen (siehe Kapitel 8.1.1). 17,2 Prozent der in der LaB eingesetzten Gesundheitsfachkräfte waren der Befragung 2015 zufolge jedoch (auch) im Bereich der Hilfen zur Erziehung des jeweiligen Jugendamtsbezirks tätig. Diese Hilfeform wird zum Teil (jedoch keinesfalls immer) bei Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung eingesetzt. Die Gewährung unterliegt strengeren fachlichen Kriterien (zum Beispiel Hilfeplanverfahren, Fachkräftegebot) als die vergleichsweise niederschweligen Frühen Hilfen.

Dieser Befund verweist auf einen relativ weit verbreiteten Bedarf zur konzeptionellen Klärung von jeweiligen spezifischen Rollen und Aufgaben der Gesundheitsfachkraft gegenüber den betreuten Familien und im Zusammenwirken mit anderen, insbesondere sozialpädagogischen Fachkräften im Jugendamt und im Rahmen ambulanter Erziehungshilfen. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Prozess der Familienbegleitung im Rahmen der Frühen Hilfen der Hilfebedarf die Unterstützungsmöglichkeiten einer Gesundheitsfachkraft überschreitet. Wie der Übergang von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsangeboten vor Ort gestaltet wird, ist sowohl von Kommune zu Kommune, aber auch innerhalb einer Kommune von Fall zu Fall sehr unterschiedlich (Stand: 2015): In 78 Prozent der befragten Kommunen konnte die Gesundheitsfachkraft in der Betreuung bleiben und zusätzlich durch eine sozialpädagogische Fachkraft unterstützt werden. In 70,3 Prozent der Kommunen konnte die Betreuung an eine sozialpädagogische Fachkraft übergeben werden, in 13,8 Prozent konnte eine Übergabe an eine andere in der Erziehungshilfe tätige Gesundheitsfachkraft erfolgen. Auch wenn diese unterschiedlichen Kooperationsmodelle,

ABBILDUNG 17: Ziel »Gestaltung der Schnittstelle von Frühen Hilfen und intervenierendem Kinderschutz« 2014 und 2017



Prozentwerte. 2014: N = 553; 2017: N = 559.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2014 und zu 2017

die zudem parallel in den Kommunen praktiziert wurden (Mehrfachnennungen), nur sehr grob die konzeptionellen Lösungen vor Ort widerspiegeln, liefern diese Zahlen aus der dritten Erhebungswelle Hinweise auf die bislang wenig standardisierte Gestaltung der Fallübergänge zwischen der Längerfristigen Betreuung im Rahmen der Frühen Hilfen hin zu Leistungen im Kontext der Hilfen zur Erziehung (siehe Kapitel 8.1.3). Stimmen aus der Fachpraxis verweisen zudem auf einen hohen Qualitätsentwicklungsbedarf in diesem Kooperationsfeld (vergleiche DHV 2014; Kappel 2014; Groß u. a. 2017; Beispiel für Qualitätsentwicklung: Stiftung Eine Chance für Kinder 2020).

Angebote mit Ehrenamtlichen

Neben dem Auf- und Ausbau von Netzwerken und dem Einsatz von Gesundheitsfachkräften lag ein weiterer (aber nachrangiger) Förderschwerpunkt der BIFH in der Unterstützung von Familien durch ehrenamtlich Engagierte. Ein häufiges Angebot in diesem Bereich waren insbesondere Familienpatinnen und -paten, die Familien alltagspraktisch begleiten und unterstützen. Ihre Tätigkeit bei Familien in belastenden Lebenslagen wird fachlich teils kritisch gesehen, da ehrenamtlich Tätige in der Regel nicht qualifiziert sind, riskante Situationen in Familien rechtzeitig wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Handlungssicherheit bei schwerwiegenden Problemen in einer betreuten Familie ist notwendig, auch um Überforderungen der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer zu vermeiden. Diese Handlungssicherheit kann nur von Fachkräften gewährleistet werden, die als Koordina-

tion wichtige qualitätssichernde Aufgaben wahrnehmen wie die Schulung, Begleitung und Beratung der Freiwilligen sowie die passende Zuordnung von Freiwilligen und Familien (vergleiche Schäfer 2019; MKFFI NRW 2017).

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass alle 2017 über die BIFH geförderten Kommunen (n = 239) in den geförderten Ehrenamtsprojekten Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorsahen und in 92,5 Prozent (2013: 84 Prozent) dieser Kommunen eine Begleitung der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer durch eine hauptamtliche Fachkraft sichergestellt war. Dass jedoch nur in 55,6 Prozent (2013: 45,2 Prozent) dieser Kommunen eine schriftliche Vereinbarung zum Verfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung mit den geförderten Ehrenamtsprojekten abgeschlossen wurde, ist bedenklich. In der Mehrzahl der Kommunen mit geförderten Ehrenamtsprojekten gibt es an der Schnittstelle zum Handeln bei Kindeswohlgefährdung also noch Entwicklungsbedarf.

Entwicklungsbedarf aus Sicht der Kommunen

Die Gestaltung der Schnittstelle von Frühen Hilfen und intervenierendem Kinderschutz war 2017 bei gut der Hälfte (51,5 Prozent) der Kommunen weiterhin ein Entwicklungsziel. Nur in 29,3 Prozent aller befragten Kommunen galt diese Zielsetzung bereits als erreicht (vergleiche Abbildung 17).

Allgemeine Beurteilung des Entwicklungsstandes

Allgemein zur Veränderung der Bedeutung des Kinderschutzes in der Kommunalpolitik befragt, fällt das Resümee 2017 deutlich positiv aus: Demnach

sahen 71,1 Prozent der antwortenden Kommunen (N = 512) seit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes am 1. Januar 2012 (eher) eine Verbesserung hinsichtlich der kommunalpolitischen Relevanz des Kinderschutzes (2015: 65,3 Prozent), während nur 28,5 Prozent keine Veränderung feststellen konnten (2015: 33,7 Prozent). Noch eindeutiger fiel die Einschätzung hinsichtlich der Kooperation der Akteure in Bezug auf das Handeln bei einer Kindeswohlgefährdung aus (N = 533): 88,9 Prozent der Kommunen sahen 2017 hier eher oder eindeutig eine Verbesserung und nur 10,9 Prozent keine Veränderung. Zwischen den Erhebungswellen 2015 und 2017 ergaben sich bei dieser Einschätzung jedoch keine weiteren positiven Entwicklungen (»(eher) verbessert«: 89,1 Prozent; »keine Veränderung«: 10,7 Prozent).

11

Gesamtbewertung der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Entwicklungsziele

Die Dokumentation und Evaluation der BIFH lieferte wichtige Erkenntnisse zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland. Auch wenn in zentralen Bereichen weiterhin große fachliche Entwicklungsbedarfe bestehen, haben sich von 2013 bis 2017 Strukturen etabliert, die die Versorgungsmöglichkeiten von Familien in belastenden Lebenslagen merklich positiv entwickelt haben. Neben verbesserten Kooperationsbeziehungen zwischen den relevanten Akteuren in den Netzwerken für Frühe Hilfen sind hier die in der Fläche weiter ausgebauten Angebote und Maßnahmen zur Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien durch Gesundheitsfachkräfte hervorzuheben.

Neben diesen objektiv messbaren Fortschritten im Zuge der BIFH lassen auch die Einschätzungen der in den Kommunen für die Frühen Hilfen zuständigen Personen interessante Rückschlüsse über die Wirkungen der Förderung zu. Dazu enthielt die Erhebungswelle mit Daten für 2017 nach 2015 zum zweiten Mal Fragen zu unterschiedlichen Entwicklungszielen der Frühen Hilfen, anhand derer eine Einschätzung abgegeben werden konnte, ob diesbezüglich seit Januar 2012 (eher) eine Verbesserung oder (eher) eine Verschlechterung wahrgenommen wurde.

Bemerkenswert ist, dass bei keinem der vorgegebenen Bereiche ein nennenswerter Anteil der Kommunen eine Verschlechterung wahrgenommen hat. Vielmehr gaben in den Bereichen, die Kernziele der Frühen Hilfen darstellen (vergleiche Kapitel 4.1), besonders viele Kommunen an, dass sie hier eine Verbesserung ausmachen konnten. Dies traf am stärksten auf die Möglichkeiten der Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren zu. Bezüglich dieser zentralen Zieldimension der Frühen Hilfen nehmen 96,2 Prozent der Kommunen eine Verbesserung wahr (2015: 93,5 Prozent). Nur 3,6 Prozent der Kommunen sahen hier keine Veränderung und nur 0,2 Prozent eine leichte Verschlechterung im Zeitraum der BIFH (vergleiche Abbildung 18).

Auch hinsichtlich der Möglichkeiten, Risikolagen bei der kindlichen Entwicklung frühzeitig zu erkennen (2017: 92,2 Prozent; 2015: 91,4 Prozent) sowie hinsichtlich der Kooperationsmöglichkeiten in Be-

zug auf das Handeln bei Kindeswohlgefährdungen (2017: 88,9 Prozent; 2015: 89,1 Prozent) haben sich für den überwiegenden Teil der Kommunen Verbesserungen ergeben. Besonders hervorzuheben ist das ebenfalls gute Ergebnis hinsichtlich der Kooperationsbeziehungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen: 87,4 Prozent der erfassten Kommunen sahen hier eine Verbesserung, die sich während der Laufzeit der BIFH ergeben hat (2015: 86,7 Prozent) (vergleiche Abbildung 18). Gemeinsam mit den Fortschritten bei der Vernetzung der beiden Systeme (vergleiche Kapitel 5) rundet diese Einschätzung der in den Kommunen für die Frühen Hilfen verantwortlichen Personen den Befund ab, dass es bei der Einbeziehung des Gesundheitswesens in die Frühen Hilfen Fortschritte gab.

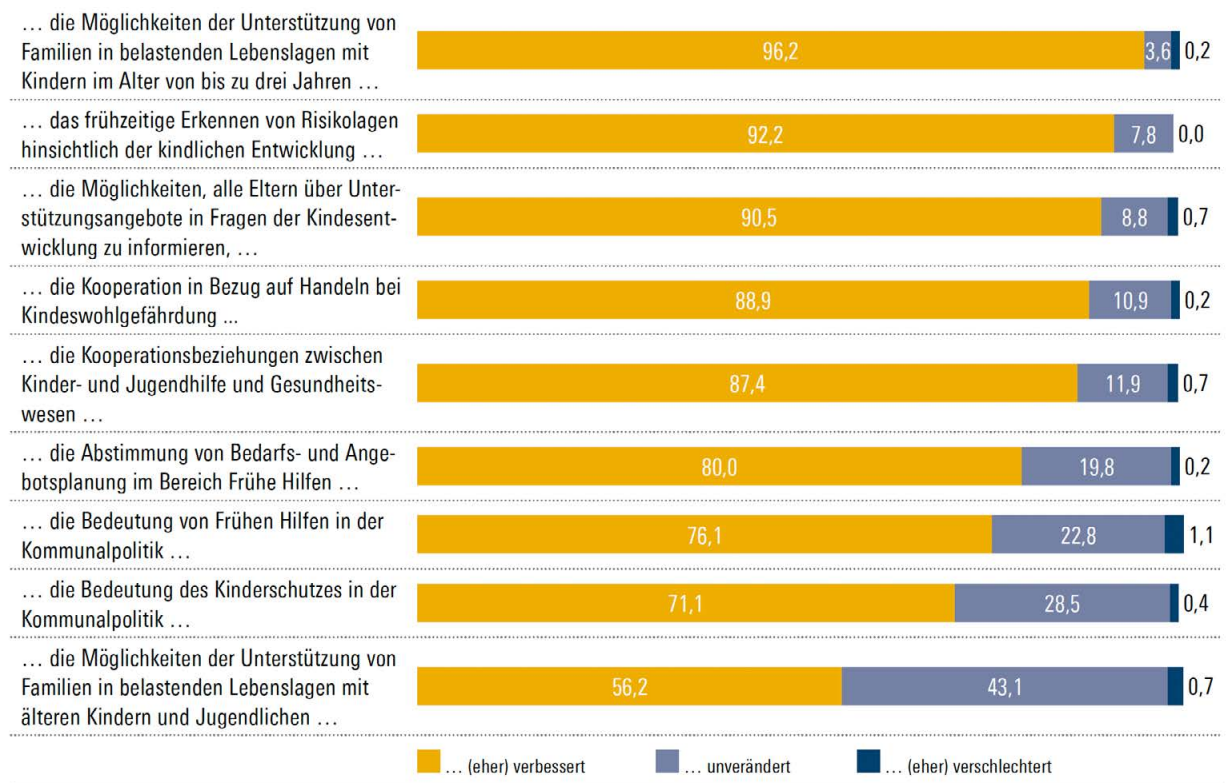
Auch die kommunalpolitische Bedeutung der Themen »Frühe Hilfen« und »Kinderschutz« ist im Verlauf der BIFH gewachsen: 80 Prozent bzw. 76 Prozent der Befragten sahen hier eine Verbesserung. Weniger häufig wurden dagegen (erwartungsgemäß) Verbesserungen bei den Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit älteren Kindern (2017: 56,2 Prozent; 2015: 46,9 Prozent) wahrgenommen, was mit dem zunehmenden Konsens im Feld bezüglich des Alters der Zielgruppen Früher Hilfen korrespondiert (siehe Kapitel 4.1).

Die Personen, die auf kommunaler Ebene für die Bearbeitung der Kommunalbefragung und damit für die Frühen Hilfen zuständig sind, zogen insgesamt also ein überwiegend positives Fazit bezüglich der Zielerreichung der BIFH (vergleiche Abbildung 18).

Werfen wir abschließend noch einen Blick auf die andere Seite der Medaille: Trotz der wahrgenommenen Verbesserungen in den verschiedenen Zieldimensionen der Frühen Hilfen seit dem Beginn der BIFH sind die Bedarfe nur an wenigen Stellen vollständig gedeckt und nur wenige Entwicklungsziele umfänglich erreicht worden (vergleiche Abbildung 19). Die Kommunen wurden gebeten, für verschiedene Entwicklungsziele aus den Bereichen der Planung und Steuerung sowie der konzeptionellen Weiterentwicklung anzugeben, ob dieses Ziel in der jeweiligen Kommune aktuell verfolgt wird, bereits erreicht ist oder gar nicht als Entwicklungsziel besteht (Stand 31. Dezember 2017).

ABBILDUNG 18: Bewertung 2017 von Entwicklungen in den Kommunen seit Beginn der Bundesinitiative Frühe Hilfen

»Seit dem 01.01.2012 hat/haben sich in unserem Jugendamtsbezirk ...«



Antworten 1 und 2 sowie 4 und 5 zusammengefasst (Skala von 1=»verbessert« bis 5=»verschlechtert«). Prozentwerte. N variiert: N = 422–551.

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

Das größte Anliegen der kommunalen Akteure bei der konzeptionellen Weiterentwicklung der Frühen Hilfen ist immer noch – und mit großem Abstand zu allen anderen Zielen – die verbesserte Einbeziehung des Gesundheitswesens. Während 83 Prozent der Kommunen dieses Ziel 2017 nach wie vor verfolgten, gaben nur 5 Prozent an, dieses bereits erreicht zu haben. In nur 7,3 Prozent der Kommunen – und damit so selten wie kein anderes mögliches Entwicklungsziel – stand dieser Punkt nicht als Entwicklungsziel auf der Agenda (vergleiche Abbildung 19). Dieser Befund verweist einmal mehr auf die großen Herausforderungen bei der systemübergreifenden Zusammenarbeit und unterstreicht die Notwendigkeit, hier weitere Unterstützung für die Kommunen zu leisten, da diese alleine nicht

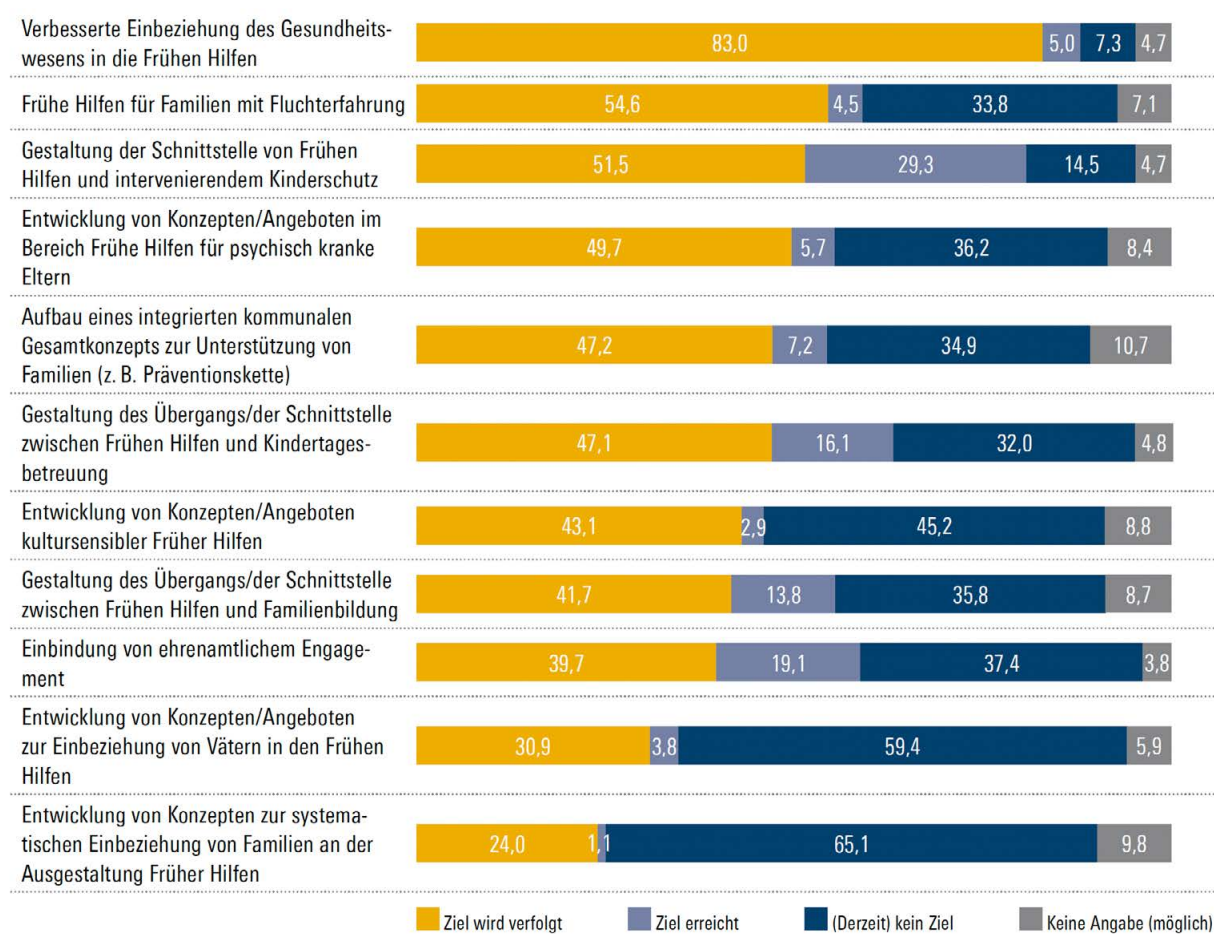
in der Lage sind, hier substanzielle Fortschritte zu erzielen. Gefragt sind hier die zuständigen Ministerien auf Länder- und Bundesebene, aber auch die korporativen Akteure des Gesundheitswesens wie Ärztekammern, kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen.

Frühe Hilfen für Familien mit Fluchterfahrung zu etablieren (54,6 Prozent) und die Schnittstelle zwischen Frühen Hilfen und dem intervenierenden Kinderschutz weiter auszugestalten (51,5 Prozent) waren weitere wichtige Ziele, die in mehr als der Hälfte der Kommunen verfolgt wurden. Letzteres wurde bereits in 29,3 Prozent der Kommunen erreicht – so häufig wie kein anderes mögliches Entwicklungsziel. Dies ist sicherlich auch Ausdruck davon, dass dieses Ziel bereits länger zu den originä-

ren Kernaufgaben der Jugendämter gehört – anders als die Zuständigkeit für Netzwerke Frühe Hilfen, die erst 2012 mit der Einführung des BKiSchG bundesweit eingeführt wurde. Fast jede zweite Kommune hatte sich außerdem zum Ziel gesetzt, (weitere) Konzepte und Angebote für psychisch kranke Eltern zu entwickeln (49,7 Prozent), die Schnittstelle zur Kindertagesbetreuung zu gestalten (47,1 Prozent) und/oder ein integriertes, kommunales Gesamtkonzept zur Unterstützung von Familien aufzubauen (47,2 Prozent). Darüber hinaus stehen jedoch auch kultursensible Frühe Hilfen (43,1 Prozent), die Schnittstelle zur Familienbildung (41,7 Prozent) sowie die Einbindung des Ehrenamts (39,7 Prozent) in zahlreichen Kommunen auf der Agenda. Nur

1,1 Prozent haben dagegen bereits das Ziel einer Entwicklung von Konzepten zur systematischen Einbeziehung von Familien bei der Ausgestaltung Früher Hilfen erreicht – dieses Ziel wird jedoch nur in 24 Prozent der Kommunen verfolgt und ist in fast zwei Dritteln aktuell kein Entwicklungsziel (vergleiche Abbildung 19). Bei der Partizipation gilt es noch einiges an Entwicklungsarbeit zu leisten, damit die Akteure vor Ort Familien und ihre sehr unterschiedlichen Bedürfnisse systematischer berücksichtigen können, so wie es auch das Leitbild Frühe Hilfen (NZFH 2014d) fordert.

ABBILDUNG 19: Entwicklungsziele im Bereich Frühe Hilfen 2017



Prozentwerte. N = 559.

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu 2017

12

Endnoten

- 1 2013 wurde diese Frage nach den Qualitätsmerkmalen nur Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen gestellt. Eine Kontrollanalyse ergab für 2015 und 2017 nur marginale Unterschiede in der Verteilung zwischen Kommunen mit einem und Kommunen mit mehreren Netzwerken Frühe Hilfen. Anders als bei der Bewertung, welche Akteure in die Netzwerke eingebunden sind (siehe Kapitel 6.2), kann hierbei davon ausgegangen werden, dass die Qualitätsmerkmale für alle Netzwerke einer Kommune gelten.
- 2 In der Erhebung für 2017 wurde ebenfalls nach diesem Angebot gefragt, diesmal mit konkretem Bezug zu den Lotsensystemen vom Gesundheitsbereich in die Frühen Hilfen. Die so erhobenen Daten sind aufgrund der geänderten Vorgehensweise nicht direkt vergleichbar mit den Daten von 2013 und 2015, nähere Informationen sind in Kapitel 7 zu finden.
- 3 Für 2017 wurden Daten zu dieser Maßnahme im Rahmen der Fragen zu den Lotsensystemen in abgewandelter Form erhoben, daher können diese Daten nicht direkt mit den Daten von 2013 und 2015 in Verbindung gesetzt werden; Ergebnisse dazu siehe Kapitel 7.2.
- 4 Die Befragten in den Kommunen wurden gebeten, auf einer fünfstufigen Skala (1 = »sehr relevant« bis 5 = »überhaupt nicht relevant«) anzugeben, wie bedeutend verschiedene Tätigkeiten für die ansässige Netzwerkkoordination sind. Die hier wiedergegebenen Werte zeigen den Anteil der Kommunen, der bei den vorgestellten Tätigkeiten den Wert 1 oder 2 auswählte.
- 5 Die Bezeichnung »Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung (LaB)« wurde mit der ersten Kommunalbefragung 2013 eingeführt. Dabei wurde prinzipiell nicht unterschieden, ob dieses Angebot von Gesundheitsfachkräften oder auch von sozialpädagogischen Fachkräften durchgeführt wird, ob das Angebot von der BIFH gefördert wird oder nicht. Damit wurde der Fachlogik des Praxisfeldes gefolgt. Um die durch die BIFH geförderten, nur von Gesundheitsfachkräften durchgeführten Leistungen eindeutiger zu definieren, wurde am 10. Mai 2016 das »Leitungsprofil Gesundheitsorientierte Familienbegleitung in den Frühen Hilfen (GFB)« durch die Steuerungsgruppe der BIFH beschlossen (Förderlogik) (vergleiche <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/qualifizierung/leistungsprofil/> (10. Januar 2022)).
- 6 In der Befragung zu 2017 wurden Angaben zu den Gesundheitsfachkräften insgesamt gemacht, jedoch nicht zwischen FamHeb und FGKiKP unterschieden, sodass nicht nachgezeichnet werden kann, ob zum Beispiel der Anteil der FGKiKP im Verhältnis zu dem der FamHeb angestiegen ist.
- 7 Angaben auf Grundlage der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2015). Verfügbar unter http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_z2.asp (12. April 2017).
- 8 Im Jahr 2017 lag die Fallzahl bei den Erziehungsberatungen, bei denen sich die Beratung auf ein Kind unter 3 Jahren bezog, bei 36.231 (Bestand am 31. Dezember 2017 und in 2017 beendete Hilfen). Die Zahl der durch ambulante und teilstationäre Hilfen zur Erziehung (HzE) insgesamt betreuten Kinder unter 3 Jahren lag bei 37.690, die der in stationären Einrichtungen betreuten Kinder bei 10.263 (1.925 stationäre HzE und 8.338 Vollzeitpflegen) (jeweils am 31. Dezember 2016 bestehende und in diesem Jahr beendete Hilfen).
Die Jugendämter haben 2017 insgesamt 143.275 Verfahren zu Gefährdungseinschätzungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt. In 33.228 Fällen, also in knapp jedem fünften Verfahren, bezogen sich die Gefährdungseinschätzungen im Jahr 2017 auf ein Kind zwischen 0 und unter 3 Jahren. Allerdings bestätigt nicht jedes Verfahren gleichzeitig den Gefährdungsverdacht. In zuletzt weniger als einem Drittel der Fälle (30,3 Prozent) wurde 2017 in dieser Altersgruppe eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung durch das Jugendamt bestätigt, in einem weiteren Drittel (33,7 Prozent) wurde ein erzieherischer Hilfebedarf gesehen und 36 Prozent der Verfahren wurden weder mit der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung noch mit der eines Hilfebedarfes beendet.
Alle Angaben finden sich auf der Internetseite »Daten zum gesunden und sicheren Aufwachsen von Kindern« unter: <http://ifh.forschungsverbund.tu-dortmund.de/> (10. Januar 2022).
- 9 Diese Einrichtungen und Dienste sind laut Paragraph 3 Absatz 2 KKG: Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach Paragraph 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Gemeinsame Servicestellen, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den Paragraphen 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe.

13

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen

Tabelle 1:	Mittlere Bearbeitungszeit der drei Erhebungswellen	30
Tabelle 2:	Geförderte und befragte Kommunen, Rückläufe und Ausschöpfungsquoten der Erhebungen 2013, 2014, 2015 und zu 2017	30
Tabelle 3:	Gebildete Klassen der extern zugespielten Daten zur Einwohnerzahl	33
Tabelle 4:	Finanzierung sämtlicher Ausgaben im Bereich Frühe Hilfen 2017	48
Tabelle 5:	Finanzierung des Angebots der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung 2017	49
Tabelle 6:	Finanzielle Bedarfsdeckung für das Angebot der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung 2017	50
Tabelle 7:	Finanzierung der Netzwerkkoordinierungsstellen Frühe Hilfen 2013 (Bund, West/Ost)	61
Tabelle 8:	Relevante Aufgaben der Netzwerkkoordination in Abhängigkeit der Einwohnerzahl und des Kreistyps 2015	62
Tabelle 9:	Erarbeitete Dokumente zur fallübergreifenden Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen 2013, 2015 und 2017	65
Tabelle 10:	Einbeziehung von Akteuren aus der Kinder- und Jugendhilfe in die fallübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen sowie Einschätzung der Kooperationsqualität 2013, 2015 und 2017	67
Tabelle 11:	Einbeziehung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen in die fallübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen sowie Einschätzung der Kooperationsqualität 2013, 2015 und 2017	72
Tabelle 12:	Einbeziehung von sonstigen Akteuren in die fallübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken Frühe Hilfen sowie Einschätzung der Kooperationsqualität 2013, 2015 und 2017	80
Tabelle 13:	Verbreitung von Lotsensystemen in den Frühen Hilfen 2017	89
Tabelle 14:	Anzahl eingerichteter Lotsensysteme in den Kommunen 2017	90
Tabelle 15:	Zuständigkeit sowie Trägerschaft für Lotsensysteme in Geburtskliniken und Kinderkliniken 2017	91
Tabelle 16:	Für Lotsensysteme zuständige Professionen bzw. Dienste und Träger der Lotsensysteme in pädiatrischen Praxen 2017	92
Tabelle 17:	Finanzierung von Lotsensystemen in Geburtskliniken, Kinderkliniken und pädiatrischen Praxen 2017	93
Tabelle 18:	Zentrale Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen und deren Ansiedlung 2017	94
Tabelle 19:	Träger der Beschäftigungsverhältnisse von Gesundheitsfachkräften 2015 (Bund, West/Ost)	99
Tabelle 20:	Instrumente der Qualitätsentwicklung für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften 2013, 2015 und 2017	105

Tabelle 21:	Entwicklungsbedarf beim Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen 2013 und 2017 (Bund, West/Ost)	106
Tabelle 22:	Einschätzung der Versorgung mit Gesundheitsfachkräften 2013 und 2017 (Bund, West/Ost)	107
Tabelle 23:	Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von FamHeb und FGKiKP 2013, 2015 und 2017	108
Tabelle 24:	Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von FamHeb und FGKiKP 2013 und 2017 (Bund, West/Ost)	109
Tabelle 25:	Verbreitung von Angeboten mit Beteiligung von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen 2013, 2015 und 2017	114
Tabelle 26:	Verbreitung von Qualitätsmerkmalen in Kommunen, die Ehrenamtsprojekte mit Mitteln der BIFH förderten 2013, 2015 und 2017	115
Tabelle 27:	Einbindung von ehrenamtlichem Engagement als Entwicklungsziel 2014 und 2017	116

Abbildungen

Abbildung 1:	Zustimmung zu Definitionen von Frühen Hilfen	38
Abbildung 2:	Entwicklung der Verbreitung von Maßnahmen und Angeboten im Bereich der psychosozialen Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres 2012, 2013, 2015 und 2017	41
Abbildung 3:	Bereitstellung von Angeboten der Frühen Hilfen für spezifische Zielgruppen 2017	43
Abbildung 4:	Hindernisse bei der Überwindung von Sprachbarrieren in den Frühen Hilfen 2017	44
Abbildung 5:	Entwicklungsbedarf bezüglich Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren in den Frühen Hilfen 2017	45
Abbildung 6:	Verbreitung fremdsprachiger Informationsmaterialien über Frühe Hilfen 2015	45
Abbildung 7:	Ziele für Frühe Hilfen in der kommunalen Planung und Steuerung 2014 und 2017	54
Abbildung 8:	Verbreitung der Ausgestaltung unterschiedlicher Netzwerkstrukturen für Frühe Hilfen bzw. Kinderschutz 2013, 2015 und 2017	59
Abbildung 9:	Einschätzung Probleme bei der Etablierung der Netzwerkkordinierungsstelle 2014 und 2017	63
Abbildung 10:	Einschätzung zum Entwicklungsbedarf im Bereich »Auf- und Ausbau und Weiterentwicklung von Netzwerken Frühe Hilfen« 2013, 2015 und 2017	66
Abbildung 11:	Im Rahmen von Willkommensbesuchen eingesetztes Personal 2015	88
Abbildung 12:	Relevanz der Aufgabenbereiche von Kontakt- und Vermittlungsstellen für Frühe Hilfen 2017	95
Abbildung 13:	Kommunen mit Gesundheitsfachkräften in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung 2013, 2015 und 2017	98
Abbildung 14:	Träger der Koordinierungsstelle für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften 2017	101
Abbildung 15:	Verteilung der Fallzahlen zum 30. Juni 2015 pro Vollzeitäquivalent (Gesundheitsfachkräfte) anhand von Septilen	111
Abbildung 16:	Entwicklungsbedarf im Bereich Ehrenamtsstrukturen 2013, 2015 und 2017	117
Abbildung 17:	Ziel »Gestaltung der Schnittstelle von Frühen Hilfen und intervenierendem Kinderschutz« 2014 und 2017	122
Abbildung 18:	Bewertung 2017 von Entwicklungen in den Kommunen seit Beginn der Bundesinitiative Frühe Hilfen	126
Abbildung 19:	Entwicklungsziele im Bereich Frühe Hilfen 2017	127

14

Literatur

- Backhaus, Klaus / Erichson, Bernd / Plinke, Wulff / Weiber, Rolf (2018):** Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 15. Auflage, Wiesbaden
- Barth, Michael / Renner, Ilona (2014):** Kindermedizin und Frühe Hilfen. Entwicklung und Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). 2., unveränderte Auflage, Köln
- Bauer, Ullrich (2005):** Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden
- Beywl, Wolfgang (2006):** Demokratie braucht wirkungsorientierte Evaluation – Entwicklungspfade im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe. In: Projekt eXe (Hrsg.): Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe. Einblicke in die Evaluationspraxis. München, Seite 25–46
- (BBSR) Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019):** INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. Erläuterungen zu den Raumbezügen. Bonn
- Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2008):** Kommunale Netzwerke für Kinder. Ein Handbuch zur Governance frühkindlicher Bildung. Gütersloh
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006):** Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme – Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme. Berlin
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2019):** Kindertagesbetreuung Kompakt. Ausgabe 04. Ausbaustand und Bedarf 2018. Berlin
- (BJK) Bundesjugendkuratorium (2007):** Schutz vor Kindeswohlgefährdung. Anmerkungen zur aktuellen Debatte. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. München
- (BJK) Bundesjugendkuratorium (2017):** Prävention, Kinderschutz und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Anmerkungen zu aktuellen Präventionspolitiken und -diskursen. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. München
- Deffte, Vera / Frühling, Eva-Maria / Stolz, Heinz-Jürgen (2020):** Qualitätsrahmen kommunale Gesamtstrategie. Gelingendes Aufwachsen ermöglichen. Herausgegeben von der Servicestelle Prävention »Kommunale Präventionsketten Nordrhein-Westfalen«. Münster
- (DHV) Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.) (2014):** »Bundesinitiative Frühe Hilfen« – Nachbesserungen bei Familienhebammen sind unerlässlich. Pressemitteilung vom 17.11.2014
- (DIJuF) Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. / Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm (2010):** Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG). Ohne Ort
- Dittmann, Aline / Raabe, Sarah (2017):** Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz. Ergebniszusammenfassung 2017. Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI). München
- (DGSPJ) Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (2020):** Sozialpädiatrische Zentren. <https://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatische-zentren/> (10. Januar 2022)
- Eickhorst, Andreas / Schreier, Andrea / Brand, Christian / Lang, Katrin / Liel, Christoph / Renner, Ilona / Neumann, Anna / Sann, Alexandra (2016):** Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jahrgang 59, Heft 10, Seite 1271–1280
- Fisch, Silvia / Keller, Theresa / Nazmy, Nurina / Stasun, Ulrike / Keil, Thomas / Klapp, Christine (2016):** Evaluation des Babylotse-Plus-Screeningbogens. Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jahrgang 59, Heft 10, Seite 1300–1309

- Frese, Désirée / Günther, Christina (2013):** Willkommensbesuche für Neugeborene. Konzepte, Erfahrungen und Nutzen. Münster
- Froncek, Benjamin / Braun, Hanna (2019):** Willkommensbesuche in NRW als Instrument vorbeugender Sozialpolitik. Ergebnisse einer quantitativen Untersuchung. Herausgegeben vom Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e. V. Düsseldorf
- Geene, Raimund (2014):** Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk. Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen 4. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Gran, Elisabeth / Küster, Ernst-Uwe / Sann, Alexandra (2012):** Bestandsaufnahme Frühe Hilfen. Dritte Teiluntersuchung. Kurzbefragung Jugendämter 2012. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Groß, Lisa Maria / Ginter, Johanna / Zeller, Maren (2017):** »...wenn andere Professionen ihren eigenen Blick auf die Sachen haben« – Über die (Nicht-)Herstellung von Zuständigkeit im multiprofessionellen Handlungsfeld der Frühen Hilfen. In: Neue Praxis, Sonderheft 14. Seite 53–64
- Helming, Elisabeth / Sandmeir, Gunda / Sann, Alexandra / Walter, Michael (2007):** Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI). München
- Horschitz, Harald / Meysen, Thomas / Schaumborg, Thorsten / Schönecker, Lydia / Seltmann, David (2015):** Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen 8. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- (IzKK) Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (2010):** IzKK-Nachrichten: Kinderschutz und Frühe Hilfen. Heft 1. Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI). München
- IGES Institut (2019):** Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin
- Kappel, Jörg (2014):** Im Auftragskarrussell. Eine Familienhebamme muss ihre Rolle und ihren Auftrag für sich genau klären. In: Deutsche Hebammenzeitschrift, Heft 3, Seite 35–39
- Keupp, Heiner / Behringer, Luise (2015):** Frühe Hilfen aus zivilgesellschaftlicher Perspektive. Ein Impulspapier zum freiwilligen Engagement im Bereich der frühen Förderung und Unterstützung von Kleinkindern und ihren Familien. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Krause, Matthias (2007):** Frühförderung bei Entwicklungsstörungen: Ein Überblick über Effekte und Grenzen. In: Röhr-Sendlmeier, Una M. (Hrsg.): Frühförderung auf dem Prüfstand. Die Wirksamkeit von Lernangeboten in Familie, Kindergarten und Schule. Berlin, Seite 133–151
- Kromrey, Helmut (2006):** Qualität und Evaluation im System Hochschule. In: Stockmann, Reinhard (Hrsg.): Evaluationsforschung – Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. 3. Auflage, Münster, Seite 233–258
- Krummacher, Michael / Kulbach, Roderich / Waltz, Viktoria / Wohlfahrt, Norbert (2003):** Soziale Stadt – Sozialraumentwicklung – Quartiersmanagement. Herausforderungen für Politik, Raumplanung und soziale Arbeit. Opladen
- Kuckartz, Udo / Ebert, Thomas / Rädiker, Stefan / Stefer, Claus (2009):** Evaluation Online. Internetgestützte Befragung in der Praxis. Wiesbaden
- Kuhn, Joseph / Wildner, Manfred / Zapf, Andreas (2012):** Der öffentliche Gesundheitsdienst. Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 9, A 413–416
- Künster, Anne K. / Knorr, Carolin / Fegert, Jörg M. / Ziegenhain, Ute (2010):** Netzwerkanalyse als Chance der Praxisentwicklung und Evaluation im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

(Hrsg.): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln, Seite 241–259

Küster, Ernst-Uwe / Mengel, Melanie / Pabst, Christopher / Sann, Alexandra (2015): Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen. Strukturen und Personen, Aufgaben und Herausforderungen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) / Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) / Technische Universität (TU) Dortmund (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2015. Köln, Seite 22–39

Landesvereinigung für Gesundheit / Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover

Lang, Katrin / Brand, Christian / Renner, Ilona / Neumann, Anna / Schreier, Andrea / Eickhorst, Andreas / Sann, Alexandra (2015): Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt? Erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsstudie. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) / Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) / Technische Universität (TU) Dortmund (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2015. Köln, Seite 6–21

Lange, Ute / Liebold, Christiane (2013): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Lenz, Albert (2017): Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Grundlagen- und Handlungswissen. Handreichung. Materialien zu Frühen Hilfen 9. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). 2., unveränderte Auflage, Köln

Lorenz, Simon / Sann, Alexandra / Ulrich, Susanne M. / Seilbeck, Carolin / Liel, Christoph / Walper, Sabine (im Druck): Lebenslagen und Belastungssituationen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland. Zentrale Ergebnisse der Studie »Kinder in Deutschland –

KiD 0-3«. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Maywald, Jörg (2019): Kindertageseinrichtungen als Kooperationspartner der Frühen Hilfen. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen 11. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

Mengel Melanie / Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe (2014): Frühe Hilfen als integrierter kommunaler Handlungsansatz. In: Melzer, Wolfgang / Herrmann, Dieter / Sandfuchs, Uwe / Schäfer, Mechthild / Schubarth, Wilfried / Daschner, Peter (Hrsg.): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Bad Heilbrunn, Seite 369–372

(MKFFI NRW) Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2017): Handbuch Qualitätsmanagement im Bereich Ehrenamt in den Frühen Hilfen. Düsseldorf

Mühlmann, Thomas / Pothmann, Jens / Kopp, Katharina (2015): Wissenschaftliche Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinder-schutzgesetzes. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung der Kooperationsplattform Evaluation Bundeskinder-schutzgesetz. Dortmund

Müller, Dagmar / Schübel, Thomas (2016): Kindertagesbetreuung und Frühe Hilfen. In: KiTa aktuell Recht, Jahrgang 14, Heft 4, Seite 108–109

Neumann, Anna / Renner, Ilona (2020): Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010): Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen. Standortbestimmung. Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2011): Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung. Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013): Interdisziplinäre Frühförderung und

- Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung Impulspapier. Köln
(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)
(2014a): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)
(2014b): Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)
(2014c): Der Beitrag der Erziehungsberatung zu den Frühen Hilfen. Standortpapier. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)
(2014d): Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Kompakt 1. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)
(2015): Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen am Beispiel der Evaluation des Projektes »Frühen Hilfen in der Caritas«. Kompakt. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.)
(2016): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016. Köln
- Pabst, Christopher / Sann, Alexandra (2018):** Die Vermessung Früher Hilfen. Welche Anforderungen muss eine standardisierte Erfassung der Leistungen von Gesundheitsfachkräften erfüllen? In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) / Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) / Technische Universität (TU) Dortmund (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2017. Köln, Seite 72–79
- Pabst, Christopher / Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe (2021):** Stand der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen. Ergebnisse der ergänzenden Kommunalbefragung 2018. Forschungsbericht. Materialien zu Frühen Hilfen 13. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Pabst, Christopher / Sann, Alexandra / Salzmann, Daniela / Küster, Ernst-Uwe (2018):** Im Profil: Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) / Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) / Technische Universität (TU) Dortmund (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2017. Köln, Seite 54–71
- Pabst, Christopher / Schoyerer, Gabriel (2015):** Wie entwickelt sich die Kindertagespflege in Deutschland? Weinheim
- Paul, Mechthild / Renner, Ilona (2014):** Familienhebammen. In: Melzer, Wolfgang / Hermann, Dieter / Sandfuchs, Uwe / Schäfer, Mechthild / Schubarth, Wilfried / Daschner, Peter (Hrsg.): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Bad Heilbrunn, Seite 380–384
- Pillhofer, Melanie / Ziegenhain, Ute / Fegert, Jörg M. / Hoffmann, Till / Paul, Mechthild (2016):** Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. Eckpunktepapier. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Renner, Ilona / Sann, Alexandra (2010):** Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Renner, Ilona / Heimeshoff, Viola (2010):** Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Renner, Ilona / Scharmanski, Sara (2016):** Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Hat sich ihr Einsatz bewährt? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jahrgang 59, Heft 10, Seite 1323–1331
- Renner, Ilona / Scharmanski, Sara / Paul, Mechthild (2017):** Ergebnisse der NZFH-Elternbefragung: Wie bewerten Mütter den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen? Faktenblatt 2 zur Erreichbarkeit und Effektivität der Angebote in den Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Rettig, Hanna / Schröder, Julia / Zeller, Maren (2017):** Das Handeln von Familienhebammen. Weinheim
- Richter-Kornweitz, Antje / Kilian, Holger / Holz, Gerda (2017):** Präventionskette/Integrierte kom-

- munale Gesundheitsstrategie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln
- Salzmann, Daniela / Lorenz, Simon / Sann, Alexandra / Fullerton, Birgit / Liel, Christoph / Schreier, Andrea / Eickhorst, Andreas / Walper, Sabine (2018):** Wie geht es Familien mit Kleinkindern in Deutschland? Belastungen und Unterstützungsangebote am Beispiel von Familien in Armutslagen und Familien mit Migrationshintergrund. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) / Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) / Technische Universität (TU) Dortmund (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2017. Köln, Seite 6–23
- Sann, Alexandra (2010):** Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Bestandsaufnahme. Materialien zu Frühen Hilfen 2. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Sann, Alexandra (2012):** Frühe Hilfen. Entwicklung eines neuen Praxisfeldes in Deutschland. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, Jahrgang 59, Heft 4, Seite 256–274
- Sann, Alexandra (2014):** Familienhebammen in den Frühen Hilfen. Formierung eines »hybriden« Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, Jahrgang 9, Heft 2, Seite 227–232.
- Sann, Alexandra (2020):** Frühe Hilfen in Deutschland. In: Brisch, Karl Heinz / Sperl, Wolfgang / Kruppa, Katharina (Hrsg.): Early Life Care. Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch. Stuttgart, Seite 144–164
- Sann, Alexandra / Kaufhold, Gudula / Pothmann, Jens / Küster, Ernst-Uwe (in Vorbereitung):** Indikatoren in den Frühen Hilfen. Herausgeber Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe (2013):** Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) / Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) / Technische Universität (TU) Dortmund (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2013. Köln, Seite 36–45
- Sann, Alexandra / Landua, Detlev (2010):** Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme bei Jugend- und Gesundheitsämtern. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jahrgang 53, Heft 10, Seite 1018–1028
- Sann, Alexandra / Mengel, Melanie / Küster, Ernst-Uwe (2020):** Frühe Hilfen. In: Braches-Chyrek, Rita / Röhner, Charlotte / Sünger, Heinz / Hopf, Michaela (Hrsg.): Handbuch Frühe Kindheit. Opladen / Berlin / Toronto, Seite 627–637
- Schäfer, Reinhild (2019):** Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen – Formate, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Einbindung in die Netzwerkarbeit. Impulse zur Netzwerkarbeit 6. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Scharmanski, Sara / Renner, Ilona (2019):** Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Schäfer, Reinhild (2019):** Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen – Formate, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Einbindung in die Netzwerkarbeit. Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen 6. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Schäfer, Reinhild / Sann, Alexandra (2014):** Frühe Hilfen zwischen (gesundheitlicher) Familienförderung und Kinderschutz. In: Bütow, Birgit / Pomey, Marion / Rutschmann, Myriam / Schär, Clarissa / Studer, Thomas (Hrsg.): Sozialpolitik zwischen Staat und Familie. Wiesbaden, Seite 75–89
- Schlüter-Cruse, Martina / zu Sayn-Wittgenstein, Friederike (in Vorbereitung):** Eckpunkteta-pier »Freiberufliche Hebammen in den Frühen Hilfen«. Herausgeber Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Schmenger, Sarah / Schmutz, Elisabeth / Backes, Jörg / Scharmanski, Sara (2020):** Zentrale

- Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung. Eckpunktepapier. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Schneider, Armin (2013):** Fragebogen in der sozialen Arbeit. Opladen / Berlin / Toronto
- Schüle-Tschersich, Meike / Braun, Elisabeth / Schlipphak, Karin (2021):** Wie gestalten Frühe Hilfen und Familienzentren gemeinsam ihr Handeln? Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Seckinger, Mike / Pluto, Liane / Santen, Eric van / Peucker, Christian (2016):** Das Bundeskinder-schutzgesetz und die Kinder- und Jugendhilfe. Eine Auswahl von Ergebnissen zur Evaluation des Bundeskinder-schutzgesetzes. In: FORUM Jugendhilfe, Heft 2, Seite 24–29
- Staa, Juliane van / Renner, Ilona (2019):** Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Staa, Juliane van / Renner, Ilona (2020):** »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Stahl, Katja / Nadj-Kittler, Maria (2017):** Picker-Report 2017. Hohe Fallzahl – gute Geburt? Wie Frauen ihre Betreuung in großen und kleinen Kliniken erleben. Hamburg
- Statistisches Bundesamt (2016):** Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Einrichtungen und tätige Personen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder) 2014. Wiesbaden
- Stiftung Eine Chance für Kinder (Hrsg.) (2020):** Handlungsempfehlungen für Koordinatorinnen zu dem Einsatz von Fachkräften Frühe Hilfen (FKFH). Schriftenreihe der Stiftung, Band 22. Hannover
- Thaiss, Heidrun / Burchardt, Susann (2013):** Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld zwischen Kinderschutz und Gesundheitsförderung. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) / Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) / Technische Universität (TU) Dortmund (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2013. Köln, Seite 28–35
- Volk, Sabrina / Warnecke, Anna-Victoria / Haude, Christin / Pieper, Stefanie / Cloos, Peter / Schröer, Wolfgang (2020):** Netzwerke Frühe Hilfen. Multiprofessionelle Kooperation als Grenzarbeit. Ergebnisse einer Studie der Stiftung Universität Hildesheim (2013–2015). Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Wolf-Kühn, Nicola / Geene, Raimund (2009):** Früherkennung und Frühe Hilfen – Unterstützung junger Mütter. In: Geene, Raimund / Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Gesundheit. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle, Seite 108–125
- Zepp, Fred / Krägeloh-Mann, Ingeborg (2018):** Perspektiven der ambulanten pädiatrischen Versorgung. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, Jahrgang 166, Heft 2, Seite 101–103
- Ziegenhain, Ute / Schöllhorn, Angelika / Künster, Anne K. / Hofer, Alexandra / König, Cornelia / Fegert, Jörg M. (2010):** Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Mehr zur Reihe »Materialien zu Frühen Hilfen« des NZFH

Materialien zu Frühen Hilfen 13

Pabst, Christopher / Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe (2021): Stand der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen. Ergebnisse der ergänzenden Kommunalbefragung 2018. Forschungsbericht.

Materialien zu Frühen Hilfen 12

Spangler, Gottfried / Vierhaus, Marc / Zimmermann, Peter (2020): Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern aus Familien mit unterschiedlich starken Belastungen. Zentrale Ergebnisse aus der Vertiefungsstudie im Rahmen der Prävalenz- und Versorgungsforschung des NZFH. Abschlussbericht.

Materialien zu Frühen Hilfen 11

Maywald, Jörg (2019): Kindertageseinrichtungen als Kooperationspartner der Frühen Hilfen. Expertise.

Materialien zu Frühen Hilfen 10

Schmenger, Sarah / Schmutz, Elisabeth (2017): Recherche zu landesrechtlichen Vorgaben und Förderprogrammen. Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Kindertagesbetreuung, Familienzentren, Familienbildung und Frühen Hilfen in den Bundesländern. Grundlagen zur Kooperation.

Materialien zu Frühen Hilfen 9

Lenz, Alfred (2019): Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Grundlagen- und Handlungswissen. Handreichung. 2., unveränderte Auflage

Abrufbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/materialien-zu-fruehen-hilfen>

Aus der Reihe KOMPAKT des NZFH



Schüle-Tschersich, Meike / Braun, Elisabeth / Schlipphak, Karin (2021): **Wie gestalten Frühe Hilfen und Familienzentren gemeinsam ihr Handeln?**

Staa, Juliane van / Renner, Ilona (2020): **»Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH.**

Neumann, Anna / Renner, Ilona (2020): **Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring).**

Staa, Juliane van / Renner, Ilona (2019): **Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring).**

Scharmanski, Sara / Renner, Ilona (2019): **Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring).**

Abrufbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/kompakt-reihe/>

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)
Maarweg 149–161
50825 Köln
Telefon: 0221 8992-0
www.fruehehilfen.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. Sabine Walper (DJI)

Autorin und Autoren:

Alexandra Sann, Ernst-Uwe Küster,
Christopher Pabst, Christopher Peterle

Gestaltung:

Designbüro Lübbeke Naumann Thoben, Köln

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos
abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf
durch die Empfängerin oder den Empfänger an
Dritte bestimmt.



Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Träger:



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

In Kooperation mit:



Deutsches
Jugendinstitut