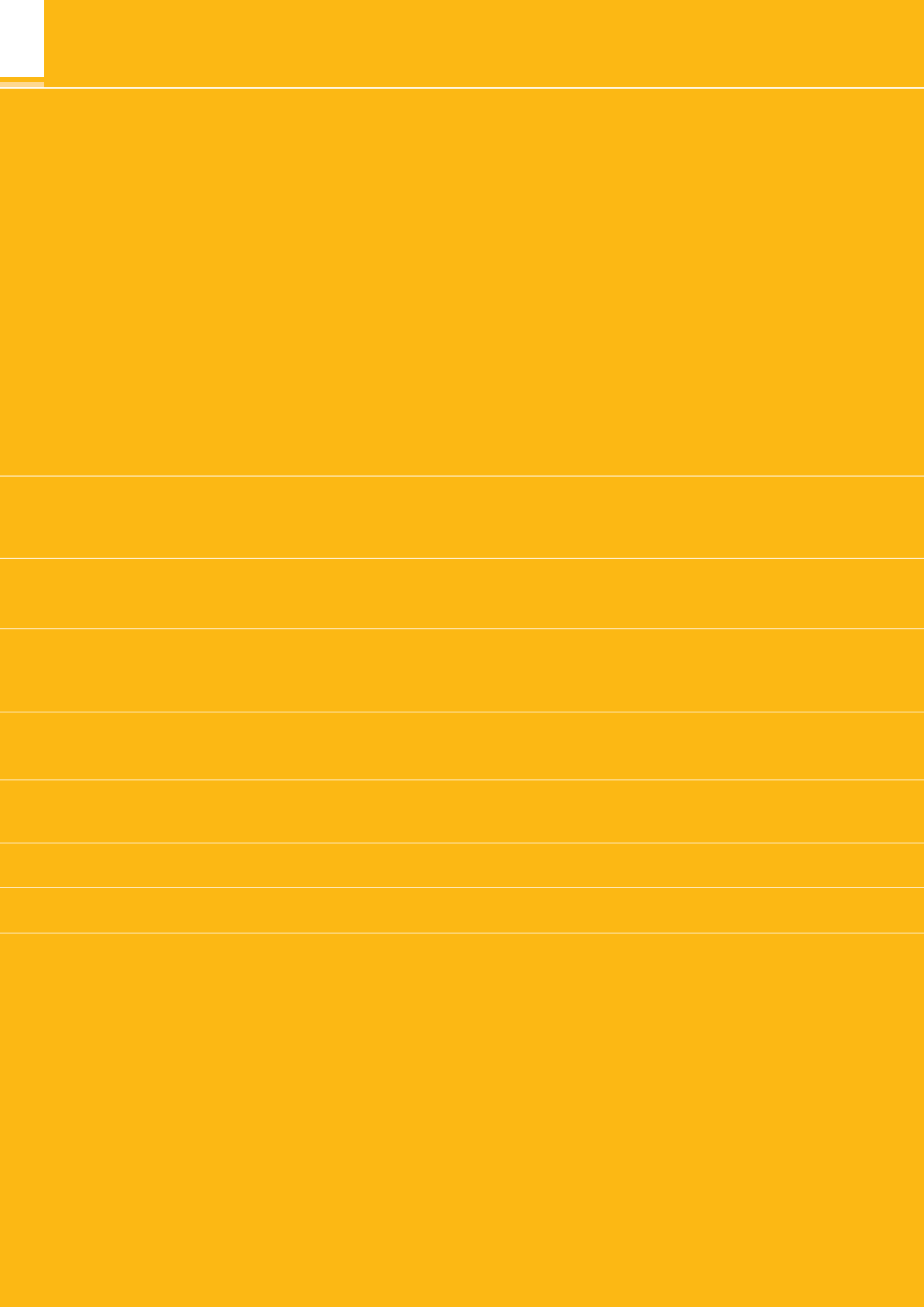


Datenreport Frühe Hilfen

AUSGABE 2015

in Kooperation mit



Inhalt

Vorwort	4
KATRIN LANG, CHRISTIAN BRAND, ILONA RENNER, ANNA NEUMANN, ANDREA SCHREIER, ANDREAS EICKHORST UND ALEXANDRA SANN Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt?	6
ERNST-UWE KÜSTER, MELANIE MENGEL, CHRISTOPHER PABST UND ALEXANDRA SANN Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen	22
CLAUDIA BUSCHHORN, SILKE KARSUNKY UND ANNIKA LUDEWIG Kooperationen von Ortsvereinen des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Bereich Frühe Hilfen	40
SANDRA FENDRICH UND JENS POTHMANN Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kleinkindern	50
GUDULA KAUFHOLD UND JENS POTHMANN Gefährdungseinschätzungen bei den Kleinsten	62
Angaben zu den Autorinnen und Autoren	80
Impressum	83

Vorwort

Das noch im Aufbau befindliche Feld der Frühen Hilfen ist von einer hohen Entwicklungsdynamik gekennzeichnet und gestaltet sich vor Ort sehr heterogen – diesen Schluss konnten wir 2013 in der ersten Ausgabe des Datenreports Frühe Hilfen ziehen. Dies gilt nach wie vor und auch immer noch dafür, dass mit den vorhandenen Daten das Feld nicht annähernd systematisch und umfassend empirisch beleuchtet werden kann.

Allerdings hat inzwischen das empirische Wissen zugenommen und die Datenbasis hat sich verbreitert. So gibt es durch die Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen mehr Erkenntnisse über spezifische Angebote im Bereich Frühe Hilfen, beispielsweise mit Familienhebammen oder auch mit Ehrenamtlichen, über den Ausbau kommunaler Infrastruktur für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, über die in den Frühen Hilfen tätigen Fachkräfte und auch über die Lebenslagen der Adressatinnen und Adressaten von Frühen Hilfen und ihre Kenntnis bzw. Nutzung der vorhandenen Unterstützungsangebote.

In der vorliegenden zweiten Ausgabe des Datenreports Frühe Hilfen präsentieren wir ausgewählte Befunde aus

den vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), aber auch von anderen Forscherinnen und Forschern durchgeführten Studien zur Entwicklung und Ausgestaltung von Frühen Hilfen sowie Auswertungen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik mit dem Fokus auf Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Zunächst wird es um Ergebnisse aus zwei zentralen Forschungsbereichen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen gehen. Sie sind Aktualisierungen und Ergänzungen zu den in den Zwischenbericht zur Bundesinitiative eingeflossenen Datenanalysen: Für die Prävalenz- und Versorgungsforschung liefern *Katrin Lang, Christian Brand, Ilona Renner, Anna Neumann, Andrea Schreier, Andreas Eickhorst* und *Alexandra Sann* einen Überblick über das Forschungsdesign und diskutieren nun auch Daten aus den beiden Pilotstudien zu familiären Belastungen, Ressourcen und Bedarfen sowie zu elterlichem Inanspruchnahmeverhalten von Angeboten in Kommunen. Von *Ernst-Uwe Küster, Melanie Mengel, Christopher Pabst* und *Alexandra Sann* stammt der zweite Beitrag aus dem NZFH. Er beleuchtet das fachliche Profil von Netzwerkkoordinierenden im Bereich Frühe Hilfen – erst-

mals auf empirischer Grundlage. Diese Grundlage liefern Daten aus der Kommunalbefragung, mit der jährlich der Stand des Strukturaufbaus im Bereich Frühe Hilfen erfasst wird.

Die Kooperation in multiprofessionellen Netzwerken, die in der Regel von den örtlichen Jugendämtern organisiert werden, ist für Frühe Hilfen konstitutiv. Die wissenschaftliche Begleitung der Bundesinitiative ist jedoch derzeit stark auf den öffentlichen Träger und seine Steuerungsverantwortung in diesem Bereich fokussiert. Umso wichtiger sind empirische Analysen zu den Aktivitäten von freien Trägern, die nur sehr selten subsidiär mit der Netzwerkkoordination betraut werden, jedoch mit ihren Angeboten und Fachkräften die Basisstruktur in den Kommunen bereitstellen. Evaluationen von überregional im Bereich Frühe Hilfen engagierten freien Trägern sind kaum zu finden. Die Studie von *Claudia Buschhorn, Silke Karsunky* und *Annika Ludewig* zu Kooperationen von Ortsvereinen des Sozialdienstes katholischer Frauen stellt eine Ausnahme dar. Ihr Beitrag liefert zentrale Ergebnisse zu den dortigen Einschätzungen von Kooperationen mit dem Gesundheitswesen im Bereich Frühe Hilfen.

Frühe Hilfen sind kein isoliert zu betrachtendes Handlungsfeld, sondern Ergänzung, Mittler und Brückenbauer zwischen unterschiedlichen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens und den dortigen Akteuren und fachspezifischen Entwicklungen. Von den Frühen Hilfen gibt es zentrale Schnittstellen zu weiterführenden Unterstützungsleistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Hilfen zur Erziehung und zum intervenierenden Kinderschutz. Mit einem Blick auf die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung durch Familien mit Kleinkindern greifen wir dieses Thema auf. *Sandra Fendrich* und *Jens Pothmann* von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik an der TU Dortmund analysieren hierzu aktuelle Entwicklungen und formulieren darauf aufbauend Hinweise für Praxisentwicklung und Forschung im Bereich Frühe Hilfen und ihrer Schnittstellen zu den Hilfen zur Erziehung.

Ein weiterer Beitrag befasst sich mit einer für den Kinderschutz wichtigen Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. *Gudula Kaufhold* und *Jens Pothmann* nehmen Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter in den Blick, die aus dem Gesundheitswesen heraus initiiert worden sind, insbesonde-

re bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Analysen gewähren neue Einblicke hinsichtlich der Betroffenen und ihrer Lebenslagen sowie des Erkennens und der Weitergabe von Informationen über Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdungen in die Zusammenarbeit der beiden Systeme.

Die vorgestellten Beiträge werfen Schlaglichter auf die aktuelle Entwicklung der Frühen Hilfen und der Schnittstellen zwischen den Versorgungssystemen für Familien mit Kleinkindern in Deutschland. Von einer indikatorengestützten, das heißt einheitlichen, systematischen und regelmäßigen Beobachtung des Feldes, welche eine valide Basis für die regionale, aber auch überregionale Berichterstattung und Infrastrukturplanung liefern könnte, sind wir jedoch noch weit entfernt. Allerdings rückt die Entwicklung von praktikablen Indikatoren mit einem hohen Verbindlichkeitsgrad und einer entsprechend breiten Akzeptanz auf der Agenda zur Entwicklung des Feldes der Frühen Hilfen weiter nach oben. Dies ist unter anderem der anstehenden Verstetigung der Frühen Hilfen im Rahmen des Fonds Frühe Hilfen geschuldet (vgl. Bundeskinderschutzgesetz, KKG § 3 Abs. 4). Dadurch wird die Bedeutung von

Instrumenten einer empirischen Dauerbeobachtung auf örtlicher und überörtlicher Ebene zunehmen, um den weiteren Auf- und Ausbau sowie die damit verbundene Qualitätsentwicklung im Praxisfeld beobachten und steuern zu können.

Es werden einerseits verlässliche Informationen zu den Lebenslagen und Unterstützungsbedarfen von Kindern und Familien sowie andererseits Angaben über die adäquate Ausstattung der unterstützenden Infrastruktur im Bereich Frühe Hilfen und in angrenzenden Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens benötigt. Nicht zuletzt müssen aber auch Aussagen darüber getroffen werden können, ob mit den bestehenden Maßnahmen und Angeboten die angestrebten Ziele auch tatsächlich erreicht werden können. Nur so kann Transparenz hergestellt werden und es wird eine wichtige Grundlage für Ziel Diskussionen sowie politische Entscheidungen und praktische Ausgestaltung geschaffen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Eltern und Kinder die bedarfsgerechte Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Daran arbeiten wir weiter, gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus den Ländern und Kommunen und den beteiligten Arbeitsfeldern.

KATRIN LANG, CHRISTIAN BRAND, ILONA RENNER, ANNA NEUMANN,
ANDREA SCHREIER, ANDREAS EICKHORST UND ALEXANDRA SANN

Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt?

Erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsstudie

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen wurde der flächendeckende Auf- und Ausbau von Frühen Hilfen in Deutschland weiter vorangebracht: Vielerorts wurden Koordinierungsstellen eingerichtet, Unterstützungsangebote für Familien erweitert und fehlende Bausteine in bestehende Hilfesysteme integriert (vgl. NZFH 2014).

Inzwischen gibt es in den Kommunen eine breite Palette von sowohl primär- als auch sekundärpräventiv ausgerichteten Angeboten für Schwangere und Familien mit Kindern bis zu drei Jahren. So wurden Leistungen, die grundsätzlich allen (werdenden) Familien offenstehen (Primärprävention), wie beispielsweise Geburtsvorbereitungskurse, Hebammenhilfe rund um die Geburt oder Eltern-Kind-Gruppen, ergänzt durch Angebote, die speziell auf den Bedarf von Familien mit hohen psychosozialen Belastungen und geringen Bewältigungsressourcen zugeschnitten sind (Sekundärprävention). Gerade sekundärpräventive Maßnahmen sollen dazu beitragen, Eltern soweit in ihren Erziehungs- und Lebenskompeten-

zen zu stärken, dass sie Herausforderungen besser bewältigen und ihren Kindern ermöglichen können, ihre Entwicklungspotenziale zu entfalten.

Eines der bekanntesten sekundärpräventiven Unterstützungsangebote ist die längerfristige, aufsuchende Begleitung durch eine Familienhebamme oder eine vergleichbar qualifizierte Fachkraft aus dem Gesundheitswesen wie beispielsweise die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (vgl. Lange/Liebald 2012). Die Familienhebamme ist eine Hebamme mit psychosozialer Zusatzqualifikation, die eine Familie mit erhöhtem Hilfebedarf bis zum ersten Geburtstag des Kindes im häuslichen Umfeld individuell betreuen kann. Die Familienhebammenunterstützung hat sich in der Evaluation als erfolgreich erwiesen (vgl. Paul/Renner 2015; Sidor et al. 2013), wurde aus diesem Grund Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen und wird inzwischen in vielen Kommunen als Unterstützungsangebot für Familien in belastenden Lebenssituationen angeboten.

Neben der Familienhebammenun-

terstützung gibt es in den Kommunen weitere Angebote der sekundären Prävention für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, zum Beispiel spezielle Beratungsangebote in Schwangerschafts-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, die sogenannten Schreiambulanz, und auch Angebote, die in Frühfördereinrichtungen verortet sind.

Die Ergänzung der kommunalen Angebotslandschaft mit (zusätzlichen) eher sekundärpräventiv ausgerichteten Leistungen ist Ziel der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Die Entwicklung der Angebotsseite wird im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen durch regelmäßige Befragungen der in den Kommunen Verantwortlichen beobachtet (vgl. NZFH 2014). Ob eine Bedarfsdeckung annähernd erreicht wird, kann im Moment noch nicht beurteilt werden, dazu müssen zunächst die möglichen Unterstützungsbedarfe der Zielpopulation festgestellt werden. Dies ist unter anderem Aufgabe der Prävalenz- und Versorgungsstudie des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Darüber hinaus ist

ABBILDUNG 1: DESIGN DER PRÄVALENZ- UND VERSORGUNGSFORSCHUNG DES NATIONALEN ZENTRUMS FRÜHE HILFEN

es wichtig zu wissen, inwieweit Familien Kenntnis von vorhandenen Angeboten haben bzw. welche dieser Angebote sie tatsächlich nutzen. Das Ziel der Bundesinitiative ist der Auf- und Ausbau von Angeboten, insbesondere für Familien mit hohen psychosozialen Belastungen und geringen Bewältigungsressourcen. Aus diesem Grund wollen wir im Folgenden der Frage nachgehen, inwieweit sekundärpräventive Leistungen (auch) von den Familien in Anspruch genommen werden, für die sie im Sinne der Frühen Hilfen gedacht sind. Neben der Nutzung von Angeboten ist auch die Zufriedenheit der Eltern von Interesse: Wie zufrieden sind Eltern mit den unterschiedlichen primär- und sekundärpräventiven Leistungen, die ihnen in der Kommune angeboten werden?

Um diese Fragen zu beantworten, sollen erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsforschung des NZFH herangezogen werden. Es sollen Kenntnis und Nutzung der primär- und sekundärpräventiven Angebote für Familien verglichen werden. Anschließend soll der Zusammenhang mit dem Bildungsgrad¹ der Eltern näher betrachtet und schlussendlich noch die Zufriedenheit mit den in Anspruch genommenen Hilfen untersucht werden.

Die Pilotstudien im Kontext der Prävalenz- und Versorgungsforschung im NZFH

Die vorgestellten Daten zur Nutzung von Frühen Hilfen stellen nur einen kleinen Teil des großen Bereichs der Prävalenz- und Versorgungsforschung des NZFH mit drei Pilotstudien, einer Haupt- und einer Vertiefungsstudie dar (vgl. Abb. 1). In die nachfolgende Analyse werden die drei Pilotstudien des Forschungsbereichs

Forschungsziele

- Daten zur nationalen *Prävalenz von psychosozialen Belastungsfaktoren* (im Sinne von Prädiktoren von Kindesvernachlässigung und -misshandlung sowie Entwicklungsschwierigkeiten) bei Familien mit Kindern bis zu drei Jahren
- Überblick über *Bedarfe und Inanspruchnahme* von Angeboten im Bereich Frühe Hilfen
- Wissen über das *Zusammenwirken verschiedener Belastungsfaktoren*, um Angebote im Bereich Frühe Hilfen zielgenau planen zu können

1) PILOTSTUDIEN

- Ziele:**
- Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die Hauptstudie
 - Unterschiedliche Designs zur Ermittlung des besten Feldzugangs
 - Entwicklung eines Belastungsindex

Zeitraum: von 2012 bis Frühsommer 2014

2) HAUPTSTUDIE

- Ziele:**
- Gewinnung verlässlicher bundesweiter Daten zur Verteilung von Belastungsfaktoren
 - Bundesweit repräsentative Studie
 - Anwendung eines der Pilotstudien-Designs

Zeitraum: Januar bis Herbst 2015

3) VERTIEFUNGSSTUDIE

- Ziele:**
- Identifikation von vermittelnden Mechanismen zwischen Belastung und Entwicklung
 - Rekrutierung von Familien aus den Pilotstudien
 - Quer- und längsschnittliche Anteile

Zeitraum: Sommer 2014 bis Herbst 2015

Drei Designvarianten

1. Supplement zu einer bundesweiten repräsentativen Erhebung zur Kinderbetreuung (»KiföG«; Daten Einwohnermeldeamt (EWA); n=13.471 Familien)
2. Vollerhebung in Großstadt A (Daten EWA; n=4.774 Familien)
3. Rekrutierung in Kinderarztpraxen mit Ausfüllung vor Ort in Großstadt B (n=1.580 Familien)

Entscheidung zwischen den Varianten, Kriterien: Umsetzbarkeit des Designs, Erreichbarkeit der Zielgruppen, Datenqualität

Erste nationale Studie in diesem Feld in Deutschland

- Repräsentative Erhebung für die Zielgruppe (unabhängig vom gewählten Design)
- Erfassung von Belastungen und Ressourcen
- Erfragen von Kenntnis und Inanspruchnahme von Angeboten Frühe Hilfen n=ca. 5.000 bis 9.000 Familien (geplant)

Zwei parallele Längsschnitte

- von 7 auf 14 Monate
 - von 14 auf 21 Monate
- Intensive Hausbesuche mit Befragungen, Entwicklungstestungen und Videobeobachtung
Themen sind u.a.: Belastungswahrnehmungen, Eltern-Kind-Bindung, Emotionsregulation
n=200 Familien insgesamt

ches einbezogen: eine Zusatzerhebung zur »KiföG-Regionalstudie«, die Erhebung mit Daten vom Einwohnermeldeamt (Stadt A) und die Erhebung mit Daten aus Rekrutierung in Kinderarztpraxen (Stadt B).

¹ Da bisher noch kein verlässlicher Belastungsindex entwickelt werden konnte, soll im Folgenden auf Grundlage erster Befunde aus der Prävalenzstudie davon ausgegangen werden, dass der Bildungsgrad der Eltern einen hinreichend guten Indikator für die Gesamtbelastung der Familie darstellt.

PILOTSTUDIE I »KIFÖG«

Das NZFH beteiligte sich mit einer Zusatzhebung zu Merkmalen psychosozialer familiärer Belastungen sowie zu Kenntnis und Nutzung von Unterstützungsangeboten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern an der zweiten Welle der KiföG-Regionalstudie des Deutschen Jugendinstituts.² Die Zielgruppe der KiföG-Regionalstudie sind Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren. Für jedes Bundesland wurde eine Zufallsstichprobe der zwischen dem 01.05.2009 und dem 01.10.2012 geborenen Kinder aus dem amtlichen Melderegister gezogen. Befragt wurde jeweils ein Elternteil der Kinder in dieser Altersgruppe. Dem Zweck der KiföG-Regionalstudie entsprechend sollen so allgemeingültige Aussagen über die Betreuungssituation in jedem der 16 Bundesländer getroffen werden.

Die Befragung wurde mittels telefonischer und schriftlicher Fragebögen sowie einer Onlineumfrage durchgeführt (CA-TI-Interviews³ und PAPI/CAWI-Selbstaufüller-Fragebögen⁴). Die Befragungssprache war Deutsch und die bevorzugte Befragungsmethode war das telefonische Interview. Bei Daten aus amtlichen Melderegistern müssen die Telefonnummern erst durch Recherchen in öffentlichen Verzeichnissen ermittelt werden. Da dies nur in einer Minderheit der Fälle möglich war (je nach Bundesland zwischen ca. 9,8% und 21,7%), kamen auch andere Befragungsarten im Rahmen einer Methodenmischung zum Einsatz.

Es wurden 13.471 Interviews durchgeführt bzw. Fragebögen ausgefüllt, wobei 6.376 Familien aus einem vorhandenen Panelbestand gewonnen wurden, bei dem Probanden bereits zuvor an

einer KiföG-Befragung teilgenommen hatten. Die Ausschöpfungsquote war bei den Panelfällen (längsschnittliche Wiederholungsbefragung) mit 71% erwartungsgemäß sehr hoch, während sie bei den Erstbefragten mit 24,6% deutlich niedriger ausfiel. Der Großteil der Befragungen (ca. 63%, n=8.508) wurde mittels telefonischer Interviews durchgeführt. Hierbei handelte es sich überwiegend um Familien aus dem Panelbestand, für die bereits Telefonnummern aus früheren Erhebungen vorlagen. Zusätzlich zu den telefonischen Interviews wurde der schriftliche Fragebogen in ca. 32% der Fälle (n=4.326) eingesetzt und der Onlinefragebogen in etwas weniger als 5% der Fälle (n=637).

Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Tabelle 1 zeigt zusammenfassend soziodemografische Merkmale der teilnehmenden Zielkinder bzw. ihrer Eltern. Die Ergebnisse sind design-gewichtet, um die 16 Bundesländerstichproben proportional korrekt zusammenzufügen.⁵ Die Befragungspersonen waren in den meisten Fällen die Mutter des Kindes (93%), selten der Vater (6,5%) und in wenigen Fällen (0,5%) eine andere Person.

Der überwiegende Teil der Eltern ist in Deutschland geboren und 21,8% der Befragten haben einen Migrationshintergrund. Die große Mehrheit der Haushalte ist dementsprechend deutschsprachig (85,1% vollständig und 10,4% teilweise). Beim Bildungsstand der Befragten ist auffällig, dass 62,4% eine Hochschulzugangsberechtigung besitzen. Eine verschwindend kleine Minderheit von 0,6% hat (noch) keinen Schulabschluss. Insgesamt haben 38,6% der Befragten einen

2 Die Regionalstudie zum Kinderförderungsgesetz (KiföG) wurde vom Deutschen Jugendinstitut e.V. zur Erhebung des Kinderbetreuungsbedarfs und der Evaluation des Kinderförderungsgesetzes durchgeführt.

3 Befragung per Telefon (Computer-Assisted Telephone-Interviewing)

4 Befragung per ausgedrucktem Fragebogen (Paper And Pencil Interviewing) oder im Internet (Computer-Assisted Web-Interviewing)

5 Eine vollständige Kalibrierungsgewichtung an Referenzdatensätzen wurde jedoch noch nicht umgesetzt.

Hochschulabschluss, wobei die klassische Lehre im dualen Berufsbildungssystem mit 41,5% die größte Kategorie darstellt. 7,7% besitzen (noch) keinen beruflichen Abschluss (o. Abb.). Es zeigt sich hier also eine deutliche, aber im Vergleich mit ähnlichen Studien nicht ungewöhnliche Teilnahmeverzerrung hin zu eher höhergebildeten Bevölkerungsschichten. Aus diesem Grund werden untenstehende Ergebnisse für verschiedene Bildungsgruppen getrennt betrachtet. Die große Mehrheit der Befragten ist erwerbstätig (41%) bzw. war es vor der Geburt des Kindes (43,5% in Mutterschutz bzw. Elternzeit). Bei den entsprechenden Verteilungen dieser Merkmale bei den Partnern der Befragten (nicht dargestellt) zeigten sich keine besonders ausgeprägten Abweichungen bzw. Unstimmigkeiten. Nur 4,2% der Befragten sind alleinerziehend, wobei der Anteil bei befragten Müttern mit 7,0% deutlich über dem der befragten Väter mit 2,9% liegt. Eine Minderheit von gut 6% bezieht existenzsichernde Sozialleistungen. Die große Mehrheit der Familien besteht aus Eltern mit maximal zwei Kindern bzw. Jugendlichen.

Kenntnis und Nutzung von Unterstützungsangeboten

Eine Auswahl von häufig vorkommenden Unterstützungsangeboten für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern wurde im Rahmen der KiföG-Regionalstudie den Befragten vorgelegt und sie wurden gebeten, Auskunft zur Kenntnis und Nutzung dieser Angebote zu geben. Abbildung 2 (S. 11) zeigt die auf diese Weise ermittelte »Reichweite« dieser Angebote in der Gesamtbevölkerung der Eltern von Kindern bis zu drei Jahren. Die Zahlen sind folgendermaßen zu interpretieren: Eltern-Kind-

TABELLE 1: SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE DER STICHPROBE DER KIFÖG-REGIONALSTUDIE

Soziodemografisches Merkmal	n	%
Befragungsperson ist die Mutter des Kindes	12.163	93,0
Befragungsperson ist der Vater des Kindes	879	6,5
Alleinerziehende Befragungsperson	759	4,2
Bezug von existenzsichernden Sozialleistungen	1.097	6,3
Erwerbsstatus		
erwerbstätig	6.369	41,0
in Elternzeit	5.037	43,5
arbeitslos	505	2,8
nicht erwerbstätig	1.047	10,5
Befragungsperson mit Migrationshintergrund	2.535	21,8
Höchste Schulbildung		
(noch) kein Schulabschluss	99	0,6
Hauptschulabschluss	816	7,2
mittlere Reife	3.843	28,9
Abitur oder Fachhochschulreife	8.541	62,4
Befragungsperson ist jünger als 21 Jahre	80	0,4
Anzahl der Kinder und Jugendlichen (bis 14 Jahre) im Haushalt		
ein Kind	5.931	41,5
zwei Kinder	5.473	41,8
drei oder mehr Kinder	1.991	16,7

Angaben in gewichteten Prozentwerten, n=13.471

Quelle: Zusatzerhebung des NZFH im Rahmen der KiföG-Regionalstudie 2012

Gruppen oder Elternkurse vor Ort sind insgesamt 85% der Eltern bekannt und immerhin 58% aller Eltern nutzen dieses Angebot auch. Das entspricht folglich einer relativen Nutzungsrate von 68%, wenn man nur diejenigen Eltern zugrundelegt, die bereits Kenntnis von dem Angebot haben. Bei dem Informationsangebot »Broschüre über Angebote für Familien« kann sinnvollerweise nur von Kenntnis, nicht von Inanspruchnahme

gesprochen werden; in vielen Gemeinden wird eine solche Broschüre an die Familien verteilt. Abbildung 2 illustriert, dass sich sowohl die Kenntnisse von einzelnen Unterstützungsangeboten als auch deren relative Nutzungsraten (Nutzung unter den Familien, denen das Angebot bekannt ist) erheblich voneinander unterscheiden. Die Betreuung mit Familienhebammen wurde einem knappen Viertel der Befragten angeboten, wobei

71% dieser Familien das Angebot dann auch annahmen. Im Gegensatz dazu wurde nur einer ganz kleinen Minderheit von Familien ehrenamtliche Unterstützung angeboten.

Eine derartige Betrachtung über die Gesamtstichprobe hinweg ist jedoch wegen oben genannter Einschränkungen bezüglich der Bildungsverteilung nur bedingt aussagekräftig. Um die Nutzung der Angebote für Eltern mit unterschiedlicher Bildung zu vergleichen, wurden Eltern nach ihrem Bildungsgrad in drei Gruppen eingeteilt. Geringe Bildung wird durch die ISCED-Gruppen⁶ 0 bis 2 (d.h. maximal mittlere Reife, aber keine Berufsausbildung), mittlere Bildung durch die Gruppen 3 und 4 (d.h. berufliche Abschlüsse bzw. Hochschulreife) und hohe Bildung durch die Gruppen 5 und 6 erfasst (d.h. Meister-Qualifikationen bzw. Hochschulabschlüsse). In der Auswertung zeigt sich, dass die Bekanntheit von örtlichen Hilfsangeboten deutlich mit dem Bildungsgrad zusammenhängt (vgl. Abb. 3).⁷ Während zum Beispiel 90% der hochgebildeten Befragten Eltern-Kind-Gruppen oder Elternkurse kennen, trifft dies nur auf 58% der niedriggebildeten Befragten zu. Ein umgekehrtes, aber auch heterogenes Bild zeigt sich bei den eher aufsuchenden Frühen Hilfen. Während bei Willkommensbesuchen kaum Unterschiede in der Kenntnis zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen bestehen (hochgebildete 42%; niedriggebildete 48%), fällt der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen bei der Betreuung durch Familienhebammen und bei ehrenamtlicher Unterstützung sehr viel deutlicher aus. Geringere gebildete Familien kennen diese beiden Angebote häufiger. Dies könnte unter Umständen

darauf schließen lassen, dass diese Angebote gezielt an spezifische Gruppen von Familien herangetragen werden. Dagegen scheint es Informationsdefizite bei niedriggebildeten Eltern hinsichtlich primärpräventiver Angebote zu geben.

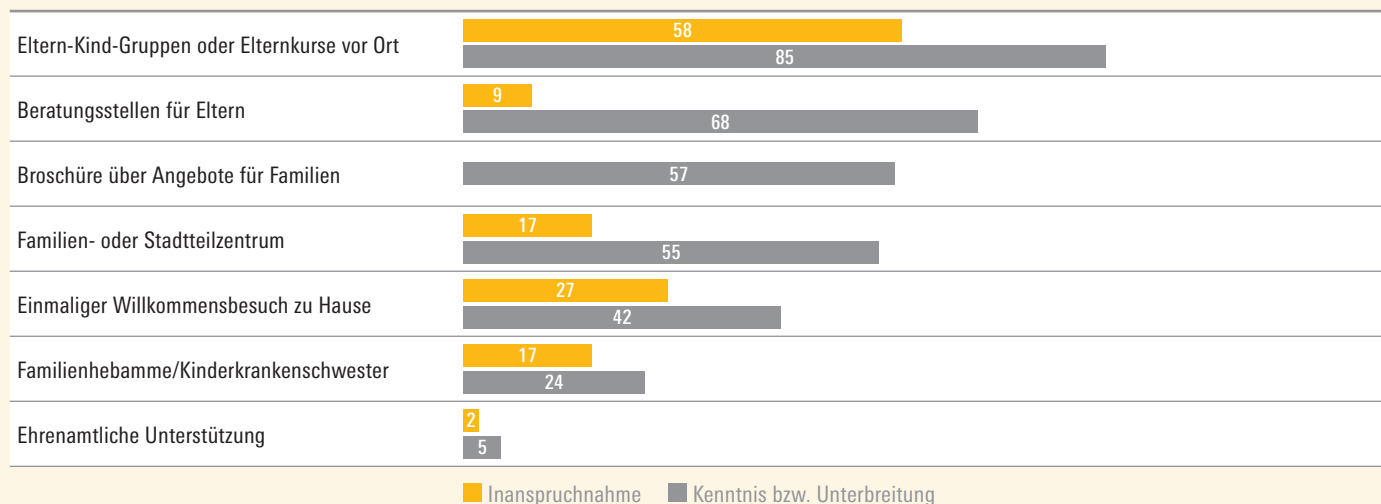
Ein ebenso aufschlussreiches Bild zeigt sich bezüglich der Nutzung der bekannten bzw. angebotenen Frühen Hilfen relativ zu den Bildungsgraden der Befragten (vgl. Abb. 4, S. 13). Am deutlichsten fällt der Effekt von Bildungsgruppen bei der Nutzung von Eltern-Kind-Gruppen oder Elternkursen aus: Während knapp drei Viertel der Höhergebildeten dieses Angebot nutzen, liegt der Anteil bei den Niedriggebildeten nur bei 44%. Obgleich Beratungsstellen für Eltern, wie oben gezeigt, ebenfalls eher den Höhergebildeten bekannt sind, liegt die relative Nutzungsrate bei den Niedriggebildeten hier höher. Gleichmaßen hohe Annahmefähigkeiten in den unteren Bildungsgruppen finden sich bei den Willkommensbesuchen und Familienhebammen.

Abschließend soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich die gezeichneten Nutzungsbilder natürlich ändern bzw. konkretisieren können, wenn andere Merkmale der Befragten zugrunde gelegt werden. Unterstützung durch Ehrenamtliche wird beispielweise in 52% der armutsgefährdeten Familien (Bezug existenzsichernder Leistungen, o. Abb.), aber nur in 31% der nichtgefährdeten Familien angenommen. Auf der Basis von Bildungsgruppen ist hingegen nur eine geringe Tendenz hinsichtlich höherer Annahmefähigkeit von Niedriggebildeten erkennbar. In der Prävalenz- und Versorgungsforschung des NZFH später folgende, vertiefende Analysen werden

6 Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED): Einheitlicher Rahmen zur Klassifikation der länderspezifischen Bildungssysteme

7 Mit dem Zusammenhang von Armutslagen von Familien und der Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung beschäftigt sich der Beitrag von Sandra Fendrich und Jens Pothmann in diesem Heft.

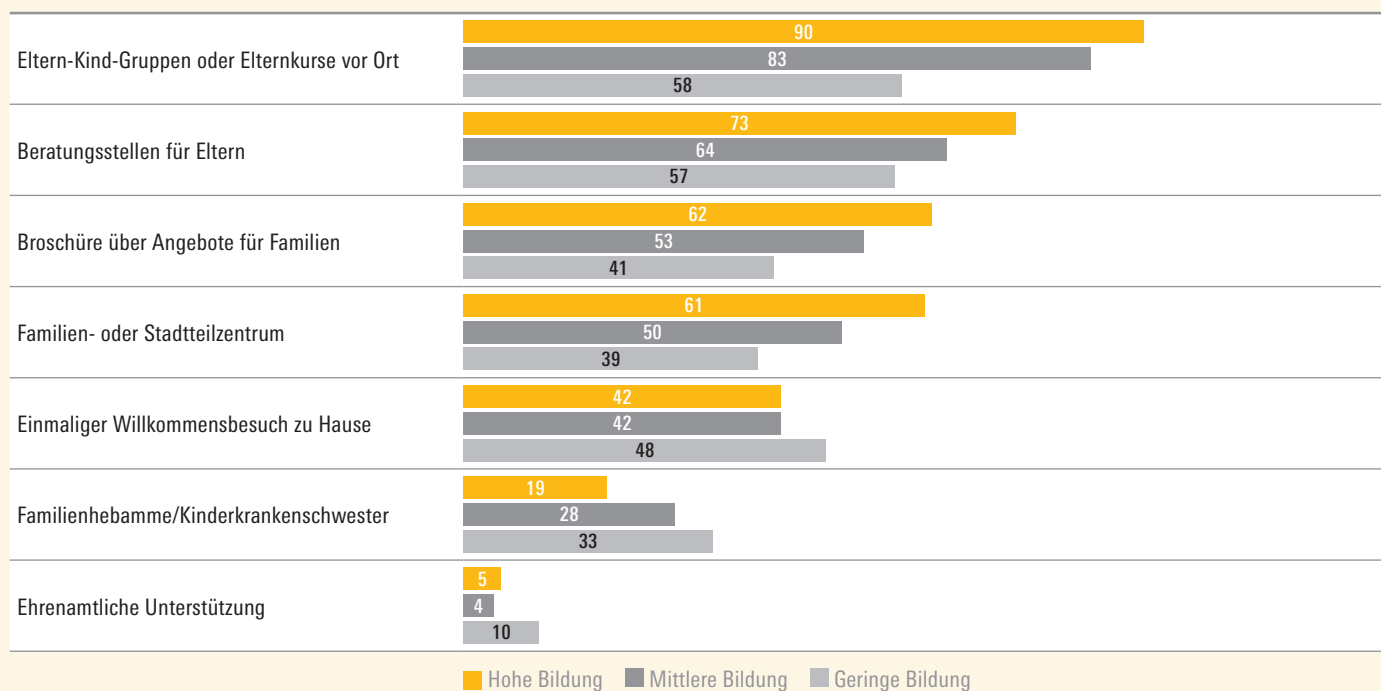
ABBILDUNG 2: KENNTNIS/INANSPRUCHNAHME VON ANGEBOTEN DER FRÜHEN HILFEN IN DEUTSCHLAND



Angaben in gewichteten Prozentwerten, n=13.471

Quelle: Zusatzerhebung des NZFH im Rahmen der KiföG-Regionalstudie 2012

ABBILDUNG 3: KENNTNIS VON ANGEBOTEN DER FRÜHEN HILFEN IN DEUTSCHLAND NACH BILDUNGSGRUPPEN



Angaben in gewichteten Prozentwerten, n=13.471

Quelle: Zusatzerhebung des NZFH im Rahmen der KiföG-Regionalstudie 2012

deshalb die Unterstützungsangebote mit einem psychosozialen Belastungsindex in Bezug setzen (vgl. Übersicht in Abb. 1, S. 9). Dieser Index wird eine Vielzahl von Merkmalen berücksichtigen können und folglich einen besseren Einblick in die tatsächliche Nutzung von Unterstützungsangeboten bei bestimmten psychosozialen Problemlagen erlauben.

PILOTSTUDIEN II UND III

Diese beiden Pilotstudien, die sich in der Art ihres Feldzugangs unterscheiden (Pilot II: Stadt A, Telefonbefragung/Fragebogenversand per Post; Pilot III: Stadt B, Ansprache und Ausfüllen beim Besuch der Kinderärztin/des Kinderarztes; vgl. Abb. 1), sollen vor allem dazu dienen, mögliche Unterschiede der Teilnahmebereitschaft der Eltern zwischen den Designvarianten der Studien in den Städten A und B aufzuzeigen. Diese werden im Folgenden berichtet.

An der Pilotstudie II in Stadt A nahmen 34% der im Einwohnermeldeamt registrierten Familien mit einem bis zu dreijährigen Kind teil. Insgesamt konnte somit eine Stichprobe von 4.774 Familien gewonnen werden. Da nur von einem geringen Teil die Telefonnummern ermittelt werden konnten, wurde nur ein kleiner Prozentsatz der Stichprobe mittels Telefon befragt (10,3%). Die meisten Familien füllten den ihnen zugeschickten Fragebogen aus (77,1%) oder nahmen online (12,6%) an der Befragung teil. Die Rücklaufquote war mit knapp 42% unter den angerufenen Familien deutlich höher als unter den brieflich angeschriebenen Familien (knapp 30%).

An der Pilotstudie III in Stadt B nahmen 1.580 Familien teil. Diese Eltern wurden von 20 Kinderärztinnen und

-ärzten in 13 Praxen für die Teilnahme an der Studie gewonnen. In den teilnehmenden Praxen wurden im Untersuchungszeitraum 2.841 Eltern, die ihr Kind zu den U-Untersuchungen begleiteten, angesprochen; die Ausschöpfungsquote entspricht 56%. Die Teilnahmebereitschaft unter den Kinderärztinnen und -ärzten in der Stadt B entsprach 61% aller Ärztinnen und Ärzte, die für eine Studienteilnahme grundsätzlich in Frage kamen. Voraussetzung dafür war die Durchführung pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen.

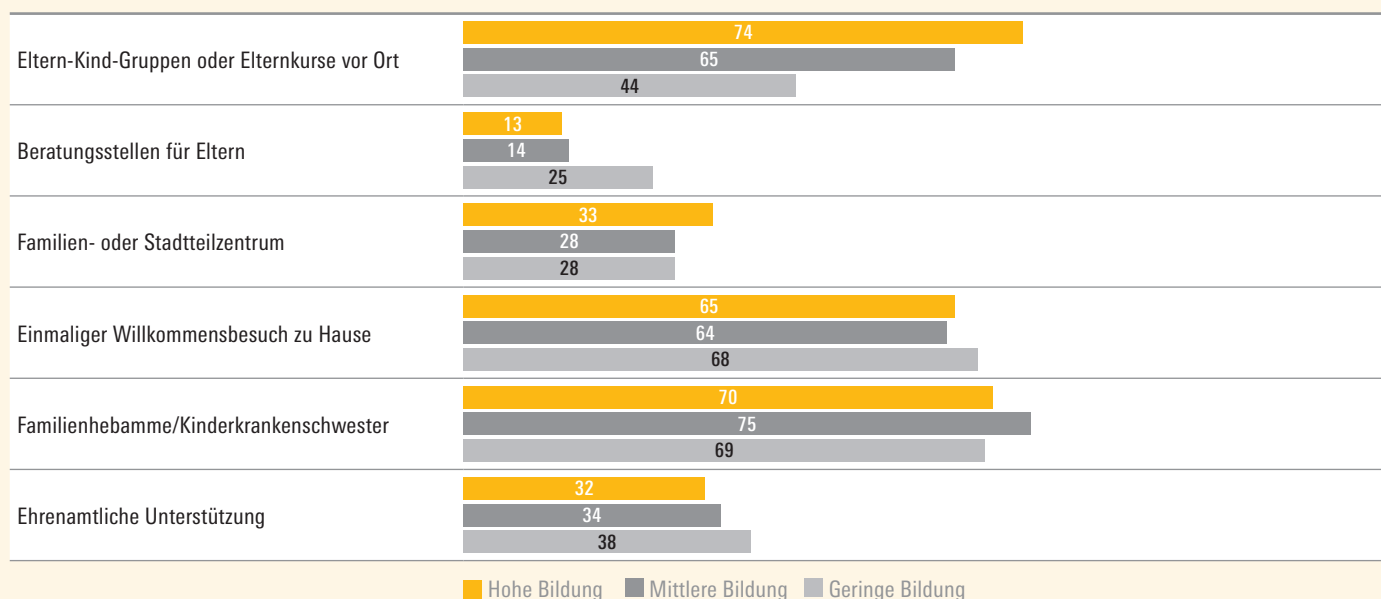
Soziodemografische Merkmale der Stichproben

In beiden Pilotstudien nahmen zum Großteil die Mütter an der Befragung teil ($\geq 86\%$). Ebenfalls in beiden Stichproben geben unter 10% der befragten Personen an, alleinerziehend zu sein, und nur ein geringer Prozentsatz der Eltern ($\leq 3,5\%$) ist unter 21 Jahren alt. In beiden Stichproben liegt der Anteil der befragten Eltern mit Migrationshintergrund bei ca. 38%. Fast die Hälfte der teilnehmenden Familien in beiden Stichproben ist zum Zeitpunkt der Befragung eine Ein-Kind-Familie, während nur ein geringer Anteil ($\leq 17,5\%$) drei oder mehr Kinder hat (vgl. Tab. 2).

Während sich die Stichproben hinsichtlich der oben genannten Angaben recht ähnlich sind, ergeben sich deutliche Unterschiede hinsichtlich Ausländeranteil (Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft), Schulbildung, Erwerbsstatus und dem Bezug von Sozialleistungen. Zwar liegt laut Statistischem Bundesamt der Ausländeranteil in beiden Städten bei 19% bis 20% (vgl. Regionalstatistik 2014), doch beträgt der Anteil von Men-

schen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft in Stadt A nur 13,5%, während in Stadt B 21% der Stichprobe angeben, einen ausländischen Pass zu besitzen (o. Abb.). Zudem geben in der Stichprobe in Stadt A 66,8% und in der Stichprobe in Stadt B nur 42% der Befragten Abitur oder Fachhochschulreife als höchsten erreichten Schulabschluss an. Entsprechend ist die Gruppe derjenigen Befragten, die einen Hauptschulabschluss oder (noch) keinen Schulabschluss hat, in der Stichprobe aus Stadt B deutlich größer (5,9% bzw. 22,5%) als in der Stichprobe aus Stadt A (2,9% bzw. 9,3%). Auch gibt es in der Stichprobe in Stadt B einen fast doppelt so hohen Anteil an Personen, die arbeitslos sind (18,6%) als in der Stichprobe aus Stadt A (9,7%). Vergleicht man diese Zahlen mit den offiziellen Arbeitslosenzahlen des Statistischen Bundesamtes im März 2014, die bei ca. 15% liegen (vgl. Regionalstatistik 2014), sind Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos sind, in der Stadt-A-Stichprobe (Einwohnermeldeamt) unterrepräsentiert, während sie in der Stadt-B-Stichprobe (Befragung über Kinderärztinnen und Kinderärzte) überrepräsentiert sind. Die Unterschiede zwischen den Stichproben hinsichtlich Bildung und Erwerbsstatus spiegeln sich auch im Prozentsatz derjenigen Befragten wider, die angeben, existenzsichernde Sozialleistungen zu beziehen: In der Stichprobe aus Stadt B sind dies 31,2% der Befragten und damit rund elf Prozentpunkte mehr als in der Stichprobe aus Stadt A (vgl. Tab. 2). Es scheint also, dass in den pädiatrischen Praxen vermehrt auch Bevölkerungsgruppen für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden konnten, die für Befragungen sonst oft schwieriger zu erreichen sind.

ABBILDUNG 4: NUTZUNG VON FRÜHEN HILFEN NACH BILDUNGSGRUPPEN



Nur wenn Hilfe bekannt ist oder angeboten wurde

Angaben in gewichteten Prozentwerten, n=13.471

Quelle: Zusatzerhebung des NZFH im Rahmen der KiföG-Regionalstudie 2012

TABELLE 2: SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE DER STICHPROBEN IN STADT A UND B

Soziodemografisches Merkmal	Stadt A		Stadt B	
	n	%	n	%
Befragungsperson ist die Mutter des Kindes	3.971	86,1	1.232	90,9
Befragungsperson ist der Vater des Kindes	635	13,8	120	8,9
Alleinerziehende Befragungsperson (selbstdefiniert)	302	6,5	113	8,4
Bezug von existenzsichernden Sozialleistungen	952	20,4	395	31,2
Erwerbsstatus				
erwerbstätig	1.801	38,8	208	18,0
in Elternzeit	1.857	40,0	531	45,9
arbeitslos	451	9,7	215	18,6
nicht erwerbstätig	533	11,5	204	17,6
Befragungsperson mit Migrationshintergrund	1.822	38,9	516	38,0
Höchste Schulbildung				
(noch) kein Schulabschluss	134	2,9	73	5,9
Hauptschulabschluss	437	9,3	280	22,5
mittlere Reife	957	20,4	358	28,8
Abitur oder Fachhochschulreife	3.127	66,8	522	42,0
Befragungsperson ist jünger als 21 Jahre	45	2,8	45	3,3
Anzahl der Kinder und Jugendlichen im Haushalt				
ein Kind	2.266	48,6	583	47,1
zwei Kinder	1.731	37,1	436	35,2
drei oder mehr Kinder	664	14,2	216	17,5

Stadt A n=4.774, Stadt B n=1.580

Quelle: KiD 0-3, Pilotstudien 2013/14

Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote

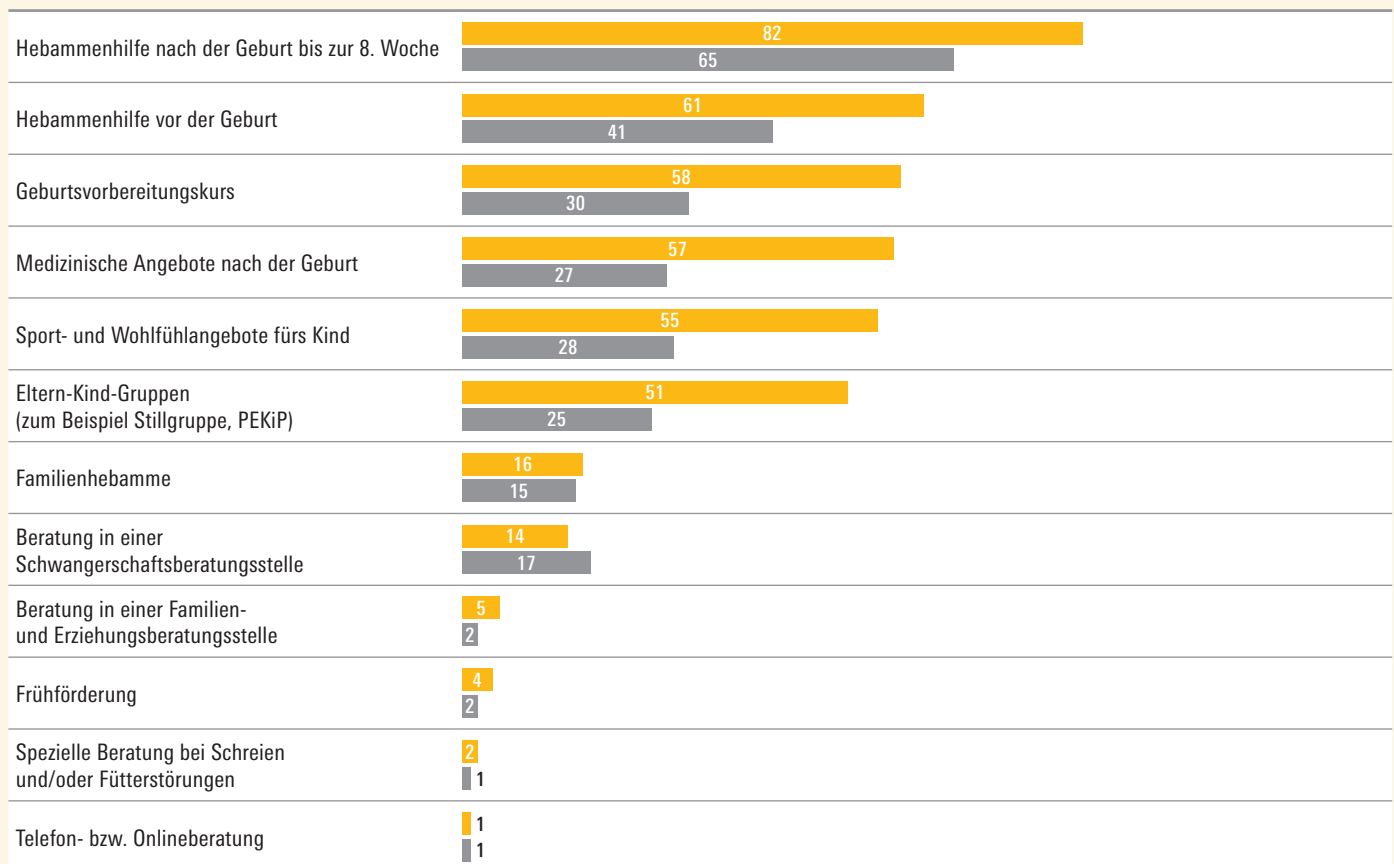
Ein Ziel der Pilotstudien war auch die Erfassung der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und Frühen Hilfen sowie der Zufriedenheit der Eltern mit den in Anspruch genommenen Hilfen. Zum Zweck der besseren Vergleichbarkeit werden im Folgenden nur die Angebote berücksichtigt, die in beiden Kommunen angeboten werden. Die Auswertung dieser Daten zeigt beson-

ders im Bereich der Inanspruchnahme von Hilfen einen Unterschied zwischen den Stichproben: Befragte in der Stadt A geben insgesamt deutlich häufiger an, Angebote in Anspruch zu nehmen (vgl. Abb. 5). Hierbei ist natürlich auch die jeweilige Stichprobenszusammensetzung zu berücksichtigen.

Auch wenn die Inanspruchnahme für viele Angebote in der Stichprobe in Stadt A deutlich höher ist als in Stadt B, zeigen sich starke Ähnlichkeiten in der Rangfolge

der Nutzung von Angeboten. Besonders Hebammenhilfe bis zur achten Woche nach der Geburt, aber auch vorgeburtliche Betreuung durch eine Hebamme oder Geburtsvorbereitungskurse werden von Familien sehr häufig in Anspruch genommen. Medizinische Angebote nach der Geburt (z.B. Rückbildungsgymnastik), Sport- und Wohlfühlangebote sowie Eltern-Kind-Gruppen werden von den befragten Familien ebenfalls relativ oft in Anspruch genommen. Bei den mehr

ABBILDUNG 5: INANSPRUCHNAHME VON ANGEBOTEN IM BEREICH DER BIO-PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG VON FAMILIEN MIT KLEINKINDERN IN DEN STÄDTEN A UND B



Absolute Inanspruchnahme, unabhängig von Kenntnis der Angebote

Angaben in Prozent, Stadt A n=4.774, Stadt B n=1.580

Quelle: KiD 0-3, Pilotstudien 2013/14

■ Stadt A ■ Stadt B

zielgerichteten, intensiveren Maßnahmen zeigen sich im Vergleich dazu geringere Inanspruchnahmeraten: Die Unterstützung durch eine Familienhebamme oder die Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle werden jeweils von circa 16% der Befragten genutzt. Sehr selten (Inanspruchnahmeraten $\leq 5\%$) werden hingegen Beratung in Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Frühförderung, Beratung bei Regulationsstörungen oder Telefon- und Onlineberatung genutzt.

Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahmerate von Angeboten stellt sich die Frage, ob Frühe Hilfen auch von den Gruppen in Anspruch genommen werden, von denen angenommen wird, dass sie besonders davon profitieren können, und auf die gerade die eher sekundärpräventiv ausgerichteten Frühen Hilfen abzielen. Aufgrund der mit niedriger Bildung oft einhergehenden geringeren Ressourcen und höheren Belastungen der Familien sollen besonders Eltern mit geringerer Bildung in frühe Interventionsmaßnahmen involviert werden. Um die Inanspruchnahme der Angebote für Eltern mit unterschiedlicher Bildung zu vergleichen, wurden – wie bei der Auswertung der KiföG-Regionaldaten – Eltern nach ihrem Bildungsgrad in drei Gruppen eingeteilt. Geringe Bildung wird durch die ISCED-Gruppen 0 bis 2, hohe Bildung durch die ISCED-Gruppen 5 und 6 abgebildet.

Der Blick auf die Daten beider Stichproben (vgl. Abb. 6, S. 16, ohne mittlere Bildung) zeigt deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der Angebote nach Bildungsstand der Eltern auf. Die Involvierung von geringerebildeten Familien scheint bezüglich einiger der intensiveren Maßnahmen zu gelingen. So nimmt im

Vergleich zu höhergebildeten Familien ein höherer Prozentsatz von Familien mit geringerem Bildungshintergrund spezifische Beratungsangebote in Anspruch: Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle nehmen beispielsweise 23% bzw. 28% der Familien mit niedriger Bildung in Stadt B und Stadt A in Anspruch. Die Inanspruchnahme bei hochgebildeten Familien liegt dagegen nur bei 14% bzw. 9%. Bei den niedrigschwelligeren, primärpräventiven Angeboten zeigt sich jedoch erneut, dass diese von Familien mit höherer Bildung mehr in Anspruch genommen werden (z.B. Hebammenhilfe nach der Geburt mit niedriger Bildung in 46% bzw. 48% der Fälle gegenüber 84% bzw. 92% mit hoher Bildung). Die oben gezeigten Unterschiede zwischen den Städten bezüglich der Inanspruchnahme von Angeboten könnten zu einem gewissen Teil auf die unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung zurückzuführen sein. Betrachtet man beispielsweise nur die Sport- und Wohlfühlangebote, findet sich in der sozioökonomisch bessergestellten Stichprobe in Stadt A (55%) eine wesentlich höhere Inanspruchnahmerate als in Stadt B (28%) (vgl. Abb. 5). Wenn die beiden Städte innerhalb der verschiedenen Bildungsgruppen verglichen werden, sind die Unterschiede weniger stark ausgeprägt. So nehmen unter den Geringerebildeten nur 14% bzw. 8% solche Angebote in Anspruch, unter den Hochgebildeten sind dies 68% bzw. 52%. Unterschiede zwischen den Stichproben der Pilotstudien können zudem immer auch auf unterschiedliche Verfügbarkeit der Angebote vor Ort zurückzuführen sein.

Ergebnisse zur Zufriedenheit mit den in Anspruch genommenen Angeboten in den Stichproben beider Städte zeigen

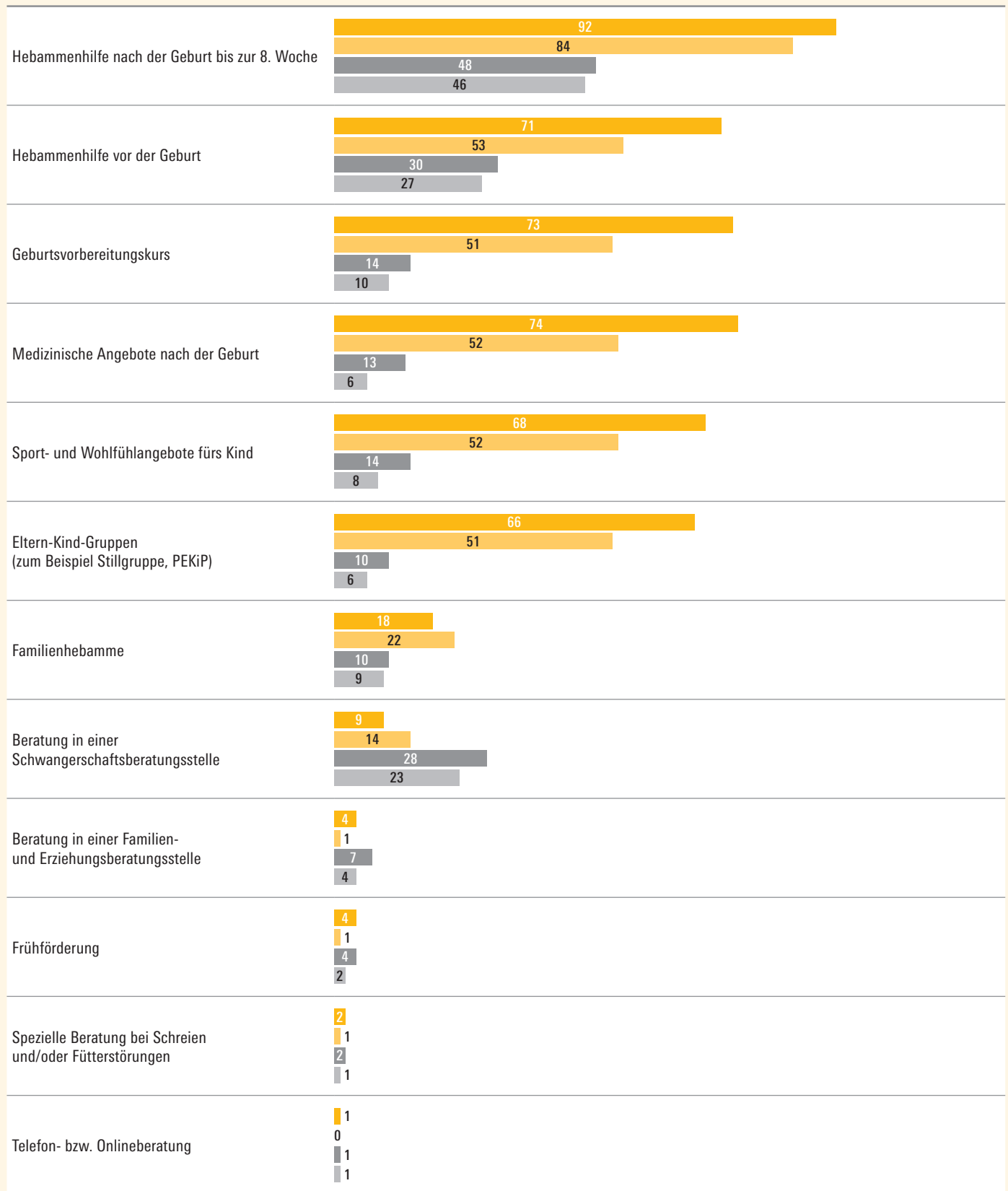
eine durchweg recht hohe Zufriedenheit (vgl. Abb. 7, S. 17), die unabhängig vom Bildungsgrad der Eltern ist. Besonders mit den von Hebammen angebotenen Hilfen erklären sich mindestens 70% der Familien sehr zufrieden und weniger als 10% waren nicht oder nur etwas zufrieden. Auch bei den weiteren Angeboten geben mehr als 60% der Familien an, sehr oder eher zufrieden mit dem Angebot gewesen zu sein. Somit scheinen Angebote für (werdende) Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren bei den Familien, die diese auch wirklich in Anspruch nehmen, auf großen Zuspruch zu treffen. Die Daten ergaben keine Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit den Angeboten und dem Bildungsgrad.

DISKUSSION DER BEFUNDE

Unterschiede in der Repräsentativität der Daten und der Nutzungserfassung

Die Daten der Studien zeigen, dass in der KiföG-Regionalstudie (Pilot I) und in Stadt A (Pilot II) eher höhergebildete Bevölkerungsschichten erreicht wurden, während in Stadt B (Pilot III) eine sehr realistische Verteilung der Bildungsgrade bis hin zu einer leichten Überrepräsentierung niedrigerebildeter Gruppen erreicht werden konnte. Trotz dieser unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzungen und der verschiedenen Feldzugänge erbrachten die Pilotstudien in Stadt A und B ähnliche Ergebnisse hinsichtlich Nutzungsmustern und Zufriedenheit mit den Angeboten, so dass diese insgesamt als robust und belastbar angesehen werden können. Die Daten aus der KiföG-Regionalstudie weichen in einigen Punkten leicht ab. Es bleibt jedoch zu beachten, dass diese Studie deutsch-

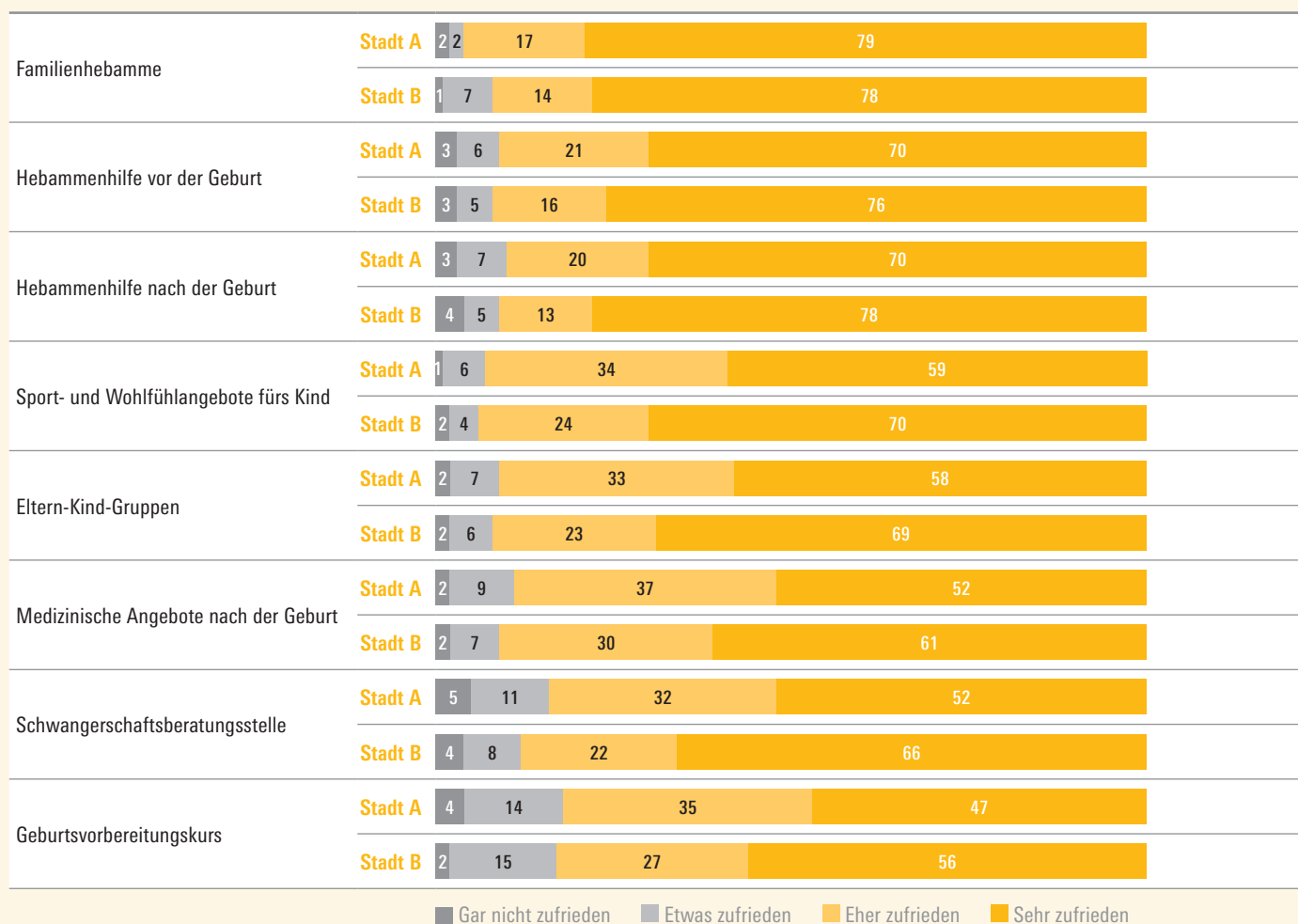
ABBILDUNG 6: INANSPRUCHNAHME VON ANGEBOTEN IM BEREICH DER BIO-PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG VON FAMILIEN MIT KLEINKINDERN NACH BILDUNGSGRAD DER ELTERN



Angaben in Prozent, Stadt A n=4.774, Stadt B n=1.580
 Quelle: KiD 0-3, Pilotstudien 2013/14

■ Hohe Bildung (Stadt A) ■ Hohe Bildung (Stadt B)
■ Niedrige Bildung (Stadt A) ■ Niedrige Bildung (Stadt B)

ABBILDUNG 7: ZUFRIEDENHEIT MIT ANGEBOTEN IM BEREICH DER BIO-PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG VON FAMILIEN MIT KLEINKINDERN



Ohne Angebote, die nur von wenigen Eltern in Anspruch genommen wurden.

Angaben in Prozent, Angaben in Prozent, Stadt A n=4.774, Stadt B n=1.580

Quelle: KiD 0-3, Pilotstudien 2013/14

landweite Daten erhoben hat und sich in der Erfassung der Angebotsreichweite von den anderen beiden Pilotstudien unterschied: Es wurde nach Kenntnis oder Unterbreitung von Frühen Hilfen («Ist Ihnen das Angebot bekannt?» bzw. »Wurde Ihnen eine solche Maßnahme angeboten?») sowie der Nutzungsrate in Form von Annahme unter den Familien, denen das Angebot bekannt war, gefragt. In den anderen beiden Pilotstudien wur-

de die absolute Inanspruchnahme – unabhängig von der Kenntnis der Angebote – abgefragt («Haben Sie das Angebot schon einmal genutzt?»). Offen bleibt nun die Frage, inwiefern unterschiedliche Antwortmuster tatsächliche Unterschiede bei den teilnehmenden Familien abbilden oder eben mit diesen abweichenden Fragestellungen zusammenhängen. Ebenso müsste überlegt werden, inwiefern einige der Unterschiede auch

darauf zurückzuführen sein könnten, dass z.B. höhergebildete Ausfüller diese begrifflich diffizilen Fragen anders verstehen oder sich besser an die erfragte Zeitspanne erinnern.

Geringere Kenntnis von primärpräventiven Angeboten bei Familien mit geringem Bildungsgrad

Betrachtet man die Kenntnis der Angebote im Bereich Frühe Hilfen in der

KiföG-Regionalstudie über die gesamte Gruppe hinweg, so zeigt sich deutlich, dass Kenntnis und Nutzung von Angeboten insgesamt nicht immer miteinander korrespondieren. Während niedrigschwellige, primärpräventive Angebote wie Eltern-Kind-Gruppen sehr bekannt sind und auch oft genutzt werden, werden Beratungsstellen trotz einer hohen Bekanntheit von den Familien nur sehr selten genutzt. Familienhebammen sind dagegen nur relativ wenigen Familien bekannt, werden jedoch von den Familien, die eine solche Unterstützung angeboten bekommen, relativ häufig genutzt. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang die Betrachtung von Kenntnis und Nutzung in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern. Hier zeigt sich, dass vor allem die primärpräventiven Angebote mit Komm-Struktur (bei denen die Eltern zu den Angeboten kommen müssen und nicht aufgesucht werden) wie Eltern-Kind-Gruppen oder Stadtteilzentren den höhergebildeten Familien deutlich häufiger bekannt sind als niedrigergebildeten. Willkommensbesuche, ehrenamtliche Unterstützung oder Familienhebammen sind dagegen mehr unter den niedrigergebildeten Familien bekannt. Da diese jedoch aufsuchende Hilfen darstellen, die speziell den Familien in belastenden Lebenslagen auch angeboten werden sollten, ist es nicht verwunderlich, sondern vielmehr erfreulich, dass besonders Familien mit geringerer Bildung häufiger von einer Kenntnis dieser Angebote berichten. Ein anderes Bild ergibt sich bei den sekundärpräventiven Angeboten mit Komm-Struktur wie den Erziehungsberatungsstellen. Die Kenntnis liegt hier unter den höhergebildeten Familien um fast 20% höher, was ver-

mutlich auch auf einen routinierteren Zugriff auf informierende Medien wie ausliegende Flyer, Internetseiten von Einrichtungen oder Elternzeitschriften zurückgeführt werden kann. Dennoch nutzen Familien mit niedrigerem Bildungsgrad dieses Angebot relativ gesehen häufiger, vermutlich weil sie häufiger mit Problemen und Krisen konfrontiert sind, die Anlass zum Besuch einer Beratungsstelle geben.

Hohe Nutzungsraten sekundärpräventiver Angebote bei Familien mit geringem Bildungsgrad

Blickt man zusätzlich auf die tatsächliche Nutzung der Angebote unter den Familien, denen das Angebot auch bekannt ist, zeigen sich weitere interessante Punkte. Hier ergeben sich hinsichtlich Willkommensbesuchen, ehrenamtlicher Unterstützung und insbesondere der Leistungen von Familienhebammen über alle Bildungsgruppen hinweg recht ähnliche Nutzungsraten. Da jedoch – wie eingangs beschrieben – solche Angebote schwerpunktmäßig Familien in belastenden Lebenslagen mit geringer Bildung angeboten werden sollten, erhalten vermutlich auch viele Familien, für die diese Hilfe eigentlich nicht zugeschnitten ist, Unterstützung durch eine Familienhebamme. Die Befunde zeigen jedoch auch, dass geringergebildete Familien nicht – wie oft vermutet – eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, bei diesen speziellen Interventionen teilzunehmen. Eine noch spezifischere Ansprache von Familien aus bildungsfernen Milieus erscheint somit sinnvoll.

Ein Blick auf die Nutzungsraten zeigt zudem, dass – trotz geringerer Kenntnis dieses Angebots – mehr niedrigergebildete

Familien in Beratungsstellen Unterstützung suchen. Da jedoch die Kenntnis der Angebote unter dieser Gruppe am geringsten ist, spricht dies für die Notwendigkeit einer deutlich besseren und gezielteren Verbreitung von Informationen über Erziehungsberatungsstellen und deren Arbeit in potenziell von Belastungen betroffenen Gruppen. Eine doppelte Selektion ergibt sich bei Eltern-Kind-Gruppen. Zum einen war die Kenntnis der Angebote unter den gebildeten Gruppen höher, und zum anderen zeigen sich bei dieser Gruppe auch wesentlich höhere Teilnahmequoten, wenn das Angebot bekannt ist. Das heißt, selbst wenn weniger gebildete Familien von Elternkursen oder Eltern-Kind-Gruppen Kenntnis haben, ist es weniger wahrscheinlich, dass sie auch an einem solchen Angebot teilnehmen. Gründe hierfür könnten darin liegen, dass solche Angebote oft mit Kosten verbunden sind, zumeist eine Komm-Struktur aufweisen und die Teilnahme in der Regel von den Familien selbst initiiert werden muss. Hier müssten gegebenenfalls Hürden für geringgebildete und belastete Familien weiter abgebaut werden; andererseits ließe sich aber auch die Frage diskutieren, ob solche Angebote für weniger belastete Eltern nicht auch geeigneter und passender sind.

Primärpräventive Angebote werden häufiger genutzt, die Nutzung sekundärpräventiver Hilfen ist noch ausbaufähig

Betrachtet man die Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Angeboten im Bereich Frühe Hilfen in den Pilotstudien in Stadt A und B, so zeigt sich, dass Angebote in Stadt B weniger in Anspruch genommen werden, was mögli-

cherweise auf eine insgesamt geringere Verfügbarkeit von Angeboten in dieser Kommune zurückgeführt werden kann. Unabhängig vom Pilotstandort werden primärpräventive Angebote wie Hebammenhilfe (Nachsorge) oder Geburtsvorbereitungskurse deutlich häufiger in Anspruch genommen als intensivere, sekundärpräventive Maßnahmen wie die Betreuung durch eine Familienhebamme, Frühförderung oder die Beratung durch Schwangerschafts- und Erziehungsberatungsstellen. Die geringe Inanspruchnahme dieser spezifischen Angebote könnte durch geringe Zahlen von Familien mit entsprechenden Bedarfen zu erklären sein, jedoch ist auch hier wieder davon auszugehen, dass nicht alle Familien mit diesen Bedarfen auch eine Kenntnis der Angebote haben oder in diese vermittelt werden. Ein Beispiel stellt die Inanspruchnahme der Beratung zu exzessivem Schreien, Schlaf- und/oder Fütterstörungen dar: Diese steht in keinem Verhältnis zu Befunden zum eigentlichen Bedarf solcher Angebote. So weisen internationalen Studien zufolge circa 20% der bis zu dreimonatigen Kinder exzessives Schreien (vgl. Lucassen et al. 2001) und 20% bis 30% der Säuglinge und Kleinkinder Ein- und Durchschlafstörungen auf (vgl. Wolke et al. 1994). Auch aus den beiden Pilotstudien ergab sich eine mit der Literatur übereinstimmende Prävalenz von 22,7% der Kinder, die Probleme in mindestens einem Bereich der Regulation haben (Schreien, Füttern, Schlafen). Die Inanspruchnahmeraten der Beratung bei Schrei- und Fütterstörungen liegen jedoch in beiden Stichproben nur bei 1% bis 2%. Somit muss angenommen werden, dass viele Familien mit spezifischen Bedarfen noch

nicht in die dafür vorgesehenen und geeigneten Hilfeangebote vermittelt werden bzw. nicht von der Existenz solcher Hilfen wissen. Möglicherweise spiegelt sich hier auch ein klinisch häufig zu beobachtender Trend wider, erst sehr spät, wenn die Problematik schon recht weit fortgeschritten ist, eine entsprechende Beratung aufzusuchen.

Geringe Inanspruchnahme primärpräventiver Hilfen bei Familien in belastenden Lebenslagen

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Angebote in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern, dann zeigt sich, dass die primärpräventiven Angebote entsprechend ihrer Konzipierung eine breite Masse, jedoch insbesondere die höhergebildeten Familien erreichen. Hebammenhilfe vor und nach der Geburt wird beispielsweise doppelt so häufig von hoch- wie von niedriggebildeten Familien in Anspruch genommen. Bei medizinischen Angeboten, Sport-, Freizeit- und Gruppenangeboten wird diese Differenz sogar noch deutlicher. Hier nehmen circa sechsmal so viele höhergebildete wie geringgebildete Familien teil. Diese Zahlen im Bereich der primärpräventiven Angebote sind wenig überraschend, da gerade primärpräventive Angebote allen Familien zur Verfügung stehen und insbesondere höhergebildete Familien oft und gerne in Eigeninitiative auf solche Angebote zurückgreifen.

Sekundärpräventive Angebote werden häufiger von Familien mit geringem Bildungsgrad in Anspruch genommen

Interessant ist nun der Blick auf die sekundärpräventiven Angebote. Es zeigt

sich, dass Frühförderung, Beratung in Familien-, Erziehungs- und insbesondere in Schwangerschaftsberatungsstellen häufiger von Familien mit geringem Bildungsgrad in Anspruch genommen werden. Gerade vor dem Hintergrund, dass in Schwangerschaftsberatungsstellen beispielsweise über die Bundesstiftung Mutter und Kind Gelder für die Erstaussstattung des Kindes beantragt werden können, erscheinen diese Befunde nachvollziehbar und zeigen, dass die Angebote tatsächlich auch eher von Familien genutzt werden, für die sie konzipiert wurden.

Mangelnde Zielgerichtetheit des Angebots »Familienhebamme«

Betrachtet man jedoch das sekundärpräventive Angebot der Betreuung durch eine Familienhebamme, muss festgehalten werden, dass trotz des konzeptionellen Fokus auf Familien mit spezifischen Hilfebedarfen in beiden Städten circa doppelt so viele hochgebildete Familien von dem Angebot Gebrauch machen als weniger gut gebildete Familien. Im Hinblick auf die Daten der Pilotstudien in den Städten A und B muss in diesem Zusammenhang jedoch einschränkend auf eine Ungenauigkeit in der Formulierung des Items hingewiesen werden: Die Eltern wurden gefragt, ob sie das Angebot »Hebammenhilfe über die 8. Woche hinaus/Familienhebamme« genutzt haben. Da es möglich ist, Nachsorgehebammen auch nach der achten Lebenswoche des Kindes, zum Beispiel bei Stillproblemen oder zur Einführung von Beikost, zu konsultieren, könnten sich die Antworten hier nicht nur auf die Nutzung des Angebots »Familienhebamme« beziehen und so eine Verzerrung in Richtung

einer höheren Nutzung des Angebots durch höhergebildete Gruppen bewirkt haben. Zukünftige Untersuchungen im Rahmen der Prävalenzforschung des NZFH werden diese Möglichkeit klären können. Für die Daten der KiföG-Regionalstudie gilt diese Einschränkung nicht, dort wurden die Eltern nach »der längeren Begleitung durch eine Familienhebamme oder Kinderkrankenschwester« gefragt. Die Daten aus der KiföG-Regionalstudie legen nahe, dass die Teilnahmebereitschaft unter den Bildungsgruppen ähnlich verteilt ist, allerdings nur, sofern den Familien ein entsprechendes Angebot auch unterbreitet wurde. Somit stellt sich die Frage, warum Familienhebammen denjenigen Gruppen, für welche sie primär gedacht sind, nicht in entsprechendem Maße auch angeboten werden. Unter Umständen könnten hier Selektionseffekte verantwortlich sein: Familienhebammen wählen – dort, wo die Vermittlung auf diese Weise geschieht – vielleicht selektiv weniger schwierige Fälle für ihre Arbeit aus oder Familien mit höherem Bildungsgrad suchen aktiver nach Unterstützung.

Große Zufriedenheit mit der Arbeit der (Familien-)Hebammen

In Erweiterung der Daten aus dem KiföG-Piloten wurde in den Piloten II und III auch die Zufriedenheit mit den Angeboten im Bereich der Frühen Hilfen erhoben. Insgesamt kann diese Zufriedenheit als sehr hoch bezeichnet werden. Familien, die solche Angebote in Anspruch genommen haben, nehmen diese auch als positiv wahr, wobei besonders die Unterstützung durch (Familien-)Hebammen bei Eltern auf große Fürsprache trifft. Somit scheinen diese Angebote und die

entsprechenden Fachkräfte das Vertrauen der Familien zu genießen und einen guten Zugang zu ihnen darzustellen.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Familien generell zwar sehr zufrieden mit den Angeboten rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre des Kindes sind, dass aber gerade diejenigen unter ihnen, die am meisten von Unterstützungsmaßnahmen profitieren könnten (z.B. weniger gebildete, sozioökonomisch benachteiligte Familien), solche Angebote weniger in Anspruch nehmen. Hier besteht also noch Handlungsbedarf, um potenziell belastete Familien noch besser in die speziell für sie entwickelten Angebote im Bereich Frühe Hilfen zu vermitteln. Dies trifft insbesondere für die Unterstützung durch Familienhebammen zu, aber auch die Angebote der Erziehungs- und Familienberatungsstellen sollten in spezifischen Zielgruppen noch besser bekannt gemacht werden.

Bei den primärpräventiven Angeboten zeigt sich nach wie vor eine große Kluft zwischen den Bildungsgruppen hinsichtlich der Teilnahmeraten: Weniger gebildete Familien sind hier immer noch entschieden unterrepräsentiert. Es sollte daran gearbeitet werden, dass niedrigergebildete Familien zum einen besser über die Existenz – und mögliche Finanzierung – solcher Unterstützungsmöglichkeiten informiert und zum anderen gezielter dorthin vermittelt werden. Die Information über die weitgefächerte Hilfelandschaft sollte weiter verbessert werden, auch um eine dem jeweiligen Bedarf entsprechende Inanspruchnahme durch unterschiedliche Gruppen von Familien

zu ermöglichen. Die berichteten drei Pilotstudien liefern dazu wichtige Erkenntnisse, indem sie deutlichen Informationsbedarf bei bildungsfernen Familien aufdecken und zeigen, dass weiterhin an der Zielgerichtetheit einzelner Angebote, insbesondere der Betreuung durch Familienhebammen, gearbeitet werden sollte.

Weiterführende Erkenntnisse zu den Belastungen und Unterstützungsbedarfen spezifischer Gruppen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland wird die 2015 durchgeführte repräsentative Hauptstudie liefern. Sie wird zudem erneut nach Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Hilfeangeboten rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre des Kindes fragen, auch um Veränderungen auf Seiten der Adressatinnen und Adressaten der Unterstützungsangebote im Verlauf der Bundesinitiative Frühe Hilfen abbilden zu können. Die Ergebnisse dienen als Basis für den weiteren bedarfsgerechten Ausbau von Frühen Hilfen. Die 2014 begonnene Vertiefungsstudie soll darüber hinaus weitere Erkenntnisse über die Zusammenhänge von psychosozialen Belastungen und kindlichen Entwicklungschancen generieren und dabei auch vermittelnde Wirkmechanismen aufdecken, um mögliche Ansatzpunkte für gezielte Interventionen zu identifizieren.

Literatur

- Lange, U./Liebald, C. (2012): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln.
- Lucassen, P. L./Assendelft, W. J./van Eijk, J. T./Gubbels, J. W./Douwes, A. C./van Geldrop, W. J. (2001): Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Archives of Disease in Childhood*, 84, p. 398–403.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln.
- Paul, M./Renner, I. (2015): Familienhebammen. In: Melzer, W./Hermann, D./Sandfuchs, D./Schäfer, M./Schubarth, W./Daschner, P. (Hrsg.): *Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen*. Bad Heilbrunn, S. 380–384.
- Regionalstatistik (2014): Regionaldatenbank Deutschland. Zugriff unter: www.regionalstatistik.de/genesis/online/logon (27.05.2014).
- Sidor, A./Kunz, E./Eickhorst, A./Cierpka, M. (2013): Effects of the early prevention program »Keiner fällt durchs Netz« (»Nobody slips through the net«) on child, mother, and their relationship: A controlled study. *Infant Mental Health Journal*, 34, p. 11–24.
- Wolke, D./Gray, P./Meyer, R. (1994): Excessive Infant Crying: A controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics*, 94, p. 322–332.

Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen

Strukturen und Personen, Aufgaben und Herausforderungen

Frühe Hilfen haben in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen. Sie sind seit dem 2005 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegten Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« und spätestens seit dem Start der daraus erwachsenen Bundesinitiative »Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015« dabei, sich als eigenes, mit dem Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) bundesweit kodifiziertes Handlungsfeld dauerhaft in den Ländern und Kommunen zu etablieren. Dreh- und Angelpunkt des angestrebten flächendeckenden Ausbaus von Frühen Hilfen stellt – neben der Bereitstellung von Angeboten für Familien mit kleinen Kindern – die sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation von Fachkräften und Institutionen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer Sozialleistungssysteme dar. Auf diese Weise soll es gelingen, zum einen Unter-

stützungsbedarfe von Eltern und Kindern frühzeitiger wahrzunehmen und ihnen zum anderen systematischer als bislang Zugänge zu passgenauen Unterstützungs- und Hilfeangeboten zu eröffnen. Im Kern geht es also um die (Weiter-)Entwicklung einer präventiven kommunalen Versorgungsstruktur für (werdende) Eltern und ihre Kinder bis zum Abschluss des dritten Lebensjahres mit einem Schwerpunkt auf Familien mit psychosozialen Belastungen.

Zum Stand des Ausbaus von Netzwerken Frühe Hilfen

Ein erstes Zwischenfazit zur Bundesinitiative Frühe Hilfen konnte nach einem Jahr Laufzeit im Rahmen der Berichterstattung an den Deutschen Bundestag gezogen werden (vgl. NZFH 2014a). Es beruht unter anderem auf den Ergebnissen der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) 2013 im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung erstmals durchgeführten jährlichen Befragung aller geförderten Kommunen.¹

¹ Antragsberechtigt sind gemäß der Verwaltungsvereinbarung von Bund und Ländern (VV BIFH) Kreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden, sofern sie örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind (vgl. Art. 4, Abs. 3 VV BIFH). Von den Landeskoordinierungsstellen für die Bundesinitiative Frühe Hilfen, die als Zuwendungsgeber antragsberechtigter Kommunen fungieren, wurden für die Befragung 2013 die Ansprechpartner für 566 Jugendamtsbezirke übermittelt. 543 Kommunen haben an der ersten Befragungswelle teilgenommen (95,9%). Bei der Befragung 2014 waren es 553 von 568 übermittelten Kommunen (97,4%). Da einige Kommunen gemeinsame Anträge gestellt haben, kann von einer flächendeckenden Förderung in Deutschland gesprochen werden.

Hinsichtlich des Auf- und Ausbaus von Netzwerkstrukturen im Bereich Frühe Hilfen zeigen die Ergebnisse erste Erfolge, weisen aber auch auf weiter bestehende fachliche Entwicklungsbedarfe hin (vgl. NZFH 2014a, S. 53–64).

Einerseits erfuhr der bereits vor der Bundesinitiative durch Länderprogramme und kommunale Projekte begonnene Aufbau von Netzwerken Frühe Hilfen (vgl. Sann/Küster 2013) einen weiteren Schub. 90,8% (493 von 543) der befragten Kommunen haben für den Stichtag 30.06.2013 angegeben, dass in ihrem Jugendamtsbezirk eine Netzwerkstruktur mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen installiert ist (o. Abb.). Die nach Abschluss des Zwischenberichts durchgeführte zweite Befragung bestätigt diese Entwicklung. Zum 30.6.2014 gab es in 97,5% (539 von 553) der befragten Kommunen ein oder mehrere Netzwerke Frühe Hilfen (o. Abb.). Somit sind mittlerweile zumindest die strukturellen Voraussetzungen für eine bereichsübergreifende Vernetzung von Leistungen und Angeboten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bundesweit gegeben.

Zudem konnte im Zwischenbericht gezeigt werden, dass in vier von fünf Netzwerken Frühe Hilfen Institutionen aus zentralen Versorgungsbereichen wie das Gesundheitsamt, die Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, der Allgemeine Soziale Dienst sowie Schwangerschaftsberatungsstellen als Kooperationspartner vertreten sind (vgl. Tab. 1). Darüber hinaus ist es bereits in der Anlaufphase der Bundesinitiative gelungen, Familienhebammen als prototypisches Angebot für Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf systematisch in die Netzwerke Frühe Hilfen

einzu beziehen. Auch wenn Jugendämter teilweise von Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit diesen Fachkräften berichten, wie bspw. bei der Aushandlung der Vergütung oder der Auftragsklärung, erreicht die mittlere Kooperationsqualität dieser Akteursgruppe die höchsten Werte unter allen Kooperationspartnern und liegt damit noch vor der Bewertung von Akteuren aus dem »eigenen« System der Kinder- und Jugendhilfe.

Andererseits zeigen die im ersten Jahr der Bundesinitiative gesammelten Erfahrungen und empirischen Analysen auch, dass die mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes und der Förderung durch die Bundesinitiative beabsichtigte politische Absicherung, rechtliche Normierung und flächendeckende fachliche Qualitätsentwicklung von Frühen Hilfen noch am Anfang steht. Insbesondere ist die bessere Einbeziehung des Gesundheitswesens – vor allem in den Bereichen, in denen es weder eine rechtliche Verpflichtung zur Kooperation noch einen finanziellen Anreiz bzw. Ausgleich dafür gibt – weiterhin eine nicht vollständig eingelöste Entwicklungsaufgabe. Zentrale Partner der gesundheitlichen Regelversorgung von Familien wie Kinderärztinnen und -ärzte (66,1%), niedergelassene Hebammen (64,7%), Geburtskliniken (62,2%) und Kinderkliniken (49,2%) sind weniger häufig als bspw. Familienhebammen (80,2%) in der fallübergreifenden Kooperation lokaler Netzwerke aktiv, obwohl sie in der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative als einzubindende Akteure ausdrücklich erwähnt werden (vgl. Tab. 1, S. 24). Besonders kritisch ist vor allem die geringe Beteiligung derjenigen Gesundheitsdienste zu bewerten, die im Kontext von psychischen Be-

lastungen und psychiatrischen Erkrankungen von Eltern tätig sind, welche als ein Hauptrisikofaktor für ein dysfunktionales Erziehungsverhalten gelten.

Es bleibt abzuwarten, ob es im Zuge der weiteren Etablierung der Netzwerke Frühe Hilfen zu Veränderungen in deren Zusammensetzung und in der Bewertung der Kooperationsqualität mit einzelnen Akteuren kommt. Aufschluss hierzu wird die Auswertung der dritten Erhebungswelle der Kommunalbefragung des NZFH liefern können, die 2016 vorgelegt werden wird.

Mit der Initiierung eines Netzwerks als regelmäßigem Austauschforum von Fachkräften aus den für (werdende) Eltern und Familien mit kleinen Kindern bedeutsamen Versorgungsbereichen ist jedoch nur ein erster formaler Schritt getan. Im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) und insbesondere in der Verwaltungsvereinbarung von Bund und Ländern zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (VV BIFH) sind Aufgaben und Qualitätskriterien für verbindliche Netzwerkstrukturen festgelegt, die weit über den bloßen Informationsaustausch (»sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum ... informieren«, KKG § 3, Abs. 1) hinausgehen und in der Folge bis in die Arbeitsabläufe und Systemlogiken der beteiligten Kooperationspartner hineinreichen. So sollen im Rahmen der Netzwerke Frühe Hilfen Vereinbarungen für eine verbindliche Zusammenarbeit im Netzwerk sowie Qualitätsstandards auch zum Umgang mit Einzelfällen erarbeitet (VV BIFH) und Verfahren im Kinderschutz miteinander festgelegt (KKG) werden. Angebote sollen aufeinander abgestimmt gestaltet und weiterentwickelt

sowie die dafür grundlegenden strukturellen Fragen geklärt werden (KKG). Auf Grundlage der Jugendhilfeplanung nach § 80 SGB VIII sollen zudem regelmäßig Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt und die Zielerreichung überprüft (VV BIFH) werden.

Damit ist ein fachlich herausforderndes Anforderungsprofil für die lokale Netzwerkarbeit umrissen, das den Aufbau einer möglichst verbindlich geregelten Zusammenarbeit einer Vielzahl von Akteuren umfasst, die jedoch hinsichtlich ihrer rechtlichen Verfasstheit, internen

Handlungslogiken und ihres Professionalisierungsgrades äußerst heterogen sind. Die Organisation der Zusammenarbeit findet dabei auf zwei Ebenen statt: Zum einen geht es um eine sektorenübergreifende Infrastrukturentwicklung im Bereich Frühe Hilfen auf der Ebene von Organisationen und Institutionen, zum anderen um die Kooperation von Fachkräften im konkreten Einzelfall. Beide Ebenen müssen bedacht und regelhaft miteinander verknüpft werden, um tatsächlich einen Benefit auf der Ebene der Adressatinnen und Adressaten erreichen zu können. Die kommunale Organisation von Frühen Hilfen ist also von einem hohen Grad an Komplexität gekennzeichnet und geht einher mit hohen Anforderungen an Planung und Steuerung.

Da die Ausgangsbedingungen in den bundesdeutschen Landkreisen, kreisfreien Städten und Gemeinden mit kommunalisierten Jugendämtern sehr unterschiedlich sind, wurde den für die Organisation der Netzwerke zuständigen Jugendämtern im Rahmen der Umsetzung der Bundesinitiative zugestanden, die oben genannten Kriterien aus der Verwaltungsvereinbarung als Entwicklungsziele zu verstehen, die es anzustreben gilt. Ähnliches gilt für die Regelungen des BKiSchG, da erfahrungsgemäß zwischen Gesetzesverabschiedung und entsprechenden (erwünschten und auch nicht-intendierten) Effekten im Praxisfeld etliche Jahre Entwicklungszeit liegen (vgl. Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V./Technische Universität Dortmund 2015). Entsprechend wird für viele Jugendamtsbezirke auch im Förderbereich »Auf- und Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen« der Bundesinitiative nach wie vor ein (sehr) hoher fachlicher

TABELLE 1: AKTEURE IN DEN NETZWERKEN FRÜHE HILFEN

	Kooperation		Beurteilung Kooperations- qualität
	fallüber- greifend	einzelfall- bezogen	
Gesundheitsamt*	86,1	57,9	2,2
Erziehungs-/Ehe-/Familien- und Lebensberatungsstellen*	85,4	63,8	2,5
Allgemeiner Sozialer Dienst*	84,7	81,3	2,4
Schwangerschaftsberatungsstellen*	82,1	66,6	1,8
Familienhebammen*	80,2	66,8	1,6
Kindertageseinrichtungen	72,9	63,8	3,0
Frühförderstellen*	72,1	63,6	2,0
Einrichtungen und Dienste der Hilfen zur Erziehung*	70,4	67,2	2,8
Familienzentren / Mehrgenerationenhäuser / Mütterzentren	69,5	43,9	2,7
Kinderärztliche Praxen*	66,1	63,8	2,6
Niedergelassene Hebammen*	64,7	68,3	2,5
Geburtsklinik*	62,2	63,6	2,3
Familienbildungsstätten	53,7	21,2	2,8
Kinderklinik*	49,2	57,4	2,2
Agentur für Arbeit / Jobcenter / ARGE	44,5	52,7	2,6
Kindertagespflegestellen	43,9	50,1	3,2
Suchtberatungsstellen	43,3	50,8	2,5
Polizei	42,0	37,9	2,2
Frauenunterstützungseinrichtungen	38,8	44,1	2,2
Schulen	38,0	40,5	2,7
Frauenärztliche Praxen	35,5	48,5	3,3
Sozialpsychiatrischer Dienst	34,3	50,6	2,5
Migrationseinrichtungen/-dienste	32,5	41,8	2,4
Abteilung/Klinik für Erwachsenenpsychiatrie/-psychologie	23,4	36,9	3,0
Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen	16,8	36,9	3,0
Hausärztliche Praxen	15,0	38,9	3,3

30.06.2013, Auswahl, Angaben in Prozent der Netzwerke in den befragten Kommunen und Mittelwerte auf 5er-Notenskala von 1 »sehr zufrieden« bis 5 »sehr unzufrieden«, N=561

* Fördervoraussetzung nach VV BIFH Art. 2, Abs. 3 (Entwicklungsziel)

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, erste Erhebungswelle (2013)

Entwicklungsbedarf gesehen (vgl. NZFH 2014a, S. 52). Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine Sensibilisierung der Fachpraxis für die Komplexität von Netzwerklandschaften zurückzuführen sowie auf gestiegene Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Aufbaus und der Verstärkung von Netzwerken.

Als Schlüssel für die Etablierung und Erhaltung von nachhaltig arbeitsfähigen Netzwerkstrukturen gilt die Einrichtung einer fachlich qualifizierten Koordination (vgl. u.a. Ziegenhain u.a. 2011, Quilling u.a. 2013), die zugleich Fördergegenstand der Bundesinitiative ist. Im Zuge der Verbreitung und Etablierung von Frühen Hilfen entwickelt sich hier ein neues, bedeutsames Tätigkeitsfeld, das in diesem Beitrag mit empirischen Befunden aus den beiden ersten Kommunalbefragungen beleuchtet werden soll. Erstmals können damit für Deutschland Erkenntnisse zur institutionellen Ansiedlung und personellen Ausstattung der Koordinierungsstellen sowie zu den Aufgaben und zum fachlichen Profil der Netzwerkkoordinierenden vorgestellt und vor dem Hintergrund fachlicher Anforderungen und sich abzeichnender Qualitätsentwicklungs- und Qualifizierungsbedarfe diskutiert werden.

Verbreitung und institutionelle Ansiedlung der Koordinierungsstellen

Bereits vor Inkrafttreten des BKiSchG hatten sich – seit 2007 unterstützt durch entsprechende, sukzessiv in den Ländern eingeführte Kinderschutzgesetze (vgl. Meysen/Eschelbach 2012, S. 31ff.) und auch angestoßen durch das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme«

des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006–2010) – vielerorts Netzwerkstrukturen im Bereich der Versorgung von Familien mit kleinen Kindern etabliert. Auch die Einrichtung von Koordinierungsstellen wurde in einigen Länderprogrammen – wie etwa in Bayern, Rheinland-Pfalz und dem Saarland – flächendeckend gefördert, so dass vor 2011 in bundesweit 43,8% der Jugendamtsbezirke bereits Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen eingerichtet waren, insbesondere in westdeutschen Bundesländern (o. Abb., vgl. NZFH 2014a, S. 57). Mit Inkrafttreten des BKiSchG und im Zuge der Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen ist der Anteil mittlerweile auf 97,7% gestiegen. Letztlich kann davon ausgegangen werden, dass beinahe jedes Netzwerk Frühe Hilfen in Deutschland heute von einer Koordinierungsstelle unterstützt wird.

Die Koordinierungsstellen sind (Stand 30.06.2014) fast ausschließlich bei den örtlichen Jugendämtern institutionell angesiedelt (89,5% aller befragten Kommunen, Mehrfachangaben möglich, o. Abb.). Lediglich 4,5% der Koordinierungsstellen sind zumindest anteilig im Gesundheitsamt verortet, hier insbesondere als gemeinsame Koordinierungsstelle zusammen mit dem Jugendamt. In 2,9% der Jugendamtsbezirke sind die Koordinierungsstellen Teil einer anderen kommunalen Behörde. In 8% werden sie von freien Trägern der Jugendhilfe – teilweise in Kooperation mit dem Jugendamt – bereitgestellt.² Es zeigt sich, dass die Länder die im KKG vorgesehene Möglichkeit nicht nutzen, durch eigene Regelungen die Verantwortung für die Organisation der Netzwerke Frühe Hil-

² Bei der Erhebung 2013, deren Ergebnisse in den Zwischenbericht zur Bundesinitiative eingeflossen sind, ergaben sich geringfügig abweichende Prozentangaben.

fen subsidiär an andere Institutionen zu übertragen. Diese Aufgabe verbleibt in der Regel in der hoheitlichen Steuerungsverantwortung der öffentlichen Jugendhilfe. Auch sogenannte Tandem-Modelle, bei denen sich unterschiedliche Träger die Koordination – wie im saarländischen Landeskonzept die Jugend- und Gesundheitsämter – teilen, sind nur gering verbreitet. Lediglich in 66 Jugendamtsbezirken waren zum 30.6.2014 Tandem-Modelle implementiert (11,9%) und in 34 Jugendamtsbezirken (6,1%) war das Jugendamt nicht Träger der Koordinierungsstelle. Damit hat sich die Koordination der Netzwerke Frühe Hilfen eindeutig als Teil der Aufgaben der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe etabliert. Diese institutionelle Zuordnung bietet günstige Voraussetzungen, um bspw. die Abstimmung von lokalen Angeboten im Bereich der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit der ebenfalls in der Regel dem Jugendamt zugeordneten Jugendhilfeplanung zu koordinieren (vgl. Schone 2015). Dabei besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich möglicher Vorteile einer gemeinsamen Koordination von Jugend- und Gesundheitsämtern, z.B. in Fragen der besseren Einbeziehung des Gesundheitswesens in die Netzwerke.

Darüber hinaus ist die fachliche wie hierarchische Verortung der Koordinierungsstellen innerhalb der kommunalen Jugendämter von Bedeutung. Zum 30.6.2014 waren 27,5% der Koordinierungsstellen im Fachbereich oder einer vergleichbaren Organisationseinheit angesiedelt, in der auch der Allgemeine Soziale Dienst, Soziale Dienste oder Erziehungshilfen verortet sind (vgl. Abb. 1).³ Diese Zuordnung wird zum Teil sehr

3 Neben der institutionellen Nähe ist bei dieser Frage auch noch der Anteil derjenigen Personen relevant, die in Teilzeit sowohl im ASD als auch in der Koordinierungsstelle tätig sind. Dies betrifft 10,4% der insgesamt in der Befragung 2014 personalstatistisch erfassten Koordinatorinnen und -koordinatoren.

kritisch diskutiert, da hier die fachliche Konturierung der präventiv ausgerichteten Frühen Hilfen im Kontext von Organisationseinheiten, die für den intervenierenden Kinderschutz zuständig sind, nach innen und nach außen schwerfallen kann. In 12,3% der Jugendamtsbezirke sind die Netzwerkkordinierungsstellen den Stellen mit Zuständigkeit für Familienförderung, Erziehungsberatung oder Kindertagesbetreuung zugeordnet, in 5,1% dem Sachgebiet Planung/Steuerung. Auf welcher hierarchischen Ebene die Koordinierungsstelle im Gefüge der Ämter positioniert ist, liefert auch einen Hinweis darauf, welcher fachpolitische Stellenwert ihr zugemessen und welcher Handlungsspielraum als dafür notwendig erachtet wird. Immerhin in 17,7% der Jugendamtsbezirke bilden Frühe Hilfen ein eigenes Sachgebiet und in 23,7% sind sie als Stabsstelle bei der Amts- oder

ABBILDUNG 1: INSTITUTIONELLE ANSIEDLUNG VON KOORDINIERUNGSSTELLEN FÜR NETZWERKE FRÜHE HILFEN

Allgemeiner Sozialer Dienst, Soziale Dienste, Erziehungshilfen	27,5
Stabsstelle/Amtsleitung	23,7
Eigenes Sachgebiet	17,7
Familienförderung, Erziehungsberatung, Kindertagesbetreuung	10,7
Planung/Steuerung	5,1
Sonstiges Sachgebiet	4,9
Nicht im Jugendamt	6,1
Keine Koordinierungsstelle	1,8
Kein Netzwerk Frühe Hilfen	2,5

30.06.2014, Angaben in Prozent, N=553

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

Fachgruppenleitung organisatorisch verankert bzw. werden der Amtsleitung zugeordnet. Diese Zuordnung entspricht in vielen Jugendämtern der dort vorhandenen konzeptionellen Ausrichtung der Koordinierungsstellen, die neben dem operativen Netzwerkmanagement auch Planungs- und Steuerungsaufgaben innehaben.

Bei aller Heterogenität der verbreiteten institutionellen Lösungen scheint die Frage der Ansiedlung der Koordinierungsstellen zumindest beim überwiegenden Teil der befragten Kommunen keine Fragen aufzuwerfen (vgl. Abb. 2). Gefragt nach den Problemen bei der Etablierung einer Koordinierungsstelle des Netzwerks Frühe Hilfen gaben 2014 lediglich 18% der befragten Kommunen einen hohen Klärungsbedarf bei der institutionellen Ansiedlung der Koordinierungsstellen an. Etwas häufiger angege-

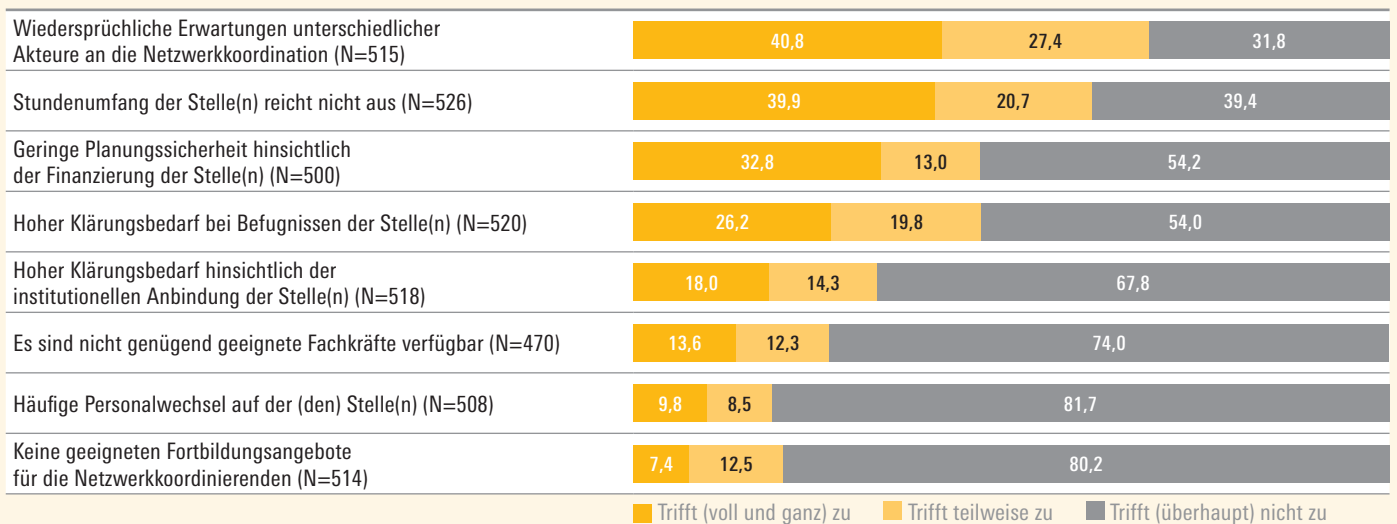
ben wird ein hoher Klärungsbedarf bei den Befugnissen der Stelle, wobei auch diese Frage über die Hälfte der Kommunen als nicht problematisch wertet; weitere knapp 20% sehen dies als teilweise problematisch an. In drei Viertel der Jugendamtsbezirke, so das erste grobe Gesamtbild, scheinen sich mittlerweile passende Lösungen im institutionellen Gefüge vor Ort etabliert zu haben. In Bezug auf die weitere Qualitätsentwicklung stellt sich jedoch die Frage, welche Vor- und Nachteile diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Koordination der Netzwerke jeweils mit sich bringen.

Ausstattung der Koordinierungsstellen

Weiter verbreitet sind und als gravierender wahrgenommen werden vor allem Probleme bei der personellen Ausstat-

tung, insbesondere hinsichtlich des zur Verfügung stehenden Stundenumfangs der Stelle und der Planungssicherheit hierzu (vgl. Abb. 2). Zur Finanzierung der Koordinierungsstellen werden zu meist unterschiedliche Quellen herangezogen: Im Bundesdurchschnitt stammten 2013 die eingesetzten Mittel zu 44,7% aus kommunalen Etats, zu 42,7% aus der Bundesinitiative Frühe Hilfen und zu 12,1% aus Landesets (o. Abb., vgl. NZFH 2014a, S. 58). Sonstige Mittel (Stiftungsgelder, Spenden etc.) spielen kaum eine Rolle. Eine Vollfinanzierung durch die Bundesmittel lag bei 19,5% der Netzwerkkoordinierungsstellen vor, hingegen fördern die Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland Koordinierungsstellen ausschließlich aus Landesmitteln. Der hohe Anteil an Bundesmitteln zeigt einen deutlichen Finanzierungsbedarf, der im KKG durch die Einrichtung eines Fonds

ABBILDUNG 2: PROBLEME BEI DER ETABLIERUNG VON KOORDINIERUNGSSTELLEN FÜR NETZWERKE FRÜHE HILFEN



30.06.2014, Auswahl, Angaben in Prozent

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien ab 2016 berücksichtigt wird. Es sollte sich mit Inkrafttreten des Fonds auch die Planungssicherheit hinsichtlich der Finanzierung der Stellen, die 2014 von knapp einem Drittel der Kommunen als gewichtiges Problem gesehen wurde, verbessern.

Die Ausstattung der Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen mit Personalressourcen ist deutschlandweit unterschiedlich. Insgesamt setzen die 2014 befragten 553 Kommunen für diese Aufgabe 484 Vollzeitäquivalente (VZÄ) in ihren Jugendamtsbezirken ein. Knapp 38% von ihnen verfügen über maximal 0,5 VZÄ, 36% setzen 0,5 bis zu einem VZÄ für die Netzwerkkoordination ein. Lediglich in 20% der Jugendamtsbezirke liegt die Personalausstattung über dem Umfang einer Vollzeitstelle (vgl. Abb. 3). Auch bei der Bewertung der Personalaus-

stattung zeigt sich kein einheitliches Bild. 40% der befragten Kommunen schätzen den zur Verfügung stehenden Stundenumfang als zu gering und als ein (gravierendes) Problem ein, gleich viele sehen darin kaum oder keine Schwierigkeiten (vgl. Abb. 2).

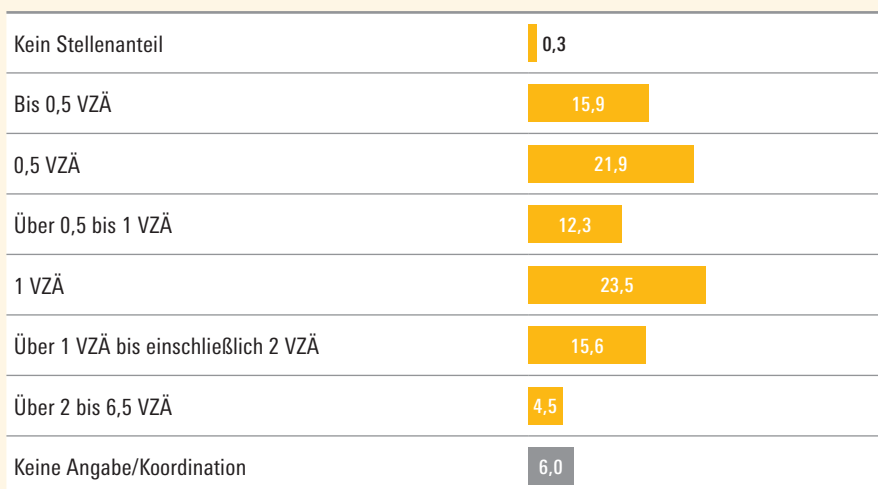
Ob regionale Unterschiede bzw. Länderförderprogramme sich hier systematisch auswirken, wird die weitere Auswertung der Daten zeigen. Jedoch kann bereits jetzt von einer personellen Unterausstattung der Koordinierungsstellen in vielen Jugendamtsbezirken ausgegangen werden. Dieser Eindruck verstärkt sich noch, wenn die durchschnittlich zur Verfügung stehenden Personalressourcen mit den zu erledigenden Aufgaben in Beziehung gesetzt werden.

Aufgaben der Koordinierungsstellen

Zur Frage, welche Aufgaben einer Koordinierungsstelle für Netzwerke Frühe Hilfen zuzurechnen sind, gibt es keine bundesweit einheitliche und verbindliche Antwort. Im KKG und auch in der Gesetzesbegründung werden Koordinierungsstellen nicht erwähnt. In der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Bundesinitiative Frühe Hilfen, in der Koordinierungsstellen als fachlicher Standard gesetzt werden, wird mit den Aufgaben, die im Rahmen von Netzwerken Frühe Hilfen bearbeitet werden sollen, ein Anforderungsprofil lediglich indirekt angedeutet. Entsprechend waren viele Jugendämter gefordert, für die seit 2012 neu geschaffenen Koordinierungsstellen Aufgaben und Befugnisse zu definieren, die konzeptionell zugeschnitten sind auf die jeweiligen – kommunal äußerst unterschiedlich ausfallenden –

4 Darüber hinaus lassen sich Hinweise finden in den vom NZFH-Beirat erarbeiteten »Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Frühe Hilfen« (NZFH 2014b).

ABBILDUNG 3: PERSONALAUSSTATTUNG VON KOORDINIERUNGSSTELLEN FÜR NETZWERKE FRÜHE HILFEN



30.06.2014, Angaben in Prozent, N=553

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

Traditionen und Gegebenheiten vor Ort, den gesetzlichen Auftrag und ggf. länder-spezifische Auflagen.

Eine erste Orientierung mit empfehlendem Charakter bietet das vom NZFH in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis entwickelte und 2013 herausgegebene »Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen« (Hoffmann/Mengel/Sandner 2013).⁴ Dort sind neben Beschreibungen von Handlungsanforderungen und für deren Bewältigung erforderliche Kompetenzen auch begriffliche Bestimmungen zu finden. So wird Koordination als das planmäßige Verknüpfen von arbeitsteilig erbrachten Aktivitäten verschiedener Beteiligter in einem gemeinsamen Prozess hin zu einer gemeinsamen Leistung verstanden. Die Zusammenarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen erfolgt darüber hinaus immer mit Blick auf einen konkreten Mehrwert für die Familien vor Ort. Netzwerkkoordination wird zudem als querliegend zu den Leistungssystemen und den kommunalen Verwaltungsstrukturen beschrieben und umfasst sowohl operatives als auch strategisch-steuerndes Handeln, jedoch in lokal unterschiedlich großen Anteilen. Das Kompetenzprofil für Netzwerkkoordinatorinnen wurde als Basis für die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten und zur Orientierung für Anstellungsträger und Fachkräfte entwickelt. Es ist nicht gleichzusetzen mit einem konkreten Aufgabenprofil oder einer Stellenbeschreibung, kann jedoch als Reflexionsfolie für deren Erarbeitung dienen.

Folgende vier zentrale Handlungsanforderungen für die Netzwerkkoordination wurden identifiziert und mit jeweils

spezifischem fachlichem Wissen und methodischen Fertigkeiten sowie personalen Kompetenzen in Form von Sozial- und Selbstkompetenzen unterlegt:

Die Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren...

- (1) ... »entwickeln ein Verständnis von Frühen Hilfen gemeinsam mit dem Netzwerk und nehmen die Funktion eines professionellen Mittlers zwischen den verschiedenen Akteuren im Netzwerk ein.«
- (2) ... »bauen ein Netzwerk Frühe Hilfen mit auf, beziehen dabei bestehende Strukturen ein und sorgen für den Erhalt und die Weiterentwicklung des Netzwerks.«
- (3) ... »schaffen gemeinsam mit dem Netzwerk die infrastrukturellen Grundlagen dafür, dass Angebote Früher Hilfen von Familien gerne genutzt werden und diese für sie nützlich sind.«
- (4) ... »initiiieren und befördern Maßnahmen der Qualitätsentwicklung im Netzwerk Frühe Hilfen.«

Die Aufgaben der Netzwerkkoordinatorinnen waren auch Thema in der ersten Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Die Befragten wurden gebeten, auf einer 5er-Skala anzugeben, wie relevant 18 aufgelistete Aufgaben für die Arbeit der Netzwerkkoordinatorinnen in ihrem Jugendamtsbezirk sind (vgl. Abb. 4, S. 30). Bei der Auswertung wurde deutlich, dass Aufgaben im Bereich Konzeptentwicklung, Netzwerkmanagement und Wissensmanagement/Öffentlichkeitsarbeit von der überwiegenden Mehrheit der

Kommunen als relevant oder sehr relevant eingeschätzt wurden. Diese Aufgaben bilden für alle Koordinierenden den Kern ihrer Tätigkeiten. Hinzu kommen Qualifizierungs-, Planungs-, Dokumentations- sowie Verwaltungsaufgaben, die von 77% bis 94% der Kommunen als relevant eingestuft werden. Gemeinsam ist diesen Aufgaben, dass sie vornehmlich auf die Strukturentwicklung bei der Netzwerkarbeit und weniger auf Einzelfallarbeit mit Familien bezogen sind.

Andere Aufgaben werden hingegen von den Kommunen in ihrer Bedeutung nicht einheitlich eingeschätzt. Dies ist zum einen die Vertretung in politischen Gremien, die in vielen Jugendamtsbezirken nicht zu den relevanten Tätigkeiten gehört. Zum anderen betrifft dies verschiedenste einzelfallbezogene Aufgaben bei der Koordination und Beratung von Fachkräften sowie die direkte Vermittlung, Betreuung und Beratung von Familien. Es sind auch deutliche lokale Unterschiede hinsichtlich der Überschneidung der Aufgaben der Koordinierungsstellen mit denen des intervenierenden Kinderschutzes in konkreten Gefährdungsfällen zu finden. In 38,2% der Jugendamtsbezirke hat die Beratung nach § 8b SGB VIII bzw. § 4 KKG als Aufgabe der Koordinierungsstellen eine hohe bis sehr hohe Bedeutung. In 44,9% spielt diese Aufgabe keine Rolle. Ob dies ein weiterer Hinweis auf unterschiedliche konzeptionelle Ausrichtungen von Frühen Hilfen ist, bei denen bundesweit eine Polarität zwischen primärpräventiver Familienunterstützung (»frühe Förderung«) auf der einen Seite und stärker sekundärpräventiven Konzepten für Risikogruppen (»präventiver Kinderschutz«) auf der anderen Seite festzustellen ist (vgl. Sann 2010), ist eine der weitergehenden

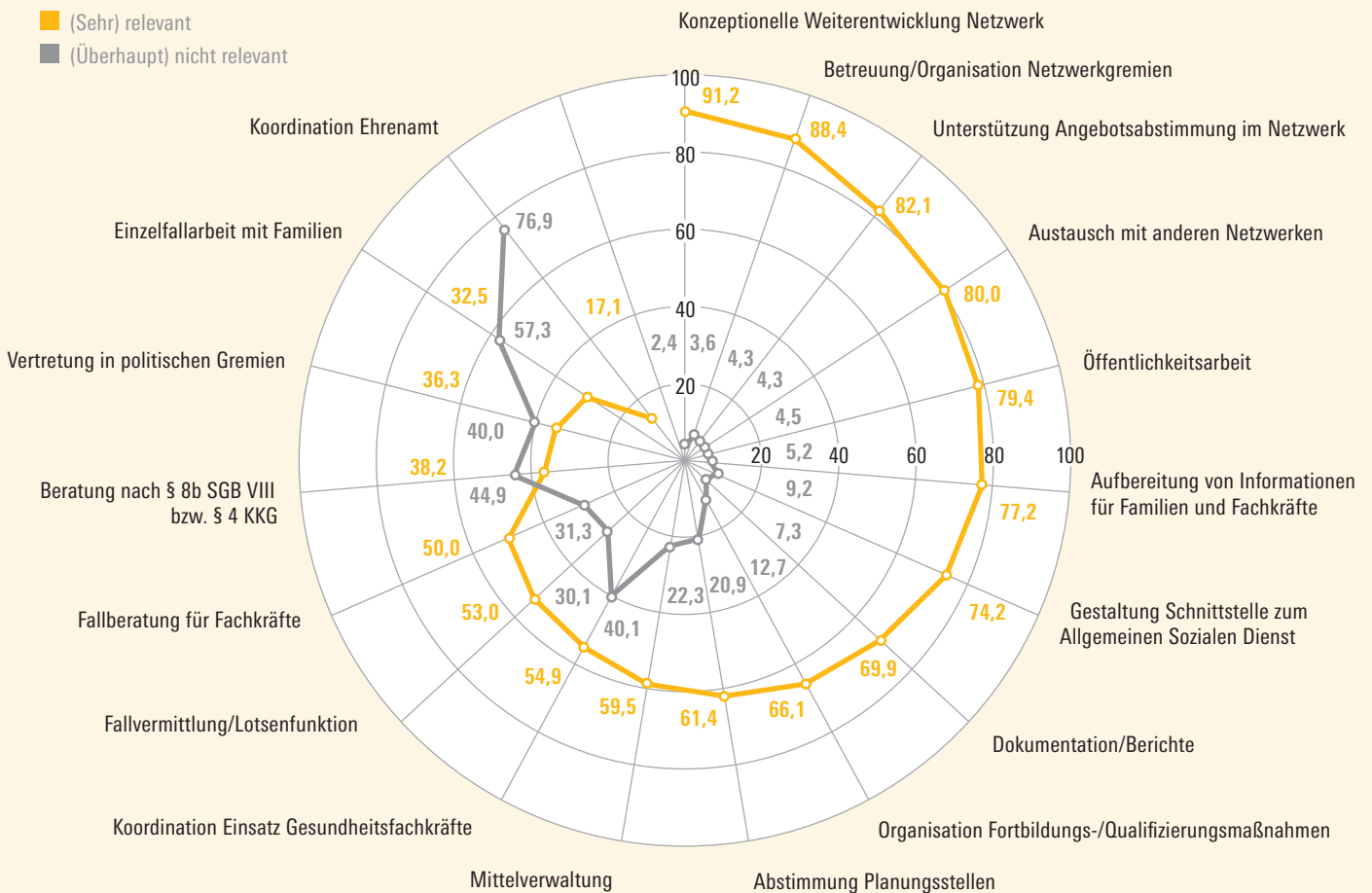
Auswertungsfragen. Unabhängig von der jeweiligen Bedeutung einzelfallbezogener Aufgaben ist die Gestaltung der Schnittstelle zum Allgemeinen Sozialen Dienst als einem der wichtigsten Akteure für über 90% der Koordinierungsstellen zumindest teilweise relevant.

Dass bei den unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen im Bereich einzelfallbezogener Aufgaben insbesondere Länderkonzepte eine wichtige Rolle spielen, zeigt sich in der zu diesem Thema

exemplarisch vorgenommenen Länderauszählung. So weisen die Länderprofile von Schleswig-Holstein und Bayern zum Teil große Unterschiede auf (vgl. Abb. 5). Während in Bayern analog zum Konzept der Koordinierenden Kinderschutzstellen⁵ einzelfallbezogene Aufgaben sehr relevant sind, spielen sie in Schleswig-Holstein kaum eine Rolle. Planungs-, Steuerungs- und politische Vertretungsaufgaben werden in Bayern in aller Regel von anderen Stellen wahrgenommen,

5 In Bayern sind die Koordinierenden Kinderschutzstellen zwingend im Jugendamt angesiedelt, arbeiten dort jedoch »personell und organisatorisch von der für die Erfüllung der Aufgaben nach § 8a SGB VIII zuständigen Stelle getrennt« (Richtlinie zur Förderung Koordinierender Kinderschutzstellen KoKi – Netzwerk frühe Kindheit. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 7. Juni 2011 Az.: VI5/6524-1/12).

ABBILDUNG 4: RELEVANZ VON AUFGABEN DER NETZWERKKOORDINATION FRÜHE HILFEN IN DEUTSCHLAND



sie sind hingegen in Schleswig-Holstein überdurchschnittlich relevant.

Insgesamt zeigen sich bundesweit unterschiedliche »Mischungsverhältnisse« von Aufgaben in den Bereichen Netzwerkmanagement, Steuerung und Planung sowie Einzelfallarbeit, wobei strukturbezogene Aufgaben den gemeinsam geteilten Kern des professionellen Handelns bilden. Bei allen anderen Aufgaben ist eine große Disparität festzustellen, die einerseits Indiz ist für ein neues,

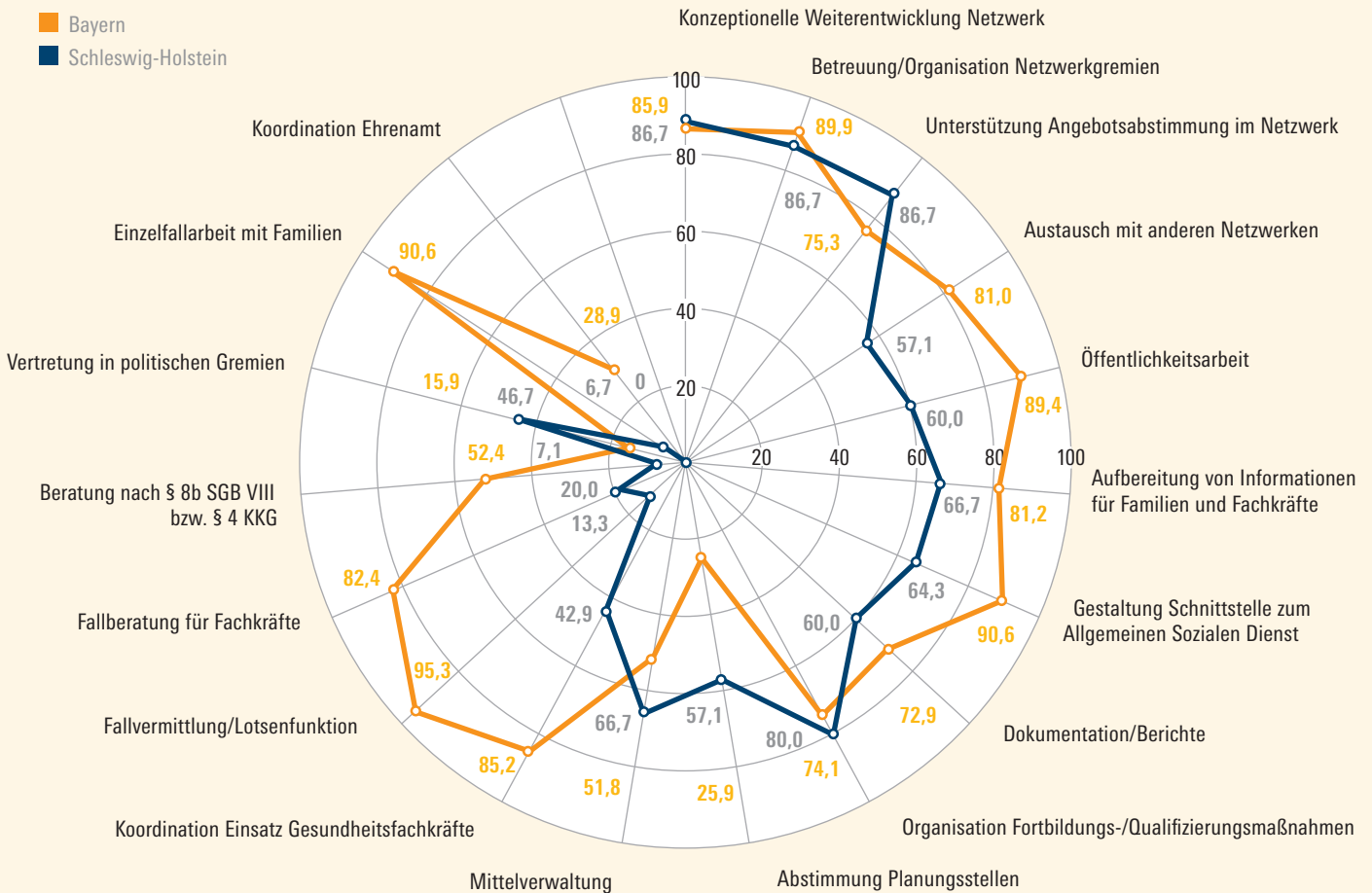
im Entstehen begriffenes und noch wenig normiertes Handlungsfeld. Andererseits ist die Uneinheitlichkeit Ausdruck der gewollten konzeptionellen Offenheit und Flexibilität, die den gewachsenen Strukturen in den Ländern und den jeweils spezifischen Gegebenheiten vor Ort Rechnung tragen soll.

Fachkräfte im Profil

Auch wenn es in der Kinder- und Jugendhilfe bereits langjährige Erfahrungen

mit koordinierenden und moderierenden Aufgaben bspw. im Rahmen der Sozialraumorientierung gibt, kann bei der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen von einer in der Kinder- und Jugendhilfe neuen Funktionalität in einem hybriden Arbeitsfeld (vgl. BMFSFJ 2013, S. 255) gesprochen werden. Diese erfordert spezifische Kompetenzen, welche in den grundständigen Ausbildungen und auch in der beruflichen Sozialisation im Berufsfeld nur ansatzweise erlangt werden

ABBILDUNG 5: RELEVANZ VON AUFGABEN DER NETZWERKKOORDINATION FRÜHE HILFEN IN AUSGEWÄHLTEN BUNDESLÄNDERN



Bayern (N=85) und Schleswig-Holstein (N=14), 30.06.2013, Anteil relevant und sehr relevant in Prozent
 Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, erste Erhebungswelle (2013)

können. Für die wissenschaftliche Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist es daher im Hinblick auf zukünftige Qualifizierungs- und Qualitätsentwicklungsangebote von besonderem Interesse, mehr über die in den Koordinierungsstellen tätigen Fachkräfte, insbesondere über ihren formalen Status, ihre fachliche Verortung und berufliche Erfahrung zu erfahren. Im Rahmen der zweiten Kommunalbefragung wurden daher personalstatistische Angaben erhoben, die sich u.a. an den Erhebungsmerkmalen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik orientieren, um Vergleiche mit ande-

ren Handlungsfeldern und Tätigkeitsbereichen der Kinder- und Jugendhilfe zu ermöglichen.

Zum 30.06.2014 waren in Deutschland in 529 Jugendamtsbezirken 905 Personen in der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen tätig. Davon waren 24,9% im Umfang einer viertel Stelle, 37,1% mit einer halben, 10,2% mit einer dreiviertel Stelle und 14,5% in Vollzeit mit dieser Aufgabe betraut (o. Abb., 13,4% ohne Angaben). Im Vergleich zum Personal in der Kinder- und Jugendhilfe allgemein und speziell im Jugendamt bzw. dem ASD fällt auf (vgl. Tab. 2), dass die klassische

Überrepräsentation von Frauen in der Sozialen Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld nochmals höher ausfällt und zugleich der Anteil von jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr gering ist. Der Akademisierungsgrad liegt mit 92,7% ähnlich hoch wie im ASD (90,5%) und ist damit im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe überdurchschnittlich (bspw. Sozialpädagogische Familienhilfe: 75,5%). Zudem sind die Koordinatorinnen und Koordinatoren von Netzwerken Frühe Hilfen in hohem Maße einschlägig (sozial-) pädagogisch qualifiziert.

TABELLE 2: PERSONALSTATISTIK NETZWERKKOORDINIERENDE FRÜHE HILFEN IM VERGLEICH ZU ANDEREN BEREICHEN DER KINDER- UND JUGENDHILFE

	Kommunalbefragung NZFH 30.06.2014 (N=905)	Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2010			
	Koordinatorinnen/Koordinatoren Netzwerke Frühe Hilfen	Kinder- und Jugendhilfe (ohne Kindertageseinrichtungen)	Jugendamt	ASD	SPFH
Geschlecht					
Weiblich	84,0	70,1	75,7	77,7	77,5
Männlich	13,7	29,9	24,3	22,3	22,5
Keine Angabe	2,3	./.	./.	./.	./.
Alter					
Unter 30 Jahre	5,9	20,4	11,2	15,6	11,0
30 Jahre bis unter 40 Jahre	26,0	21,6	17,2	21,3	24,1
40 Jahre bis unter 50 Jahre	30,8	29,2	32,7	29,1	34,2
50 Jahre und älter	35,6	28,8	39,0	34,0	30,7
Keine Angabe	1,7	./.	./.	./.	./.
Berufsabschluss					
Dipl.-Sozialpädagoginnen/-pädagogen (FH)	71,2	31,5	49,2	82,3	56,6
Diplom-Pädagoginnen/-pädagogen	12,3	6,7	4,2	5,8	12,3
Sonstige Akademiker/-innen	9,2	11,2	19,6	2,4	6,6
Erzieher/-innen	2,0	21,2	3,1	3,2	13,3
Sonstiger	3,4	29,4	23,8	6,3	11,1
Keine Angabe	1,9	./.	./.	./.	./.

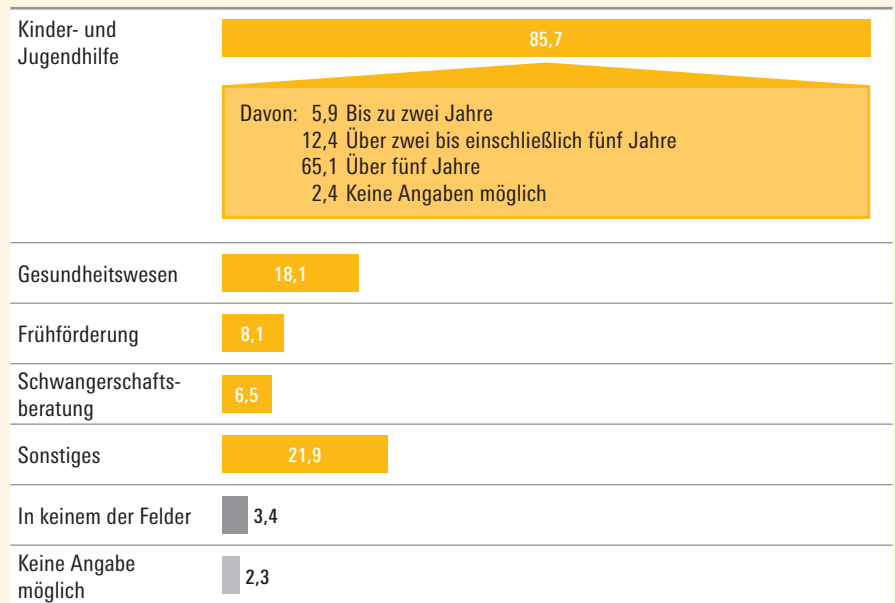
Angaben in Prozent

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014); Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Einrichtungen und tätige Personen 2010; eigene Berechnungen

Der erste Eindruck, dass die Fachkräfte in den Koordinierungsstellen ausgesprochen berufserfahren sind, insbesondere im Hinblick auf die Tätigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe, findet bei der vertiefenden Auswertung der personalstatistischen Angaben eine deutliche Bestätigung (vgl. Abb. 6). 85,7% 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. 64,2% aller Netzwerkkoordinierenden arbeiteten zuvor im Jugendamt, über ein Drittel im ASD (o. Abb.). Berufliche Erfahrungen in den anderen großen Kooperationsbereichen der Frühen Hilfen (Gesundheitswesen 18,1%, Schwangerschaftsberatung 6,5% und Frühförderung 8,1%) konnten hingegen eher wenige Koordinierende auf ihrem bisherigen Berufsweg sammeln.

Jedoch zeigen die Daten, dass bei den in der Koordinierung tätigen Fachkräften professionelle Erfahrungen im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen weit verbreitet sind. Eine häufige Aufgabe von Koordinierenden für Netzwerke Frühe Hilfen ist die Gestaltung des Verständigungsprozesses zwischen den Netzwerkakteuren über Verfahren zum Handeln bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, wobei die Schnittstellen zum intervenierenden Kinderschutz möglichst verbindlich geregelt werden sollen. Bei dieser Aufgabe kommt über der Hälfte der Netzwerkkoordinierenden zugute, dass sie bereits im Bereich des intervenierenden Kinderschutzes tätig waren (o. Abb.). Zudem haben 32,3% von ihnen eine Zusatzqualifikation zur insoweit erfahrenen Fachkraft im Sinne des § 8a SGB VIII erworben (vgl. Abb. 7, S. 34).

ABBILDUNG 6: BERUFSERFAHRUNG VON KOORDINIERENDEN DER NETZWERKE FRÜHE HILFEN



30.06.2014, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, N=905

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

Die Angaben über weitere Zusatzqualifikationen verweisen auf einen insgesamt hohen Qualifizierungsgrad der Koordinierenden. Häufig wurden einschlägige Weiterbildungen für Koordinatorinnen und Koordinatoren von Netzwerken genutzt, die von einzelnen Bundesländern im Rahmen ihrer Landesprogramme angeboten wurden (41,3% der Koordinierenden), aber auch andere Weiterbildungen zum Thema Netzwerkmanagement wurden von fast einem Viertel der Koordinierenden absolviert. In etwa ebenso viele Koordinierende haben eine systemische Beratungs- bzw. Therapieausbildung durchlaufen. Auch wenn diese Fortbildungen nicht zwangsläufig

auf das neue Tätigkeitsfeld in den Frühen Hilfen zugeschnitten sind, können sie die Herausbildung von »(...) Fertigkeiten zur klaren Formulierung eigener Aufgaben und fachlicher Anliegen, der (Selbst-)Reflexion eigener Möglichkeiten und Grenzen der Tätigkeit sowie der regelhaften Überprüfung von Arbeitsergebnissen und Wirkungsbelegen der Netzwerkarbeit« unterstützen (NZFH 2014b, S. 17). 56,2% der Netzwerkkoordinatorinnen arbeiten ohne direkte Kolleginnen und Kollegen in den Koordinierungsstellen (30.06.2014, o. Abb.), über 72% in Teilzeit. Umso wichtiger sind Kompetenzen zur Förderung der Selbstsorge und der eigenen Arbeitsorganisation.

Zentraler Teil der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist die Entwicklung und Durchführung von spezifischen Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere durch die Landeskoordinierungsstellen der Länder. Es zeigt sich, dass fast alle Fachkräfte auf ihre jeweiligen Koordinierungsaufgaben

zugeschnittene Veranstaltungen absolviert haben, wobei Veranstaltungen mit fachthematischen Bezügen in der Gunst vor solchen lagen, die methodische Kompetenzen fördern (vgl. Abb. 8).

Der Fortbildungsbedarf ist damit jedoch nicht abgedeckt. Fast zwei Drittel

der befragten Kommunen sehen für die in der Netzwerkkoordination tätigen Personen weiterhin einen entsprechenden Bedarf, immerhin 29,1% sehen jedoch keinen weiteren Bedarf (30.06.2014, o. Abb.). Auch dies kann als Hinweis auf den bundesweit sehr unterschiedlichen

ABBILDUNG 7: ABSOLVIERTE ZUSATZQUALIFIKATIONEN VON KOORDINIERENDEN DER NETZWERKE FRÜHE HILFEN

Netzwerk-Koordination durch Bundesland	41,3
Insoweit erfahrene Fachkraft im Sinne § 8a SGB VIII	32,3
Sonstige Zusatzqualifikation	31,0
Systematische Beratung oder Therapie	24,5
Andere Weiterbildung im Netzwerkmanagement außer durch Bundesland	22,0
Frühkindliche Bindung und Entwicklung (EPB, STEEP, Save)	16,7
Keine Zusatzqualifikation	13,0
Keine Angabe möglich	7,3

30.06.2014, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, N=905

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

ABBILDUNG 8: ABSOLVIERTE FORTBILDUNGEN VON KOORDINIERENDEN DER NETZWERKE FRÜHE HILFEN SEIT ANTRITT DER STELLE

Fachthemen der Frühen Hilfen	85,2
Methoden der Netzwerkarbeit	66,0
Kommunikative und soziale Kompetenzen	39,2
Sonstiges	18,6
Keine Fort-/Weiterbildungen in den genannten Bereichen	4,8
Keine Angabe möglich	4,6

30.06.2014, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, N=905

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

Stand bei der Etablierung von Koordinierungsstellen gedeutet werden. Der hohe Fortbildungsbedarf verweist zudem darauf, dass aus Sicht der Koordinierenden die Kompetenzentwicklung als kontinuierlicher (Selbst-)Lernprozess in der beruflichen Praxis der Fachkräfte weiter unterstützt werden sollte (vgl. Hoffmann/Mengel/Sandner 2013, S. 7).

Entwicklungsbedarf

Fast alle Netzwerkkoordinierenden haben – trotz oder auch wegen ihres Status als »Einzelkämpferinnen« – die Möglichkeit zum internen und externen fachlichen Austausch und sie besitzen Fortbildungsmöglichkeiten, die sie rege nutzen. 40% der Kommunen bieten zudem Gelegenheit zur Supervision (vgl. Abb. 9, S. 36). Wie notwendig die fortlaufende Kompetenzförderung und Reflexion des eigenen professionellen Handelns ist, wurde im Rahmen der Evaluation einer systemischen Qualifizierung für Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren deutlich, die mit Förderung des NZFH entwickelt und – wissenschaftlich begleitet durch ein externes Institut – praktisch erprobt wurde.⁶ Dabei zeigte sich, dass die teilnehmenden Fachkräfte auch unter heterogenen Rahmenbedingungen und mit unterschiedlich langer Koordinierungserfahrung ihre Tätigkeit (sehr) häufig als Herausforderung erleben. Die Befunde der Evaluation unterstreichen die große Bedeutung von Sozial- und Selbstkompetenzen für die Netzwerkkoordination, wozu bspw. kommunikative Kompetenzen oder die Fähigkeit, eine allparteiliche Grundhaltung einzunehmen, zählen, aber auch Fähigkeiten der Selbstverortung in komplexen Auftragsgeflechten und nicht zuletzt der Selbstfürsorge.

Hinsichtlich kollegialer Austausch- und spezifischer Fortbildungsmöglichkeiten sind erste Standards für dieses erst in der Entwicklung begriffene Tätigkeitsfeld erreicht. Immerhin sind 64,8% des erfassten Personals erst seit 2012 mit dieser Aufgabe betraut, mit der viele Jugendämter Neuland betreten. Zudem stehen ausreichend viele und gut qualifizierte wie auch erfahrene Fachkräfte zur Verfügung (vgl. Abb. 2, S. 27) – im Gegensatz zu dem zweiten großen Förderbereich der Bundesinitiative Frühe Hilfen, dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, bei dem ein erheblicher Fachkräftemangel herrscht (NZFH 2014a). Die Tatsache, dass sich das Personal in den Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen fast ausschließlich aus Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe rekrutiert, kann hinsichtlich der Absicherung der Schnittstelle zum intervenierenden Kinderschutz und der Abstimmung mit der Jugendhilfeplanung als Vorteil gelten. Hinsichtlich des grundsätzlich interprofessionellen Charakters des Projekts Frühe Hilfen kann es aber auch als ungenutzte Chance gesehen werden, dass kaum Angehörige weiterer Professionen in der Koordination tätig sind. Inwieweit zumindest der Öffentliche Gesundheitsdienst als strategischer Partner aus dem Gesundheitswesen stärker und bei der Koordination verantwortlicher eingebunden werden kann, sollte geprüft werden. Unterschiedliche professionelle Perspektiven für die produktive Bearbeitung im Netzwerk zugänglich zu machen, ist eine spezifische Ressource von Frühen Hilfen und kann – so ein Ergebnis der Evaluation zur systemischen Qualifizie-

6 Das Qualifizierungshandbuch zum systemischen Modul für Netzwerkkoordinierende erscheint voraussichtlich Anfang 2016 (vgl. Ochs u.a.), ebenso wie der Evaluationsbericht. Beide Publikationen werden auf der Homepage des NZFH abrufbar sein.

rung – grundsätzlich als eine bedeutsame Kompetenzanforderung bei der Koordinierungstätigkeit beschrieben werden.

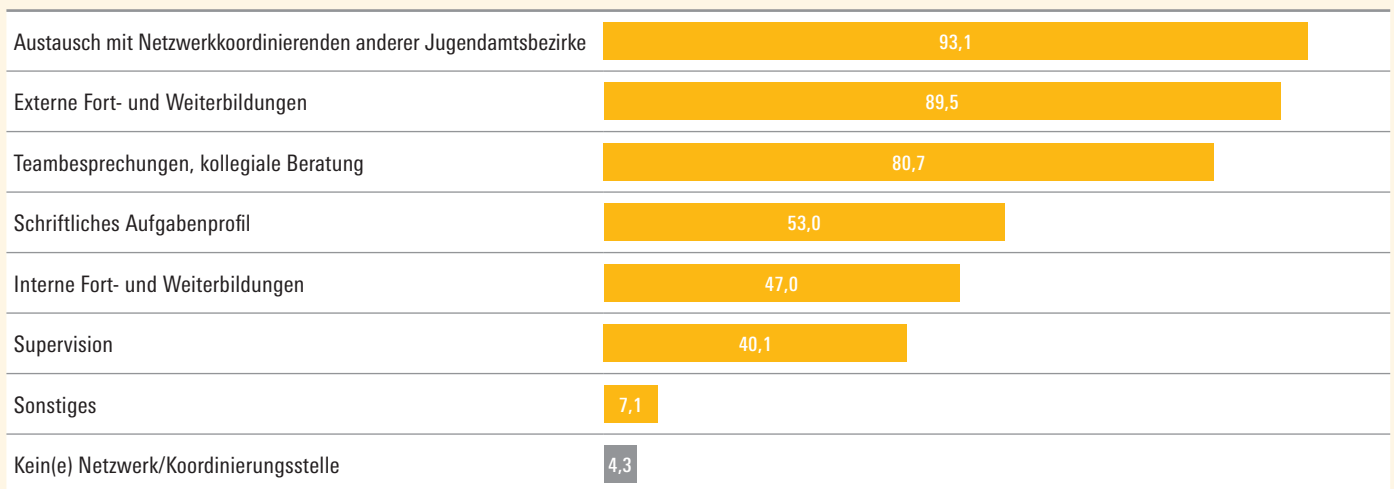
Die aktuell größte Herausforderung bei der Etablierung von Koordinierungsstellen besteht in der Klärung des Auftrags der Koordinatorinnen und Koordinatoren und widersprüchlicher Erwartungen unterschiedlicher Akteure an diese Funktion. Fast 41% der Kommunen sehen dies als gravierendes Problem, für weitere 27,4% trifft dies teilweise zu.

Ein Indiz für eine Klärung der Aufgaben ist die Erarbeitung eines schriftlichen Aufgabenprofils, das jedem im Netzwerk zugänglich ist. Ein solches Dokument liegt erst in 53% der Jugendamtsbezirke vor (vgl. Abb. 9). Hier ist vielerorts weiterhin zunächst einmal Basisarbeit bei der Qualitätsentwicklung zu leisten.

Darüber hinaus sind die Anforderungen, die an Netzwerke Frühe Hilfen gestellt werden und damit direkt auch mit Arbeitsaufträgen und besonderen Her-

ausforderungen für die Koordinierung verbunden sind, stetig gestiegen. Es gibt wohl kaum ein Aufgabenfeld innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe, das in kurzer Zeit sich zunächst selbst erfinden musste und zugleich einer stetigen Entwicklungsdynamik unterliegt. Was als moderierende Unterstützung eines regelmäßigen interdisziplinären Austausches unter Fachkräften – häufig mit Blick auf Einzelfallarbeit – begann, hat mit der aktuellen Diskussion über den Aufbau von integrierten

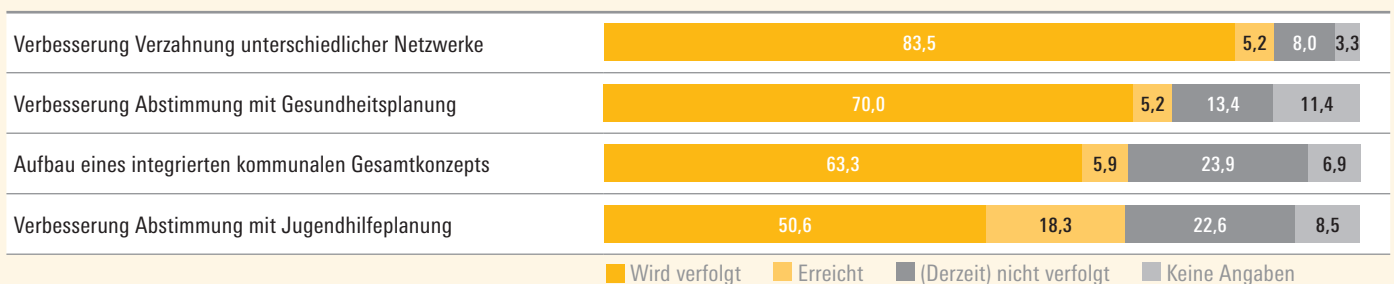
ABBILDUNG 9: VERBREITUNG VON FORMEN FACHLICHER UNTERSTÜTZUNG FÜR KOORDINIERUNGSSTELLEN VON NETZWERKEN FRÜHE HILFEN



30.06.2014, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, N=553

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

ABBILDUNG 10: VERBREITUNG VON KONZEPTIONELLEN ZIELEN IM BEREICH FRÜHE HILFEN IN KOMMUNEN



■ Wird verfolgt ■ Erreicht ■ (Derzeit) nicht verfolgt ■ Keine Angaben

30.06.2014, Angaben in Prozent, N=553

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite Erhebungswelle (2014)

kommunalen Versorgungssystemen zur Unterstützung von Familien (vgl. Mengel/Sann/Küster 2015) bzw. altersübergreifenden Präventionsketten (vgl. Richter-Kornweitz/Utermark 2013) eine neue Dimension erreicht. Immerhin verfolgen 63,3% der Kommunen dieses Ziel (vgl. Abb. 10). Steuerungs- und Planungsaufgaben, die anzustoßen und zu moderieren eine Netzwerkkoordination allein überfordern, sind in solchen umfassenden Konzepten hoch bedeutsam. Damit steigt auch die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit den strategischen Leitungsebenen⁷ und politischen Steuerungsgremien. Eine entsprechende Struktur in Form von Steuerungsgruppen ist jedoch erst in der Hälfte der Jugendamtsbezirke realisiert worden (30.06.2013, o. Abb.).

Die Daten der zweiten Welle der Kommunalbefragung zeigen deutlich, dass gerade im Bereich der Planung und Steuerung von Frühen Hilfen wichtige konzeptionelle Ziele nur selten im Laufe der Bundesinitiative Frühe Hilfen schon voll und ganz erreicht wurden (vgl. Abb. 10). Insbesondere die Verbesserung der Verzahnung unterschiedlicher Netzwerke (83,5%), die Verbesserung der Abstimmung mit der Gesundheits- (70,0%) und Jugendhilfeplanung (50,0%) sowie der Aufbau eines integrierten kommunalen Gesamtkonzepts (63,3%) stehen weiterhin in den meisten Kommunen auf der Agenda.

Neues benötigt Zeit – und gesichertes Wissen

Die Arbeit in Netzwerken, wie sie auch im BKiSchG festgeschrieben und durch die Bundesinitiative Frühe Hilfe gefördert wird, setzt der zunehmenden Ausdifferenzierung sozialer Dienste, der Versäulung von Leistungsbereichen und der

damit einhergehenden Fragmentierung von Lebenswelten der Adressatinnen und Adressaten ein integriertes Modell der Zusammenarbeit autonomer Akteure entgegen (vgl. Schubert 2008). Interorganisationale Netzwerke⁸ basieren auf selbstgegebenen Regeln und auf Vertrauen zwischen den Akteuren anstelle von formalisierten Regeln – diese müssen erst miteinander entwickelt werden. Verhandlungsbereitschaft und Diskursfähigkeit gewinnen an Bedeutung, hierarchische Kommunikation und formale Machtverhältnisse stören flexible und innovative Problemlösungen oder treten in den Hintergrund. Anders als in Organisationen ist die Zugehörigkeit zu Netzwerken nicht geregelt, sie sind durch prinzipielle Offenheit charakterisiert. Entstehen im Prozess Verlässlichkeit und Verbindlichkeit, wird dies von den Beteiligten positiv gewertet. Die konkrete Zusammenarbeit bedeutet für die Akteure eine Herausforderung für bisherige institutionelle Zuständigkeiten, berufliche Identitäten und eigene Autonomieräume.

Koordination von Netzwerken ist – so verstanden – eine permanente Herstellungsleistung in komplexen und offenen Situationen mit dem Ziel, etwas nicht systematisch Verbundenes durch soziale Handlungen zu verbinden. Damit wird sie zu einer institutionalisierten, auf Dauer gestellten Begleitung von Legitimierungs- und Aushandlungsprozessen entlang von sektoralen, organisationalen und professionellen Grenzen. Für die Koordination von Netzwerken eröffnet sich eine für pädagogische Prozesse typische Paradoxie: Es geht darum, im Netzwerk Fähigkeiten aufzubauen, die eine Selbststeuerung des Netzwerks ermöglichen (vgl. Ochs u.a.).

7 Dies bezieht sich auf die strategische Leitung innerhalb der kommunalen Verwaltung ebenso wie auf überörtliche (berufs-)verbandliche Strukturen, bspw. im Gesundheitswesen oder bei freien Trägern der Wohlfahrtspflege.

8 Auch wenn die konzeptionelle und begriffliche Vielfalt im Themenfeld nach wie vor nicht widerspruchsfrei ist, sind diese Charakterisierungen für interorganisationale Netzwerke weit verbreitet, vgl. bspw. Bauer 2011; Schubert 2008; Ziegenhain u.a. 2011.

Mit der Etablierung von Netzwerken Frühe Hilfen wurde auch die Netzwerkkoordination als neues Tätigkeitsfeld gesetzt. Allerdings wird sie bislang kaum durch einheitliche Orientierungen und Qualitätsstandards geregelt und ist in ihrer Ausgestaltung stark von den konkreten örtlichen Bedingungen abhängig, die bundesweit sehr heterogen sind. Dies kommt in den Befunden der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative immer wieder zum Ausdruck. Die Koordination von Netzwerken Frühe Hilfen ist demnach eine Funktionsbeschreibung für eine neue kooperative Handlungsform, die eng mit dem gemeinsamen Erfahrungslernen vor Ort verknüpft ist. Dafür wird Entwicklungszeit benötigt, um passende Antworten auf neue Fragen zu finden und ein angemessenes fachliches Profil zu konturieren. Für diese Aufgabe sind weiterhin überregionale Impulse bei der Qualitätsentwicklung notwendig, bspw. durch die Identifikation von Gelingensbedingungen, durch gezielten Wissenstransfer über Strategien und Modelle guter Praxis bei der Netzwerkkoordination ebenso wie durch Räume zur kontinuierlichen Kompetenzentwicklung für die Fachkräfte. Die Grundlage dafür bilden Forschungsbefunde und Analysen unterschiedlicher Kontextbedingungen und Formen professionellen Handelns.

In der Gesamtschau der Befunde aus der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative kann aktuell folgendes Fazit gezogen werden: Netzwerkkoordinierungsstellen Frühe Hilfen sind bundesweit flächendeckend eingerichtet, der Bereich ist im Hinblick auf die zu Verfügung stehenden Personalressourcen jedoch tendenziell unterausgestattet. Die mit dieser Aufgabe betrauten Fachkräfte

sind hoch qualifiziert, stammen nahezu ausschließlich aus der Kinder- und Jugendhilfe und verfügen häufig über berufliche Erfahrungen im intervenierenden Kinderschutz. Dem entspricht die bundesweit eindeutige Verankerung der Koordinierungsstellen in den Jugendämtern, bei der konkreten Ansiedlung innerhalb dieser Institutionen werden vor Ort unterschiedliche Lösungen gewählt. Ein stärkerer Einbezug von Akteuren des Gesundheitswesens, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in die Koordinierungsaufgabe könnte sich als förderlich erweisen, ist jedoch momentan nur sporadisch zu beobachten. Die Kernaufgaben der Koordinierenden liegen im Bereich der Strukturentwicklung der Netzwerke, fallbezogene Aufgaben sind eher regional von Bedeutung. Häufig richten sich auch unterschiedliche Erwartungen der verschiedenen Akteure im Netzwerk an die Koordinierung, was die eigene Profilbildung zusätzlich vor Herausforderungen stellt. Bei entsprechenden qualitätssichernden Maßnahmen, wie dem Vorliegen eines schriftlichen Aufgabenprofils, besteht noch Nachholbedarf. Insgesamt können die fachlichen Anforderungen an die Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren Frühe Hilfen als hoch bezeichnet werden und es wird ein weiterbestehender Fortbildungsbedarf konstatiert. Die von den Kommunen formulierten Entwicklungsziele zeigen, dass auch zukünftig hohe fachliche Anforderungen auf die Netzwerkkoordinierenden zukommen werden, da komplexe und weitreichende strategische Vorhaben, wie die Vernetzung von Netzwerken oder die Entwicklung kommunaler Gesamtkonzepte, verbreitet Zuspruch erfahren.

Literatur

- Bauer, P. (2011): Multiprofessionelle Kooperation in Teams und Netzwerken – Anforderungen an Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, Heft 4, S. 341–361.
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin.
- Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V./ Technische Universität Dortmund (2015): Bericht zur Zusammenstellung der wissenschaftlichen Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. Unveröffentlichter Bericht. Dortmund.
- Hoffmann, T./Mengel, M./Sandner, E. (2013): Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, Köln.
- Mengel, M./Sann, A./Küster, E.-U. (2014): Frühe Hilfen als integrierter kommunaler Handlungsansatz. In: Melzer, W. u.a. (Hrsg.): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Bad Heilbrunn, S. 369–372.
- Meysen, T./Eschelbach, D. (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz. Baden-Baden.
- (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.
- Ochs, M./Orban, R./Crone, i./Lingnau-Carduck, A.: Qualifizierungsmodul Netzwerke systemisch verstehen und koordinieren. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Im Erscheinen.
- Quilling, E./Nicolini, H. J./Graf, C./Starke, D. (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden.
- Richter-Kornweitz, A./Utermark, U. (2013): Werkbuch Präventionskette. Hannover.
- Sann, A. (2010): Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Bestandsaufnahme. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln.
- Sann, A./Küster, E.-U. (2013): Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfe in Kommunen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Köln, S. 36–45.

- Schone, R. (2015): Zur Einbindung von Netzwerken Frühe Hilfen in die Planung der kommunalen Infrastrukturentwicklung. In: Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. <http://www.fruehehilfen.de/impulse-netzwerk-schone/>
- Schubert, H. (2008): Netzwerkkooperation – Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In: Schubert H. (Hrsg.): Netzwerkmanagement. Wiesbaden, S. 7–105.
- Ziegenhain, U./Schöllhorn, A./Künster, A. K./Hofer, A./König, C./Fegert, J. M. (2011): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln.

Kooperationen von Ortsvereinen des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Bereich Frühe Hilfen

Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung

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

Verstanden als Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote zielen Frühe Hilfen darauf ab, (werdende) Eltern bei Unsicherheiten und Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten

Lebensjahre ihrer Kinder alltagsnah und niedrigschwellig zu begleiten und zu unterstützen.

Da Frühe Hilfen u.a. auf der Annahme basieren, dass wirksame Unterstützung von Familien bereits vor der Geburt eines Kindes mit der Beratung und Begleitung der werdenden Eltern beginnt, und gleichzeitig mit der Hoffnung verbunden sind, dass präventiv ausgerichtete Angebote in den ersten Lebensjahren von Kindern besonders nachhaltig sind (vgl. Keupp 2010, S. 1015), rücken neben Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe jene des Gesundheitswesens besonders in den Fokus. Denn rund um die Phase der Geburt sowie in den ersten Lebensmonaten haben oft vor allem Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens

einen niedrigschwelligen Kontakt zu den (werdenden) Eltern (vgl. ebd., S. 1.016; DIJuF 2010, S. 2). Die Kooperation beider Systeme hat demzufolge eine wichtige, brückenbauende Funktion inne.

In dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz sind Frühe Hilfen legaldefiniert (§ 1 KKG). In § 3 KKG werden »Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz« angeführt. Darüber hinaus wird der Ausbau Früher Hilfen mit der Bundesinitiative »Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen« seit Juli 2012 vier Jahre lang explizit gefördert (vgl. BMFSFJ 2013). Ziel ist der Auf- und Ausbau von lokalen Netzwerken unter der Beteiligung möglichst aller relevanten Akteure. Im Gesetz angeführt sind

beispielhaft Einrichtungen bzw. Dienste der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe sowie vielfältige Akteure des Gesundheitswesens. Jedoch wird einzig die Kinder- und Jugendhilfe in die Leistungsverantwortung genommen, der Bereich Gesundheit (SGB V) bleibt, was die finanzielle Leistungsübernahme angeht, außen vor, weil entsprechende Änderungen bzw. Ergänzungen im SGB V im Zuge der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes fehlen. Diese mangelnde Einbeziehung des Gesundheitswesens auch in den rechtlichen Rahmen wird möglicherweise die Etablierung disziplinübergreifender Netzwerke vor Ort erschweren (vgl. bspw. Wiesner 2010).

An dieser Stelle setzt das im Folgenden dargestellte Forschungsvorhaben »Kooperationen im Bereich Frühe Hilfen – Zur Kooperation der Ortsvereine des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Kontext Frühe Hilfen« an, das die Kooperation¹ des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF), eines auch im Bereich Frühe Hilfen bundesweit tätigen freien Trägers der Wohlfahrtspflege, beleuchtet. Im Fokus steht dabei die leitende Frage, wie interdisziplinäre Kooperationsstrukturen und -beziehungen mit dem Gesundheitswesen in der Praxis Früher Hilfen aussehen und gelingen können.

Das Forschungsprojekt

Zur Beantwortung der oben formulierten Frage wurde vom SkF-Gesamtverein e.V., Team Frühe Hilfen, und dem Institut für Erziehungswissenschaft, Arbeitsbereich Sozialpädagogik, der Universität Münster gemeinsam ein Forschungsdesign entworfen, das zunächst eine

explorative, quantitative Erhebung von Kooperationsstrukturen aller SkF-Ortsvereine durch eine Online-Befragung vorsah. Das Interesse richtete sich dabei insbesondere auf die Grundlagen, Art und Ausgestaltung der Kooperationen im Kontext Frühe Hilfen mit Akteuren des Gesundheitswesens sowie die individuelle Perspektive der Fachkräfte auf ihre Kooperationsfähigkeiten und -beziehungen. Im Sinne eines Ausblickes wurde zudem die Frage danach gestellt, mit welchen Akteuren sich die befragten Fachkräfte eine Kooperation in Zukunft wünschen bzw. welche Kooperationsbeziehungen sie gerne intensivieren würden. Diese Erhebung fand Anfang Juni 2013 statt.

Ziel war neben der Bestandserhebung von Leistungsangeboten und Kooperationsaktivitäten eine Identifikation von Ortsvereinen, die entweder intensiv und gut mit dem Gesundheitswesen (Geburtskliniken, Kinderärztinnen und Kinderärzte etc.) zusammenarbeiten oder bei denen aus Sicht der befragten Fachkräfte erhebliche Schwierigkeiten in Kooperationsaufbau und -gestaltung bestehen. Mit Vertreterinnen und Vertretern dieser Ortsvereine wurden im Dezember 2013/Januar 2014 in einem zweiten Erhebungsschritt vertiefende Leitfadeninterviews geführt, um Gelingensbedingungen und Hindernisse für eine Kooperation mit dem Gesundheitswesen in der Praxis von Frühen Hilfen zu rekonstruieren (vgl. zum Gesamtprojekt und den Gesamtergebnissen: Buschhorn u.a. 2014 bzw. Prothmann u.a. 2015).

Die in diesem Beitrag dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die in der ersten Phase des Projektes gewonnenen Daten. Sie wurden im Zuge einer Online-Befragung erhoben. Der Fragebogen

1 Dabei verstehen wir – den Ausführungen von Eric van Santen und Mike Seckinger (2003) folgend – unter Kooperation »ein Verfahren (...) der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird« (ebd., S. 19). Als grundlegende Merkmale nennen die Autoren die Existenz mindestens zweier Kooperationspartner, das intentionale Handeln der Parteien sowie das Stattfinden von Abstimmungsprozessen mit dem Ziel, Handlungsabläufe zu optimieren und Problemlösekompetenzen zu erhöhen.

sollte von einer im Bereich Frühe Hilfen tätigen Fachkraft beantwortet werden. Innerhalb einer Feldzeit von elf Tagen beteiligten sich 92 von 130 online erreichbaren SkF-Ortsvereinen² an der Befragung. Hiervon schlossen 82 Ortsvereine die Befragung ab, was einer Beendigungsquote von rund 63% entspricht.

Von den antwortenden Personen haben 25% in ihrem Ortsverein die Funktion der Geschäftsführung inne, 1,3% gehören dem Vorstand des Ortsvereins an, 26,3% sind Fachkraft mit und 50% Fachkraft ohne Leitungsfunktion (Mehrfachnennungen möglich).

Angebote im Bereich Frühe Hilfen in den SkF-Ortsvereinen

Von den 82 Ortsvereinen, die die Befragung beendet haben, gaben 65 (79,3%) an, Angebote im Bereich Frühe Hilfen für unterschiedliche Zielgruppen vorzuhalten (o. Abb.). 91,2% von ihnen halten Angebote für werdende Eltern, 75,6% für werdende Väter, 94,9% für werdende Mütter, 40,5% ausschließlich für Kinder bis drei Jahre und 96,5% für Familien mit Kindern bis drei Jahre vor (Mehrfachnennungen möglich). Hier zeigt sich, dass das gesamte Spektrum der in der Begriffsbestimmung Frühe Hilfen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (vgl. NZFH 2014a) angeführten Adressatinnen und Adressaten genannt wird, insbesondere auch Zielgruppen der Schwangerschaftsberatung.

Die 17 Ortsvereine, die die Frage nach der Existenz von Angeboten der Frühen Hilfen verneinten, wurden in einem nächsten Schritt gefragt, ob sie Angebote für Teilzielgruppen der Frühen Hilfen vorhalten und ob ihre Angebote der Verbesserung elterlicher Kompetenzen dienen. Es zeigte sich, dass mehr als die

- 2 Bundesweit gibt es 146 SkF-Ortsvereine. Einige rein ehrenamtlich geführte Ortsvereine sind nicht online erreichbar, hielten jedoch zum Zeitpunkt der Befragung auch keine Angebote für werdende Eltern und Familien mit Kindern bis drei Jahre vor.

Hälfte dieser Ortsvereine Angebote für werdende Eltern, Väter und Mütter sowie für Familien mit Kindern bis drei Jahre vorhalten, die letztlich den Frühen Hilfen zuzurechnen sind. Diese Diskrepanz spiegelt möglicherweise die Breite bzw. Diffusität der im Fachdiskurs wiederzufindenden Definitionen und Verständnisse des Begriffs »Frühe Hilfen« wider.

Aus der Gruppe der Ortsvereine, die die Existenz von Angeboten der Frühen

TABELLE 1: ZIELE VON ANGEBOTEN IM BEREICH FRÜHE HILFEN

Frühe Hilfen dienen der ...	%
... Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz	92,3
... Förderung der elterlichen Beziehungskompetenz	93,8
... Förderung der elterlichen Versorgungskompetenz	92,3
... Verhinderung von Kindeswohlgefährdung	91,0

Angaben in Prozent, mit Mehrfachantworten

TABELLE 2: KOOPERATIONSPARTNER DES SKF IM KONTEXT FRÜHE HILFEN

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

Angaben in Prozent, mit Mehrfachantworten

Hilfen bejahen (N=65), geben mit Blick auf die intendierten Ziele der Angebote fast alle Personen an, dass diese der Förderung der elterlichen Erziehungs-, Beziehungs- und Versorgungskompetenz dienen (vgl. Tab. 1). Gleiches gilt auch für die Verhinderung von Kindeswohlgefährdung, welche an dieser Stelle ebenso als mögliches anvisiertes Ziel der Angebote von Frühen Hilfen benannt wurde. Hier wird der kontrovers geführte Diskurs zur

Verortung von Frühen Hilfen zwischen Förderung, Hilfe und Kontrolle sichtbar: Frühe Hilfen bewegen sich jugendhilfe-rechtlich im Spannungsfeld von Allgemeiner Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII), den Hilfen zur Erziehung (§§ 27ff. SGB VIII) und dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) (vgl. hierzu und weiterführend Schone 2010 oder Buschhorn 2012). Die sich sowohl im Fachdiskurs

als auch in der Praxis oftmals zeigende Verquickung der Aufträge von allgemeiner Förderung von Familien im Rahmen freiwilliger, niedrigschwelliger Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote und staatlichen Schutz- und Kontrollaspekten im Kontext einer möglichen Kindeswohlgefährdung gilt es kritisch zu reflektieren.

Auch hinsichtlich der Angebotsformen, die SkF-Ortsvereine im Bereich Frühe Hilfen vorhalten, wird deutlich, dass das Angebotsspektrum entsprechend der Vielfalt der genannten Zielgruppen sehr breit gestreut ist (vgl. Abb. 1). Eine hervorgehobene Rolle nimmt jedoch die Beratung ein, des Weiteren werden Hilfermittlung, Elternkurse sowie Elterntreffs/Elterncafés ebenfalls häufig genannt. Ehrenamtliche Familienpatenschaften, ein Angebot, welches insbesondere im Deutschen Caritasverband im Rahmen des Projektes »Frühe Hilfen in der Caritas« weite Verbreitung gefunden hat (vgl. Kaeshagen-Schwehn/Ziegenhain 2015), werden in 40% der befragten SkF-Ortsvereine eingesetzt.

Gefragt nach den bestehenden Kooperationen im Bereich Frühe Hilfen, geben 98,5% der Ortsvereine an, mit anderen Institutionen und Diensten zusammenzuarbeiten. Akteure der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens und darüber hinaus Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen sind die bedeutsamsten Kooperationspartner des SkF im Kontext Frühe Hilfen (vgl. Tab. 2).

Die sich zwischen den SkF-Ortsvereinen und den Einrichtungen bzw. Diensten des Gesundheitswesens – zum Beispiel Gesundheitsämter, Geburts- und Kinderkliniken, (Kinder-)Ärztinnen und

ABBILDUNG 1: ANGEBOTSFORMEN IM BEREICH FRÜHE HILFEN

Beratung	84,6
Vermittlung von Hilfen	69,2
Elternkurse	61,5
Elterntreff/Elterncafé	56,9
Kleiderkammer	50,8
Hausbesuch durch Hebamme	46,2
Paten	40,0
Entwicklungspsychologische Beratung	36,9
Mutter-Kind-Gruppe	31,7
Kinderbetreuung	24,6
Wochenbettbesuch	23,1
Prager-Eltern-Kind-Programm (PEKiP)	15,9
Frühförderung für das Kind	10,8
Therapeutische Hilfen für Eltern	6,2
Therapeutische Hilfen für das Kind	0

Angaben in Prozent, mit Mehrfachantworten

ABBILDUNG 2: KOOPERATIONSPARTNER IM GESUNDHEITSWESEN

(Familien-)Hebammen	96,4
Geburts- und Frauenkliniken	78,6
(Kinder-)Ärztinnen und (Kinder-)Ärzte	64,3
Gesundheitsämter	64,3
Gynäkologinnen und Gynäkologen	62,5
Kinderkliniken	60,7
Psychiatrische Angebote/Einrichtungen	44,6
Sozialpädiatrische Zentren	37,5
Sonstige	10,7

Angaben in Prozent, mit Mehrfachantworten

TABELLE 3: INSTRUMENTE DER KOOPERATION

Instrumente	%
Runde Tische	82,1
Gemeinsam verwendete Dokumentations-/Einschätzbögen	17,9
Gemeinsam entwickelte Dokumentations-/Einschätzbögen	8,9
Sonstige, und zwar: gemeinsame Fachtage, gemeinsame Öffentlichkeitsmaterialien, Arbeitskreise zu bestimmten Themen	6,1

Angaben in Prozent, mit Mehrfachantworten

TABELLE 4: BEWERTUNG VON AUSSAGEN ZU KOOPERATIONSSTRUKTUREN UND -BEZIEHUNGEN

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

Mittelwerte auf 4er-Skala von 1 »trifft voll zu« bis 4 »trifft gar nicht zu«

(Kinder-)Ärzte, (Familien-)Hebammen, psychiatrische Angebote und Einrichtungen etc. – entwickelnden interdisziplinären Kooperationsstrukturen stehen im Fokus der nachfolgenden Ausführungen.

Kooperationen von SkF-Ortsvereinen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Kontext Frühe Hilfen

56 der 82 Ortsvereine, die die Befragung abgeschlossen haben – dies entspricht 87,5% – kooperieren mit Akteuren des Gesundheitswesens im Bereich Frühe Hilfen. Alle nachfolgenden Angaben beziehen sich auf diese Gruppe der Ortsvereine (N=56). Differenziert nach den verschiedenen Einrichtungen und Diensten innerhalb des Gesundheitswesens, mit denen die Ortsvereine kooperieren, zeigt sich vor allem die zentrale Rolle, die (Familien-)Hebammen innehaben (vgl. Abb. 2).

Doch auch die weniger oft genannten Einrichtungen sind in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen, da gerade Kinder- und Geburtskliniken bzw. kinder- und frauenärztliche Praxen ein niedrigschwelliger und nicht-stigmatisierender Zugang zu Zielgruppen von Frühen Hilfen zugeschrieben wird (vgl. NZFH 2014b).

Die 56 Ortsvereine, die angeben, im Kontext Frühe Hilfen mit dem Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten, wurden danach gefragt, wer die Kooperationsbeziehungen initiiert hat. In über 80% der Fälle ging die Initiierung der Kooperation mit Akteuren des Gesundheitswesens von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der SkF-Ortsvereine aus (o. Abb.), nur in rund 9% der Fälle von Fachkräften des Gesundheitswesens. Dieser Befund stützt die These, dass die

Hauptverantwortung des Zustandekommens von Kooperationen im Kontext Frühe Hilfen auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe liegt, da die überwiegende Mehrheit der befragten SkF-Ortsvereine ihre Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe vorhalten.

Hinsichtlich der Kooperationsformen mit den genannten Einrichtungen des Gesundheitswesens geben 71,4% der Befragten einen allgemeinen sowie 78,6% einen fallspezifischen fachlichen Austausch an. In 37,5% der Fälle wurde ein »Fall« gemeinsam bearbeitet, ca. 50% geben an, dass Fallübermittlungen vom eigenen Ortsverein an Kooperationspartner aus dem Gesundheitswesen stattfinden, und ebenfalls in 50% der Fälle erfolgt eine Übermittlung von Kooperationspartnern an den eigenen Ortsverein (o. Abb., mit Mehrfachnennungen).

Bezüglich der verwendeten Instrumente zur Kooperation mit Akteuren des Gesundheitswesens wird deutlich, dass mit rund 82% Runde Tische – die dem fachlichen Austausch der Akteure untereinander dienen – derzeit das zentrale Instrument der Zusammenarbeit im Bereich Frühe Hilfen bilden. Dagegen werden Dokumentations- und Screeningbögen, die eher einer gemeinsamen Fallbearbeitung dienen, mit rund 18% Zustimmung bzw. 9% – wenn es um gemeinsam neu entwickelte Instrumente geht – bislang eher selten eingesetzt (vgl. Tab. 3).

Nach Ansicht von 71,4% der Befragten ist die Kooperation ihres Ortsvereins mit Institutionen des Gesundheitswesens zwar fallübergreifender Natur, allerdings erreichen im Folgenden jene Aussagen hohe Zustimmungsraten, welche eher auf eine geringe Systematik und geringe formale Verbindlichkeit in der Zusam-

menarbeit hindeuten: So gibt es zwar in 74,5% der im Kontext Frühe Hilfen mit dem Gesundheitswesen kooperierenden Ortsvereine regelmäßige Treffen mit den Netzwerkpartnern und in 80,4% der Fälle liegen Telefonlisten mit Ansprechpartnern vor, gleichzeitig basiert die Kooperation jedoch bei 64,3% vor allem auf mündlichen Absprachen und nur bei 15,9% der Ortsvereine liegen schriftliche Verträge zur Fixierung ihrer Kooperation vor. Zudem geben lediglich 15,9% der Befragten an, gemeinsam mit der kooperierenden Einrichtung bzw. dem kooperierenden Dienst ein Konzept zur Kooperation entwickelt zu haben und nur 37,3% der Ortsvereine haben eine einrichtungsinterne Koordinierungsstelle, d.h. eine Person, die für die fachliche Begleitung der Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten im Bereich Frühe Hilfen zuständig ist.

Darüber hinaus wurden auch Ansichten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SkF-Ortsvereine zu den Kooperationsbeziehungen mit dem Gesundheitswesen erfasst (vgl. Tab. 4). Über die auf einer Skala von »trifft voll zu« (1) bis »trifft gar nicht zu« (4) bewerteten Aspekte der Kooperation wurde der Mittelwert gebildet.

Auffällig ist hierbei, dass jene Aussagen, auf deren beschriebene Sachverhalte die Fachkräfte persönlich Einfluss nehmen können – den Bekanntheitsgrad des Leistungsangebots und der Ansprechpartner sowie die Wertschätzung innerhalb der Zusammenarbeit – relativ hohe Zustimmungswerte erreichen, während die Rahmenbedingungen im Sinne der zur Verfügung stehenden finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen vergleichsweise kritischer bewertet wer-

den. Zudem erhalten nur 16,1% der Ortsvereine, die mit dem Gesundheitswesen kooperieren, Mittel aus der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Vielfach erfolgt die Finanzierung der Angebote vor Ort über Spenden und Eigenmittel. Dies deutet darauf hin, dass insbesondere die Ressourcenausstattung zum Auf- und Ausbau von Kooperationen im Bereich Frühe Hilfen oft als unzureichend erlebt wird.

Neben der Bewertung von Einzelaspekten wurden jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die angaben, im Kontext von Frühen Hilfen mit dem Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten, gefragt, wie zufrieden sie mit dieser Zusammenarbeit insgesamt sind. Hier äußern 7,8%, dass sie sehr zufrieden sind, und 68,6% schätzen sich eher zufrieden ein. 23,6% dagegen sagen, dass sie eher nicht bzw. überhaupt nicht zufrieden

seien (o. Abb.). Zur Überprüfung, ob ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Kooperation und jenen Merkmalen besteht, die die Struktur- oder Beziehungsebene der Kooperation betreffen, wurde die bereits angeführte Aussage »Ich bin mit den Kooperationsbeziehungen unseres Ortsvereins mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens insgesamt zufrieden« – bzw. der Grad der Zustimmung zu dieser Aussage – in Zusammenhang mit diversen Aspekten der Befragung gesetzt. Es wurden Mittelwertvergleiche, t-Tests und Korrelationsanalysen durchgeführt.

Zunächst wurde ermittelt, ob jene Faktoren, die für eine fallübergreifende und systematische Kooperation sprechen – wie z.B. regelmäßige Treffen oder gemeinsame, interdisziplinäre Fort- und

Weiterbildungsangebote –, einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit den Kooperationsaktivitäten haben. Dafür wurden zuerst die Mittelwerte der Zufriedenheit von denjenigen Gruppen ermittelt, die bspw. schriftliche Kooperationsverträge abgeschlossen haben oder eben nicht, und daraufhin t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet, um zu überprüfen, ob die Mittelwertdifferenzen signifikant sind (vgl. Tab. 5).

Die t-Tests zeigen, dass hinsichtlich der Bewertung der Zufriedenheit mit den Kooperationen mit Akteuren des Gesundheitswesens keine signifikanten Unterschiede zwischen bspw. jenen Ortsvereinen mit und ohne eigener Koordinierungsstelle bzw. jenen mit oder ohne schriftlichen Kooperationsverträgen vorliegen. Das gleiche Bild ergibt sich bei der Analyse der Mittelwertdifferenzen

TABELLE 5: AUSGEWÄHLTE FAKTOREN DER SYSTEMATISCHEN KOOPERATION IN ZUSAMMENHANG MIT DER ZUFRIEDENHEIT

Merkmal	Mittelwert der Zufriedenheit	Ergebnis des t-Tests
Koordinierungsstelle im Ortsverein	2,21	Nicht signifikant
Regelmäßige Treffen	2,14	Nicht signifikant
Schriftliche Kooperationsverträge	2,33	Nicht signifikant
Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsangebote	2,08	Nicht signifikant

Mittelwerte auf 4er-Skala von 1 »sehr zufrieden« bis 4 »überhaupt nicht zufrieden«

TABELLE 6: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER ZUFRIEDENHEIT MIT DER KOOPERATION MIT DEM GESUNDHEITSWESEN UND AUSGEWÄHLTEN MERKMALEN DER KOOPERATIONSSTRUKTUREN UND -BEZIEHUNGEN

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

* Korrelation auf dem Niveau von 0,05 signifikant

** Korrelation auf dem Niveau von 0,01 signifikant

bezüglich der Existenz einer regionalen bzw. kommunalen Koordinierungsstelle für den Bereich Frühe Hilfen, für die Teilnahme an Runden Tischen sowie für den Einsatz bereits bestehender oder gemeinsam mit dem Kooperationspartner neu entwickelter Instrumente. Diese Faktoren scheinen demnach zunächst einmal die Zufriedenheit hinsichtlich der Kooperationsbeziehungen nicht signifikant zu beeinflussen. Auch der Chi²-Test sowie die Ermittlung von Cramérs V ergeben keine signifikanten Zusammenhänge zwischen diesen Strukturmerkmalen und der Zufriedenheit mit der Kooperation.

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

Hier findet sich die bereits dargelegte Einschätzung wieder, wonach vor allem die Ressourcenausstattung sowie persönliche Faktoren, insbesondere die gegenseitige Wertschätzung professionspezifischer Sicht- und Arbeitsweisen, die Bewertung der Kooperation durch die Fachkräfte positiv wie negativ beeinflussen und sich vermutlich auch als Erfolgsfaktoren oder Hindernisse im Hinblick auf die Kooperation erweisen können.

Abschließend wurden alle an der Online-Befragung teilnehmenden Ortsvereine danach gefragt, mit wem sie sich in

ABBILDUNG 3: AKTEURE, MIT DENEN SICH DIE ORTSVEREINE IM KONTEXT FRÜHE HILFEN EINE INTENSIVERE ZUSAMMENARBEIT WÜNSCHEN

Gesundheitswesen	69,4
Jugendhilfe	35,5
Frühförderstellen	25,8
Sozialämter	19,4
Agenturen für Arbeit	19,4
Beratungsstellen für soziale Problemlagen	19,4
Müttergenesung	8,1
Schutz gegen Gewalt	8,1
Schwangerschafts (konflikt)beratung	6,5
Familienbildungsstätten	6,5
Familiengerichte	4,8
Polizei-/Ordnungsbehörden	3,2
Sonstige	6,5

Angaben in Prozent, N=82

Zukunft eine intensivere Zusammenarbeit im Kontext Frühe Hilfen wünschen (vgl. Abb. 3).

Genannt werden vor allem Einrichtungen des Gesundheitswesens (69,4%), aber auch mit Blick auf Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühförderung, Sozialämter und Agenturen für Arbeit äußern die Fachkräfte Wünsche nach intensiveren Kooperationsbeziehungen.

Fazit und Ausblick

In diesem Beitrag wurde dargestellt, wie sich die Kooperationsaktivitäten der SkF-

Ortsvereine im Arbeitsfeld der Frühen Hilfen gestalten. Es konnte gezeigt werden, dass zwischen den vor allem im Rahmen von Modellprojekten als relevant identifizierten Institutionen (vgl. u.a. Renner/Heimeshoff 2010, S. 28ff.) – insbesondere zwischen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und denen des Gesundheitswesens – eine Vielzahl an interdisziplinären Kooperationen bestehen, bspw. mit Jugendämtern, (Familien-) Hebammen und Gesundheitsämtern. Hinsichtlich der zentralen Fragestellung des ersten Untersuchungsschrittes des hier vorgestellten Forschungsprojektes,

wie interdisziplinäre Kooperationsstrukturen und -beziehungen mit dem Gesundheitswesen in der Praxis von Frühen Hilfen aussehen, kann konstatiert werden, dass die Kooperationen oft noch wenig systematisch und wenig formalisiert verlaufen, da die Zusammenarbeit vor Ort bspw. häufig auf mündlichen Absprachen und kaum auf schriftlichen Verträgen beruht und außerdem bislang nur selten gemeinsame Konzepte für die Zusammenarbeit entwickelt wurden. Gerade die letzten beiden Faktoren werden jedoch in der Literatur oft als Gelingensbedingungen für Kooperationen in den Frühen Hilfen genannt (vgl. z.B. Böttcher u.a. 2008 oder Ziegenhain 2012).

Untersucht wurde zudem der Zusammenhang von verschiedenen die Kooperation kennzeichnenden Aspekten – bspw. die Teilnahme an Runden Tischen oder die Existenz von Kooperationsverträgen – und der Zufriedenheit mit der Kooperation im Kontext Frühe Hilfen der an der Online-Befragung teilnehmenden Fachkräfte der SkF-Ortsvereine. Ein signifikanter Zusammenhang mit der Zufriedenheit konnte vor allem bei den Merkmalen der innerhalb der Zusammenarbeit gezeigten Wertschätzung sowie der Verfügbarkeit finanzieller, personeller und zeitlicher Ressourcen nachgewiesen werden. Insgesamt wird deutlich, dass die Kooperationen der SkF-Ortsvereine mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens vor Ort oftmals bereits etabliert, jedoch überwiegend von persönlichem Engagement abhängig sind.

Aufbauend auf diese Ergebnisse der ersten Projektphase wurden in einem zweiten Schritt qualitative Expertinnen- und Experteninterviews mit ausgewähl-

ten Fachkräften der SkF-Ortsvereine geführt, um die o.g. Kooperationsaktivitäten mit Akteuren des Gesundheitswesens im Bereich Frühe Hilfen hinsichtlich ihrer Art, Struktur und Ausgestaltung vertiefend zu ergründen. Im Fokus stehen hierbei die Deutung der Kooperationsbeziehungen und -praxen durch die Fachkräfte vor Ort. Die Ergebnisse der Interviewauswertung zeigen auf, dass es in der Praxis große Unterschiede in der Bewertung von Kooperationsbeziehungen zu verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens gibt: Mit (Familien-) Hebammen wird die Kooperation beinahe durchweg als gut bewertet; Schwierigkeiten hinsichtlich der Zusammenarbeit werden mit Ärztinnen und Ärzten, insbesondere mit Gynäkologinnen und Gynäkologen beschrieben.

Beim Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Disziplinen werden aus Sicht der interviewten Fachkräfte vor allem verschiedene professionsbedingte Sprachen und institutionelle Handlungslogiken, aber auch unterschiedlich zur Verfügung stehende Ressourcen, wie z.B. die Möglichkeiten der Abrechnung einer Teilnahme an Kooperationstreffen, als große Herausforderung angesehen. Mit Blick auf die Finanzierung von (Kooperations-)Aktivitäten im Bereich der Frühen Hilfen fehlen bislang jedoch rechtliche Rahmungen in anderen relevanten Sozialgesetzbüchern, vor allem im SGB V. Den Ausführungen Wiesners (2010) folgend gelingt der »Brückenschlag über die Systeme hinweg« (ebd., S. 35) jedoch nur dann, wenn die (finanzielle) Leistungsverantwortung nicht ausschließlich der Kinder- und Jugendhilfe zugewiesen wird. Gesetzliche Regelungen für die Fi-

nanzierung von Kooperationsstrukturen könnten sich förderlich auf die Bereitschaft der betreffenden Akteure auswirken, Kooperationsbeziehungen auf- und auszubauen (vgl. Prothmann u.a. 2015).

Literatur

- Böttcher, W./Bastian, P./Lenzmann, V. (2008): Soziale Frühwarnsysteme. Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen. Münster.
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): Das Bundeskinderschutzgesetz. www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html (11.08.2015).
- Buschhorn, C. (2012): Frühe Hilfen. Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern. Wiesbaden.
- Buschhorn, C./Karsunky, S./Ludewig, A./Selent, I. (2014): Kooperationen im Bereich Früher Hilfen. Zur Kooperation der Ortsvereine des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Kontext Früher Hilfen. www.skf-zentrale.de/86638.html (11.08.2015).
- (DIJuF) Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (Hrsg.) (2010): Frühe Hilfen – Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe in der Kooperation mit der Gesundheitshilfe. Stellungnahme. www.dijuf.de/tl_files/downloads/2010/Stellungnahme_SFk_1_Fruehe_Hilfen_v._18.03.2010.pdf (11.08.2015).
- Kaeshagen-Schwehn, G./Ziegenhein, U. (2015): Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen – Am Beispiel der Evaluation des Projektes »Frühe Hilfen in der Caritas«. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln.
- Keupp, H. (2010): Verwirklichungschancen von Anfang an. Frühe Förderung im 13. Kinder- und Jugendbericht. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Heft 10, S. 1011–1017.
- Meiner, C./Fischer, J. (2013): Gelingender Kinderschutz durch Netzwerkbildung? – Implementierungsstrategien auf kommunaler Ebene. In: Fischer, J./Kosellek, T. (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim/Basel, S. 348–368.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014a): Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Darin: Begriffsbestimmung Frühe Hilfen. Köln, S. 13.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014b): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln.
- Prothmann, B./Wagner, M./Buschhorn, C. (2015): Gemeinsam besser: Kooperationen mit Gesundheitsakteuren. In: neue caritas, Heft 11, S. 18–20.
- Renner, I./Heimeshoff, V. (2010): Modellprojekte in den Ländern – Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln.
- Schone, R. (2010): Kinderschutz – zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. In: IzKK-Nachrichten, Heft 1, S. 4–7.
- Van Santen, E./Seckinger, M. (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. München.
- Wiesner, R. (2010): Finanzierungsmöglichkeiten Früher Hilfen: Zwischen früher Förderung von Eltern und Kindern und Hilfen zur Erziehung. In: IzKK-Nachrichten, Heft 1, S. 32–36.
- Ziegenhein, U. (2012): Frühe Hilfen. In: Gahleitner, S. B./Homfeldt, H. G. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim/Basel, S. 34–52.

Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kleinkindern

Empirische Befunde und Implikationen für die Frühen Hilfen

Im Rahmen der Zwischenbilanzierung der Bundesinitiative Frühe Hilfen durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (vgl. NZFH 2014) wird deutlich, dass es zwischen »Frühen Hilfen« und »Hilfen zur Erziehung« konzeptionelle Überlappungen gibt. So zeigt die Kommunalbefragung im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen aus dem Jahr 2014, dass zwar mittlerweile in rund 92% der befragten Kommunen Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (FGKiKP) im Rahmen von Frühen Hilfen eingesetzt werden, diese allerdings in rund 40% der Kommunen auch im Bereich der Hilfen zur Erziehung zum Einsatz kommen. Damit bewegen sich Familienhebammen »genau an dieser Nahtstelle (...). Besonders deutlich wird die ›Zwitterstellung‹ an zwei Punkten: der Indikation für die Hilfe sowie der Finanzierung bzw. (fehlenden) gesetzlichen Grundlage für die Hilfeleistung. (...) Dies hat zur Folge, dass sowohl die Art der Leistung als auch die Voraussetzungen bzw. Rahmenbedin-

gungen für ihre Erbringung nicht normiert sind, sondern im Dreieck zwischen Familienhebammen, Familie und der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe als Auftraggeber jeweils ausgehandelt werden müssen« (Sann 2014, S. 228).

Insgesamt und über den Einsatz von Gesundheitsfachkräften hinaus bemüht man sich auf den unterschiedlichen Angebotsebenen um eindeutiger Zuordnungen zu dem einen oder anderen Bereich. »Frühe Hilfen« sind demnach weder »Hilfen zur Erziehung light«, noch beschränken sich »Hilfen zur Erziehung« nur auf Leistungen gemäß §§ 27ff. SGB VIII für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern.¹ Frühe Hilfen stellen einen eigenständigen, niedrigschwelligen und präventiven Ansatz zur Förderung positiver Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien dar.

Zumindest für den Bereich der erzieherischen Hilfen im Sinne der §§ 27ff. SGB VIII liegen Daten aus der amtlichen Statistik vor, für den Bereich der Frühen Hilfen werden bislang noch keine vergleichbaren Statistiken geführt. Im

- 1 Der Versuch einer systematischen Standortbestimmung von Frühen Hilfen, Allgemeiner Förderung der Erziehung in der Familie, den Hilfen zur Erziehung sowie den interventionsorientierten Maßnahmen und den Gefährdungseinschätzungen ist im 13. Kinder- und Jugendbericht nachzulesen. Der Standort für Frühe Hilfen wird hier zwischen einer Allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie und den Hilfen zur Erziehung bestimmt (vgl. BMFSFJ 2009, S. 187ff.).
- 2 Die »Gewährungsquote« bezeichnet hier und im Folgenden die Zahl der begonnenen Leistungen der Hilfen zur Erziehung pro 10.000 einer Bevölkerungsgruppe, also z.B. der unter Drei- oder auch der unter 18-Jährigen.

nachfolgenden Beitrag wird die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung speziell für die Altersgruppe der unter Dreijährigen – also der potenziellen Zielgruppe für Frühe Hilfen – auf der Basis von Daten der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik (KJH-Statistik) untersucht. Dabei wird auf die Fallzahlenentwicklung eingegangen, die Lebenslagen der Familien mit Kleinkindern, die Bedeutung von Gefährdungseinschätzungen im Vorfeld der Hilfestellung, aber auch auf die Problemlagen, die zur Inanspruchnahme einer erzieherischen Hilfe geführt haben. Schließlich wird auf die Beendigung der Hilfen und die damit

verbundenen Gründe geschaut, ehe die empirischen Befunde abschließend noch einmal resümiert und mit Blick auf mögliche Implikationen für den Bereich Frühe Hilfen bewertet werden.

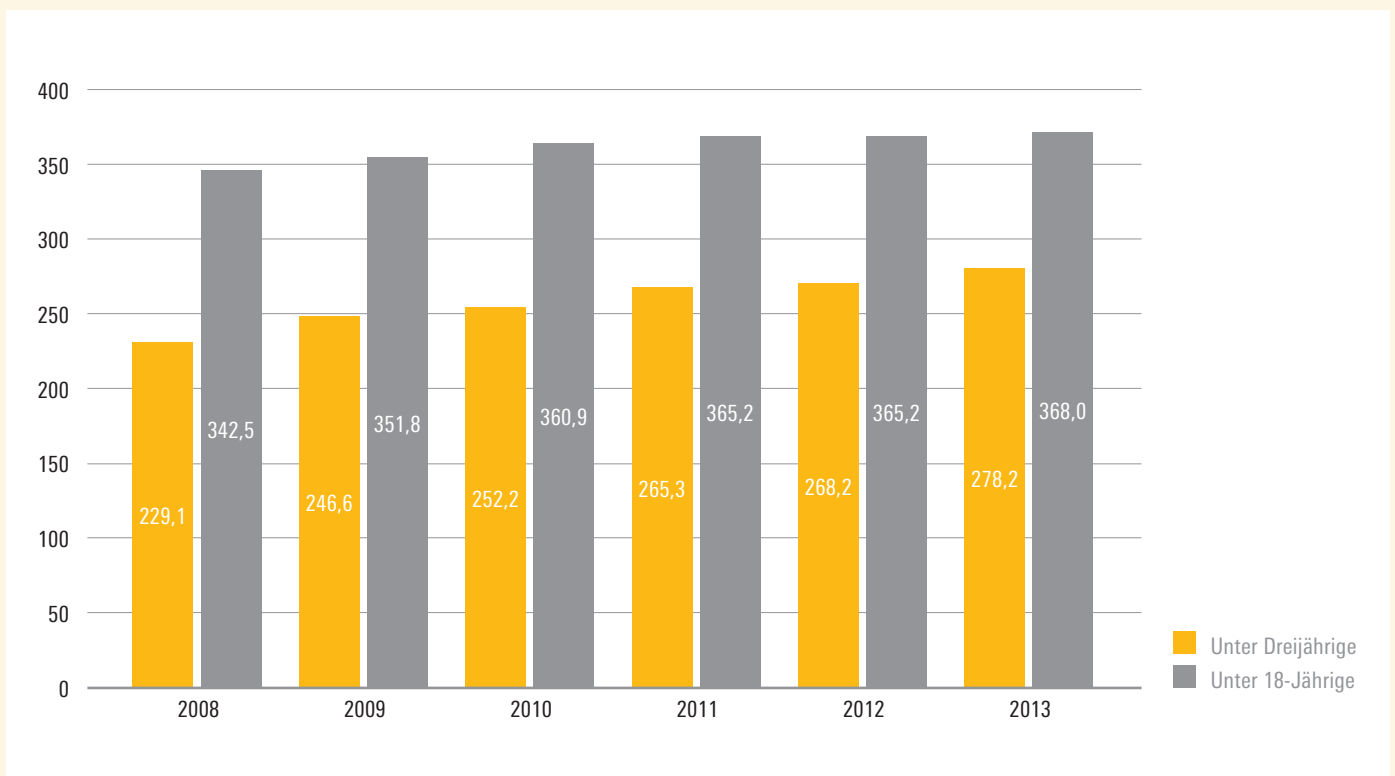
Überproportionaler Anstieg

Seit Anfang der 2000er-Jahre – also schon vor »Kevin« und »KICK« – ist die Zahl der jährlich begonnenen Leistungen der Hilfen zur Erziehung stetig gestiegen (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2014). Auch in den letzten fünf Jahren hat sich diese Entwicklung für die Hilfen zur Erziehung im Allgemeinen, aber auch für die Altersgruppe der unter Dreijährigen im Beson-

deren fortgesetzt, wobei die Zahl der neu begonnenen Hilfen zur Erziehung in der Altersgruppe der unter Dreijährigen stets deutlich unter dem Wert für die unter 18-Jährigen gelegen hat und auch weiterhin liegt (vgl. Abb. 1).

2013 wurden 56.902 Hilfen zur Erziehung für unter Dreijährige neu begonnen (vgl. Tab. 1, S. 52). Während 2008 bevölkerungsrelativiert für 229 pro 10.000 Kinder dieser Altersgruppe eine erzieherische Hilfe neu begonnen wurde, beträgt der Wert im Jahre 2013 bereits 278 pro 10.000 dieser Altersgruppe. Damit ist ein Plus von 49 Punkten bei der »Gewährungsquote«² auszumachen. Die

ABBILDUNG 1: BEGONNENE HILFEN ZUR ERZIEHUNG BEI KINDERN IM ALTER VON UNTER DREI JAHREN UND UNTER 18 JAHREN



Deutschland 2008–2013, Angaben pro 10.000 der altersentsprechenden Bevölkerung

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnungen

Zunahme fällt damit höher aus als bei den neu gewährten Hilfen zur Erziehung für minderjährige junge Menschen insgesamt (+25 Punkte bei der Gewährungsquote). Das heißt, die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung ist in der Altersgruppe der unter Dreijährigen in den letzten Jahren überproportional gestiegen.

Mit Blick auf die einzelnen Leistungssegmente der Hilfen zur Erziehung fällt die Entwicklung der Neufälle bei Erziehungsberatungen, ambulanten Hilfen und Fremdunterbringungen unterschiedlich aus (vgl. Tab. 1):

- Die Zunahme der begonnenen Hilfen zwischen 2008 und 2013 fällt insgesamt für die Altersgruppe der unter Dreijährigen mit 21% gegenüber den minderjährigen jungen Menschen unter 18 Jahren mit 3% deutlicher aus.

- Dabei ist der Anstieg der Fälle mit Kindern im Alter von unter drei Jahren weniger auf die ambulanten Leistungen, sondern vielmehr auf die Erziehungsberatung (+40%) und die Fremdunterbringungen (+15%) zurückzuführen.
- Für die Altersgruppe der unter 18-Jährigen insgesamt ist die deutlichste Zunahme der Neufälle sogar bei den Maßnahmen der Fremdunterbringung zu konstatieren (+10%), gefolgt von den ambulanten Leistungen (+6%). Demgegenüber zeigt sich für die Erziehungsberatung zwischen 2008 und 2013 eine Stagnation der Fallzahlen.

Für den Bereich der Fremdunterbringungen (o. Abb.) fallen die Zunahmen bei den begonnenen Hilfen für unter

Dreijährige zwischen Vollzeitpflegehilfen (+12%) und Maßnahmen der Heimerziehung bzw. stationären Hilfen (+14%) vergleichbar aus.³ Über die Jahre konstant zeigt sich die Verteilung bezogen auf die Unterbringung der unter Dreijährigen in Pflegefamilien und stationären Settings: Etwa drei von vier Fremdunterbringungen sind Vollzeitpflegeleistungen.

Familien mit Kleinkindern häufiger im Transferleistungsbezug

Armut und die damit verbundenen prekären Lebenslagen können Risiken für die Erziehung darstellen. Hierauf hat der 14. Kinder- und Jugendbericht einmal mehr hingewiesen (vgl. BMFSFJ 2013, S. 107ff.). In der KJH-Statistik kann als Indikator für prekäre Lebenslagen der Bezug von Transferleistungen abgebildet werden. Berücksichtigt werden hierbei das Arbeits-

TABELLE 1: ENTWICKLUNG HILFEN ZUR ERZIEHUNG NACH LEISTUNGSSEGMENTEN UND ALTERSGRUPPEN BEI KINDERN UNTER DREI JAHREN UND UNTER 18 JAHREN

	Angaben absolut				Angaben pro 10.000 der Bevölkerung			
	Hilfen zur Erziehung	Erziehungsberatung	Ambulante Hilfen	Fremdunterbringungen	Hilfen zur Erziehung	Erziehungsberatung	Ambulante Hilfen	Fremdunterbringungen
Unter drei Jahren								
2008	46.927	19.720	21.309	5.898	229,1	96,3	104,0	28,8
2009	50.361	21.638	22.551	6.172	246,6	105,9	110,4	30,2
2010	51.428	23.022	22.244	6.162	252,2	112,9	109,1	30,2
2011	53.644	24.440	22.755	6.449	265,3	120,9	112,5	31,9
2012	54.597	25.360	22.660	6.577	268,2	124,6	111,3	32,3
2013	56.902	27.554	22.572	6.776	278,2	134,7	110,4	33,1
Unter 18 Jahren								
2008	468.692	287.682	135.954	45.056	342,5	210,2	99,4	32,9
2009	474.273	283.913	143.495	46.865	351,8	210,6	106,4	34,8
2010	481.473	291.889	141.914	47.670	360,9	218,8	106,4	35,7
2011	482.744	289.489	144.680	48.575	365,2	219,0	109,4	36,7
2012	480.533	286.490	144.917	49.126	365,2	217,7	110,1	37,3
2013	483.451	289.593	144.311	49.547	368,0	220,4	109,8	37,7

Deutschland 2008–2013, begonnene Hilfen, Angaben absolut und pro 10.000 der altersentsprechenden Bevölkerung

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnungen

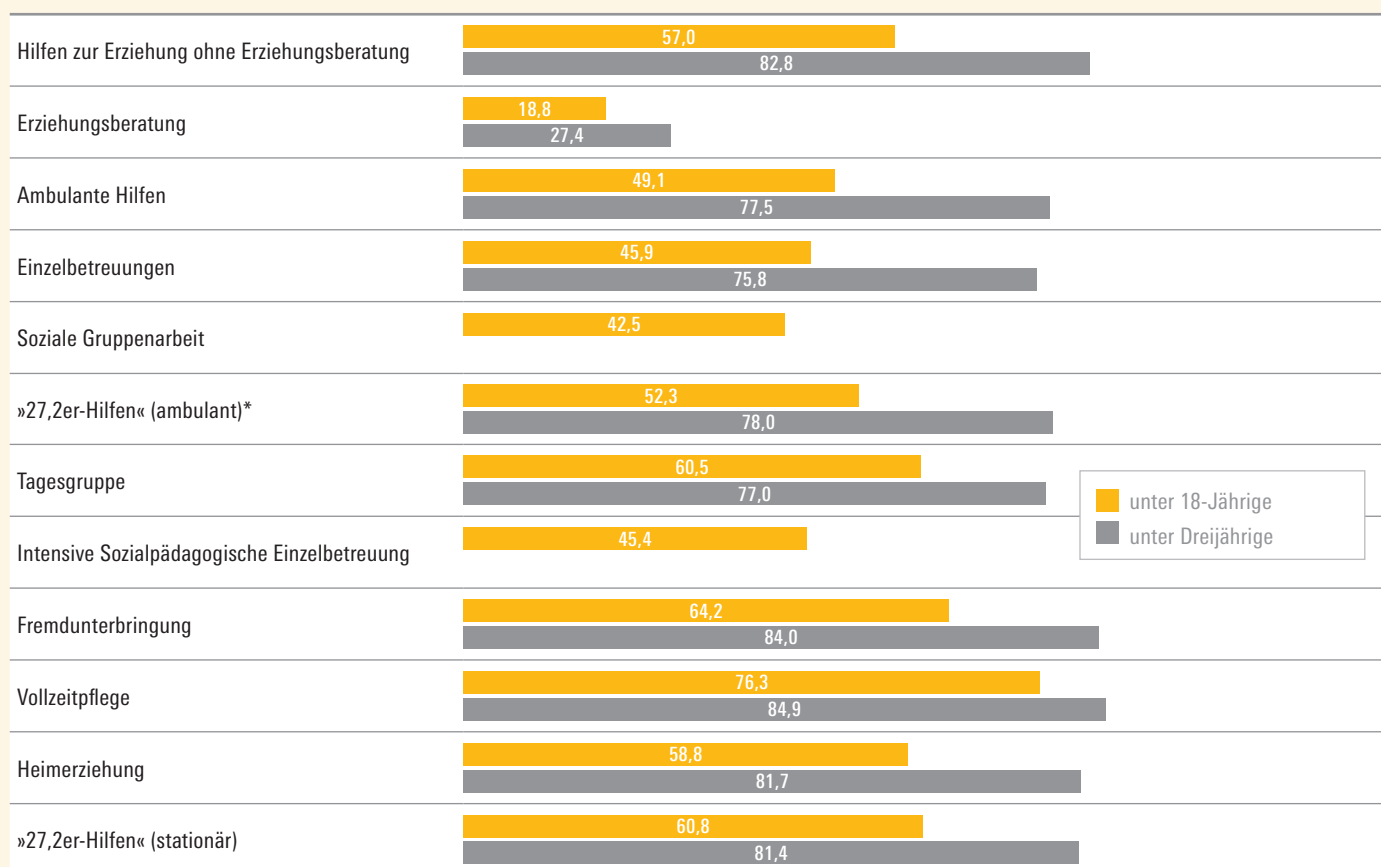
- 3 Die KJH-Statistik weist darüber hinaus die sogenannten »§ 27 SGB VIII Hilfen zur Erziehung, vorrangig außerhalb der Familie (...)« aus. Für 2013 handelt es sich dabei für die Altersgruppe der unter Dreijährigen zum Stichtag 31.12. – die begonnenen Hilfen können auf diese Weise nicht dargestellt werden – um 217 Fälle. Bei den unter Dreijährigen waren es zu 32% Unterbringungen in einem stationären Betreuungssetting über Tag und Nacht, in 13% der Fälle wurde die Kindertagesbetreuung genannt sowie in 20% die Herkunftsfamilie und in 17% eine private, nicht zur Familie gehörende Wohnung.

losengeld II, auch in Verbindung mit dem Sozialgeld (für Kinder), die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und die Grundsicherung bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe oder auch der Kinderzuschlag. Diese Angaben liefern Hinweise zur Lebenslage von Familien, die zumindest von Armut bedroht sind, zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme von erzieherischen Hilfen.

Im Ergebnis bestätigen die Daten der KJH-Statistik auch auf der Ebene der

Einzelfälle die Hypothese, dass es einen Zusammenhang von Armutslagen und einem erhöhten Bedarf an Leistungen der Hilfen zur Erziehung gibt. Anders formuliert: Adressatinnen und Adressaten von Hilfen zur Erziehung sind besonders von sozioökonomisch prekären Lebenslagen betroffen. Dies gilt für die Altersgruppe der unter dreijährigen Kinder und ihre Familien in besonderer Weise. Der Anteil der Familien, die zumindest zeitweilig ökonomisch auf den Bezug von Transfer-

ABBILDUNG 2: HILFEN ZUR ERZIEHUNG FÜR UNTER DREI- UND UNTER 18-JÄHRIGE NACH TRANSFERLEISTUNGSBEZUG UND LEISTUNGSARTEN



Deutschland 2013, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent

*Einschließlich der sonstigen Hilfen

Lesebeispiel: Knapp 19% aller Familien, die mit ihrem minderjährigen Kind oder Jugendlichen eine Erziehungsberatung in Anspruch genommen haben, waren gleichzeitig auf Transferleistungen angewiesen. Für die Altersgruppe der unter Dreijährigen liegt dieser Anteil bei rund 27%.

Nicht berücksichtigt wird die geringe Zahl von sechs unter Dreijährigen in der Sozialen Gruppenarbeit, von denen fünf Kinder in Familien mit Transferleistungsbezug leben.

Für die Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung wurde im Bereich der unter Dreijährigen kein Fall ausgewiesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2013; eigene Berechnung

leistungen angewiesen sind, ist für diese Altersgruppe noch einmal deutlich höher als für die unter 18-Jährigen insgesamt (vgl. Abb. 2).⁴

Die Analyse der Daten zeigt, dass von den Familien mit minderjährigen Kindern, die 2013 eine erzieherische Hilfe (ohne Erziehungsberatung) erhielten, 57% auf Transferleistungen angewiesen waren. Bei der Erziehungsberatung war lediglich jede fünfte Familie von Transferleistungen betroffen (vgl. Abb. 2, S. 53). Differenziert nach den einzelnen Hilfearten variiert die ausgewiesene Gesamtquote zwischen 43% (Soziale Gruppenarbeit) auf der einen und 76% (Vollzeitpflege) auf der anderen Seite. Im ambulanten Hilfesetting ist für die Tagesgruppe mit 61% der höchste Anteil in diesem Hilfesetting festzustellen.

Der Anteil von Familien mit Transferleistungsbezug ist nochmals deutlich höher bei Familien mit Kindern unter drei Jahren. Er liegt bei 83% und damit knapp 26 Prozentpunkte höher als bei den unter 18-jährigen Adressatinnen und Adressaten von erzieherischen Hilfen insgesamt (ohne Erziehungsberatung).

Differenziert nach den beiden Leistungssegmenten zeigt sich folgendes Bild: Im ambulanten Leistungsspektrum liegt der Anteil der Familien mit unter dreijährigen Kindern, die Transferleistungen erhalten, zwischen 76% bei den Einzelbetreuungen und 78% bei den »27,2er-Hilfen« und damit deutlich über den Werten für die unter 18-Jährigen. Im Bereich der Fremdunterbringungen gibt es für die unter Dreijährigen kaum einen Unterschied bei Vollzeitpflege und Heimerziehung. Der Anteil der Familien mit Transferleistungsbezug, deren unter dreijährige Kinder neu fremduntergebracht

sind, liegt bei der Vollzeitpflege bei 85% und bei der Heimerziehung bei 82%. Der Wert liegt für die Heimerziehung knapp 23 Prozentpunkte, bei der Vollzeitpflege neun Prozentpunkte über dem Wert für die unter 18-Jährigen insgesamt.

Je jünger die Kinder, desto häufiger geht der Hilfe zur Erziehung eine Gefährdungseinschätzung voraus

Im Zuge der seit 2012 erstmalig erhobenen Daten zu den »8a-Verfahren« in den Jugendämtern⁵ wurden in der amtlichen Statistik auch zum ersten Mal Daten zu den erzieherischen Hilfen erhoben, die aufgrund einer Gefährdungseinschätzung nach § 8a SGB VIII eingeleitet worden sind. Laut der amtlichen Statistik gingen 2013 rund 12% der Hilfen zur Erziehung (ohne Erziehungsberatung) auf eine Gefährdungseinschätzung durch das Jugendamt zurück (o. Abb.). Bei der Erziehungsberatung spielen »8a-Verfahren« mit rund 1% kaum eine Rolle. Mit Blick auf die weiteren Hilfearten variieren die Anteile deutlich. Während bei der Sozialen Gruppenarbeit (3%) sowie der Einzelbetreuung (5%) die Anteile an Hilfen mit vorangegangenen Gefährdungseinschätzungen gering ausfallen, werden bei den Fremdunterbringungen »8a-Verfahren« wesentlich häufiger vor der Hilfestellung durchgeführt: Bei 16% der neu gewährten Heimerziehungen sowie bei etwas mehr als jeder fünften Vollzeitpflege ging 2013 ein »8a-Verfahren« voraus. Vergleichsweise hohe Quoten werden auch für die SPFH (15%) und die familienorientierten »27,2er-Hilfen« (13%) ausgewiesen.

Bei einer näheren Betrachtung wird deutlich, dass sowohl Alter und Ge-

4 Mit dem Zusammenhang von Bildungshintergrund von Familien und deren Kenntnis bzw. Inanspruchnahme von Frühen Hilfen beschäftigt sich die Prävalenzforschung des NZFH (siehe den Beitrag von Lang u.a. in diesem Heft).

5 Vgl. hierzu den Beitrag von Gudula Kaufhold und Jens Pothmann in diesem Heft.

6 Ausgewertet werden im Folgenden die Angaben zu den begonnenen Hilfen. Hierüber sind Rückschlüsse auf die Gewährungspraxis der Jugendämter für das jeweils letzte Erhebungsjahr möglich.

schlecht des Kindes als auch die wirtschaftliche Situation der Familie eine Rolle spielen bei Hilfen zur Erziehung (ohne Erziehungsberatung), die aufgrund einer Gefährdungseinschätzung eingeleitet worden sind. Mit Blick auf das Alter zeigt sich eindeutig: Je jünger das Kind, desto eher erfolgt ein »8a-Verfahren« vor der Hilfestellung. Bei den unter Sechsjährigen geht 2013 bei mehr als jeder vierten Hilfe eine Gefährdungseinschätzung voraus, während dies bei den Zwölf- bis unter 18-Jährigen beispielsweise bei lediglich 9% der Hilfen der Fall ist (o. Abb.). Für Mädchen wird insgesamt etwas häufiger (13%) als bei Jungen (10%) eine Hilfe zur Erziehung aufgrund einer Gefährdungseinschätzung eingeleitet. Und bei Familien mit Transferleistungsbezug ist mit einem Anteil von 15% etwas öfter ein »8a-Verfahren« vorangegangen als bei den neu begonnenen Hilfen für Minderjährige insgesamt (12%) (vgl. auch Fendrich/Tabel 2013).

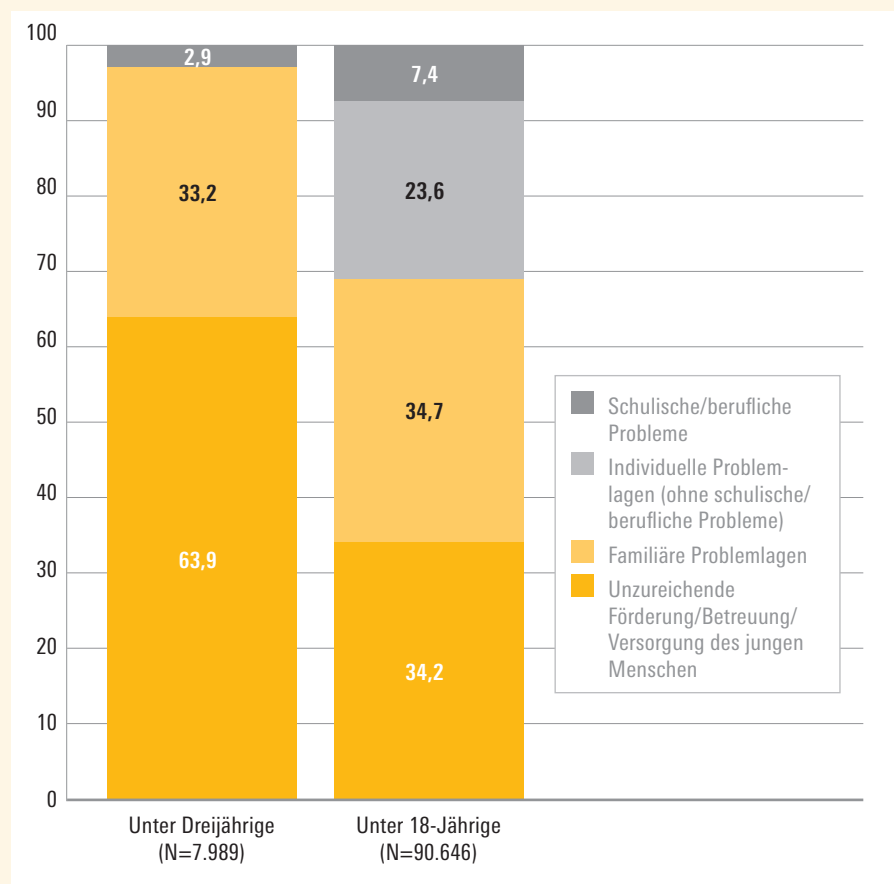
Kindeswohlgefährdung ist bei Kleinkindern der häufigste Anlass für Fremdunterbringungen

Hilfen zur Erziehung sollen in Anspruch genommen werden, wenn eine dem »Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist« (§ 27 SGB VIII). Die konkreten Gründe, die sich hinter einer Erziehung verbergen, die dem Wohl des Kindes nicht entspricht, sind nicht nur weitaus vielfältiger, als es der Gesetzestext auf den ersten Blick vermuten lässt, sondern lassen sich über die Ergebnisse der KJH-Statistik auch konkreter darstellen. Im Rahmen der amtlichen Statistik können bis zu drei Gründe pro Hilfe nach Gewichtung sortiert

(Hauptgrund und bis zu zwei weitere Gründe) genannt werden (vgl. Kolvenbach/Taubmann 2006). Im Durchschnitt werden zwei Gründe pro Hilfe angegeben. Zur Auswahl stehen neun Merkmalsausprägungen, die von individuellen über familiäre Problemlagen bis hin zu einer unzureichenden Förderung/

Betreuung/Versorgung des jungen Menschen reichen. Darüber hinaus kann die Übernahme von einem anderen Jugendamt wegen eines Zuständigkeitswechsels als Grund angegeben werden. Bei diesen Hilfen handelt es sich jedoch in der Regel nicht um neu eingerichtete, sondern um weitergeführte Hilfen.⁶ Vor dem Hinter-

ABBILDUNG 3: HAUPTGRÜNDE FÜR DIE GEWÄHRUNG VON HILFEN ZUR ERZIEHUNG BEI UNTER DREI- UND UNTER 18-JÄHRIGEN

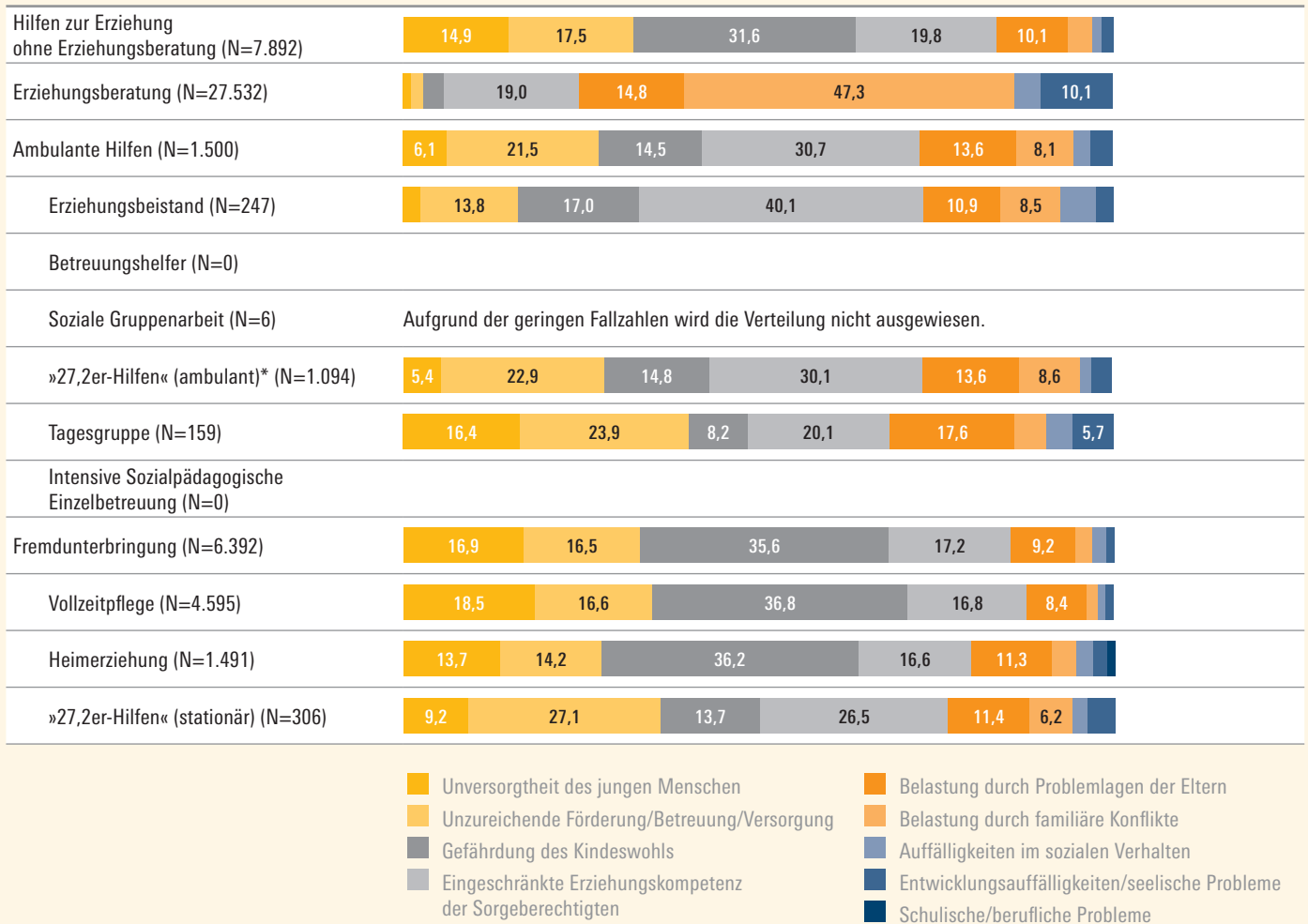


Deutschland 2013, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent

Hilfen, die aufgrund eines Zuständigkeitswechsels begonnen wurden, sind hier nicht berücksichtigt. Die Angabe von N bezieht sich auf die Hauptgründe und damit auf die Anzahl der Hilfen. Folgende Hilfearten werden nicht mit berücksichtigt: familienorientierte »27,2er-Hilfen« und Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII sowie Erziehungsberatung gem. § 28 SGB VIII.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2013; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 4: HAUPTGRÜNDE FÜR DIE GEWÄHRUNG VON HILFEN ZUR ERZIEHUNG NACH HILFEARTEN FÜR UNTER DREIJÄHRIGE



Deutschland 2013, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent

* Nur einzelfallbezogene Hilfen, einschließlich der sonstigen Hilfen

Hilfen, die aufgrund eines Zuständigkeitswechsels begonnen wurden, sind hier nicht berücksichtigt. Die Angabe von N bezieht sich auf die Hauptgründe und damit auf die Anzahl der Hilfen. Folgende Hilfearten werden nicht mit berücksichtigt: familienorientierte »27,2er-Hilfen« und Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII.

Nicht berücksichtigt wird zudem die geringe Zahl von sechs unter Dreijährigen in der Sozialen Gruppenarbeit.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2013; eigene Berechnungen

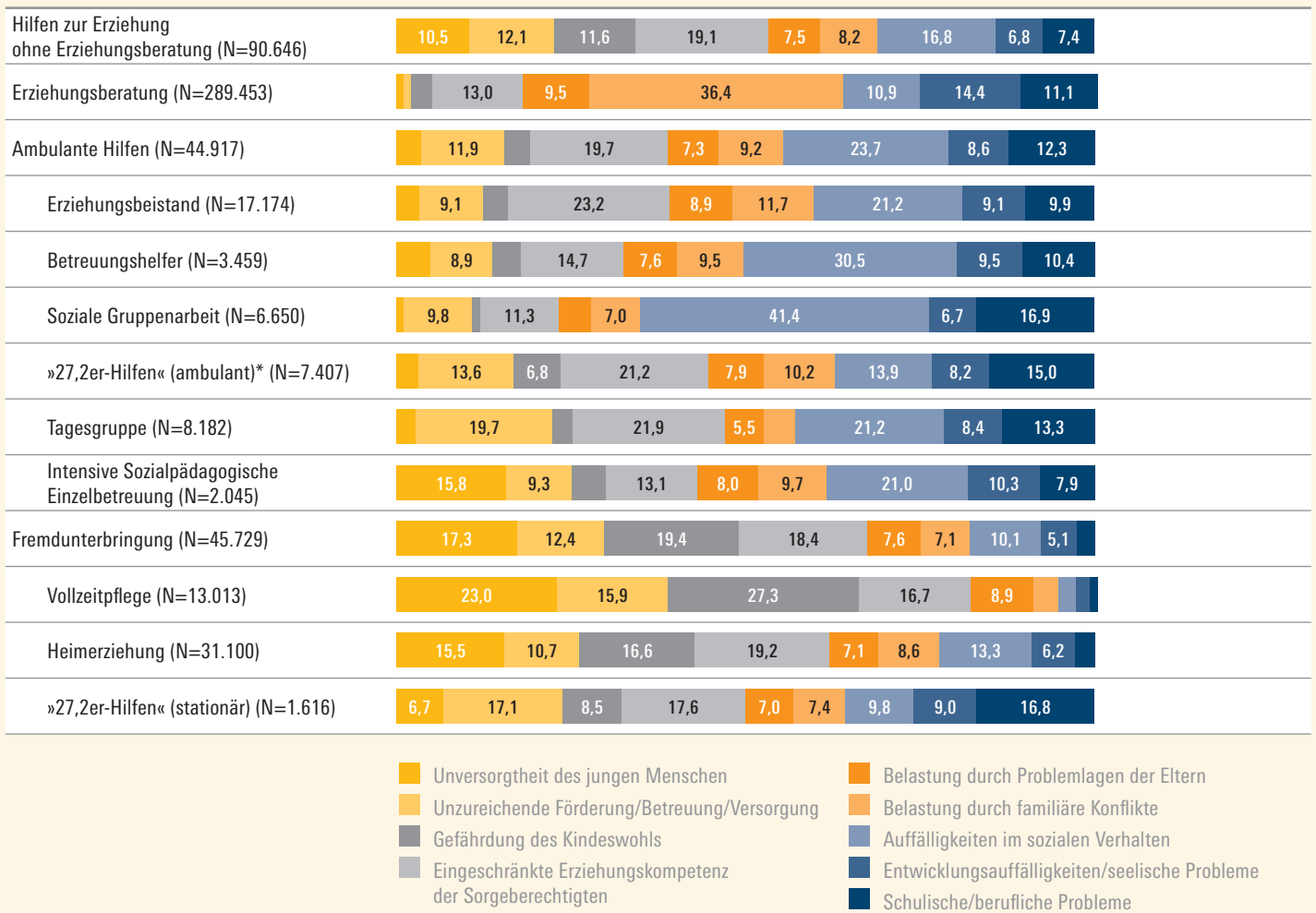
7 Zu beachten ist jedoch, dass die familienorientierten Hilfen (SPFH sowie familienorientierte »27,2er-Leistungen«) nicht berücksichtigt werden können, da bei ihnen die Altersstruktur bezogen auf die Gründe der Gewährung in der Statistik nicht einzeln ausgewiesen wird. Für alle Altersgruppen, aber insbesondere für die unter Zwölfjährigen, ist daher von einem höheren Anteil von Hilfen aufgrund familiärer Probleme auszugehen.

grund wird dieser »Grund« in den folgenden Auswertungen nicht mitberücksichtigt.

Beginnt man die vergleichende Analyse für die unter Drei- und die unter 18-Jährigen zunächst mit einer Zusammenfassung der Hauptgründe für die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung: (a) unzureichende Förderung/Betreuung/

Versorgung des jungen Menschen, (b) familiäre Probleme, (c) individuelle Probleme, so zeigt sich ein eindeutiges Muster: Je älter der junge Mensch ist, desto stärker liegt der Fokus auf seinem Verhalten. Bei den Jüngsten hingegen wird vor allem eine unzureichende Versorgung, Förderung oder auch Betreuung genannt. Bei den unter Dreijährigen wird dies in zwei

ABBILDUNG 5: HAUPTGRÜNDE FÜR DIE GEWÄHRUNG VON HILFEN ZUR ERZIEHUNG NACH HILFEARTEN FÜR UNTER 18-JÄHRIGE



Deutschland 2013, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent

* Nur einzelfallbezogene Hilfen, einschließlich der sonstigen Hilfen

Hilfen, die aufgrund eines Zuständigkeitswechsels begonnen wurden, sind hier nicht berücksichtigt. Die Angabe von N bezieht sich auf die Hauptgründe und damit auf die Anzahl der Hilfen.

Folgende Hilfearten werden nicht mit berücksichtigt: familienorientierte »27,2er-Hilfen« und Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2013; eigene Berechnungen

von drei Fällen als Hauptgrund ausgewiesen (vgl. Abb. 3, S. 55). Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung der erzieherischen Hilfen als frühzeitige Leistung im Kontext eines institutionellen Kinderschutzes. Mit Blick auf die Gesamtzahl der Minderjährigen mit einer Hilfe zur Erziehung sinkt die Bedeutung dieses Grundes, während familiäre Problemla-

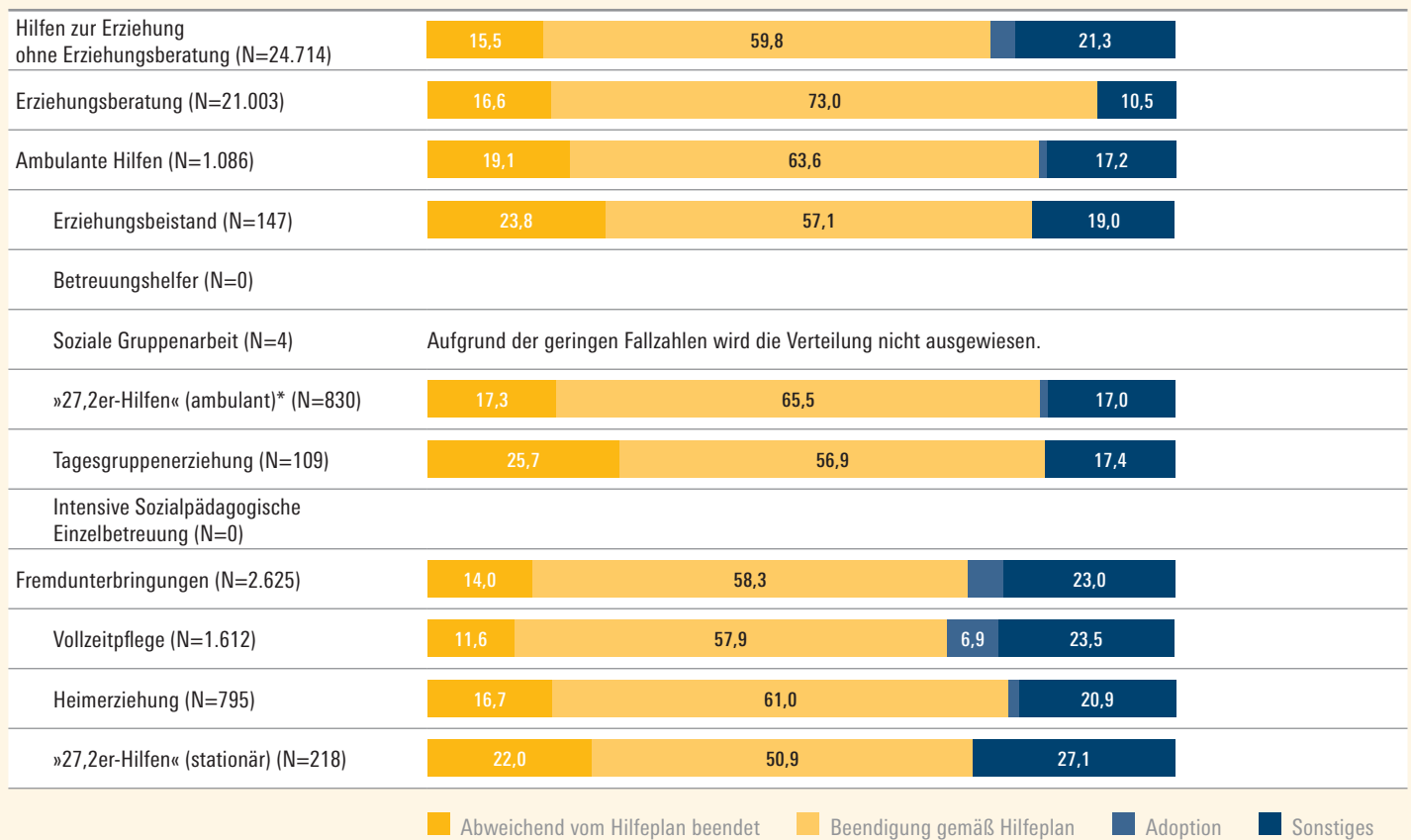
gen oder auch individuelle Problemlagen des jungen Menschen an Bedeutung gewinnen (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2014).⁷

Schaut man auf die Verteilung der Gründe für begonnene erzieherische Hilfen bei unter dreijährigen Kindern und berücksichtigt die Hauptgründe für die einzelnen Hilfearten, so wird deutlich,

dass offensichtlich bestimmte Hilfen bei spezifischen Problemlagen eingesetzt werden. Das heißt im Einzelnen (vgl. Abb. 4):

- Bei den Gründen für die Gewährung einer erzieherischen Hilfe (ohne Erziehungsberatung) für Kinder unter drei Jahren zeigt sich, dass der größte

ABBILDUNG 6: HILFEN ZUR ERZIEHUNG FÜR UNTER DREIJÄHRIGE NACH BEENDIGUNGSGRUND



Deutschland 2013, beendete Hilfen, Angaben in Prozent

* Einschließlich der sonstigen Hilfen; ohne familienorientierte »27,2er-Hilfen«

Hilfen, die aufgrund eines Zuständigkeitswechsels beendet wurden, sind hier nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2013; eigene Berechnungen

Anteil der Hilfen aufgrund einer Gefährdung des Kindeswohls begonnen wird (32%). Mit Blick auf die einzelnen Hilfearten wird diese Problemlage vor allem im Rahmen der Fremdunterbringungen in Form von Vollzeitpflege und Heimerziehung relevant, die prozentuale Anteile von 37% bzw. 36% für diesen Hilfegrund aufweisen.

- An zweiter Stelle der Gründe für eine Hilfe zur Erziehung (ohne Erziehungsberatung) bei kleinen Kindern stehen die eingeschränkte

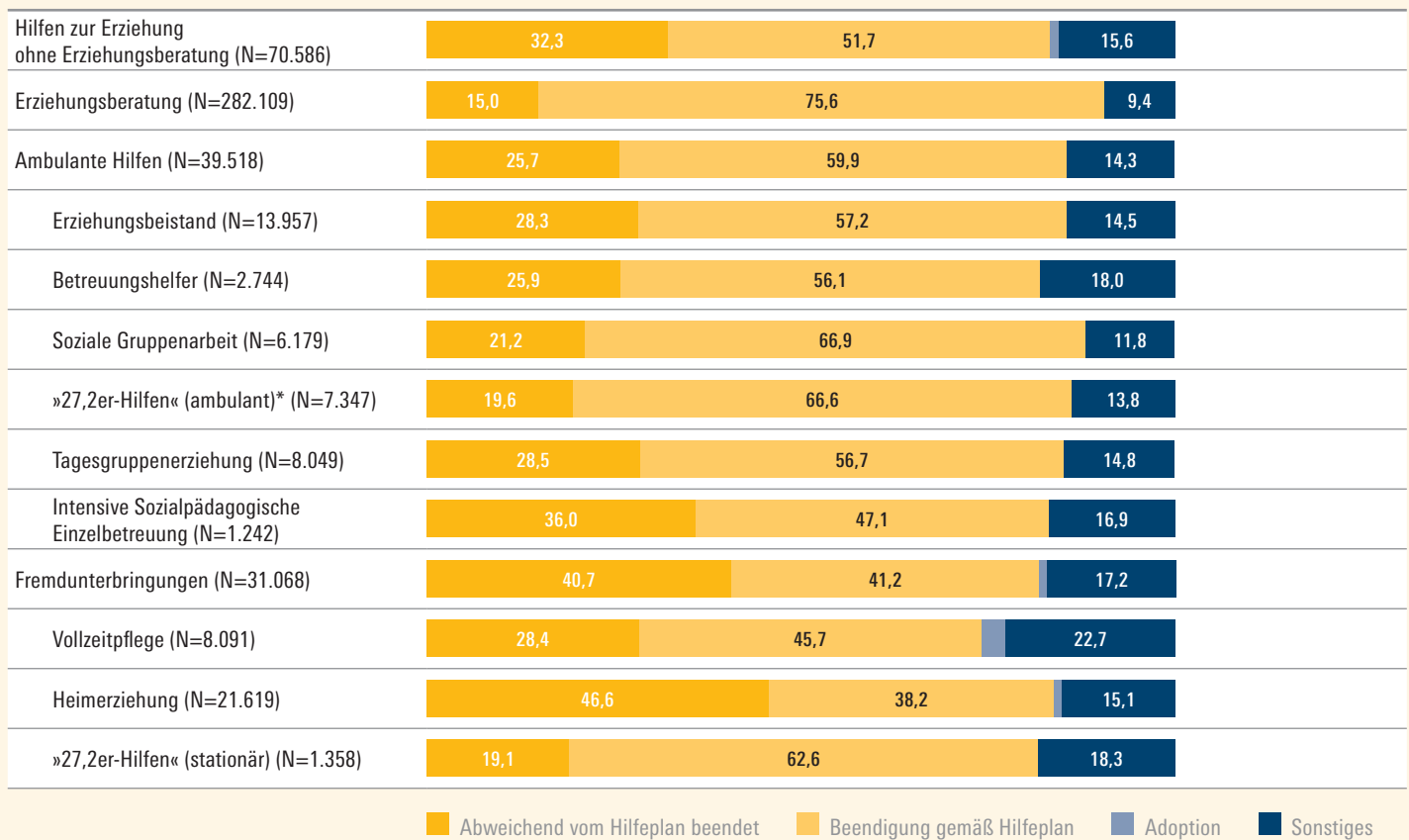
Erziehungskompetenz der Sorgeberechtigten (20%) sowie eine unzureichende Förderung/Betreuung/Versorgung des Kleinkindes mit einem Anteil von 18%.

- Bei den neu begonnenen Erziehungsberatungen sind es vor allem Belastungen durch familiäre Konflikte, mit denen Familien mit Kleinkindern unter drei Jahren in die Beratungsstellen kommen (47%), gefolgt von der eingeschränkten Erziehungskompetenz der Sorgeberechtigten (19%).

- Im Leistungssegment der ambulanten Hilfen spielt bei den begonnenen ambulanten »27,2er-Hilfen« und den Erziehungsbeistandschaften die eingeschränkte Erziehungskompetenz der Personensorgeberechtigten eine Rolle (30% bzw. 40%). Eine Tagesgruppe kommt vor allem bei einer unzureichenden Förderung/Versorgung/Betreuung des unter dreijährigen Kindes zum Einsatz (24%).

Die Gründe für die Gewährung einer erzieherischen Hilfe für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren unterscheiden

ABBILDUNG 7: HILFEN ZUR ERZIEHUNG FÜR UNTER 18-JÄHRIGE NACH BEENDIGUNGSGRUND



Deutschland 2013, beendete Hilfen, Angaben in Prozent

* Einschließlich der sonstigen Hilfen; ohne familienorientierte »27,2er-Hilfen«

Hilfen, die aufgrund eines Zuständigkeitswechsels beendet wurden, sind hier nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2013; eigene Berechnungen

sich von denen für Kleinkinder unter drei Jahren. Mit Blick auf die über den ASD organisierten Hilfen zur Erziehung (also ohne Erziehungsberatung) für unter 18-Jährige wird die eingeschränkte Erziehungskompetenz der Sorgeberechtigten (19%) als Hauptgrund für die erzieherische Hilfe ausgewiesen, gefolgt von Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (17%), der Gefährdung des Kindeswohls (12%) und einer unzureichenden Förderung/Betreuung/Versorgung des Kindes oder Jugendlichen (12%) (vgl. Abb. 5, S. 57). Bei den neu begonnenen Erziehungsberatungen werden familiäre Konflikte als

Hauptgrund der Belastungen der/des Minderjährigen genannt (36%).

Leistungen für Familien mit Kleinkindern werden überproportional häufig nach Hilfeplan beendet

Die Frage nach der Effektivität und Effizienz ist für die erzieherischen Hilfen von großer Bedeutung. Hinweise zur Beantwortung dieser Frage eröffnet die amtliche Statistik durch die Erfassung der Gründe für die Beendigung von Hilfen. Erhoben wird hier, ob die Hilfen gemäß den Hilfeplanziele beendigt worden sind oder hiervon abweichen.⁸

8 Zur Diskussion über die Aussagekraft dieses Merkmals vgl. beispielsweise Pothmann/Rauschenbach 2011, S. 199ff.

Laut amtlicher Statistik wurden 2013 bei Kindern unter drei Jahren 16% der erzieherischen Hilfen (ohne Erziehungsberatung) abweichend vom Hilfeplan bzw. den vereinbarten Beratungszielen beendet (vgl. Abb. 6, S. 58). Das heißt im Umkehrschluss aber auch: Ein großer Teil der Hilfen gem. §§ 27,2 bis 35 SGB VIII wurde in der Form beendet, wie es im Rahmen des Hilfeplanverfahrens zusammen mit den Erziehungsberechtigten vereinbart worden ist (60%). Darüber hinaus wurden 21% aus sonstigen, nicht näher benannten Gründen beendet. Im Vergleich zu den beendeten Hilfen bei Minderjährigen unter 18 Jahren insgesamt – hier werden 32% der Hilfen (ohne Erziehungsberatungen) abweichend vom Hilfeplan beendet, rund 52% gemäß Hilfeplan sowie 16% aus sonstigen Gründen (vgl. Abb. 7, S. 59) – ist der Anteil der abweichend vom Hilfeplan beendeten Hilfen bei kleinen Kindern demnach doch erheblich geringer als für die Gruppe der Minderjährigen insgesamt.

Mit Blick auf die unterschiedlichen Leistungssegmente und den Anteil der abweichend vom Hilfeplan beendeten Hilfen zeigt sich bei der Gruppe der unter Dreijährigen ein Unterschied zwischen ambulanten Hilfen (19%) und Fremdunterbringungen (14%). Bei den minderjährigen Adressatinnen und Adressaten insgesamt ist dies genau umgekehrt: Hier werden mehr Fremdunterbringungen (41%) abweichend vom Hilfeplan beendet als ambulante Hilfen (26%). Im ambulanten Leistungssegment variieren die prozentualen Anteile nicht planmäßig beendeter Hilfen bei den Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zwischen 36% (Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung) und 20% (ambulante »27,2er-

Hilfen«). Bei den Fremdunterbringungen ist die Spannweite größer: Sie bewegt sich zwischen 28% bei der Vollzeitpflege und 47% bei der Heimerziehung.

Resümee

Die »Hilfen zur Erziehung« als rechtlich kodifiziertes und institutionell verankertes Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendhilfe haben eine beachtliche Entwicklung der Expansion und Ausdifferenzierung zurückgelegt. Es ist mittlerweile zu einer Selbstverständlichkeit geworden, dass bei Bedarf die Kinder- und Jugendhilfe die Erziehung in der Familie unterstützt, ergänzt oder auch – falls notwendig – im Rahmen von Pflegefamilien sowie Heimen oder betreuten Wohnformen ersetzt. Die Leistungen bewegen sich dabei je nach Ausgestaltung in einem Spannungsfeld von personenbezogener sozialer Dienstleistung auf der einen sowie einem Interventionsauftrag im Horizont des staatlichen Wächteramtes auf der anderen Seite.

Für die Adressatengruppe der Familien mit Kindern im Alter von unter drei Jahren beinhalten die Analysen der KJH-Statistik einige Besonderheiten hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfen zur Erziehung. Auch wenn auf der einen Seite nach wie vor für Familien mit Kindern in diesem Alter bevölkerungsrelativiert weniger Hilfen als insgesamt für Minderjährige gewährt werden, so ist auf der anderen Seite dennoch eine überproportionale Zunahme der Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kleinst- und Kleinkindern zu beobachten. Bei diesen Familien handelt es sich in besonderer Weise um solche, die von ökonomischer Armut zumindest bedroht sind. Ferner zeigen die Analysen, was auch fachlich naheliegt: Der Schutz

des besonders vulnerablen Kleinkindes vor möglichen Gefährdungen durch Vernachlässigungen und/oder Misshandlungen hat eine hohe Bedeutung bei der Gewährung von Leistungen der Hilfen zur Erziehung. Auch wenn die ökonomische Situation der Familien, die diese Hilfen in Anspruch nehmen, in besonderer Weise prekär und eine mögliche Kindeswohlgefährdung besonders häufig virulent ist, so fallen die Ergebnisse zur planmäßigen bzw. unplanmäßigen Beendigung von Hilfen zur Erziehung bei den Familien mit Kindern im Alter von unter drei Jahren deutlich besser aus als für ältere Kinder oder Jugendliche.

Diese Ergebnisse sind aus der Perspektive der Frühen Hilfen sowohl mit Blick auf weiterführende zukünftige Forschungsvorhaben zu den Schnittstellen der beiden Leistungsbereiche als auch bezogen auf eine notwendige Praxisentwicklung von Relevanz – hierzu einige abschließende exemplarische Hinweise:

- Es ist zu fragen, wie die Beobachtung überproportional steigender Fallzahlen erzieherischer Hilfen bei Kindern im Alter von unter drei Jahren einzuordnen ist vor dem Hintergrund einer Ausweitung der Angebote im Bereich Frühe Hilfen. Hier fehlt es bislang an belastbaren Daten über Wechselwirkungen zwischen den Angebotsbereichen Frühe Hilfen und Hilfen zur Erziehung – sowohl mit Blick auf eine empirische Untersuchung möglicher Substitutionseffekte als auch potenzieller Sensibilisierungseffekte.
- Die Analysen zu den Lebenslagen haben für die Hilfen zur Erziehung gezeigt, dass diese Leistungen insbe-

sondere von Familien in ökonomisch prekären Lebenslagen in Anspruch genommen werden. Für Frühe Hilfen wurde im Rahmen der laufenden Prävalenz- und Versorgungsforschung des NZFH bis dato der Zusammenhang von Bildungshintergrund von Familien und deren Kenntnis bzw. Inanspruchnahme von Frühen Hilfen herausgearbeitet. Inwieweit von Armut geprägte Lebenslagen mit familiären Belastungs- und kindlichen Risikofaktoren einhergehen, werden die weiteren Studienergebnisse zeigen. Schon jetzt ist ersichtlich, dass Familien mit höherem Bildungsgrad eher als Familien mit niedrigem Bildungsgrad Angebote im Bereich Frühe Hilfen kennen und zum Teil auch nutzen, insbesondere solche mit »Komm-Struktur« (vgl. NZFH 2014, S. 44ff., und den Beitrag von Lang u.a. in diesem Heft). Für die Praxisentwicklung lokaler Hilfe- und Unterstützungssysteme für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern im Allgemeinen sowie von Frühen Hilfen im Besonderen resultiert hieraus, die Reichweite und Passgenauigkeit der Angebote so weiterzuentwickeln, dass diese auch frühzeitig von Familien in ökonomisch prekären Lebenslagen in Anspruch genommen werden.

- Schließlich wurde in der Analyse der KJH-Statistik deutlich, dass Hilfen zur Erziehung eine wichtige Antwort auf konkrete Kindeswohlgefährdungen im Rahmen des staatlichen Wächteramtes darstellen können. Sie übernehmen eine wichtige Funktion bei der Aufgabe, das Wohl von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren wie Vernachlässigungen oder Misshand-

lungen zu schützen. Angebote im Bereich Frühe Hilfen sind grundsätzlich präventiv und niedrighchwellig ausgerichtet und bei der Stärkung von Kooperation und Vernetzung ist die Abstimmung von Verfahren bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung eine wichtige Aufgabe, wengleich das Handeln bei Kindeswohlgefährdung nicht zentraler Auftrag der Frühen Hilfen ist. Hieraus resultieren Schnittstellen, die in Teilen noch etwas unscharf sind, zu denen weiter geforscht werden sollte und die im Rahmen lokaler Praxisentwicklung weiter ausgefüllt werden müssen.

Literatur

- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin.
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin.
- Fendrich, S./Tabel, A. (2013): Erziehungshilfen am Wendepunkt? In: KOMDAT, Heft 3, S. 5–9.
- Fendrich, S./Pothmann, J./Tabel, A. (2014): Monitor Hilfen zur Erziehung 2014. Hrsg. von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Dortmund.
- Kolvenbach, F.-J./Taubmann, D. (2006): Statistik der erzieherischen Hilfen neu konzipiert. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 10, S. 1048–1054.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln.
- Pothmann, J./Rauschenbach, T. (2011): Kann die amtliche Statistik Wirkungen beobachten? In: MacSenaere, M./Hiller, S./Fischer, K. (Hrsg.): Outcome in der Jugendhilfe gemessen. Freiburg, S. 199–205.
- Sann, A. (2014): Familienhebammen in den Frühen Hilfen. Formierung eines »hybriden« Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, Heft 2, S. 227–232.

Gefährdungseinschätzungen bei den Kleinsten

Ein wichtiges Thema an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Das im Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz forciert an verschiedenen Stellen, zum Beispiel bei der Förderung des Ausbaus von Netzwerken Frühe Hilfen im Rahmen der Bundesinitiative und den Regelungen zur Kommunikation in Kindeswohlgefährdungsfällen, die fachliche Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe (KJH). Hiermit einher geht auch die Ergänzung zusätzlicher Regelungen für eine neue Teilerhebung der amtlichen Kinder- und Jugendhilfe-statistik (KJH-Statistik) zu den Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Abs. 1 SGB VIII. Hierüber wird es erstmals möglich, Kindeswohlgefährdungen im Kontext des Schutzauftrags der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe quantitativ zu erfassen.

Erste Hinweise, wie sich diese Schnittstelle zwischen öffentlicher Kinder- und Jugendhilfe sowie Institutionen bzw. Personen des Gesundheitswesens gestaltet, geben die Auswertungen der im § 99 SGB

VIII genannten Erhebungsmerkmale. Hierzu gehören, neben den sozialstatistischen Merkmalen Alter und Geschlecht der betroffenen Kinder und ihrer Eltern, der Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung, Form und Ergebnis der Gefährdung sowie vorhergehende und neu eingerichtete Hilfen, aber vor allem auch die Möglichkeit, nach Art des Initiators der Gefährdungseinschätzung zu differenzieren.

Nachfolgend soll auf Basis der amtlichen Daten zu den Gefährdungseinschätzungen aus den Jahren 2012 und 2013 zum einen der Frage nachgegangen werden, welche Bedeutung das Gesundheitswesen für diesen zentralen Teil des institutionellen Kinderschutzes aktuell hat. Zum anderen soll in den Analysen auf die Zielgruppe der Frühen Hilfen, Familien mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr, fokussiert werden.

Zur Bearbeitung dieser Fragestellung werden zunächst einige für das bessere Verständnis notwendige methodische Erläuterungen zu den über die KJH-Statistik verfügbaren Angaben zur »8a-

Statistik« gemacht. Die anschließenden empirischen Analysen gliedern sich in drei Teile. Zunächst werden allgemeine Eckdaten aus den umfangreichen Standardtabellen zu den Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter im Sinne einer Überblicksdarstellung kommentiert. In einem zweiten Schritt wird mit der Altersgruppe der unter Vierjährigen die primäre Alters- und Zielgruppe für die Frühen Hilfen hinsichtlich der Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter in den Blick genommen. Diese Auswertungen basieren zusätzlich auch auf den über die Forschungsdatenzentren verfügbaren Mikrodaten zu den Gefährdungseinschätzungen.¹ Im dritten Schritt der Datenauswertungen fokussieren die Analysen die Auslöser von Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter unter besonderer Berücksichtigung von Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr und hinsichtlich des Gesundheitswesens als Auslöser dieser Verfahren. Abgerundet wird der Beitrag mit zentralen Schlussfolgerungen aus den beschriebenen Auswertungen.

METHODISCHE HINWEISE

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse der KJH-Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter ist zu beachten, was im Rahmen der Erhebung als Gefährdungseinschätzung zählt. Dies gilt umso mehr, als dass in der Praxis nicht jeder Anruf beim Jugendamt bzw. Allgemeinen Sozialen Dienst anlässlich einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls gleichbedeutend mit einer Gefährdungsabschätzung ist, wie sie im § 8a Abs. 1 SGB VIII beschrieben wird. Für die Definition des Erhebungsbereichs der statistischen Erfassung ist daher die Orientierung an den Vorgaben des § 8a Abs. 1 SGB VIII von zentraler Bedeutung, zumal sich hierüber so etwas wie »Gefährdungsschwellen« beschreiben lassen. Diese dienen letztendlich auch der Operationalisierung des Erhebungsgegenstandes im Rahmen der amtlichen Statistik. Hierzu wird seitens des Statistischen Bundesamtes formuliert:

»Eine Gefährdungseinschätzung gemäß § 8a Absatz 1 SGB VIII ist dann zu melden, wenn dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt werden, es sich daraufhin einen unmittelbaren Eindruck von dem/der Minderjährigen und seinem/seiner persönlichen Umgebung verschafft hat (z.B. durch einen Hausbesuch, den Besuch der Kindertageseinrichtung oder der Schule, der eigenen Wohnung des/der Jugendlichen oder die Einbestellung der Eltern ins Jugendamt) und die Einschätzung des Gefährdungsrisikos anschließend im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte erfolgt ist. Zu einer gemeldeten Gefährdungseinschätzung können auch weitere vereinbarte Hausbesuche oder

zusätzliche Recherchearbeiten gehören« (Grundmann/Lehmann 2012, S. 227).

Darüber hinaus ist – ohne hier im Einzelnen auf die jeweiligen inhaltlichen Gründe einzugehen – bei der Erfassung zu berücksichtigen, dass sich die erhobenen Gefährdungseinschätzungen auf die zumeist noch in Familien lebenden Kinder bzw. Jugendlichen beziehen und nicht etwa auf die Familie selbst. Das bedeutet, dass bei Familien mit beispielsweise zwei gefährdeten Kindern auch zwei Meldungen über durchgeführte Gefährdungseinschätzungen abgegeben werden müssen. Schließlich können sich je nach Herkunft und Alter der Kinder die Angaben z.B. mit Blick auf das Alter des Vaters oder aber auch hinsichtlich des Ergebnisses der Gefährdungseinschätzung für die Kinder unterschiedlich darstellen.

Diese Voraussetzungen zur Meldung im Rahmen der Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen sind möglicherweise im Verlauf der erstmaligen Durchführung der Erhebung 2012 in den rund 560 Jugendämtern zum einen noch nicht überall im gleichen Maße bekannt sowie zum anderen auch noch nicht in ausreichendem Maße institutionalisiert und in die Handlungsabläufe der Allgemeinen Sozialen Dienste integriert gewesen. Hierauf verweisen nicht zuletzt auch Erfahrungsberichte aus Jugendämtern, nach denen Kriterien zur Erfassung der Gefährdungseinschätzungen aus unterschiedlichen Gründen nicht immer konsequent angewendet worden sind (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2014, S. 57 u. 81). Hinzu kommt, dass laut Erfahrungsberichten die in den Allgemeinen Sozialen Diensten zum Einsatz kommenden EDV-Programme zur Unterstützung der sta-

1 Über die Forschungsdatenzentren können wissenschaftliche Einrichtungen die faktisch anonymisierten Mikrodaten zu den Erhebungen zur Kinder- und Jugendhilfestatistik nutzen. Auf der Basis der Mikrodaten können bivariate und multivariate Verfahren im Rahmen statistischer Auswertungen angewendet werden (vgl. auch Fuchs-Rechlin/Moya/Schilling 2011).

tistischen Meldung in den Jugendämtern noch nicht durchweg den Anforderungen der amtlichen Statistik entsprechen, mit der Konsequenz, dass organisatorische Abläufe in den Jugendämtern z.T. noch verbessert werden können.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Einführung von Teilerhebungen der KJH-Statistik ist aber davon auszugehen, dass sich die Datenqualität bei den gemeldeten Gefährdungseinschätzungen in den nächsten Jahren verbessern wird.² Diese Qualitätsverbesserungen können sich im Übrigen nicht zuletzt auch in einer Zunahme der Fallzahlen für die Erhebungen nach 2012 zeigen. Die zwischenzeitlich vorliegenden Daten zu den Gefährdungseinschätzungen aus dem Jahr 2013 bestätigen dies. So ist die Zahl der Gefährdungseinschätzungen 2013 um 8,5% gegenüber dem Vorjahr angestiegen.

BETROFFENE UND IHRE LEBENSLAGEN

Differenzen beim Alter

Die Häufigkeit der Durchführung von Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter ist u.a. abhängig vom Alter der potenziell gefährdeten Kinder und Jugendlichen. Entsprechend werden Unterschiede hinsichtlich der betroffenen Altersgruppen bei den »8a-Fällen« erkennbar. So entfällt von den rund 115.600 Gefährdungseinschätzungen des Jahres 2013 jede vierte auf ein Kind im Alter von unter drei Jahren (o. Abb.). Bei rund 20% der Verfahren sind Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren im Fokus der Jugendämter und in weiteren 22% sind es Kinder im Grundschulalter zwischen sechs und neun Jahren. Etwas niedriger ist mit 18% der ausgewiesene Anteil für

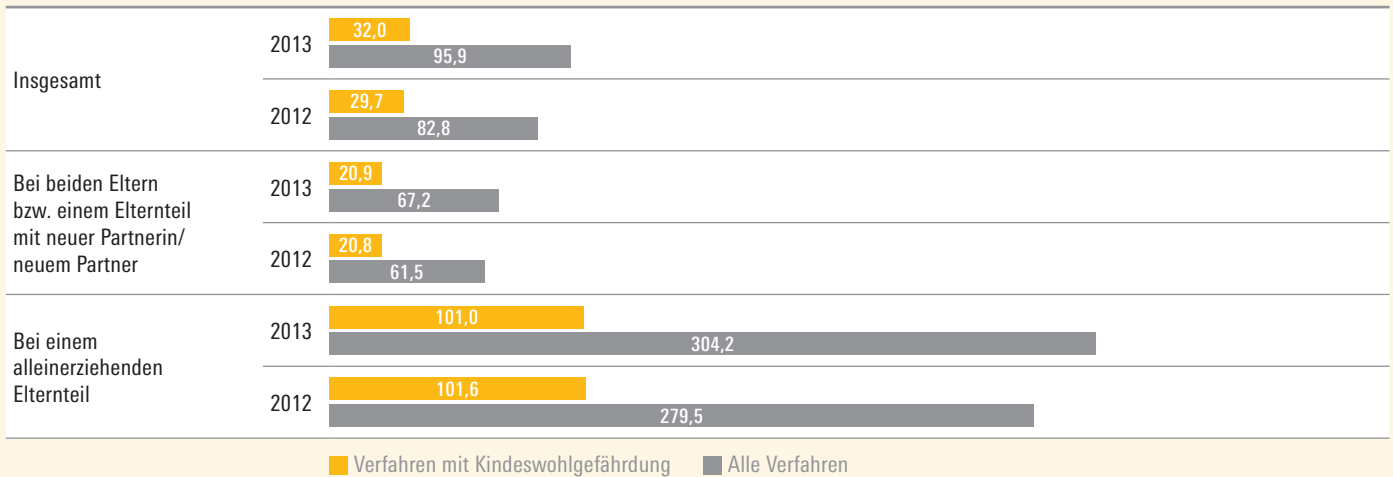
die Altersgruppe der 10- bis 13-Jährigen und mit 15% für die 14- bis 17-Jährigen. Die Verteilung der Gefährdungseinschätzungen für das Jahr 2012 war mit Blick auf die genannten Altersgruppen nahezu identisch; insgesamt ist jedoch die Zahl der Gefährdungseinschätzungen im Vergleich zum Vorjahr um 8,5% angestiegen.

Diese Altersverteilung ist auf der einen Seite vor dem Hintergrund der größeren »Verwundbarkeit« von Klein- und Kleinstkindern gegenüber Vernachlässigungen und Misshandlungen nicht weiter verwunderlich. Auf der anderen Seite ist der Befund insofern bemerkenswert, als die Gruppe der unter Dreijährigen nach wie vor – trotz »U3-Ausbau« im Bereich der Kindertagesbetreuung – in einem weitaus geringeren Maße in »öffentlicher Verantwortung« aufwächst als die Gruppe der Dreijährigen bis zum Schuleintritt oder erst recht als die Grundschul Kinder. Dies lässt darauf schließen, dass es im Sinne eines »Aufwachsen(s) in neuer Verantwortung« gemäß dem 14. Kinder- und Jugendbericht (vgl. BMFSFJ 2013) innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe, in anderen Bereichen des Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitswesens, aber auch aufseiten der Polizei und in der Gesellschaft allgemein eine hohe Aufmerksamkeit gegenüber möglichen Gefährdungen des Wohls von Kindern und Jugendlichen gibt. Die Verteilung zeigt aber auch, dass sich »Kinderschutz« keineswegs ausschließlich auf Klein- und Kleinstkinder bezieht, sondern die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Jugendämter hier auch gegenüber Jugendlichen ihren Aufgaben im Rahmen des staatlichen Wächteramtes nachkommen müssen (vgl. IzKK 2011).

2 Zur Verbesserung der Datenqualität wurden auch seitens der amtlichen Statistik im Erhebungsbogen für 2014 einige Merkmalsausprägungen ergänzt (vgl. www.stla.sachsen.de/download/Erhebungsboegen/2K_KJH_Teil1_8.pdf; 04.08.2015).

3 In dem Zusammenhang ist der Umstand interessant, dass laut Auswertung der Mikrodaten für 2012 Kindeswohlgefährdungen in Alleinerziehenden-Haushalten mehr als doppelt so häufig von den Eltern(-teilen) bzw. Personensorgeberechtigten selbst bekannt gemacht werden. Die Einzeldatenauswertung zeigt, dass 1.392 Gefährdungseinschätzungen, die sich auf Kinder in Alleinerziehendenfamilien beziehen, von Eltern(-teilen) oder Personensorgeberechtigten initiiert werden. Dem stehen 544 Gefährdungsmeldungen aus diesem Personenkreis gegenüber, die sich auf Kinder beziehen, die bei beiden Elternteilen leben, und 193 Meldungen, die sich auf Kinder aus Patchwork-Familien beziehen. Über die Gründe kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden, beispielsweise mit Blick auf hochstrittige Sorgerechtskonflikte im Trennungs- oder Scheidungsfall.

ABBILDUNG 1: AUFENTHALTSORT ZUM ZEITPUNKT DER GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNG UND ERGEBNIS DES VERFAHRENS



Deutschland 2013, bevölkerungsrelativierte Verteilung in Promille

Für den bevölkerungsrelativierten Vergleich werden alle anderen von der 8a-Statistik erfassten Aufenthaltsorte hier nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2013; Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2012; eigene Berechnungen

Alleinerziehende und minderjährige Mütter im Fokus

Die Auswertungen nach dem (gewöhnlichen) Aufenthaltsort der betroffenen Kinder zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung zeigen, dass Gefährdungseinschätzungen am häufigsten in solchen Konstellationen durchgeführt werden, in denen die/der Minderjährige bei einem alleinerziehenden Elternteil lebt (vgl. Abb. 1). Dies trifft für 2013 in durchschnittlich 304 von 1.000 Fällen in dieser Familienkonstellation zu, jedoch nur in 67 von 1.000 der bei beiden Elternteilen oder bei einem Elternteil in neuer Partnerschaft lebenden Kinder. Damit zeigt sich bei den Gefährdungseinschätzungen analog zu den Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmenden Familien ein überproportional hoher

Anteil von Alleinerziehendenfamilien (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2014, S. 54f.).

Ob sich hieraus tatsächlich auf eine überproportionale Gefährdung von Kindern in Alleinerziehendenfamilien schließen lässt, wie die bevölkerungsrelativierte Auswertung der Ergebnisse dieser Verfahren andeutet, oder Etikettierungsprozesse zu einer erhöhten Anzahl an Meldungen oder wiederholten Meldungen zum selben Kind und in Folge zu Verzerrungen führen, lässt sich allein aus den Daten der amtlichen Statistik schwer beantworten. Einerseits enden diese Verfahren, wie auch die Verfahren im Rahmen anderer Familienkonstellationen, nur zu einem Drittel in der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung. Andererseits ändert dies nichts an der Tatsache,

dass bei Alleinerziehendenfamilien häufiger Kindeswohlgefährdungen festgestellt werden.³

In der Statistik zu den Hilfen zur Erziehung nicht erfasst, aber bei der Erhebung zu den Gefährdungseinschätzungen berücksichtigt, wird das Alter der Eltern zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung. Für die Gruppe der unter Einjährigen zeigt sich hier für das Jahr 2013, dass in knapp 40% der Verfahren die Mutter 27 Jahre oder älter ist und in 56% das Alter zwischen 18 und 26 Jahren angegeben wird. In etwas mehr als 3% aller Fälle ist die Mutter noch nicht volljährig (vgl. Abb. 2, S. 66).

Diese Verteilung ist mit Blick auf die Altersverteilung der Mütter bei Lebendgeburten in Deutschland atypisch. Zum Vergleich: Bei den 673.544 erfassten Ge-

burten in Deutschland für das Jahr 2012 waren lediglich 0,6% der Mütter minderjährig, nur rund 24% waren im Alter von 18 bis unter 27 Jahren und der überwiegende Teil – rund 75% – war 27 Jahre oder älter. Das heißt, gerade bei jüngeren Müttern bis zu 27 Jahren werden überproportional häufig Gefährdungseinschätzungen durch die Jugendämter durchgeführt.

Der Befund verweist darauf, dass die Situation von jungen, insbesondere minderjährigen Müttern mitunter das Aufwachen und die Erziehung von Kindern und Jugendlichen in besonderer Weise belasten und erschweren kann. Zumindest für die minderjährigen Mütter zeigt sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Verfahren, die mit einer (latenten)⁴ Kindeswohlgefährdung bewertet werden. Zugleich wird durch das überproportionale Vorkommen alleinerziehender und/oder junger Mütter in Verfahren zur

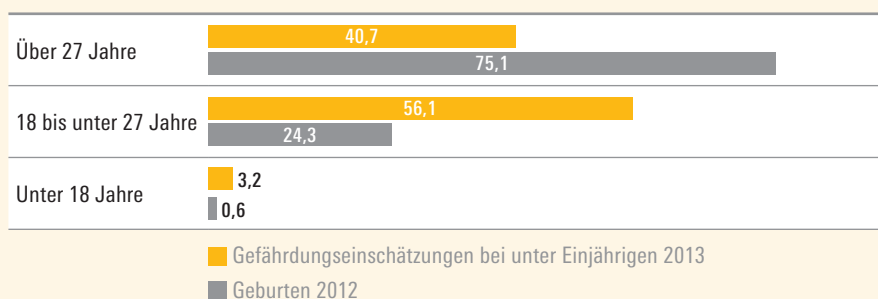
Gefährdungseinschätzung auch jeweils signalisiert, dass die Sensibilität für mögliche Kindeswohlgefährdungen bei den beiden genannten Gruppen von einer besonderen Qualität sein könnte. Hierauf wird noch zurückzukommen sein.

ERGEBNISSE VON GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN

Nach einigen grundsätzlichen Analyseergebnissen zum Ausgang der Verfahren in den Jugendämtern sollen insbesondere die Gefährdungseinschätzungen näher in den Blick genommen werden, die sich auf Kinder in der für Frühe Hilfen relevanten Altersgruppe der unter Vierjährigen beziehen. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich dabei auf die über die Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter verfügbaren Mikrodaten. Für den vorliegenden Beitrag wurden hierzu die Daten des Erhebungsjahres 2013 ausgewertet.

- 4 In Fällen, in denen die Frage nach »der tatsächlich bestehenden Gefahr nicht eindeutig beantwortet werden« kann, aber »der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung« besteht bzw. eine Kindeswohlgefährdung »nicht ausgeschlossen« werden kann, ist laut der Erläuterungen zum Fragebogen für die amtliche 8a-Statistik von einer »latenten Kindeswohlgefährdung« auszugehen (Statistisches Bundesamt 2015).
- 5 Mit diesem der Medizin entlehnten Begriff sind solche Fälle gemeint, die zwar als Kindeswohlgefährdung gemeldet wurden, aber nach Einschätzung des Fachteams im Jugendamt weder als eine solche bestätigt werden, noch einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf erkennen lassen. Im Gegensatz zu medizinischen Kontexten, in denen der Begriff im Sinne eines Gütekriteriums jene Fälle als »falsch positiv« bezeichnet, in denen der Patient gesund ist, ein Test ihn aber fälschlicherweise als krank eingestuft hat, gibt es im vorliegenden Kontext keinen vergleichbar validen Referenzrahmen. Tatsächlich sind Fallkonstellationen vorstellbar, in denen Dritte auf eine Kindeswohlgefährdung hingewiesen haben, die im Prozess der Gefährdungseinschätzung und mit den Erkenntnismöglichkeiten des ASD nicht bestätigt werden konnte (hier: falsch-positiv), obwohl eine akute oder latente Gefährdung des Kindes vorlag. Die Bezeichnung falsch-positiv bezieht sich eher auf die Güte der fachlichen Beurteilung einer eingehenden 8a-Meldung und deren erster Bewertung vor Auslösen eines 8a-Verfahrens als auf das Ergebnis der Gefährdungseinschätzung.
- 6 Dies schließt nicht aus, dass die betroffenen Familien zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung bereits Leistungen nach dem SGB VIII erhalten, wohl aber, dass neben diesen neue bzw. andere Hilfen für notwendig erachtet werden.

ABBILDUNG 2: GEGENÜBERSTELLUNG DER ALTERSVERTEILUNG DER MÜTTER BEI FÄLLEN VON GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN MIT KINDERN IM ALTER VON UNTER EINEM JAHR SOWIE DEN GEBURTEN



Deutschland 2012 und 2013, Verteilung in Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2012 und 2013; Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Natürliche Bevölkerungsbewegung, 2012; eigene Berechnungen

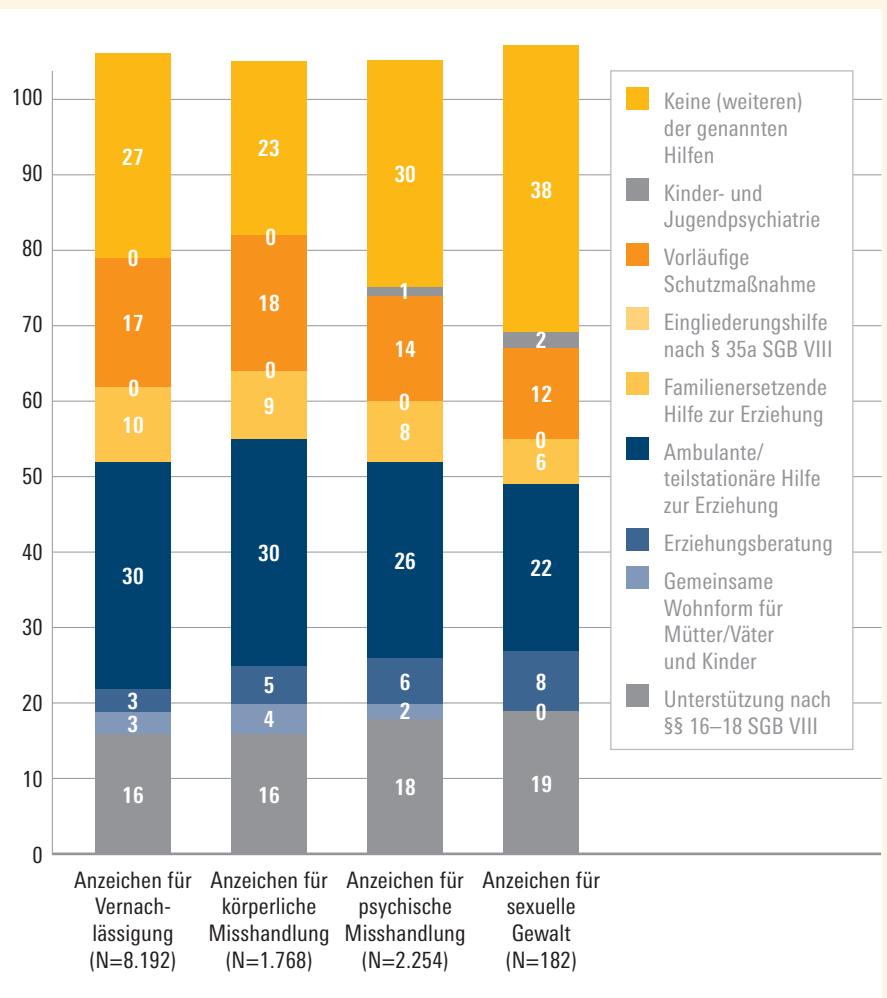
ABBILDUNG 3: NEU EINGERICHTETE HILFEN NACH ART DER GEFÄHRDUNG VON UNTER VIERJÄHRIGEN KINDERN

Resultate der Verfahren

Bei den 2013 erfassten 115.687 durchgeführten Gefährdungseinschätzungen bestätigen die Jugendämter in rund einem Drittel der Fälle eine akute (15%) oder latente (19%) Kindeswohlgefährdung (o. Abb.). Ein weiteres knappes Drittel (33%) erweist sich nicht als Gefährdung des Kindes, wohl aber erkennt das Jugendamt einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Ein ungefähr gleich großer Anteil an Verfahren (34%) lässt sich als sogenannte »Falsch-Positiv-Fälle«⁵ betrachten, die weder eine Kindeswohlgefährdung, noch einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf⁶ erkennen lassen. Bei Zwölf- bis unter 18-Jährigen liegt der Anteil falsch-positiver Fälle bei 35%, bei unter Sechsjährigen hingegen bei knapp 37%. Auch Gefährdungseinschätzungen, die sich auf Säuglinge beziehen, enden in 33% der Fälle weder mit der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung noch eines Hilfebedarfs.

Formen der Vernachlässigung von Kindern sind die am häufigsten genannte Gefährdungsart sowohl in Fällen akuter (63%) als auch latenter (66%) Kindeswohlgefährdung (o. Abb.). Die zweithäufigste Form akuter Gefährdung stellen körperliche (29%), dicht gefolgt von psychischen (27%) Misshandlungen dar. Bei den latenten Kindeswohlgefährdungen überwiegen hingegen psychische Misshandlungen mit 25% vor körperlichen mit 19%. Der sexuelle Missbrauch von Kindern spielt demgegenüber zahlenmäßig mit 6% (akute) bzw. 4% (latente Kindeswohlgefährdung) eine untergeordnete Rolle.

In der Altersgruppe der unter Vierjährigen erlebten 66% der insgesamt 10.897 akut oder latent gefährdeten Kinder Vernachlässigungen, rund 21% psychische und 16%



Deutschland 2013, Angaben in Prozent, mit Mehrfachantworten

Lesehinweis: Die Summe der Prozentangaben liegt bei über 100%, da bei der Frage nach den neu eingerichteten Hilfen Mehrfachantworten möglich sind.

Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2013; eigene Berechnungen

körperliche Misshandlungen. In knapp 2% der Fälle dieser Altersgruppe war nach den Dokumentationen der Jugendämter »sexueller Missbrauch« ein Thema.

Anschlussmaßnahmen

Mit welchen neuen Maßnahmen reagiert die Kinder- und Jugendhilfe nun auf

Kindeswohlgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern? Zunächst einmal mag erstaunen, dass in Gefährdungssituationen Maßnahmen vereinbart werden, die aufgrund ihres Profils eher im präventiven Bereich angesiedelt sind. Bei jeder siebten Angabe zu den beiden Gefährdungsformen Vernachlässigung und

körperliche Misshandlung von unter vierjährigen Kindern wird mit Unterstützungsangeboten nach §§ 16 bis 18 SGB VIII reagiert, unter Umständen auch in Kombination mit anderen und stärker intervenierenden Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Die Mikrodatenauswertung zeigt, dass dieses Beratungsangebot am häufigsten dann eingerichtet wird, wenn zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung noch gar keine Hilfe in Anspruch genommen worden ist (o. Abb.). Ambulante und teilstationäre Leistungen der Hilfen zur Erziehung sind auch in dieser Altersgruppe die am häufigsten eingerichtete neue Hilfe. Dies zeigt einmal mehr das brisante Arbeitsfeld ambulanter Hilfen, die – angesiedelt zwischen Hilfe und Kontrolle – nach wie vor häufig im Grenzbereich vermuteter oder bestätigter Kindeswohlgefährdungen tätig sind.

Die Auswertung der Fälle nach den neu eingerichteten Hilfen zeigt auch, dass in 23% bis 38% der Angaben zur Gefährdungsform trotz der hohen Vulnerabilität dieser Altersgruppe keine neue Hilfe nach dem Leistungskatalog des SGB VIII eingerichtet wird (vgl. Abb. 3, S. 67). Beispielsweise trifft dies für 2.187 von insgesamt 8.632 Vernachlässigungsfällen (27%) zu. Hierbei zeigt wiederum die Mikrodatenauswertung (o. Abb.), dass vor allem im Anschluss an niedrigschwellige Unterstützungsleistungen der §§ 16 bis 18 SGB VIII in jedem zweiten Fall (50%) eines akut oder latent gefährdeten Kindes keine (neue) Hilfe installiert wird.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass in diesen Fällen im Anschluss an das Verfahren der Gefährdungseinschätzung ein ursprünglich präventiver Auftrag für einzelfallbezogene Leistungen der Kin-

der- und Jugendhilfe unausgesprochen oder explizit in eine Hilfe mit einem umfassenderen Kontrollauftrag umgedeutet wurde und dass sich durch eine Überarbeitung und Anpassung des individuellen Schutzkonzeptes der Interventionsgrad der bisher bestehenden Hilfe erhöht haben dürfte.

Allerdings bedarf diese Vermutung einer kommunikativen Validierung durch beispielsweise vertiefende Studien zu den Ergebnissen der »8a-Statistik«. Dies gilt umso mehr, als dass das Erfassungsinstrument für die Erhebungen 2012 und 2013 für eine abschließende Bewertung dieses Ergebnisses noch zu unpräzise ist und erst ab der Erhebung 2014 etwas mehr Aufschluss geben dürfte. Doch auch unabhängig davon werfen die Ergebnisse zu den Anschlussmaßnahmen Fragen auf. Diese betreffen den Einsatz präventiver Angebote zur Abwendung der Gefährdung, aber auch die Tatsache, dass in einem Viertel bis einem Drittel der Gefährdungsfälle keine (neuen) Hilfen für die betroffenen Kinder und ihre Familien eingerichtet worden sind. Auch zum besseren Verständnis dieser Ergebnisse des ersten Erhebungsjahres ist deshalb ihre Rückspiegelung an die Akteure in den sozialen Diensten unerlässlich, um hierüber auch Hinweise für eine ggf. notwendige Weiterentwicklung der amtlichen Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen zu erhalten.

AUSLÖSER VON GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN

Eine wichtige Frage für einen funktionierenden Kinderschutz ist die nach den Kommunikationswegen oder konkreter: das Bekanntmachen von möglichen Kin-

deswohlgefährdungen beim Allgemeinen Sozialen Dienst. Diese Angaben sind auch deswegen bedeutend, weil die Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes eben nicht nur eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe und hier besonders des Jugendamtes, sondern der gesamten Gesellschaft ist, des Staates ebenso wie der Zivilgesellschaft. Insbesondere auch vor diesem Hintergrund sind die Jugendämter in ihrer zentralen Rolle im institutionellen Kinderschutz auf eine gelingende Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch mit anderen Berufsgruppen angewiesen. Der Gesetzgeber hat dem im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes, insbesondere im Rahmen des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), Rechnung getragen (vgl. Meysen 2013).

Im Folgenden werden zunächst die Fallzahlen nach den Initiatoren für die Gefährdungseinschätzungen insgesamt und unter Berücksichtigung der Altersperspektive differenziert, um dann anschließend die Verfahren bei Jugendämtern zu analysieren, die auf Veranlassung des Gesundheitswesens für unter Vierjährige – also der Kernzielgruppe für die Frühen Hilfen – seitens der Jugendämter durchgeführt werden.

Breites Spektrum an Initiatoren

Die Analyse der KJH-Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen verdeutlicht die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Polizei und Jugendämtern beim Kinderschutz, verweist aber auch auf die Relevanz einer für das Thema Kinderschutz sensiblen Zivilgesellschaft und zeigt nicht zuletzt das breite Spektrum an möglichen Personen bzw. Institutionen,

die für den Kinderschutz und das Erkennen von Gefährdungen des Kindeswohls eine Rolle spielen können (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2014).

Privatpersonen, sofern es sich nicht um die betroffenen Kinder bzw. deren Eltern handelt, stellen in insgesamt 36.344 Fällen bundesweit eine beachtlich große Gruppe dar (vgl. Abb. 4). Knapp jede dritte Gefährdungseinschätzung geschieht 2013 auf Initiative dieses Teils der Zivilgesellschaft. Bei den Akteuren des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens verteilen sich die initiierten Verfahren auf weit mehr unterschiedliche Akteure (Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Hebammen, Ärzte, Beratungsstellen usw.). Zusammengenommen kommen diese auf immerhin 40%, auch wenn jeder Akteur für sich genommen unter einem Anteil von 10% bleibt (vgl. Kaufhold/Pothmann 2013).

Bei den Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe als Initiatoren von Gefährdungseinschätzungen im Jugendamt ist außerdem zu berücksichtigen, dass statistisch nicht abgebildet, aber im Sinne eines funktionierenden Kinderschutzes stets die Gefährdungsfälle mitzudenken sind, bei denen gem. § 8a Abs. 4 SGB VIII mit »Bordmitteln« der Kinder- und Jugendhilfe durch das Angebot geeigneter Hilfen die Gefährdung abgewendet werden kann (ebd., S. 13). Die Verteilung der Initiatorgruppen im Erhebungsjahr 2013 zeigt keine nennenswerten Abweichungen im Vergleich zum Vorjahr (o. Abb.). Sichtbar wird lediglich ein sehr leichter Rückgang der Verfahrensanteile (zwischen 0,1% und 0,5%) bei gleichzeitig gestiegenen absoluten Zahlen in nahezu allen Gruppen zugunsten der Anteile der

von Polizei, Gericht und Staatsanwaltschaft initiierten Verfahren (+ 2,3%).

Initiatoren von 8a-Verfahren

Bei Betrachtung der Verteilung hinsichtlich Alter des Kindes bzw. Jugendlichen und der Initiatoren einer Gefährdungsmeldung zeigen sich – ungeachtet der unterschiedlichen Fallzahlenhöhe in den einzelnen Altersgruppen – weitere wichtige Unterschiede für eine differenzierte und kontrastierende Beschreibung der Schnittstelle von Kinder- und Jugend-

hilfe und dem Gesundheitswesen (vgl. Abb. 5, S. 70). So wird vor allem deutlich, dass das Gesundheitswesen in der Altersgruppe der unter Einjährigen eine hohe Bedeutung hat. Jede fünfte Gefährdungseinschätzung, die sich auf einen Säugling bezieht, geht 2013 auf die Initiative eines Arztes, einer Hebamme oder Institution des Gesundheitswesens zurück – ein Hinweis auf die besondere Relevanz des Gesundheitswesens für den institutionellen Kinderschutz. Andere Berufsgruppen, zum Beispiel aus dem Bildungs- und

ABBILDUNG 4: VERTEILUNG DER GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN NACH DER BEKANNT MACHENDEN PERSON/INSTITUTION

Polizei und Justiz 20%	Polizei, Gericht, Staatsanwaltschaft	19,5
Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen 40%	Schule	8,6
	Hebamme, Ärztin/Arzt, Klinik, Gesundheitsamt u. Ä.	7,4
	Sozialer Dienst, Jugendamt	5,7
	Kindertageseinrichtung/-pflegepersonal	3,5
	Einrichtung der Kinder- und Jugendarbeit	2,8
	Einrichtung/Dienst der Erziehungshilfe	4,2
	Beratungsstelle	1,1
Privatpersonen (ohne Betroffene) 31%	Sonstige	6,4
	Bekannte, Nachbarn	14,0
	Anonyme Meldung	11,3
Betroffene 9%	Verwandte	6,1
	Eltern(-teil)	7,3
	Minderjährige/-r selbst	2,1

Deutschland 2013, Angaben in Prozent, N=115.687

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2013; eigene Berechnungen

Sozialwesen, sind für diese Altersgruppe als Hinweisgeber auf eine mögliche Gefährdung eher von untergeordneter Bedeutung. Gerade die im Kontext von Frühen Hilfen neuerdings als Kooperationspartner diskutierte Kindertageseinrichtungen mit ihrem altersspezifischen Bildungs- und Betreuungsangebot in der Fläche sind bei den Ein- bis Dreijährigen in nur 3% der Fälle Initiator einer Gefährdungseinschätzung. Mit steigendem Alter wächst der Anteil auf rund 8%, sinkt bei Kindern über sechs Jahren jedoch wieder deutlich ab. Die ebenfalls professionell mit Kindern unter sechs Jahren in Kontakt stehenden ambulanten und stationären Erziehungshilfen, inklusive der Erziehungsberatung, regen 2013 altersunspezifisch rund 5% bis 6% der Gefährdungseinschätzungen an. Hierbei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass in diesem Arbeitsfeld häufiger als in anderen Betreuungs- und Beratungs-

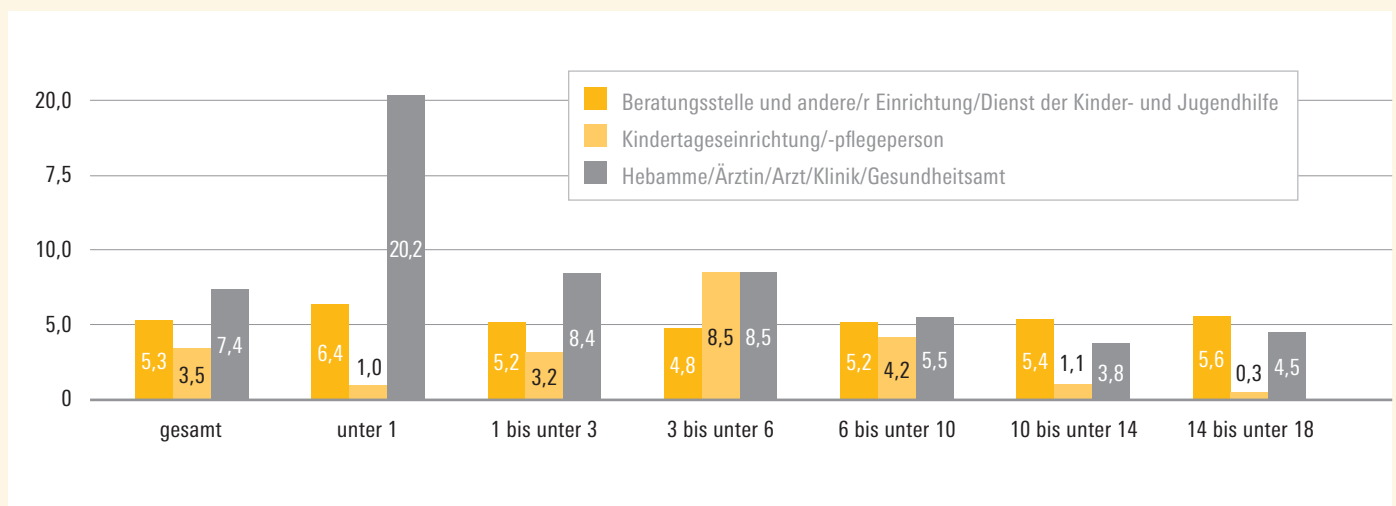
kontexten drohende Gefährdungen unterhalb der Hinzuziehungsschwelle des Jugendamtes abgewehrt werden können.

Das nähere private Umfeld (Bekannte, Nachbarn, Verwandte) spielt mit 24% bis 26% in der Altersgruppe der Ein- bis Sechsjährigen eine größere Rolle als bei älteren Kindern. Wenn Eltern(-teile) oder der Minderjährige selbst die Gefährdungseinschätzung initiieren, betrifft dies im Übrigen eher Jugendliche und ältere Kinder.

Unabhängig vom jeweiligen Fallaufkommen bestätigt sich der besondere Fokus des Gesundheitswesens auf Säuglinge und Kleinkinder auch dann, wenn man in der Analyse die bisherige Altersschneidung um einen weiteren Jahrgang bis zum vollendeten dritten Lebensjahr erweitert. Mehr als 50% der Meldungen aus dem Gesundheitswesen beziehen sich auf Kinder unter vier Jahren, die als (potenzielle) Zielgruppe von Frühen Hil-

7 Nähere Informationen hierzu finden sich auf der Website der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin: www.ag-kim.de (04.08.2015).

ABBILDUNG 5: ANTEIL DES GESUNDHEITSWESENS ALS INITIATOR EINER GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNG NACH ALTERSGRUPPEN UND IM VERGLEICH ZU KINDERTAGESEINRICHTUNGEN UND ERZIEHERISCHEN HILFEN



Deutschland 2013, Angaben in Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2013; eigene Berechnungen

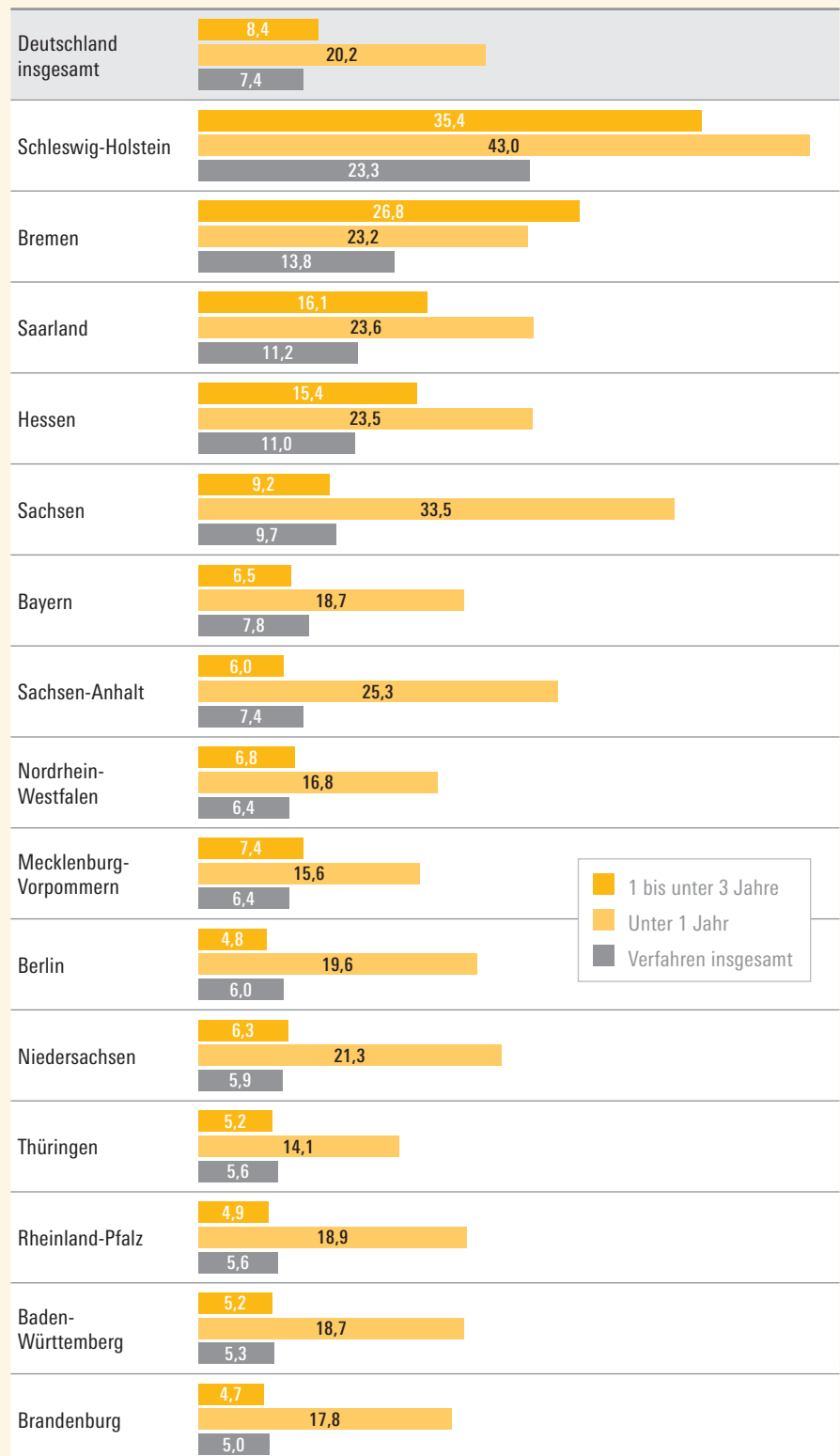
fen interessieren (o. Abb.). Der ohnehin engmaschigen ärztlichen Betreuung von Neugeborenen wie auch der zunehmenden Sensibilisierung und Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen in Geburtskliniken ist es vermutlich zuzuschreiben, dass sich mindestens jeder fünfte Gefährdungsverdacht im Gesundheitswesen auf Säuglinge bezieht. Zumindest deuten jüngere Kooperationsprojekte von Netzwerken Frühe Hilfen mit »Lotsensystemen in Geburtskliniken« (vgl. NZFH 2014a, S. 90ff.) und die Gründung interdisziplinärer Kinderschutzgruppen in Kliniken⁷ darauf hin.

Nachfolgend werden die Ergebnisse mit Blick auf die Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe einerseits sowie mit Blick auf die Zielgruppe von Frühen Hilfen (Kinder unter vier Jahren) andererseits dargestellt. Datengrundlage sind überwiegend die über das Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder zur Verfügung gestellten Mikrodaten der Erhebung zu den Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf das Erhebungsjahr 2013.

Länderunterschiede

Die oben aufgezeigte besondere Bedeutung des Gesundheitswesens als Initiator von Gefährdungseinschätzungen bei Säuglingen zeigt sich auch im Ländervergleich (vgl. Abb. 6). Während in vielen Bundesländern – wenn überhaupt – Ärztinnen/Ärzte, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kliniken, Hebammen usw. bei den Ein- und Zweijährigen in einem nur etwas überproportionalen Umfang Gefährdungen erkennen bzw. dem Jugendamt mitteilen, stellt sich dies für Schleswig-Holstein, aber auch für Hessen sowie das Saarland und den

ABBILDUNG 6: ANTEIL DER GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN AUF INITIATIVE DES GESUNDHEITSWESENS BEI KLEINST- UND KLEINKINDERN



Bundesländer 2013, ohne Hamburg, Angaben in Prozent

Lesbeispiel: Für Schleswig-Holstein werden insgesamt 23,3% aller Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter über das Gesundheitswesen ausgelöst. Bei den »8a-Verfahren« mit unter Einjährigen sind es 43,0% sowie bei den Ein- bis unter Dreijährigen 35,4%.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2012; eigene Berechnungen

Stadtstaat Bremen anders dar. Hier sind die Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter auf Initiative des Gesundheitswesens bei Ein- bis unter Dreijährigen deutlich höher als für die Verfahren insgesamt. Noch deutlicher steigt die Häufigkeit bei unter Einjährigen an. In allen Bundes-

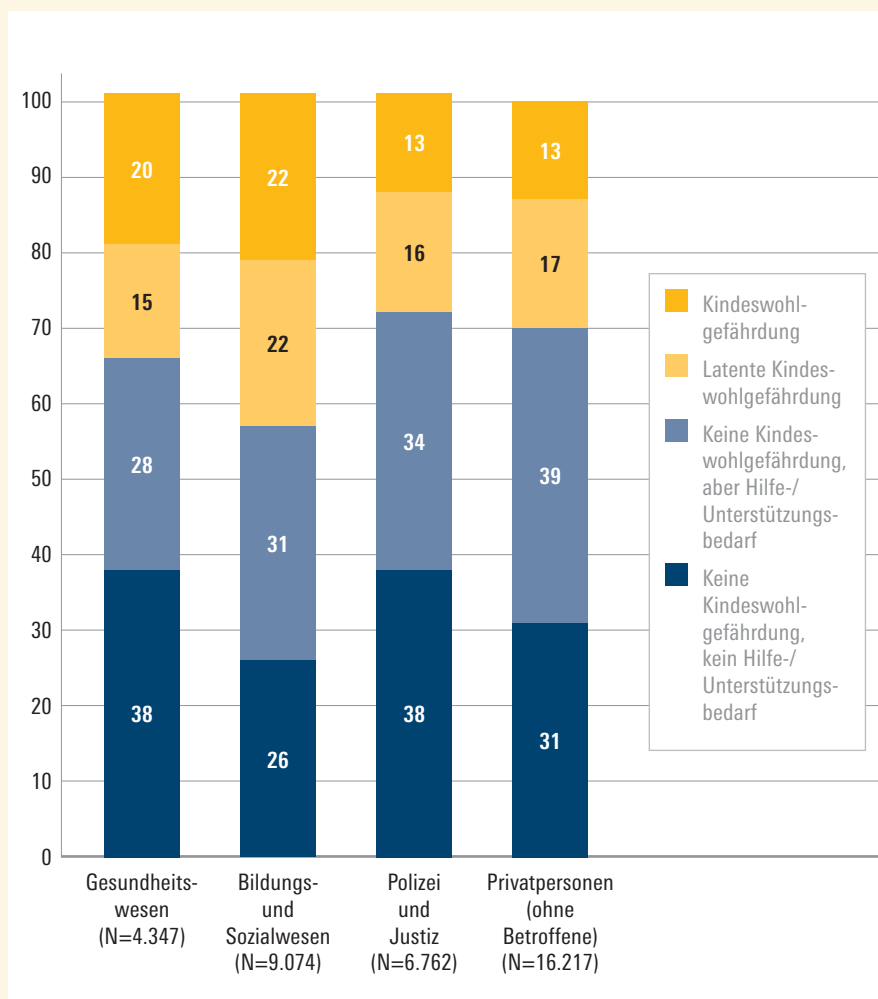
ländern ist der Anteil der unter Einjährigen in den vom Gesundheitswesen initiierten Verfahren um ein Vielfaches höher als der Anteil über alle Altersgruppen hinweg. Eine besondere Situation ergibt sich für Schleswig-Holstein. Hier ist aufgrund der vor Ort sehr disparaten Umsetzung

und Auslegung einer Vorschrift des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (§ 7a GDG) nicht nur für die unter Einjährigen, sondern auch für die Altersgruppe der Ein- und Zweijährigen der bundesweit höchste Anteil festzustellen.⁸

Resultate der Gefährdungseinschätzungen

Mit Blick auf die Qualität ihrer Einschätzungen schneiden die Initiatoren aus dem Gesundheitswesen als Professionelle im Vergleich zu Polizei und Justiz relativ gut ab: 35% der Gefährdungseinschätzungen, die sich auf Kinder unter vier Jahren beziehen, wurden vom Jugendamt als akute oder latente Kindeswohlgefährdung bestätigt (vgl. Abb. 7). Allerdings ist der Anteil an Verfahren, die im Ergebnis weder eine Kindeswohlgefährdung bestätigen, noch einen Hilfebedarf aufzeigen, mit 38% sowohl bei Polizei/Justiz als auch bei den Akteuren des Gesundheitssektors gleichermaßen hoch. Dieser relativ hohe Anteil von Verfahren, in denen die Fachkräfte unterschiedlicher Systeme (Gesundheit, Polizei, Jugendhilfe) zu entgegengesetzten Urteilen gelangen, lässt sich nicht monokausal erklären: Sicher spielen dabei abweichende Verständnisse des Begriffs Kindeswohlgefährdung eine Rolle sowie systembedingt unterschiedliche Interventionschwellen und damit verbundene Aufträge. Bekannt sind auch Handlungsabläufe, die, ohne Prüfung des Einzelfalls, eine quasi automatisierte 8a-Meldung vorsehen (z.B. in Fällen häuslicher Gewalt, bei fehlenden U-Untersuchungen etc.). Die Gruppe der professionellen Melder aus dem »Bildungs- und Sozialwesen«, die neben Kindertageseinrichtungen und Schulen auch die Dienste und Angebote der freien und öffentlichen Jugendhilfeträger mit einschließt, weist mit 44% naturgemäß eine höhere »Treffsicherheit« aus.

ABBILDUNG 7: ERGEBNISSE VON GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN ZU UNTER VIERJÄHRIGEN KINDERN NACH INITIATOREN (AUSWAHL)



Deutschland 2013, Angaben in Prozent

Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2013; eigene Berechnungen

Insbesondere bezogen auf die Altersgruppe der unter einjährigen Kinder kommt den Akteuren des Gesundheitswesens eine hohe Bedeutung im Erkennen von Gefährdungslagen zu: In 43% der von Ärztinnen/Ärzten, Hebammen und Institutionen des Gesundheitswesens mitgeteilten Verdachtsfälle wurden 2013 die betroffenen Kinder auch vom Jugendamt als akut oder latent gefährdet bewertet (o. Abb.).

Darüber hinaus erkennt das Jugendamt in jedem vierten aus dem Gesundheitssystem gemeldeten Fall einen Hilfe- oder Unterstützungsbedarf. Neben seiner Bedeutung für den institutionellen Kinderschutz leistet die Gesundheitshilfe also auch einen Beitrag zur Identifizierung belastender Lebenssituationen von in diesem Falle Kindern in den ersten Lebensjahren und trägt dazu bei, dass die hiervon betroffenen Eltern Unterstützungsleistungen erhalten können. Damit geht allerdings auch einher, dass bei jedem dritten Fall, der seitens des Gesundheitswesens ausgelöst worden ist, das Jugendamt bei der nachfolgenden Gefährdungseinschätzung

weder einen Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf noch eine Kindeswohlgefährdung festgestellt hat.

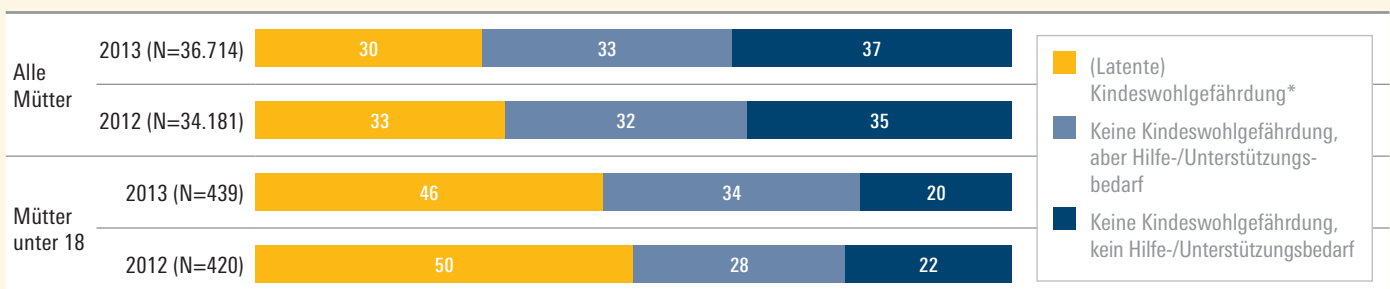
Alter der Mutter

Als ein Indikator familiärer Belastungen wie auch als Faktor psychosozialer Entwicklungsrisiken bei Kindern wird in der Risikoforschung die frühe Elternschaft diskutiert (vgl. bspw. Geene/Wolf-Kühn 2014, Kindler/Künster 2013, Wu et al. 2004). Dies hat sich bereits bei der Analyse zum Alter der Mutter bei unter Einjährigen im Vergleich zur Altersverteilung der Mütter bei den Geburten gezeigt (s.o.).

Fokussiert man nunmehr die unter Vierjährigen sowie die Meldungen aus dem Gesundheitswesen, so zeigt sich Folgendes (o. Abb.): 82% der Kinder unter vier Jahren, die von einer Gefährdungseinschätzung auf Initiative des Gesundheitswesens betroffen sind, leben bei ihren Eltern bzw. bei einem alleinerziehenden Elternteil. In 4% der Gefährdungsfälle erfüllt die Mutter dabei das Kriterium der frühen Elternschaft. Im

- 8 Dieses Ergebnis ist im Rahmen eines Auswertungsworkshops des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes in Kooperation mit der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJStat) sowie dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) mit Jugendämtern aus Schleswig-Holstein am 20.03.2014 zur Diskussion gestellt worden. Dabei hat sich gezeigt, dass auch aufgrund einer zumindest unterschiedlichen Auslegung des § 7a im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst – »Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder« – die Meldepraxis in einigen Jugendämtern des Landes tatsächlich vorsieht, dass nicht in Anspruch genommene U-Untersuchungen, die beim Jugendamt bekannt werden, hier automatisch in ein »8a-Verfahren« münden. Ferner deutet sich zumindest für Schleswig-Holstein auf der Grundlage von Praxisberichten an, dass zumindest 2012 Beratungsansprüche und -angebote entweder in Kontexten der Kinder- und Jugendhilfe (§ 4 Abs. 2 KKG) oder auch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht bekannt bzw. nicht genutzt worden sind.

ABBILDUNG 8: ERGEBNIS DER GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN VON UNTER VIERJÄHRIGEN KINDERN IN ABHÄNGIGKEIT VOM ALTER DER MUTTER



Deutschland 2012 und 2013, Angaben in Prozent

* Die Kategorie »(latente) Kindeswohlgefährdung« fasst die Merkmalsausprägungen der Statistik zu den »8a-Verfahren« »Kindeswohlgefährdung« und »latente Kindeswohlgefährdung« für das Erhebungsmerkmal »Ergebnis der Gefährdungseinschätzung« zusammen. Im Text wird in diesem Zusammenhang auch zwischen »akuten« und »latenten« Kindeswohlgefährdungen unterschieden. Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2012 und 2013; eigene Berechnungen

Vergleich zum Anteil unter 18-jähriger Mütter in der Bevölkerung sind diese in den Verfahren zur Gefährdungseinschätzung überrepräsentiert, wenn – Stand 2013 – lediglich 0,6% aller Gebärenden minderjährig sind. Neben der erhöhten Wahrscheinlichkeit, als Kind einer minderjährigen Mutter unter Gefährdungsverdacht zu geraten, gibt es aber auch ein deutlich erhöhtes Risiko für diese Kinder, tatsächlich gefährdet zu sein. In der Altersgruppe der unter Vierjährigen erhöht sich der Anteil an Kindeswohlgefährdungen (auch latente) bei minderjährigen Müttern gegenüber Müttern aller Altersgruppen in beiden Jahrgängen deutlich (vgl. Abb. 8, S. 73). Gleichzeitig sinkt die »Falsch-Positiv-Quote« der Meldungen bei minderjährigen Müttern von 35% auf 22% (in 2012) bzw. von 37% auf 20% (in 2013).

Der Indikator »frühe Elternschaft« kann demnach mit den vorliegenden Daten als psychosozialer Risikofaktor auch im Bereich des institutionellen Kinderschutzes bestätigt werden. Hebammen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und andere medizinische Dienste haben in besonderem Maße mit dieser Risikogruppe zu tun. Die meisten Gefährdungsmeldungen mit minderjährigen Müttern werden vom Gesundheitswesen getätigt (18%), soziale Dienste und Einrichtungen sowie das Jugendamt selbst machen 15% aus, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe 9%, Polizei und Justiz liegen ebenfalls bei 9%. In 7% der Fälle sind es die Eltern(-teile) bzw. Personensorgeberechtigten, die eine Gefährdung des Kindes melden, in weiteren 7% deren Verwandte. Bekannte und Nachbarn machen rund 12% der Meldungen aus (o. Abb.).⁹

Erfolgte Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

Wenn »frühe Elternschaft« auch im Rahmen der vorliegenden Analysen als psychosozialer Risikofaktor identifiziert werden kann, stellt sich die Frage, inwieweit präventiv angelegte Hilfen bereits zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung von den Familien angenommen wurden. Auch hierüber liegen Hinweise aus der KJH-Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen vor.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige Angebote und Maßnahmen, die sich aufeinander beziehen und einander ergänzen sollen. Mit universell-präventiven Angeboten der Gesundheitsförderung und der Information über Fragen der frühkindlichen Entwicklung richten sich Frühe Hilfen an alle (werdenden) Eltern, mit selektiv-präventiven Angeboten insbesondere an Familien in belastenden Lebenslagen. Die Angebote sollen multiprofessionell, kooperativ und lokal vernetzt sein (vgl. NZFH 2014b). Frühe Hilfen finanzieren sich vor Ort aus der Logik der jeweilig kooperierenden Systeme, vor allem der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Frühförderung, der Schwangerschaftsberatung und der Existenzsicherung. Zum Aus- und Aufbau bundesweit vergleichbarer Kooperations- und Angebotsstrukturen ist zudem die Förderung der Bundesinitiative Frühe Hilfen zentral (vgl. NZFH 2014a). Seit Inkrafttreten des BKiSchG sind Frühe Hilfen innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe in § 16 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes als Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie gesetzlich verankert.

Über die Analyse der Mikrodaten ist es möglich, für die unter Vierjährigen

9 Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2012; eigene Berechnungen

den Anteil von Unterstützungs- und Beratungsleistungen nach §§ 16 bis 18 SGB VIII – die als Frühe Hilfen interpretiert werden können – zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung für 2012 zu identifizieren. Gerade einmal 14% der von einer Gefährdungseinschätzung Betroffenen erhielten in den ersten beiden Jahren nach Start der Bundesinitiative Frühe Hilfen präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Beratungsleistungen nach SGB VIII (o. Abb.). Es ist zu erwarten, dass dieser Wert mit dem weiteren Ausbau von Frühen Hilfen in den Kommunen in den nächsten Jahren steigen wird.

Fokussiert man die vom Gesundheitswesen initiierten Gefährdungseinschätzungen, die sich auf Kleinkinder beziehen, liegt der Anteil präventiver Angebote zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung über alle Aufenthaltsorte hinweg mit 11% (vgl. Abb. 9) unter dem oben genannten Gesamtwert. Ob und inwieweit diese Familien anders finanzierte

Unterstützungsleistungen im Rahmen von Frühen Hilfen erhalten haben, lässt sich mit den aktuell erfassten Merkmalen und Merkmalsausprägungen der 8a-Statistik nicht beantworten.

Man darf gespannt sein, wie sich die Finanzierung des Einsatzes von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen bis Ende 2015 auf die Entwicklung dieser Kennzahlen auswirken wird. Hier wäre ein systematisches Monitoring der Schnittstelle zwischen Frühen Hilfen und institutionellem Kinderschutz wünschenswert, welches dann aber – aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft der aktuell erhobenen Merkmalsausprägungen der 8a-Statistik für Angebote im Bereich Frühe Hilfen – die Leistungen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung um solche der Frühen Hilfen mit einschließen sollte.

Ergebnis der Gefährdungseinschätzungen

Bei 34% der insgesamt 8.616 Verfahren, die vom Gesundheitsbereich 2013 initiiert worden sind, liegt nach Einschätzung des Jugendamtes eine tatsächliche akute oder latente Kindeswohlgefährdung vor. Bei altersspezifischer Betrachtung der Ergebnisse von Gefährdungseinschätzungen aus dem Gesundheitswesen (vgl. Abb.10, S. 76) zeigt sich, dass akute oder latente Gefährdungen vor allem bei Säuglingen zu 43% und bei Kindern im Teenageralter – bei allerdings vergleichsweise deutlich geringeren absoluten Zahlen – bis zu 45% vom Jugendamt bestätigt werden. Bis zum zweiten Lebensjahr steigt allerdings auch die Quote an »Falsch-Positiv«-Meldungen von 26% im ersten Lebensjahr auf 46% und erhöht sich bei den Vierjährigen bis auf 55%. Erst danach geht dieser Anteil bei der Ergebnisverteilung wieder zurück und fällt schließlich mit dem achten Lebens-

ABBILDUNG 9: GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN VON UNTER VIERJÄHRIGEN KINDERN AUF INITIATIVE DES GESUNDHEITSWESENS NACH ART DER HILFE ZUM ZEITPUNKT DER GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNG

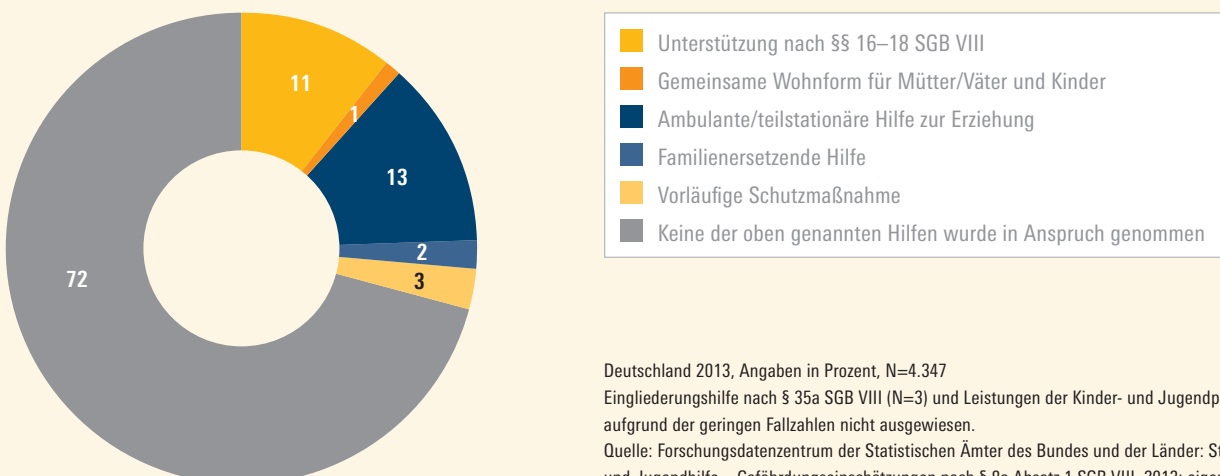
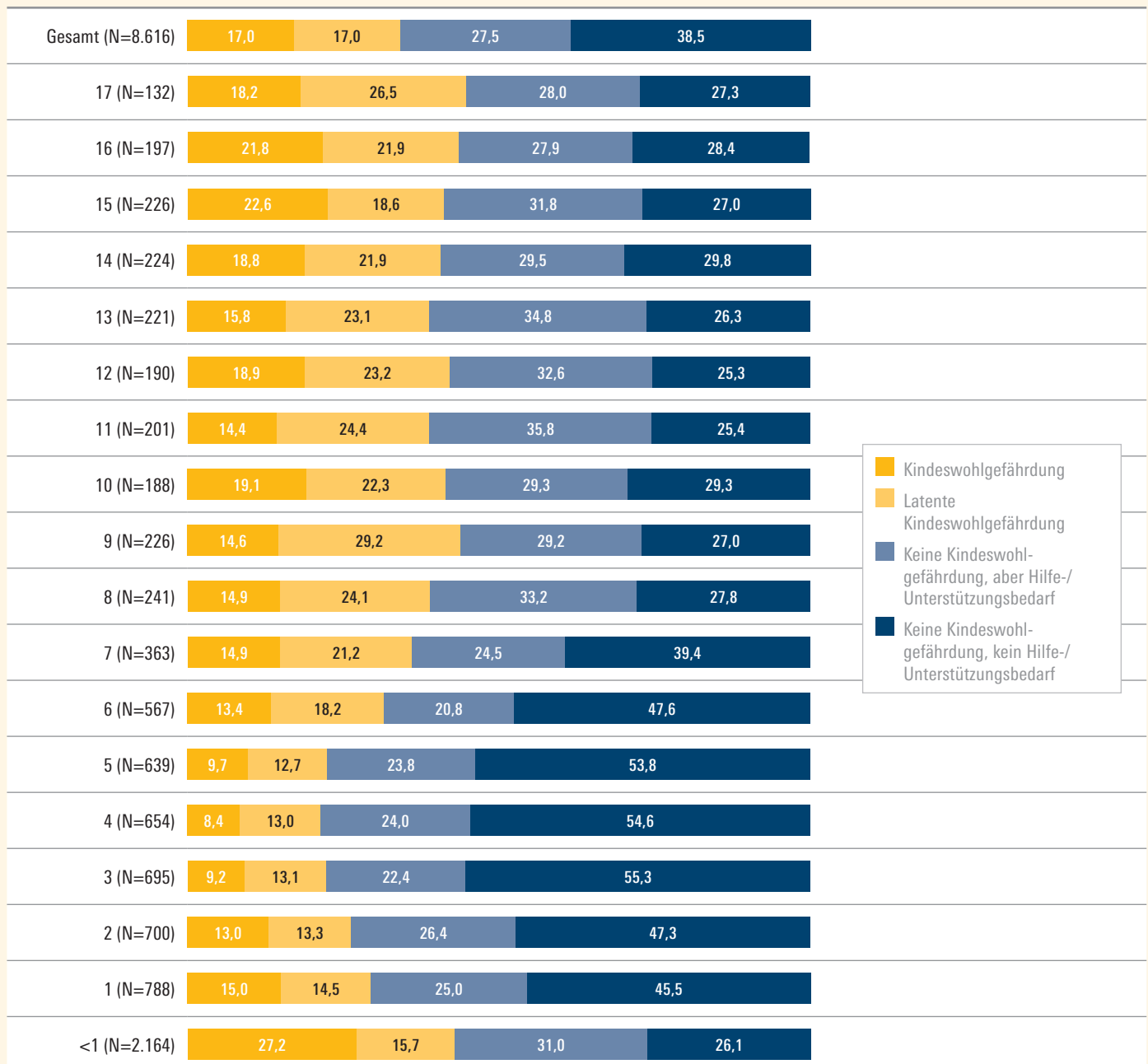


ABBILDUNG 10: ERGEBNIS DER VOM GESUNDHEITSWESEN INITIIERTEN GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNGEN NACH DEM ALTER DES KINDES IN JAHREN



Deutschland 2013, Angaben in Prozent

Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2013; eigene Berechnungen

jahr wieder unter die 30%-Marke. Der von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und anderen Gesundheitsfachberufen ins Blickfeld der Jugendämter gerückte Hilfebedarf liegt mit 21% bis 36% im Durchschnitt unter dem von anderen Berufsgruppen des Bildungs- und Sozialwesens oder auch dem von Polizei und Justiz bei den örtlichen Jugendbehörden angezeigten Hilfebedarf.

In den durch das Gesundheitswesen 2013 bekannt gemachten Gefährdungsfällen, die sich auf unter vierjährige Kinder beziehen, spielen Formen der Vernachlässigung, evtl. auch in Kombination mit anderen Gefährdungsformen – Mehrfachnennungen sind hier im Rahmen der KJH-Statistik möglich –, in 75% der insgesamt 10.897 Verfahren die größte Rolle. Demgegenüber ist, vielleicht anders als gemeinhin erwartet, physische Gewalt nur in 16% der vom Gesundheitswesen angezeigten Kindeswohlgefährdungen dokumentiert. Jede fünfte Gefährdung beinhaltet Formen psychischer Misshandlung, in 1,7% der Fälle ist das betroffene Kleinkind Opfer sexueller Gewalt – ein Wert, der in der Konstellation der Gefährdungseinschätzung nur sehr eingeschränkt aussagekräftig ist (s.o.). Darüber hinaus zeigen sich Kombinationen aus verschiedenen Gefährdungsformen. Ein Befund, der sich als »multiple Gefährdung« auch international widerspiegelt (vgl. Jonson-Reid et al. 2003, S. 901ff.).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Ergebnisse der ersten Erhebungen zu den Gefährdungseinschätzungen in Jugendämtern für die Jahre 2012 und 2013 lassen aus der Perspektive der Frühen Hilfen erste Hinweise auf die Bedeutung

des Gesundheitswesens an der Schnittstelle zum institutionellen Kinderschutz erkennen. Gerade Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr werden unter Kinderschutzgesichtspunkten seitens der Institutionen und Dienste des Gesundheitswesens besonders stark in den Blick genommen. Weit mehr als die Hälfte der vom Gesundheitswesen als gefährdet übermittelten Kinder unter vier Jahren sind darüber hinaus insofern neu im System der Kinder- und Jugendhilfe, als dass bis zu diesem Zeitpunkt – von der Kindertagesbetreuung einmal abgesehen – keine Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen worden sind. Vor diesem Hintergrund zeigen die statistischen Befunde zu den »8a-Meldungen«, inwiefern Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Institutionen des Gesundheitswesens oftmals entscheidende Beiträge dazu leisten, dass Unterstützungsbedarfe aufgezeigt und Kindeswohlgefährdungen identifiziert werden.

Ob die Kooperation an der Schnittstelle zum institutionellen Kinderschutz für alle Arbeitsfelder im Gesundheitswesen einerseits wie auch für alle dort tätigen Berufsgruppen andererseits gleichermaßen gut gelingt, lässt sich in der aktuellen Form der amtlichen Statistik nicht beantworten. Hierzu bedürfte es – neben explorativer Studien zur Beleuchtung dieser Schnittstellen in den Kommunen – in der amtlichen Statistik einer weiteren Auffächerung der Meldergruppe des Gesundheitswesens sowie ggf. der Erfassung weiterer Merkmale und Merkmalsausprägungen, zum Beispiel hinsichtlich vorangegangener und neu installierter Hilfen.¹⁰

Die empirischen Analysen der KJH-Statistik zu den Gefährdungseinschät-

10 In einem Kooperationsprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik wird derzeit ein Instrument erprobt, das im Anschluss an die amtliche Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Abs. 1 SGB VIII diesen Fragen an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitswesen im Bereich der Frühen Hilfen nachgeht. Diese Ergebnisse sind auch mit eingeflossen in die wissenschaftlichen Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (vgl. Forschungsverbund DJI/TU Dortmund 2013, S. 21).

zungen geben neue Einblicke in die Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Jugendämtern im institutionellen Kinderschutz. Gleichwohl macht die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik nur einen kleinen Teil der tatsächlichen Kooperationsbeziehungen zwischen Gesundheitshilfe und der gesamten Kinder- und Jugendhilfe sichtbar. Nicht berücksichtigt werden zum Beispiel Gefährdungseinschätzungen durch freie Träger und insoweit erfahrene Fachkräfte, die unterhalb der Schwelle des Jugendamtes Gefährdungen für Kinder durch das Angebot von Hilfen aus eigenen Bordmitteln abzuwenden versuchen (vgl. DKSB LV NRW 2014, S. 43ff.). Aber auch das weite Feld der Frühen Hilfen, die durch frühzeitige und geeignete Unterstützungangebote verhindern, dass sich belastende Lebenssituationen gar nicht erst zu manifesten Gefährdungen von Kindern ausweiten, ist mit den aktuellen Merkmalen der 8a-Statistik nur rudimentär beobachtbar. Der empirische Zugang über die KJH-Statistik beinhaltet hierzu wichtige Hinweise, auf die vor einigen Jahren noch nicht zurückgegriffen werden konnte, reicht aber bei Weitem nicht aus. Vielmehr bedarf es weiterer empirischer Studien, die die präventiven Wirkungen von Frühen Hilfen in den Blick nehmen.

Literatur

- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin.
- (DKSB LV NRW) Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. (2014): Fachberatung im Kinderschutz. Expertise zur Praxis der Kinderschutzfachkräfte in NRW. Wuppertal.
- Fendrich, S./Pothmann, J./Tabel, A. (2014): Monitor Hilfen zur Erziehung 2014. Hrsg. von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Dortmund.
- Forschungsverbund DJI/TU Dortmund (2013): Informationen zur Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (Stand 12.12.2013), Dortmund, http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Hilfen_zur_Erziehung/Infopaket_Fachverbaende_Entwurf_2013-12-12_endversion.pdf (25.08.2015).
- Fuchs-Rechlin, K./Moya, A./Schilling, M. (2011): Empirische Forschung auf der Basis der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung. In: Oelerich, G./Otto, H.-U. (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit, Wiesbaden, S. 221–242.
- Geene, R./Wolf-Kühn, N. (2014): Frühe Hilfen und kinderärztliche Vorsorge – Was wünschen sozial belastete Eltern? Vortrag zum 19. Kongress Armut und Gesundheit 13./14.03.2014 in Berlin, www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/19_Kongress_Armut_und_Gesundheit_Vortrag_Geene_et_al_2014.pdf (04.08.2015).
- Grundmann, T./Lehmann, S. (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz und dessen Umsetzung in den Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. WISTA – Wirtschaft und Statistik, Heft 3, S. 225–231.
- (IzKK) Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (Hrsg.) (2011): IzKK-Nachrichten. Heft 1, Gefährdungen im Jugendalter. München.
- Jonson-Reid, M. et al. (2003): Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators. In: Child abuse and neglect, 27, p. 899–917.
- Kaufhold, G./Pothmann, J. (2013): Gefährdungseinschätzungen im Zahlenspiegel – Altersverteilungen, Meldergruppen, Kindeswohlgefährdungen. In: KOMDAT, Heft 3, S. 9–12.
- Kindler, H./Künster, A.-K. (2013): Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen, S. 8–13.
- Meysen, T. (2013): § 8b–KKG. In: Münder u.a. (Hrsg.): Frankfurter Kommentar SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. 7. Aufl., Baden-Baden, S. 139–163.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014a): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014b): Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln.
- Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, verschiedene Jahrgänge. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/KinderJugendhilfe.html (04.08.2015).
- Wu, S. et al. (2004): Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. In: Child abuse and neglect, 28, p. 1253–1264.

Angaben zu den Autorinnen und Autoren

Brand, Christian, 1975, Ph.D. in Census and Survey Research, MSc, MA, wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Surveyforschung, Sozialstatistik, Versorgungsforschung. *Kontakt: brand@dji.de*

Buschhorn, Claudia, 1980, Dr. phil., Dipl.-Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Erziehungswissenschaft, Arbeitsbereich Sozialpädagogik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, quantitative Sozialforschung, Kooperation Jugendhilfe und Schule, Schulsozialarbeit. *Kontakt: buschhor@uni-muenster.de*

Eickhorst, Andreas, 1974, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Bereichsordinator Prävalenz- und Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Kindheit,

Frühe Hilfen, Eltern-Kind-Interaktionen, Väterforschung. *Kontakt: eickhorst@dji.de*

Fendrich, Sandra, 1974, Dipl.-Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Hilfen zur Erziehung, Adoption, Frühe Hilfen, regionale Disparitäten in den Hilfen zur Erziehung, Demografie und Jugendhilfe. *Kontakt: sfendrich@fk12.tu-dortmund.de*

Karsunky, Silke, 1976, Dr. phil., Dipl.-Päd., Fachberaterin für den Bereich Frühe Hilfen/Bundesinitiative Frühe Hilfen im LWL-Landesjugendamt Westfalen. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Hilfen, Netzwerkarbeit, Kooperation der Jugendhilfe mit anderen Systemen. *Kontakt: silke.karsunky@lwl.org*

Kaufhold, Gudula, 1967, Dipl.-Päd., wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Schnitt-

stellen zwischen Frühen Hilfen, institutionellem Kinderschutz und Hilfen zur Erziehung. *Kontakt: gkaufhold@dji.de*

Küster, Ernst-Uwe, 1967, Dipl.-Päd., wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Bereichsordinator Implementierungsforschung. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Hilfen, Qualitative Methoden empirischer Sozialforschung, Fachpublizistik. *Kontakt: kuester@dji.de*

Lang, Katrin, 1986, Dr. phil., Dipl.-Psych., Erziehungs- und Familienberatungsstelle Ingolstadt, vormals wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Eltern-Kind-Interaktionen, Erziehungsverhalten, Bindung, Pflegekinder, Entwicklungspsychopathologie. *Kontakt: katrin_lang@yahoo.de*

Ludewig, Annika, 1988, M.A. Erziehungswissenschaft, ehemals studentische

Hilfskraft am Institut für Erziehungswissenschaft, Arbeitsbereich Sozialpädagogik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Arbeitsschwerpunkte: Kooperation von Lehrkräften und Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeitern, Elternarbeit in der Heimerziehung, Frühe Hilfen, Klinische Sozialarbeit. *Kontakt: ann.ludewig@gmx.de*

Mengel, Melanie, 1970, Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.Päd., wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Qualifizierung und Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen, Kooperation und Netzwerkarbeit, Bildungsarbeit mit Familien in prekären Lebenslagen. *Kontakt: mengel@dji.de*

Neumann, Anna, 1980, Dr. phil., Dipl.-Psych., wissenschaftliche Referentin im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Arbeitsschwerpunkte: Forschung in den Frühen Hilfen, Eltern-Kind-Beziehung, sozial-emotionale Entwicklung, Entwicklung von Psychopathologie. *Kontakt: anna.neumann@nzfh.de*

Pabst, Christopher, 1980, Dipl.-Sozw., wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Analyse der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik, quantitative Sozialforschung, Onlinebefragungen und Datenerhebung, Berichtswesen im Bereich des Auf- und Aufbaus von Frühen Hilfen. *Kontakt: pabst@dji.de*

Pothmann, Jens, 1971, Dr. phil., Dipl.-Päd., wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendhilfe und ihre Arbeitsfelder, Jugendamt und Soziale Dienste, Berichtswesen und Sozialberichterstattung, Kennzahlen und Indikatoren. *Kontakt: jpothmann@fk12.tu-dortmund.de*

Renner, Ilona, 1964, M. A., wissenschaftliche Referentin im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bereichskoordinatorin Forschung Köln. Arbeitsschwerpunkte: Forschung und Evaluation in den Frühen Hilfen, Methoden empirischer Sozialforschung. *Kontakt: ilona.renner@nzfh.de*

Sann, Alexandra, 1964, Dipl.-Psych., wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Leiterin der Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)« am DJI. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Förderung in der Familie, Frühe Hilfen, Evaluation von Modellprogrammen. *Kontakt: sann@dji.de*

Schreier, Andrea, 1971, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Epidemiologische Studie, psychische Erkrankungen. *Kontakt: aschreier@dji.de*

PUBLIKATIONEN DES NATIONALEN ZENTRUMS FRÜHE HILFEN

Leitbild Frühe Hilfen –

Beitrag des NZFH Beirats

Kompakt 1. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014
Bestellnummer: 16000162

Bundesinitiative Frühe Hilfen,

Zwischenbericht 2014 – Mit Stellungnahme der Bundesregierung

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014
Bestellnummer: 16000164

Datenreport Frühe Hilfen, Ausgabe 2013

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutschland, Köln, 2013
Bestellnummer: 16000301

Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH Beirats

Kompakt 2. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014
Bestellnummer: 16000156

Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen – Zur Einbindung von Netzwerken Frühe Hilfen in die Planung der kommunalen Infrastrukturentwicklung

Nr. 1. Prof. Dr. Reinhold Schone, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2015
Download: <http://www.fruehehilfen.de/impulse-netzwerk-schone/>

Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen – Kultur und Leitbild in Netzwerken Frühe Hilfen

Nr. 2. Prof. Dr. Dirk Nüsken, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2015
Download: <http://www.fruehehilfen.de/impulse-netzwerk-nuesken/>

Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen –

Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung in Netzwerken Frühe Hilfen

Nr. 3. Prof. Dr. Dr. Herbert Schubert, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2015
Download: <http://www.fruehehilfen.de/impulse-netzwerk-schubert/>

Handreichung Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen

Materialien zu Frühen Hilfen 7. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in Kooperation mit der Bundesgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V., Köln, 2014
Bestellnummer: 16000158

Der Beitrag der Erziehungsberatung zu den Frühen Hilfen

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014
Bestellnummer: 16000155

Empfehlungen zu Basiskompetenzen in den Frühen Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats

Kompakt 3. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2014
Bestellnummer: 16000165

Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren

Till Hoffmann, Melanie Mengel, Eva Sandner, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 1. Auflage 2013
Bestellnummer: 16000143

Expertise – Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz in Deutschland

Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 6. Dr. Heinz Kindler, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2013
Bestellnummer: 16000137

Frühe Hilfen aus zivilgesellschaftlicher Perspektive. Ein Impulspapier zum freiwilligen Engagement im Bereich der frühen Förderung und Unterstützung von Kleinkindern und ihren Familien

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2015
Bestellnummer: 16000171

Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen am Beispiel der Evaluation des Projektes »Frühe Hilfen in der Caritas«

Kompakt. Georg Kaesehagen-Schwehn, Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband e.V., Köln, 2015
Bestellnummer: 16000169

Tagungsbegleiter »Stellt die frühe Kindheit Weichen?«

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2015
Bestellnummer: 16000173

Werkstattbericht – Befunde und Einschätzungen zum deutschen Kinderschutzsystem

Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 7. Jörg Backes, Christine Gerber, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2013
Bestellnummer: 16000127

Diese und weitere Publikationen des NZFH können Sie unter www.fruehehilfen.de kostenlos herunterladen oder unter Angabe der Bestellnummer anfordern: order@bzga.de

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Leitung: Dr. med. Heidrun Thaiss
Maarweg 149–161
50825 Köln
Telefon: 0221-8992-0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Forschungsverbund Deutsches Jugend-
institut e.V. (DJI) und TU Dortmund,
Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfe-
statistik AKJ^{STAT}
Leiter: Prof. Dr. Thomas Rauschenbach
Vogelpothsweg 78
44227 Dortmund

Verantwortlich für den Inhalt:

Jens Pothmann, Alexandra Sann

Autorinnen und Autoren:

Ph.D. Christian Brand, Dr. Claudia
Buschhorn, Dr. Andreas Eickhorst,
Sandra Fendrich, Dr. Silke Karsunky,
Gudula Kaufhold, Ernst-Uwe Küster,
Dr. Katrin Lang, Annika Ludewig,
Melanie Mengel, Dr. Anna Neumann,
Christopher Pabst, Dr. Jens Pothmann,
Ilona Renner, Alexandra Sann,
Dr. Andrea Schreier

Redaktion:

Ernst-Uwe Küster, Petra Schmid

Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

Druck:

Bonifatius GmbH Druck – Buch – Verlag
Karl-Schurz-Straße 26
33100 Paderborn
Auflage: 1.10.11.15

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA
kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum
Weiterverkauf bestimmt.

Bestellung:

BZgA
50819 Köln
Fax: 0221-8992-257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000302

Bibliographische Informationen der
Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet
diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliographie; detaillierte biblio-
graphische Daten sind im Internet unter
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN: 978-3-942816-75-5



Gefördert vom:



Träger:

