Nationales Zentrum Frühe Hilfen

# Datenreport Frühe Hilfen

AUSGABE 2017

**ZITIERWEISE:**

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut (DJI) und TU Dortmund (Hrsg.) (2018): Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2017. Köln

# Inhalt


Vorwort 4

DANIELA SALZMANN, SIMON LORENZ, ALEXANDRA SANN, BIRGIT FULLERTON, CHRISTOPH LIEL, ANDREA SCHREIER, ANDREAS EICKHORST UND SABINE WALPER
**Wie geht es Familien mit Kleinkindern in Deutschland?** 6

MARION WEIGL UND SABINE HAAS
**Frühe Hilfen in Österreich** 24

WOLFGANG SIERWALD, CLAUDIA STROBEL-DÜMER UND CAROLINE KAUFMANN
**Das Programm »Gemeinsam stark – von Anfang an! Frühe Hilfen im SOS-Kinderdorf e.V.«** 40

CHRISTOPHER PABST, ALEXANDRA SANN, DANIELA SALZMANN UND ERNST-UWE KÜSTER
**Im Profil: Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen** 54

CHRISTOPHER PABST UND ALEXANDRA SANN
**Die Vermessung Früher Hilfen** 72

ILONA RENNER UND SARA SCHARMANSKI
**Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz** 80

MARIUS HILKERT
**Frühe Hilfen in Hagen** 88

SANDRA FENDRICH UND JENS POTHMANN
**Weniger begonnene Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kleinkindern** 106

THOMAS MÜHLMANN UND GUDULA KAUFHOLD
**Kommunale Unterschiede bei den Einschätzungen von Kindeswohlgefährdungen durch Jugendämter** 122

Angaben zu den Autorinnen und Autoren 132

Impressum 135

ERNST-UWE KÜSTER, JENS POTHMANN UND ALEXANDRA SANN

# Vorwort

Seit nunmehr zehn Jahren wird der Ausbau des Handlungsfeldes Frühe Hilfen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene im Rahmen vielfältiger Programme vorangetrieben. In dieser Zeit ist viel geschehen: Stand zu Beginn vor allem die Erprobung spezifischer Hilfeansätze im Rahmen von Modellprojekten auf der Agenda, so wurden mittlerweile in fast allen Kommunen Netzwerke Frühe Hilfen eingerichtet und (aufsuchende) Hilfeangebote weiter ausgebaut. Man kann zu Recht behaupten: Frühe Hilfen haben sich als intermediärer Bestandteil eines Aufwachsens in öffentlicher Verantwortung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen etabliert. Von Beginn an sahen die Bundes- und Länderprogramme eine wissenschaftliche Begleitung vor, die eine solide empirische Basis für die Planung, Steuerung und Bewertung der darin enthaltenen Aktivitäten bieten soll. Auf diese Weise war es möglich, mit vielfältigen Datenbeständen die Entwicklung dieses neuen Handlungsfeldes nachzuzeichnen.

Zentrale Ergebnisse der Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH), aber auch Befunde aus anderen Forschungsprojekten werden seit 2013 regelmäßig im Datenreport Frühe Hilfen dargestellt, einem gemeinsamen Produkt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) und des Forschungsverbunds Deutsches Jugendinstitut (DJI)/ TU Dortmund. Mittlerweile ist der Datenreport zu einer Plattform für aktuelle empirische Befunde zum Feld der Frühen Hilfen, aber auch zu den Schnittstellen dieses intersektoralen Feldes mit Bereichen des Gesundheitswesens sowie den Feldern der Kinder- und Jugendhilfe geworden.

Die vorliegende dritte Ausgabe des Datenreports Frühe Hilfen enthält in bewährter Weise eine Mischung aus Forschungsbefunden unterschiedlicher Provenienz, die sich um folgende Themenschwerpunkte gruppieren lassen:

*Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen:* Während in der letzten Ausgabe vor allem Netzwerke Frühe Hilfen im Fokus standen, beschäftigen wir uns in diesem Heft mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen. Es geht um die Verbreitung und Ausgestaltung der Angebote in Deutschland, um die Erreichung von Zielgruppen und den Zugängen zu ihnen sowie den Stand der bislang erreichten Versorgung.

*Interdependenzen von Frühen Hilfen und (ambulanten) Hilfen zur Erziehung:* Eine wichtige Erkenntnis aus der Evaluation der BIFH ist die Notwendigkeit, den Übergangsbereich von der Betreuung von Familien im Rahmen der Frühen Hilfen hin zu intensiveren Hilfen zur Erziehung genauer in den Blick zu nehmen. Hier besteht sowohl konzeptionell als auch ganz praktisch weiterhin ein großer Abstimmungsbedarf, der sich auf der Ebene der Fachkräfte in Überforderungsanzeigen manifestieren kann. Welchen Einfluss präventive Frühe Hilfen auf das System der Erziehungshilfen haben können und inwieweit solche Effekte sowohl aus den amtlichen Statistiken als auch aus lokalen Dokumentationssystemen herauszulesen sind, ist ein weiterer Aspekt, dem wir uns in diesem Heft weiter annähern.

*Regionale Disparitäten bei Kindeswohlgefährdungsmeldungen und Hilfegewährung:* Hier schließt sich auch die Frage an, inwieweit mittlerweile möglich gewordene, vertiefende Auswertungen der Statistik zu Kindeswohlgefährdungsmeldungen empirisch belastbare Hinweise auf regionalspezifische Einflussfaktoren bei der Abklärung von Meldungen und der Gewährung von Anschlusshilfen bei unter dreijährigen Kindern geben können.

*Lebenslagen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern:* Einen weiteren Schwerpunkt des Heftes bilden Beiträge, die sich mit der Situation von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern und ihrer Nutzung von Unterstützungsangeboten beschäftigen. Es freut uns in diesem Zusammenhang besonders, neben Analysen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik sowie Ergebnissen aus der Prävalenzforschung des NZFH auch erste Befunde aus der wissenschaftlichen Begleitung der Frühen Hilfen in Österreich vorstellen zu können. In diesen Beiträgen werden insbesondere die familiären Lebenslagen Armut und Migration intensiver ausgeleuchtet. Die Befragung von Eltern und die Dokumentation von Unterstützungsverläufen stehen auch im Mittelpunkt der trägerweiten Evaluation der Frühen Hilfen im SOS-Kinderdorf e.V.

Der Datenreport Frühe Hilfen ist nicht nur ein Publikationsformat für aktuelle Forschungsergebnisse, sondern leistet darüber hinaus auch Pionierarbeit für eine indikatorengestützte kontinuierliche Berichterstattung über das Feld der Frühen Hilfen. Zwar ist es immer noch ein weiter Weg zu einer einheitlichen, empirischen und systematischen Beobachtung der institutionalisierten Frühen Hilfen, seit 2013 konnten jedoch ein Teil der Wegstrecke zurückgelegt und erste Meilensteine erreicht werden. In diesem Sinne finden sich auch in der aktuellen Ausgabe des Datenreports immer wieder methodische Hinweise und Reflexionen über die Schwierigkeiten, das Feld der Frühen Hilfen mittels standardisierter Erhebungen und Dokumentationen abzubilden. Und immerhin zeichnet es sich deutlicher ab, wie es bei diesem Vorhaben weitergehen könnte: Das NZFH und der Forschungsverbund DJI/TU Dortmund arbeiten an der Entwicklung und Erprobung von Indikatoren, auf deren Basis eine standardisierte Erfassung und Beschreibung der Frühen Hilfen sowohl auf kommunaler als auch auf überregionaler Ebene möglich werden sollen. Und auch mit Blick auf die amtliche Statistik könnte es Bewegungen in Richtung einer Verbesserung der Datenlage zu den Frühen Hilfen geben. Mit dem vom Bundestag bereits verabschiedeten, jedoch im Bundesrat noch anstehenden Kinder- und Jugendstärkungsgesetz könnte es im Falle seines Inkrafttretens zukünftig die Möglichkeit geben, Frühe Hilfen und den damit verbundenen personellen Ressourceneinsatz bei Trägern zu erfassen. Damit wäre ein weiterer kleiner Meilenstein erreicht.

Zum 31.12.2017 endete nach sechs Jahren der modellhafte Ausbau der Frühen Hilfen durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen. Parallel dazu ist bereits am 01.10.2017 die Bundestiftung Frühe Hilfen in Kraft getreten. Damit befindet sich das Handlungsfeld Frühe Hilfen in einer neuen Entwicklungsphase: Die Angebote und Kooperationsstrukturen werden durch die dauerhafte Bereitstellung von Mitteln ein fester Teil der Hilfelandschaft. Dies sollte auch seinen Niederschlag in der Forschung zu Frühen Hilfen finden: Nicht mehr die Evaluation eines Modells, sondern die dauerhafte Beobachtung des Handlungsfeldes mit seinen vielfältigen Schnittstellen und den sich daraus ergebenden wechselseitigen Einflüssen sollte zukünftig im Mittelpunkt stehen. Dabei gilt es weiterhin, ganz unterschiedliche Perspektiven einzunehmen: Die der Adressatinnen und Adressaten, die der Fachkräfte aus unterschiedlichen Professionen und Leistungssystemen, aber auch die der Verantwortlichen für die Planung und Gestaltung von Infrastrukturen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Das NZFH wird diesen Prozess auch weiterhin wissenschaftlich begleiten und dabei seine bewährte Kooperation mit dem Forschungsverbund DJI/TU Dortmund fortsetzen. Zukünftige Ausgaben des Datenreports können daher mit Spannung erwartet werden.

DANIELA SALZMANN, SIMON LORENZ, ALEXANDRA SANN, BIRGIT FULLERTON,
CHRISTOPH LIEL, ANDREA SCHREIER, ANDREAS EICKHORST UND SABINE WALPER

# Wie geht es Familien mit Kleinkindern in Deutschland?

## Belastungen und Unterstützungsangebote am Beispiel von Familien in Armutslagen und Familien mit Migrationshintergrund

Seit 2012 werden in Deutschland mit Mitteln aus der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) Angebote und Netzwerke im Bereich Frühe Hilfen auf- und ausgebaut. Frühe Hilfen sind dabei als ergänzendes und verbindendes Versorgungselement zwischen den Sozialleistungssektoren – vor allem zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe – konzipiert. Sie sollen dazu beitragen, die frühzeitige Unterstützung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen im Zeitraum rund um die Geburt und während der ersten Lebensjahre zu verbessern (vgl. NZFH 2014b). Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte wissenschaftliche Begleitung der BIFH wird vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) durchgeführt. Zur wissenschaftlichen Begleitung gehört auch die Studie »Kinder in Deutschland (KiD 0-3)«, mit der die Verteilung von psychosozialen Belastungen bei Familien mit Kindern bis drei Jahre und die Kenntnis sowie Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und insbesondere von Angeboten der Frühen Hilfen untersucht werden (für Details zu KiD 0-3 vgl. z.B. Eickhorst u.a. 2015).

Oberstes Ziel von Frühen Hilfen ist es, Eltern frühzeitig eine bedarfsgerechte Unterstützung zu bieten, um eine gesunde Entwicklung des Kindes zu fördern und Risiken für Kindeswohlgefährdungen vorzubeugen. Um werdenden Eltern eine passgenaue Unterstützung anbieten zu können, ist es zunächst wichtig, Kenntnisse über die Verbreitung von unterschiedlichen lebenslagenspezifischen Belastungsmerkmalen bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern zu gewinnen. Belastungsmerkmale umfassen die allgemeine Lebenssituation der Familie (z.B. Finanzen und Familienform), die persönlichen Ressourcen der Eltern zur Übernahme der Erziehungsverantwortung (z.B. Bildungsstand, Partnerschaftsqualität und psychische Belastung) und die Fürsorgeanforderungen durch das Kind (z.B. Temperament und Regulationsschwierigkeiten) (vgl. NZFH 2014a). Psychosoziale Belastungen können in Familien, vor allem wenn sie kumuliert in verschiedenen Lebensbereichen auftreten, die elterlichen Erziehungskompetenzen einschränken (vgl. Deegener/Körner 2008). Bestehen zudem weitere ungünstige Rahmenbedingungen wie fehlende Unterstützung oder soziale Isolation, steigt das Risiko für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (vgl. Coohey 1996; Kotch u.a. 1997; Sidebotham u.a. 2002) und somit das Risiko für frühkindliche neurologische Entwicklungsstörungen (vgl. Child Welfare Information Gateway 2015).

Für die Phase der frühen Kindheit werden Familien unterschiedliche Angebote und Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Universelle Leistungen weisen meist »Komm-Strukturen« auf und werden von Eltern aktiv nachgefragt, wie beispielsweise Eltern-Kind-Gruppen oder außerfamiliäre Betreuungsangebote. Aufsuchen-

de selektive Angebote der Frühen Hilfen wenden sich hingegen gezielt an Eltern mit psychosozialen Belastungen, die Angebote mit Komm-Struktur eher seltener in Anspruch nehmen. Zu den wichtigsten aufsuchenden Unterstützungsangeboten zählt die längerfristige Betreuung und Begleitung durch eine Familienhebamme oder vergleichbare qualifizierte Fachkraft aus dem Gesundheitswesen (vgl. Lange/Liebald 2013). Daneben gehören einmalige Willkommensbesuche für alle Eltern mit Neugeborenen in einer Kommune zu den niedrigschwelligen Frühen Hilfen. Mit diesen Angeboten werden Familien nach der Geburt des Kindes über relevante Angebote informiert und bei Bedarf in spezifische Unterstützungsangebote vermittelt, wie etwa die Begleitung und Unterstützung durch ehrenamtliche Paten für Familien mit besonderen Belastungen (vgl. NZFH 2014a). Kennzeichnend für die Frühen Hilfen ist, dass Früherkennung von Belastungen und Vermittlung von Unterstützungsleistungen in einem multiprofessionellen Netzwerk organisiert werden, das von speziellen Koordinierungsstellen organisiert wird. Ziel ist es, bei Bedarf alle Familien mit einem für sie passenden Unterstützungsangebot adressieren zu können.

Bislang ist über das Vorkommen und die Häufung von psychosozialen Belastungslagen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland ebenso wenig bekannt wie über die Kenntnis und Nutzung von universellen Angeboten einerseits sowie im speziellen von Angeboten der Frühen Hilfen andererseits. Die Studie KiD 0-3 soll dazu beitragen, diese Forschungslücken zu schließen.

Im Rahmen dieses Beitrages sollen insbesondere die Zielgruppen »Familien in Armutslagen« und »Familien mit Migrationshintergrund« genauer betrachtet werden, da diese als besonders schwer zu erreichen gelten (vgl. Andresen/Galic 2015; Razum u.a. 2008).

## Familien in Armutslagen

Insgesamt galten 2015 rund 17 % aller in Deutschland lebenden Familien mit Kindern unter 18 Jahren als armutsgefährdet, da ihr (äquivalenzgewichtetes) monatliches Nettoeinkommen weniger als 60 % des Median-Einkommens aller Haushalte betrug (vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Armut gehört zu den bedeutendsten Prädiktoren für Entwicklungsdefizite und Gesundheitsrisiken im Kindesalter (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Als wichtigste Risikofaktoren zeigen sich diesbezüglich die lebenslagenspezifischen Merkmale der Eltern wie Arbeitslosigkeit, geringe formale Bildung und Alleinerziehendenstatus sowie die Versorgung mehrerer Kinder oder das Auftreten psychischer Erkrankungen – jeweils in Verbindung mit Armut der Eltern (vgl. ebd.). Aufgrund der hohen Verbreitung und der multiplen Belastungen stellen Familien in Armutslagen für die Frühen Hilfen eine relevante Zielgruppe dar. Es ist bislang wenig bekannt, inwieweit Familien in Armutslagen universelle Angebote für die frühe Kindheit sowie Frühe Hilfen kennen und nutzen. Erste Erkenntnisse lieferte die vom Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) 2009 durchgeführte Studie »Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten« (AID:A). Im Rahmen dieser Studie zeigte sich, dass Angebote mit einer »Komm-Struktur« kaum von Familien mit einem niedrigen sozialen Status genutzt werden. Lediglich 8 % der Familien mit Kindern unter 24 Monaten und SGB-II-Bezug besuchen einen Babyschwimmkurs. Im Vergleich dazu nehmen Familien mit einem Einkommen von 100 bis 130 % des Medians mit 36 % etwa viereinhalb Mal so häufig teil. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bezüglich der Teilnahme am Prager-Eltern-Kind-Programm (PEKiP-Gruppen). Auch dieses Angebot wird von Familien mit Kleinkindern von unter 24 Monaten, die Transferleistungen nach SGB II beziehen, deutlich seltener in Anspruch genommen (4 %) als von Familien in höheren Einkommensgruppen (25 %). Außerdem besuchen Familien mit höheren Einkommen auch häufiger Kindertageseinrichtungen als Niedrigeinkommensfamilien (35 % vs. 18 %). Zwar fällt die durch AID:A ermittelte Beteiligungsquote der Kindertagesbetreuung für Familien mit Bezug von SGB-II-Leistungen (21 %) etwas höher aus als bei Niedrigeinkommensfamilien, aber sie liegt immer noch unter dem Vergleichswert der Familien mit höherem Einkommen. Hinsichtlich der Nutzungsraten von Krabbelgruppen beträgt die Differenz zwischen einkommensschwachen und einkommensstarken Familien 22 Prozentpunkte (26 % vs. 48 %) (vgl. BMFSFJ 2010). Die Nutzungsraten von Frühen Hilfen wurden mit der AID:A-Studie nicht erhoben, sodass hierzu keine Aussagen getroffen werden konnten.

## Familien mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine große und anwachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland dar. Laut Statistischem Bundesamt wiesen 2016 rund 30 % der Familien in Deutsch-

land ein solches Merkmal auf, das danach definiert ist, ob der Geburtsort des Kindes oder eines Elternteils im Ausland ist. Diese Gruppe ist äußerst heterogen, wobei Menschen mit Fluchterfahrung besonders hervorzuheben sind. 2015 und 2016 beantragten mehr als eine Million Menschen Asyl in Deutschland (vgl. BAMF 2017). Familien mit Migrationshintergrund kommen in der Regel aus fremden Kulturen und müssen sich auf innere (psychische) und äußere (soziale) Veränderungen einstellen, die sich nachhaltig auf ihre Gesundheit auswirken können (vgl. Razum u.a. 2008). Als migrationsbedingte psychosoziale Belastungen gelten z.B. Familientrennung, unklarer rechtlicher Status sowie nicht selten die Folgen von Verfolgung und Folter. Insbesondere Geflüchtete sind gehäuft von posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Depressionen betroffen (vgl. Bozorgmehr u.a. 2016). Der Migrationshintergrund kann jedoch nicht nur ein Hinweis auf erhöhte psychosoziale Belastungen sein, sondern auch eine Ressource darstellen. Familien mit einem Migrationshintergrund verfügen bspw. oftmals über größere soziale Netzwerke, die sich positiv auf ihren Gesundheitszustand auswirken können (vgl. Razum u.a. 2011).

Ob Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die einen Migrationshintergrund aufweisen, soziale und gesundheitsbezogene Leistungen und insbesondere Angebote außerhalb der Regelversorgung anders wahrnehmen als Familien ohne Migrationshintergrund, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung lassen darauf schließen, dass bei Familien mit Migrationshintergrund ein spezifischer Versorgungsbedarf besteht. So zeigt sich bspw. eine geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) bei Kindern mit Migrationshintergrund verglichen mit Kindern ohne Migrationshintergrund (vgl. Kamtsiuris u.a. 2007). Inwieweit eine Veränderung der Teilnahmequoten aufgrund der Einführung des verpflichtenden Einlade- und Meldewesens zur U-Untersuchung eingetreten ist, lässt sich derzeit noch nicht abschätzen. Auch die Immunisierungsrate und die Verbreitung von Impfpässen ist bei Kindern mit Migrationshintergund niedriger (vgl. Delekat 2003; Pallasch u.a. 2005) und die Hospitalisierungsrate höher (vgl. Gardemann/Mashkoori 1998) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren ist aus der Gesundheitsforschung bekannt, dass mit einem Migrationshintergrund oftmals verschiedene Problemkonstellationen wie Zugangsbarrieren, Kommunikationsprobleme und/oder Informationslücken bezogen auf das Sozial- und Gesundheitssystem einhergehen (vgl. Razum u.a. 2008). Disparitäten werden ebenso in der Statistik zur Inanspruchnahme außerfamiliärer Betreuung berichtet (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2016; Stand: 01.03.2015). Diese zeigt für Familien mit Migrationshintergrund eine Differenz in der Betreuungsquote unter Dreijähriger von 16 Prozentpunkten (22 % vs. 38 %) gegenüber Familien ohne Migrationshintergrund auf.

## Fragestellung und Design der Studie

In der Studie KiD 0-3 wurden u.a. folgende Forschungsfragen zu psychosozialen Belastungen, zur Kenntnis von Angeboten für die frühe Kindheit und insbesondere von Frühen Hilfen sowie deren Inanspruchnahme von Familien mit Kindern bis drei Jahren untersucht:

- Von welchen spezifischen Belastungslagen sind Familien in Armutslagen und mit Migrationshintergrund betroffen?
- Wie verbreitet ist die Kumulation von Belastungsmerkmalen in diesen Familien?
- Welche Unterstützungsangebote für die frühe Kindheit und welche spezifischen Frühen Hilfen kennen Familien in Armutslagen und mit Migrationshintergrund, und nehmen sie diese Angebote in Anspruch?

KiD 0-3 wurde als bundesweite repräsentative zweistufige, proportional stratifizierte Klumpenstichprobe konzipiert und 2015 durchgeführt (vgl. Abb. 1). Durch Ansprache in 271 zufällig ausgewählten Kinderarztpraxen (erste Auswahleinheit, Rekrutierungszielgröße: 250 bis 300) wurden 8.063 Familien mit Kindern im Alter bis drei Jahren systematisch für die Studienteilnahme rekrutiert (zweite Auswahleinheit, Rekrutierungszielgröße: 8.000 bis 9.000). Dieses Vorgehen wurde auf Grundlage der Ergebnisse zweier Pilotstudien mit unterschiedlichen Rekrutierungsstrategien gewählt. Diese zeigten, dass die Ansprache der Untersuchungsteilnehmenden über pädiatrische Praxen im Vergleich zu einer Stichprobenziehung über das Einwohnermeldeamt zu einer proportional deutlich höheren Teilnahmequote von Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und damit einem geringeren Mittelschicht-Bias führte. Es wurden keine nennenswerten Verzerrungen in der Stichprobe der Arztpraxen festgestellt, womit die angestrebte Pro-

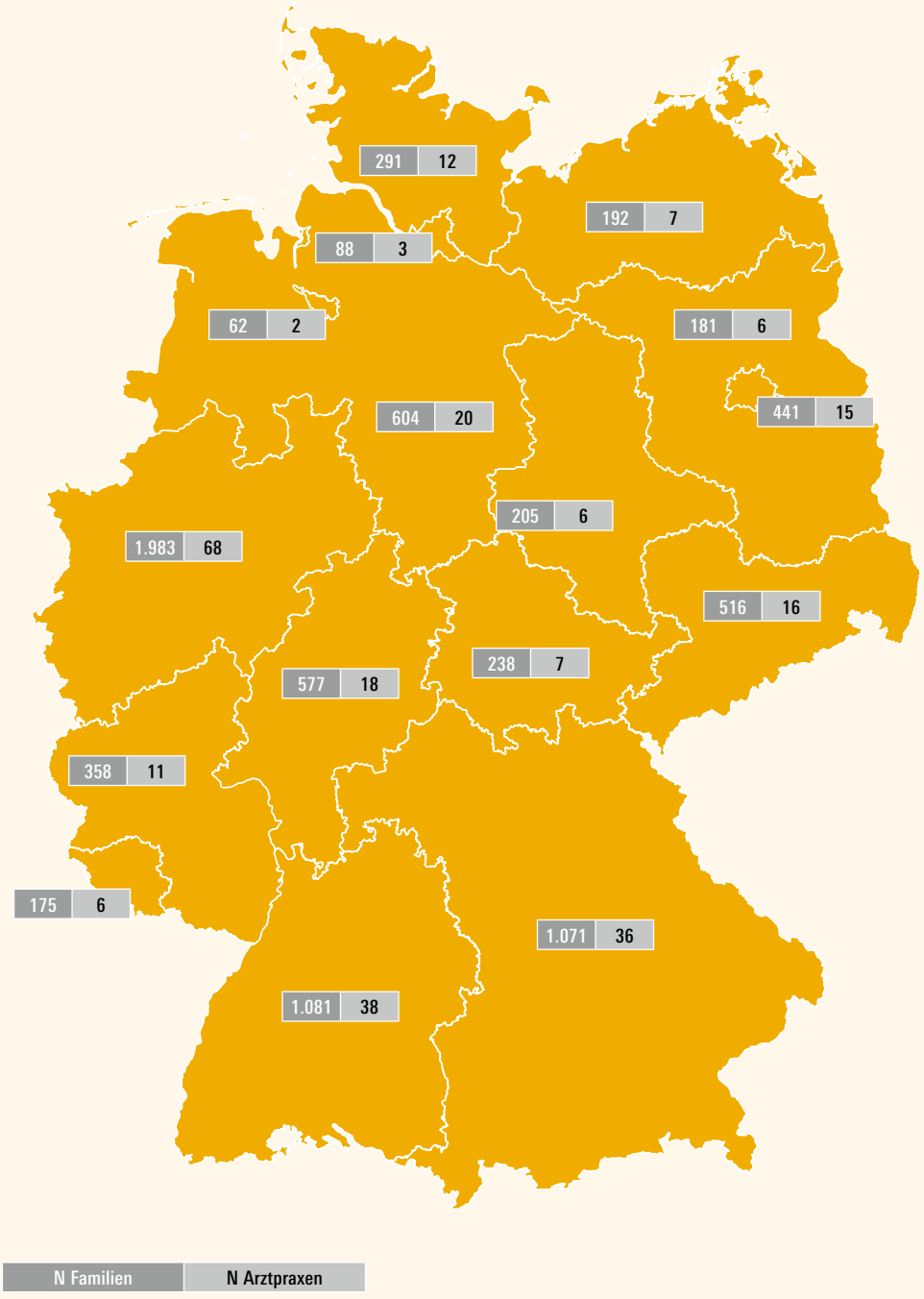
portionalität in geografischer Hinsicht weitgehend erreicht wurde.

Die Aufgabe der Praxen bestand darin, alle Familien, die im Studienzeitraum zu U-Untersuchungen (U3 bis U7a) kamen, anzusprechen und für eine Teilnahme an einer schriftlichen Fragebogenerhebung zu motivieren. Stichprobenausfälle sowie Ablehnungsgründe der nicht teilnehmenden Eltern wurden dokumentiert, um gegebenenfalls auftretende Selektionseffekte erkennen und ausgleichen zu können. Die Begleitperson des Kindes füllte den Fragebogen im Wartezimmer anonym aus (Dauer 25 bis 35 Minuten). Die Fragebögen wurden in Deutsch und fünf weiteren Sprachen zur Verfügung gestellt (Englisch, Russisch, Türkisch, Polnisch und Rumänisch). Der Fragebogen umfasste 128 Items zu den folgenden Themenbereichen:

- Merkmale der Lebenslagen der Familie (sozioökonomischer Status, Familienform etc.)
- Objektive Belastungsmerkmale auf kind-, eltern- und familienbezogener sowie sozialer Ebene, die sich als valide Prädiktoren möglicher Entwicklungsprobleme und/oder Kindeswohlgefährdungen erwiesen haben (z.B. besondere Fürsorgeanforderungen durch das Kind, Gewalt in der Partnerschaft, soziale Isolation)
- Subjektives Belastungserleben der primären Bezugsperson des Kindes
- Hinweise auf tatsächlich wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung
- Kenntnis und Inanspruchnahme von öffentlichen Unterstützungsleistungen seitens der Eltern

Die untersuchten Belastungsmerkmale basieren auf den Ergebnissen internati-

ABBILDUNG 1: Stichprobenverteilung nach Bundesländern




Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

onaler Meta-Analysen (vgl. Parrish u.a. 2001; Sidebotham u.a. 2006; Stith u.a. 2009) sowie eigenen Auswertungen. Die Belastungsmerkmale wurden anhand bereits validierter Erhebungsinstrumente wie beispielsweise dem Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) (vgl. Tröster 2010) oder dem Patient-Health-Questionnaire (PHQ) (vgl. Löwe u.a. 2002) und Einzelfragen erhoben (vgl. Eickhorst u.a. 2015). Armutslagen wurden anhand des Bezugs von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld nach SGB II, Sozialhilfe nach SGB XII oder bedarfsorientierter Grundsicherung innerhalb der letzten zwölf Monate ermittelt. Als Familie mit Migrationshintergrund wurde eine Familie aufgefasst, bei der zumindest ein Elternteil des Kindes oder das Kind selbst im Ausland geboren wurde.

Altersspezifische Betreuungsquoten wurden durch die Frage, ob das Kind regelmäßig von anderen Personen als den Eltern selbst betreut wird, ermittelt. Die Betreuungsquote fasst hierbei die Familien zusammen, die eine regelmäßige Betreuung ihres Kindes durch Kita/Krippe/Kindergarten und/oder Tagesmutter bejaht hatten. Eine Betreuung durch Großeltern oder andere Bezugspersonen wurde zwar ebenfalls abgefragt, ging in die Quote außerfamiliär betreuter Kinder aber nicht mit ein.

Abschließend wurde den Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmern eine Auswahl von 13 häufig vorkommenden Angeboten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (z.B. Geburtsvorbereitungskurse, Eltern-Kind-Gruppen) sowie drei spezifische Angebote der Frühen Hilfen (aufsuchende Familienhebammen, Willkommensbesuch und ehrenamtliche Unterstützung) mit der Frage vorgelegt, ob ihnen diese Angebote bekannt sind bzw. angeboten wurden und ob sie die Leistungen auch in Anspruch genommen haben.

Die Datenauswertung erfolgte mit Stata 13 und umfasste deskriptive Statistiken und Chi-Quadrat-Tests.

## Stichprobe

Die Ausschöpfungsquote bei den Familien lag bei 73 %[1]. Die Daten wurden auf Basis des Mikrozensus 2011 gewichtet[2] (vgl. Tab. 1). An der KiD 0-3 Hauptstudie nahmen primär Mütter teil (89,9 %), in 7,3 % der Fälle Väter, in 2,2 % der Fälle Mütter und Väter gemeinsam sowie in 0,6 % der Fälle andere Bezugspersonen wie z.B. Pflege-, Adoptiv- oder Großeltern. Um einen plausiblen Vergleich der Stichprobe mit dem Mikrozensus hinsichtlich der Bildung zu ermöglichen, wurden lediglich die Bildungsangaben der Mütter eingeschlossen. In Bezug auf den Bildungsstand der Mütter ergab sich, dass ca. 41 % über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen, 37 % eine mittlere Reife, 19 % einen Hauptschulabschluss und eine Minderheit von 3,4 % (noch) keinen Schulabschluss besitzt. Insgesamt haben 21,6 % der Mütter ein Hochschulstudium absolviert. 30,3 % der befragten Familien weisen einen Migrationshintergrund auf, das heißt, mindestens einer der beiden Elternteile oder das Kind selbst wurde im Ausland geboren oder besitzt keine deutsche Staatsangehörigkeit. Nur 8,7 % der Befragten sind alleinerziehend. Rund 20 % der befragten Familien erhalten existenzsichernde Sozialleistungen. Die Verteilung der Bildungsabschlüsse in der Stichprobe entspricht weitgehend den Daten des Mikrozensus, ebenso der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund. Alleinerziehende sind etwas unterrepräsentiert,

1 73 % aller in den Arztpraxen angesprochenen Familien haben einen Fragebogen ausgefüllt. Dies ist eine ungewöhnlich hohe Response (fehlerhafte Angaben der Arztpraxen nicht ausgeschlossen).

2 Gewichtet wurde anhand der folgenden Variablen: Bundesland, Alter der Mutter, Staatsangehörigkeit der Mutter, Schulbildung der Mutter, Berufsausbildung der Mutter, Haushaltskonstellation.

TABELLE 1: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe KiD 0-3

| Merkmal | Ausprägungen | KiD 0-3 Hauptstudie | n | 95 %-Konfidenzintervall | Mikrozensus |
|---|---|---|---|---|---|
| Leibliche/Adoptiveltern | Mutter | 89,9 | 6866 | 88,9 bis 90,9 | ./. |
| | Vater | 7,1 | | 6,4 bis 8,0 | ./. |
| | Mutter und Vater | 2,3 | | 1,9 bis 2,8 | ./. |
| | Andere | 0,6 | | 0,4 bis 0,9 | ./. |
| Schulabschluss der Befragungsperson (nur Mutter) | Kein Abschluss | 3,4 | 6671 | 2,7 bis 4,1 | 4,6 |
| | Hauptschulabschluss | 18,2 | | 16,6 bis 20,0 | 20,9 |
| | Mittlere Reife | 37,3 | | 35,8 bis 38,9 | 35,2 |
| | Hochschulreife | 41,1 | | 39,0 bis 43,2 | 39,3 |
| Höchster Bildungsabschluss (nur Mutter) | Hochschulstudium | 22,1 | 6671 | 20,3 bis 23,9 | 21,8 |
| Migrationshintergrund | Mindestens ein Elternteil oder Kind* | 30,3 | 6720 | 27,9 bis 32,7 | 33,3** |
| Alleinerziehend | | 8,2 | 6636 | 7,3 bis 9,2 | 12,1 |
| Bezug von Sozialleistungen | | 19,5 | 6335 | 17,6 bis 21,5 | 14,1 |

* im Ausland geboren oder besitzt keine deutsche Staatsangehörigkeit
** Anteil der bis 5-Jährigen mit Migrationshintergrund „im engeren Sinn" gemäß Mikrozensus, d.h. es werden nur Eltern berücksichtigt, die mit dem Kind im selben Haushalt leben
Gewichtete Prozentwerte (Mikrozensus Poststratifizierungsgewichtung); design-basierte Konfidenzintervalle, Mikrozensus 2011, nur Haushalte mit Kindern unter drei Jahren
Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

während Familien mit Armutsgefährdung überrepräsentiert sind. Hierbei muss beachtet werden, dass der Mikrozensus letzteres Merkmal aus verschiedenen Fragen ableitet, während es in KiD 0-3 auf einer Selbsteinschätzung beruht. Insgesamt kann von einer nahezu repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden.

## Psychosoziale Belastungsmerkmale von Familien in Armutslagen

Um ein differenziertes Bild der Belastungen von Familien in Armutslagen aufzeigen zu können, wurde zwischen Familien mit Bezug von Sozialleistungen sowie Familien ohne Bezug von Sozialleistungen unterschieden. Dabei zeigte sich, dass alle Belastungsmerkmale in Familien mit Bezug von Sozialleistungen signifikant häufiger vorkommen (vgl. Tab. 2). Besonders auffällig sind die Differenzen in den Häufigkeiten zwischen den Gruppen hinsichtlich folgender Belastungen (Armutsgefährdung geht jeweils mit einer höheren Häufigkeit des Belastungsmerkmals einher): niedrige Bildung (bezogen auf beide Elternteile; +34,3 Prozentpunkte), ungeplante Schwangerschaft (+32,4 Prozentpunkte), Alleinerziehendenstatus (+29,0 Prozentpunkte), frühe Elternschaft (+20,5 Prozentpunkte) und Gewalt in Partnerschaft (+17,2 Prozentpunkte). Für andere Belastungsmerkmale zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede, allerdings sind die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht ganz so groß.

Familien in Armutslagen sind zudem häufiger von mehreren Belastungen gleichzeitig betroffen (vgl. Abb. 2). Während die Hälfte der Familien ohne Bezug von Sozialleistung keine Belastungen und nur 3,7 % dieser Gruppen eine Kumulation von vier und mehr Belastungsmerkmalen vorweisen, zeigt sich bei Familien mit Bezug von Sozialleistungen ein gegenteiliges Bild. Nur 12,5 % der befragten Familien haben keine psychosozialen Belastungen, fast ein Drittel der Familien leiden dagegen unter vier und mehr Belastungsmerkmalen. Es zeigt sich deutlich, dass Familien in Armutslagen nicht nur insgesamt öfter von Belastungen betroffen sind als Familien, die nicht in Armut leben, sondern auch häufiger mit der Kumulation von vier und mehr Belastungen gleichzeitig konfrontiert sind.

## Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten differenziert nach Armutslagen

Nicht nur die Verteilung der Belastungsmerkmale, auch die Kenntnis- und Nut-

zungsquoten von Unterstützungsangeboten weisen in der Studie KiD 0-3 einen sozialen Gradienten auf (vgl. NZFH 2014a). Familien mit Säuglingen und Kleinkindern ohne Bezug von Sozialleistungen sind besser über Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens für die frühe Kindheit informiert als Familien in Armutslagen (vgl. Tab. 3). Dies zeigt sich bei Angeboten wie Geburtsvorbereitungskurse, Hebammenhilfe, Familien- oder Stadtteilzentrum, Frühförderung, Telefon- und Onlineberatung, Angebote für Interessengruppen[3], medizinische Angebote, Elternkurse sowie Eltern-Kind-Gruppen. Lediglich die Schwangerschaftsberatung ist bei allen Familien gleich häufig bekannt. Auch mit Informationsmaterialien wie z.B. einer »Broschüre mit lokalen Angeboten«, die in vielen Kommunen ausgeteilt wird, werden häufiger Familien ohne Bezug von Sozialleistungen erreicht.

Die Nutzungsraten unabhängig von der Kenntnis der Angebote weisen größtenteils die gleiche Tendenz auf: Familien ohne Sozialleistungsbezug nehmen Angebote für die frühe Kindheit häufiger in Anspruch als Familien mit Bezug. Ausnahmen stellen insbesondere die Schwangerschaftsberatung und die Familien- und Erziehungsberatungsstellen dar: Rund 38 % der Familien mit Bezug von Sozialleistungen nutzen die Schwangerschaftsberatung, dagegen nehmen nur ca. 13 % der Familien ohne Sozialleistungsbezug diese Leistung in Anspruch. Familien- oder Erziehungsberatungsstellen sind zwar Familien ohne Bezug von Sozialleistungen häufiger bekannt, jedoch ist die Nutzungsrate von Familien mit Bezug von Sozialleistungen um rund sieben Prozentpunkte höher als bei Familien ohne Bezug von Sozialleistungen. Eine etwas höhere Inanspruchnahme durch armutsgefährdete Familien

3 Angebote für Interessengruppen richten sich z.B. speziell an Migrantinnen und Migranten, Alleinerziehende.

TABELLE 2: Relative Häufigkeit von Belastungsmerkmalen nach Armutslagen

| Belastungsmerkmal | Bezug von Sozialleistungen innerhalb der letzten 12 Monate | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nein | Ja | | | | |
| Ungeplante Schwangerschaft | 14,9 | 47,3 | 21,1 | 19,7 bis 22,6 | 6115 | 0,000 |
| Häufiges Gefühl innerer Wut | 19,6 | 24,0 | 20,4 | 19,3 bis 21,6 | 6032 | 0,005 |
| Hohe elterliche Belastung | 15,5 | 21,1 | 16,5 | 15,5 bis 17,7 | 5815 | 0,000 |
| Niedrige Bildung | 6,5 | 40,8 | 13,1 | 11,6 bis 14,6 | 6119 | 0,000 |
| Erfahrungen harter Bestrafung in der eigenen Kindheit | 7,5 | 20,6 | 10,0 | 9,1 bis 10,9 | 6072 | 0,000 |
| Jemals Gewalt in einer Partnerschaft | 5,9 | 23,1 | 9,2 | 8,3 bis 10,4 | 6058 | 0,000 |
| Alleinerziehend | 2,9 | 31,9 | 8,4 | 7,4 bis 9,5 | 5962 | 0,000 |
| Lautstarke Auseinandersetzungen | 6,2 | 10,5 | 7,0 | 6,3 bis 7,7 | 6037 | 0,000 |
| Frühe Elternschaft (≤ 21 Jahre) | 3,0 | 23,5 | 6,9 | 6,1 bis 7,8 | 6614 | 0,000 |
| Anzeichen einer Depression | 4,2 | 12,3 | 5,8 | 5,2 bis 6,5 | 6052 | 0,000 |
| Belastung durch Schreiverhalten | 3,3 | 5,9 | 3,8 | 3,3 bis 4,4 | 5934 | 0,001 |
| Drei oder mehr kleine Kinder im Haushalt | 1,2 | 2,4 | 1,5 | 1,1 bis 1,9 | 5997 | 0,011 |

* design-basierte Pearson $chi^2$, gewichtete Prozentwerte

Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

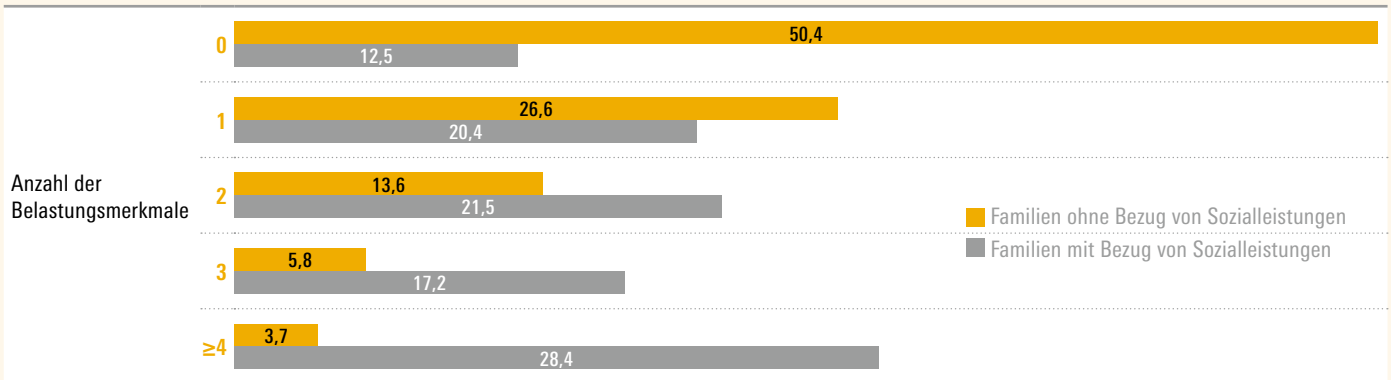
## TABELLE 3: Kenntnis/Nutzung von Angeboten für die frühe Kindheit nach Armutslagen

| Angebot | | Bezug von Sozialleistungen innerhalb der letzten 12 Monate | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nein | Ja | | | | |
| Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle | Kenntnis | 82,0 | 82,3 | 82,1 | 80,6 bis 83,3 | 5998 | 0,849 |
| | Nutzung | 13,4 | 38,1 | 18,0 | 16,6 bis 19,7 | 5957 | 0,000 |
| Geburtsvorbereitungskurs | Kenntnis | 96,6 | 86,4 | 94,7 | 93,8 bis 95,5 | 6033 | 0,000 |
| | Nutzung | 67,1 | 34,1 | 60,8 | 58,9 bis 62,8 | 6007 | 0,000 |
| Hebammenhilfe nach der Geburt bis zur 8. Woche | Kenntnis | 98,1 | 93,2 | 97,1 | 96,4 bis 97,6 | 6026 | 0,000 |
| | Nutzung | 90,3 | 74,0 | 87,2 | 85,7 bis 88,6 | 5972 | 0,000 |
| Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum (z.B. Elterncafé) | Kenntnis | 67,4 | 53,4 | 64,7 | 62,6 bis 66,8 | 5986 | 0,000 |
| | Nutzung | 14,0 | 9,5 | 13,2 | 11,9 bis 14,5 | 5988 | 0,001 |
| Spezielle Beratung (z.B. Schreien/Schlafen/Fütterstörungen) | Kenntnis | 66,6 | 42,4 | 62,0 | 60,1 bis 64,0 | 5964 | 0,000 |
| | Nutzung | 6,5 | 5,3 | 6,2 | 5,6 bis 7,0 | 5980 | 0,179 |
| Beratung in einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle (z.B. zu Entwicklung, Trennung, allgemeinen Erziehungsfragen) | Kenntnis | 70,8 | 56,7 | 68,2 | 66,5 bis 69,8 | 5953 | 0,000 |
| | Nutzung | 3,1 | 9,5 | 4,3 | 3,8 bis 4,9 | 5970 | 0,000 |
| Frühförderung (z.B. bei Entwicklungsverzögerung oder angeborener Beeinträchtigung) | Kenntnis | 65,3 | 51,2 | 62,7 | 61,0 bis 64,3 | 5947 | 0,000 |
| | Nutzung | 4,6 | 6,1 | 4,8 | 4,3 bis 5,6 | 5940 | 0,072 |
| Telefon- bzw. Onlineberatung (z.B. Elterntelefon »Nummer gegen Kummer«) | Kenntnis | 60,5 | 47,8 | 58,1 | 56,5 bis 59,6 | 5953 | 0,000 |
| | Nutzung | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1,0 bis 1,6 | 5978 | 0,887 |
| Angebote für spezielle Interessengruppen (z.B. für Alleinerziehende) | Kenntnis | 53,4 | 44,0 | 51,7 | 50,0 bis 53,3 | 5918 | 0,000 |
| | Nutzung | 1,0 | 2,8 | 1,3 | 1,0 bis 1,7 | 5943 | 0,000 |
| Medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt (z.B. Rückbildungskurs) | Kenntnis | 92,1 | 75,5 | 89,0 | 87,8 bis 89,0 | 5997 | 0,000 |
| | Nutzung | 64,7 | 27,4 | 57,7 | 55,5 bis 59,8 | 5973 | 0,000 |
| Elternkurse (z.B. »Starke Eltern – Starke Kinder«) | Kenntnis | 63,7 | 48,4 | 60,8 | 59,0 bis 62,6 | 5941 | 0,000 |
| | Nutzung | 7,7 | 3,9 | 6,9 | 6,2 bis 7,8 | 5967 | 0,000 |
| Eltern-Kind-Gruppen (z.B. Still-, Krabbelgruppe, Babyschwimmen, PEKiP) | Kenntnis | 92,4 | 77,4 | 89,6 | 88,4 bis 90,6 | 6007 | 0,000 |
| | Nutzung | 59,2 | 29,0 | 53,5 | 51,5 bis 55,4 | 5967 | 0,000 |
| Broschüre mit lokalen Angeboten | Erhalten | 50,0 | 44,5 | 48,9 | 46,6 bis 51,3 | 5917 | 0,007 |

* design-basierte Pearson chi², gewichtete Prozentwerte

Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

## ABBILDUNG 2: Verteilung der Kumulation von Belastungsmerkmalen nach Armutslagen




Gewichtete Prozentwerte, n=6392, auf Basis folgender Belastungsmerkmale: frühe Elternschaft (≤ 21 Jahre), geringe Bildung, ungeplante Schwangerschaft, Erfahrung harter Bestrafung in eigener Kindheit, alleinerziehend, drei oder mehr kleine Kinder im Haushalt, Gewalterfahrung (Lebenszeitprävalenz), hohes Depressionsrisiko (PHQ_3), erhöhte elterliche Stressbelastung (EBI), häufig lautstarke Auseinandersetzungen, Belastungen durch Schreiverhalten, Explosivität (innere Wut)

Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

weisen tendenziell auch Frühförderstellen und spezielle Angebote für Interessengruppen auf.

Unterschiede in der Inanspruchnahme regelmäßiger außerfamiliärer Betreuung zeigen sich für Familien mit Bezug von Sozialleistungen nicht. Weder im ersten Lebensjahr des Kindes noch in den darauffolgenden Jahren weicht die Betreuungsquote für Familien mit Sozialleistungsbezug bedeutsam von der Quote aller anderen Familien ab (vgl. Tab. 4).

Ein ähnliches Bild wie bei den Betreuungsquoten zeigt sich bei den Angebots- und Nutzungsraten von spezifischen aufsuchenden Angeboten der Frühen Hilfen, stratifiziert nach dem Bezug von Sozialleistungen (vgl. Tab. 5). Bei diesen aufsuchenden Angeboten kann kein sozialer Gradient festgestellt werden. Willkommensbesuche werden unabhängig von der Armutslage den Familien mit gleicher Wahrscheinlichkeit angeboten sowie in Anspruch genommen. Besonders Familien mit Bezug von Sozialleistungen werden die aufsuchenden Hilfen der Familienhebammen angeboten (Familien mit Sozialleistungsbezug 36,2 % vs. Familien ohne Sozialleistungsbezug 27,5 %) und auch mit diesen Angeboten erreicht (Familien mit Sozialleistungsbezug 17,8 % vs. Familien ohne Sozialleistungsbezug 11,8 %). Eine ehrenamtliche Unterstützung wird insgesamt unabhängig von der Armutslage der Familien nur 10,5 % der Familien angeboten und nur von einer Minderheit (1,4 %) genutzt. Allerdings werden signifikant häufiger Familien mit Sozialleistungsbezug von Ehrenamtlichen betreut.

In der Zusammenschau zeigt sich, dass Familien mit Bezug von Sozialleistungen insgesamt häufiger und öfter von der Kumulation von Belastungsmerkmalen betroffen sind als Familien ohne Bezug von Sozialleistungen. Außerdem wurde aufgezeigt, dass die universellen Angebote für die frühe Kindheit in Familien ohne Sozialleistungsbezug deutlich häufiger bekannt sind und in Anspruch genommen werden. Eine Ausnahme stellen die Schwangerschaftsberatung sowie die Erziehungs- und Familienberatung dar, tendenziell auch die Frühförderung. Für die Inanspruchnahme außerfamiliärer Betreuung konnten keine Häufigkeitsunterschiede festgestellt werden. Ein sehr heterogenes Bild zeichnet sich hinsichtlich der Angebote der Frühen Hilfen ab: Während bei Willkommensbesuchen, die sich in der Regel an alle Familien mit Neugeborenen in einer Kommune richten, kaum Differenzen in den Kenntnis- sowie Nutzungsraten zwischen Familien mit bzw. ohne Sozialleistungsbezug bestehen, zeigen sich deutliche Unterschiede in der Betreuung durch Familienhebammen, die gezielt an Familien mit Belastungen adressiert werden und auch von ihnen genutzt werden. Unterstützungsangebote mit Ehrenamtlichen werden nur rund jeder zehnten Familie überhaupt angeboten und nur von einem sehr geringen Anteil der Familien auch genutzt, hierbei aber vermehrt von Familien in Armutslagen.

## Psychosoziale Belastungsmerkmale von Familien mit Migrationshintergrund

Wie eingangs erwähnt, stellt der Migrationshintergrund zwar kein Belastungsmerkmal per se dar, jedoch gehen mit einem Migrationshintergrund oftmals verschiedene Problemkonstellationen wie Zugangsbarrieren, Kommunikationsprobleme und/oder Informationslücken über das Sozial- und Gesundheitssystem einher. Somit stellt sich bezogen auf diese Zielgruppe vor allem die Frage, ob sie in gleicher Weise an den Angeboten rund um Schwangerschaft und Geburt partizipiert und bei spezifischen Problemen auch von Frühen Hilfen erreicht wird.

Hinsichtlich der Verteilung von Belastungsmerkmalen zeigt sich (vgl. Tab. 6), dass die befragten Familien mit Migrationshintergrund signifikant häufiger eine geringere Bildung besitzen (+10,3 Prozentpunkte), das Risiko, eine depressive Erkrankung zu erleiden, höher ist (+2,5 Prozentpunkte) und häufiger die Erfahrung von harter Bestrafung in der eigenen Kindheit gemacht wurde (+2,1 Prozentpunkte). Auch sind die befragten Eltern mit Migrationshintergrund signifikant häufiger durch das Schreien des Kindes belastet (+1,5 Prozentpunkte), und es leben häufiger drei und mehr kleine Kinder im Haushalt (+1,3 Prozentpunkte). Die letztgenannten Unterschiede sind zwar statistisch bedeutsam, jedoch insgesamt gering.

Hinsichtlich der Kumulation von Belastungsmerkmalen (vgl. Abb. 3) zeigt sich, dass sowohl Familien ohne als auch mit Migrationshintergrund mehrheitlich von maximal einem Belastungsfaktor betroffen sind. Der jeweilige Anteil beträgt rund zwei Drittel der Familien (70 % vs. 66,4 %). Mit steigender Anzahl von Belastungsmerkmalen sinkt die Anzahl betroffener Familien. Die Kumulation von vier und mehr Belastungsmerkmalen unterscheidet sich bei beiden Gruppen nur minimal und ist nicht statistisch signifikant.

## TABELLE 4: Altersspezifische Betreuungsquoten (Kita/Krippe/Kindergarten und/oder Tagesmutter) nach Armutslagen

| Alter des Kindes | Bezug von Sozialleistungen innerhalb der letzten 12 Monate | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nein | Ja | | | | |
| bis 11 Monate | 6,7 | 7,8 | 6,9 | 5,9 bis 8,0 | 3645 | 0,4366 |
| 12 bis 23 Monate | 32,7 | 36,1 | 33,3 | 29,8 bis 37,1 | 1170 | 0,4250 |
| 24 bis 35 Monate | 61,6 | 60,2 | 61,3 | 57,4 bis 65,0 | 1057 | 0,7373 |

* design-basierte Pearson chi², gewichtete Prozentwerte
Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

## TABELLE 5: Angebots- und Nutzungsraten von aufsuchenden Frühen Hilfen nach Armutslage

| Angebot | | Bezug von Sozialleistungen innerhalb der letzten 12 Monate | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nein | Ja | | | | |
| Einmaliger Willkommensbesuch zu Hause | Angebot | 30,0 | 30,7 | 30,2 | 27,3 bis 33,2 | 5916 | 0,738 |
| | Nutzung | 17,0 | 18,6 | 17,3 | 15,2 bis 19,7 | 5911 | 0,320 |
| Längerfristige regelmäßige Betreuung durch eine Familienhebamme oder eine/-n Kinderkrankenpfleger/-in über die normale Wochenbettbetreuung hinaus | Angebot | 27,5 | 36,2 | 29,1 | 27,7 bis 30,6 | 5876 | 0,000 |
| | Nutzung | 11,7 | 17,8 | 12,9 | 11,8 bis 13,9 | 5876 | 0,000 |
| Mehrmalige ehrenamtliche Besuche | Angebot | 10,0 | 12,3 | 10,4 | 9,3 bis 11,7 | 5881 | 0,059 |
| | Nutzung | 1,1 | 2,9 | 1,4 | 1,1 bis 1,9 | 5907 | 0,000 |

* design-basierte Pearson chi², gewichtete Prozentwerte
Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

## TABELLE 6: Relative Häufigkeit von Belastungsmerkmalen nach Migrationsstatus

| Belastungsmerkmal | Migrationshintergrund | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nein | Ja | | | | |
| Ungeplante Schwangerschaft | 20,0 | 22,7 | 20,8 | 19,5 bis 22,2 | 6472 | 0,058 |
| Häufiges Gefühl innerer Wut | 20,7 | 19,0 | 20,2 | 19,1 bis 21,3 | 6379 | 0,190 |
| Hohe elterliche Belastung | 16,0 | 18,0 | 16,6 | 15,6 bis 17,7 | 6129 | 0,060 |
| Niedrige Bildung | 10,8 | 21,1 | 13,8 | 12,4 bis 15,4 | 6429 | 0,000 |
| Erfahrungen harter Bestrafung in der eigenen Kindheit | 9,2 | 11,3 | 9,8 | 9,0 bis 10,8 | 6410 | 0,032 |
| Jemals Gewalt in einer Partnerschaft | 8,6 | 10,1 | 9,1 | 8,3 bis 9,9 | 6404 | 0,105 |
| Alleinerziehend | 8,3 | 7,8 | 8,1 | 7,2 bis 9,2 | 6292 | 0,672 |
| Frühe Elternschaft (≤ 21 Jahre) | 7,1 | 7,1 | 7,1 | 6,2 bis 8,0 | 6478 | 0,985 |
| Lautstarke Auseinandersetzungen | 7,3 | 6,4 | 7,1 | 6,4 bis 7,8 | 6368 | 0,280 |
| Anzeichen einer Depression | 5,1 | 7,6 | 5,8 | 5,2 bis 6,6 | 6385 | 0,001 |
| Belastung durch Schreiverhalten | 3,4 | 4,9 | 3,8 | 3,3 bis 4,4 | 6265 | 0,005 |
| Drei oder mehr kleine Kinder im Haushalt | 1,1 | 2,4 | 1,5 | 1,2 bis 1,9 | 6321 | 0,000 |

* design-basierte Pearson chi², gewichtete Prozentwerte
Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

### Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten differenziert nach Migrationsstatus

Bei der Kenntnis über universelle Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens zeigt sich, dass Familien ohne Migrationshintergrund ein breiteres Wissen über die Vielfalt der Angebote für die frühe Kindheit besitzen (vgl. Tab. 7). Alle abgefragten Angebote sind Familien ohne Migrationshintergrund signifikant häufiger bekannt als Familien mit Migrationshintergrund. Lediglich die Informationsmaterialien »Broschüre mit lokalen Angeboten« erhalten Familien mit und ohne Migrationshintergrund nahezu gleichermaßen.

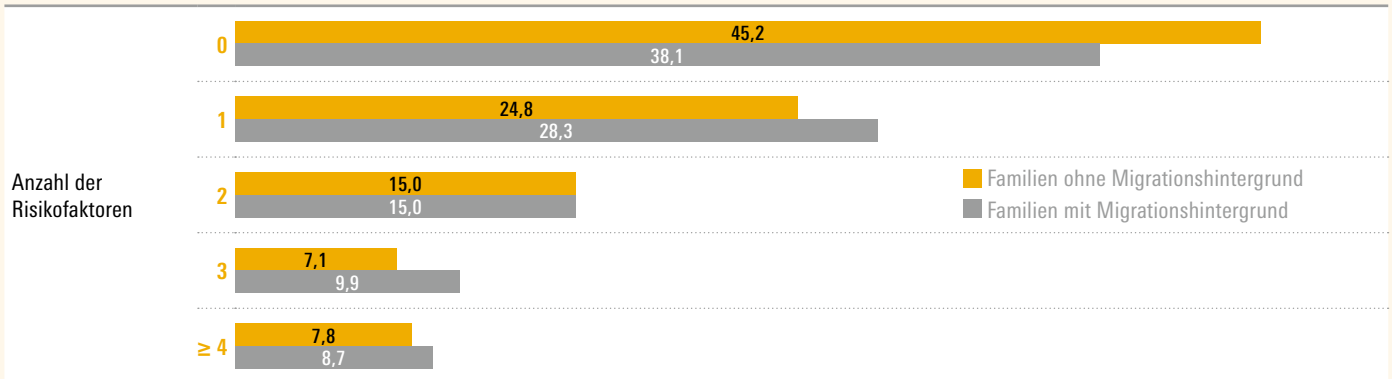
Hinsichtlich der Nutzungsraten (unabhängig vom Kenntnisstand) zeigen sich folgende Ergebnisse: Geburtsvorbereitungskurse, Hebammenhilfe nach der Geburt, der Besuch eines Familien- oder Stadteilzentrums, Telefon- bzw. Onlineberatung, medizinische Angebote nach der Geburt, Eltern-Kind-Kurse sowie Eltern-Kind-Gruppen werden signifikant häufiger von Familien ohne Migrationshintergrund in Anspruch genommen. Lediglich bei der Schwangerschaftsberatung übersteigen die Nutzungsraten von Familien mit Migrationshintergrund die von Familien ohne Migrationshintergrund signifikant. Familien- und Erziehungsberatung sowie Frühförderung werden unabhängig vom Migrationsstatus nahezu gleichermaßen in Anspruch genommen.

Anders als der Bezug von Sozialleistungen erweist sich der Migrationshintergrund der Familien als sehr bedeutsam für die Inanspruchnahme außerfamiliärer Betreuung. Während die Betreuungsquote in diesen Familien im ersten Lebensjahr noch signifikant höher ist als diejenige der Familien ohne Migrationshintergrund, liegt sie in den darauffolgenden Altersgruppen deutlich unter den Vergleichsquoten (vgl. Tab. 8).

Hinsichtlich der Angebots- und Nutzungsraten von aufsuchenden Angeboten der Frühen Hilfen zeigt sich wie bei den Auswertungen zu Familien in Armutslagen, dass Willkommensbesuche allen Familien angeboten und auch von ihnen genutzt werden, unabhängig von ihrem Migrationsstatus (vgl. Tab. 9). Die Begleitung durch eine Familienhebamme und die Unterstützung durch Ehrenamtliche werden den Familien unabhängig von ihrem Migrationsstatus angeboten, jedoch werden ehrenamtliche Besuche häufiger von Familien mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Familien mit einem Migrationshintergrund häufiger von Belastungsmerkmalen wie geringer Bildung, Erfahrung mit harter Bestrafung in der eigenen Kindheit und der Versorgung mehrerer kleiner Kinder im Haushalt betroffen sind. Zudem sind das Depressionsrisiko und die Belastungen durch das Schreien des Kindes erhöht. Familien mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich jedoch nicht hinsichtlich der Kumulation von vier und mehr Belastungen. Des Weiteren wurde deutlich, dass die Kenntnisse über universelle Angebote für die frühe Kindheit bei Familien mit einem Migrationshintergrund geringer sind als bei Familien ohne Mi-

ABBILDUNG 3: Verteilung der Kumulation von Belastungsmerkmalen nach Migrationsstatus




Gewichtete Prozentwerte, n=6637, auf Basis folgender Belastungsmerkmale: frühe Elternschaft (≤ 21 Jahre), geringe Bildung, ungeplante Schwangerschaft, Erfahrung harter Bestrafung in eigener Kindheit, alleinerziehend, drei oder mehr kleine Kinder im Haushalt, Gewalterfahrung (Lebenszeitprävalenz), hohes Depressionsrisiko (PHQ_3), erhöhte elterliche Stressbelastung (EBI), häufig lautstarke Auseinandersetzungen, Belastungen durch Schreiverhalten, Explosivität (innere Wut)
Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

TABELLE 7: Kenntnis- und Nutzungsraten von Angeboten für die frühe Kindheit nach Migrationsstatus

| Angebot | | Migrationshintergrund | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nein | Ja | | | | |
| Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle | Kenntnis | 86,1 | 71,7 | 81,9 | 80,5 bis 83,3 | 6273 | 0,000 |
| | Nutzung | 17,3 | 20,7 | 18,3 | 16,8 bis 19,8 | 6221 | 0,011 |
| Geburtsvorbereitungskurs | Kenntnis | 97,7 | 86,4 | 94,4 | 93,5 bis 95,2 | 6313 | 0,000 |
| | Nutzung | 66,5 | 46,5 | 60,7 | 58,7 bis 62,6 | 6287 | 0,000 |
| Hebammenhilfe nach der Geburt bis zur 8. Woche | Kenntnis | 98,7 | 92,9 | 97,0 | 96,3 bis 97,5 | 6311 | 0,000 |
| | Nutzung | 90,6 | 78,5 | 87,1 | 85,6 bis 88,5 | 6253 | 0,000 |
| Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum (z.B. Elterncafé) | Kenntnis | 68,1 | 56,2 | 64,6 | 62,6 bis 66,7 | 6255 | 0,000 |
| | Nutzung | 13,8 | 11,6 | 13,1 | 11,9 bis 14,5 | 6254 | 0,036 |
| Spezielle Beratung (z.B. Schreien/ Schlafen/Fütterstörungen) | Kenntnis | 66,7 | 50,2 | 62,0 | 60,1 bis 63,8 | 6233 | 0,000 |
| | Nutzung | 6,7 | 5,6 | 6,4 | 5,8 bis 7,1 | 6247 | 0,116 |
| Beratung in einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle (z.B. zu Entwicklung, Trennung, allgemeinen Erziehungsfragen) | Kenntnis | 73,2 | 55,1 | 68,0 | 66,4 bis 69,6 | 6220 | 0,000 |
| | Nutzung | 4,3 | 4,7 | 4,4 | 3,9 bis 5,0 | 6234 | 0,523 |
| Frühförderung (z.B. bei Entwicklungsverzögerung oder angeborener Beeinträchtigung) | Kenntnis | 69,0 | 46,6 | 62,6 | 61,0 bis 64,3 | 6212 | 0,000 |
| | Nutzung | 5,2 | 4,3 | 4,9 | 4,3 bis 5,6 | 6204 | 0,223 |
| Telefon- bzw. Onlineberatung (z.B. Elterntelefon »Nummer gegen Kummer«) | Kenntnis | 63,4 | 44,0 | 57,9 | 56,3 bis 59,4 | 6215 | 0,000 |
| | Nutzung | 1,1 | 2,1 | 1,4 | 1,1 bis 1,7 | 6242 | 0,010 |
| Angebote für spezielle Interessengruppen (z.B. für Alleinerziehende) | Kenntnis | 55,8 | 41,6 | 51,8 | 50,2 bis 53,4 | 6181 | 0,000 |
| | Nutzung | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,1 bis 1,8 | 6204 | 0,985 |
| Medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt (z.B. Rückbildungskurs) | Kenntnis | 93,0 | 78,4 | 88,8 | 87,6 bis 89,9 | 6270 | 0,000 |
| | Nutzung | 64,1 | 41,4 | 57,6 | 55,4 bis 59,7 | 6243 | 0,000 |
| Elternkurse (z.B. »Starke Eltern – Starke Kinder«) | Kenntnis | 65,0 | 50,6 | 60,8 | 59,0 bis 62,6 | 6202 | 0,000 |
| | Nutzung | 8,0 | 5,2 | 7,2 | 6,4 bis 7,2 | 6229 | 0,001 |
| Eltern-Kind-Gruppen (z.B. Still-, Krabbelgruppe, Babyschwimmen PEKiP) | Kenntnis | 93,7 | 77,9 | 89,2 | 88,1 bis 90,2 | 6275 | 0,000 |
| | Nutzung | 60,0 | 36,5 | 53,2 | 51,3 bis 55,1 | 6235 | 0,000 |
| Broschüre mit lokalen Angeboten | Erhalten | 49,8 | 47,2 | 49,1 | 46,7 bis 51,4 | 6179 | 0,115 |

* design-basierte Pearson chi², gewichtete Prozentwerte

Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

TABELLE 8: Altersspezifische Betreuungsquoten in der Kindertagesbetreuung nach Migrationshintergrund

| Alter des Kindes | Migrationshintergrund | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nein | Ja | | | | |
| bis 11 Monate | 6,0 | 9,3 | 6,9 | 6,0 bis 8,1 | 3808 | 0,0022 |
| 12 bis 23 Monate | 37,7 | 25,0 | 33,6 | 30,1 bis 37,3 | 1228 | 0,0000 |
| 24 bis 35 Monate | 64,6 | 50,1 | 60,6 | 56,8 bis 64,2 | 1108 | 0,0005 |

* design-basierte Pearson chi², gewichtete Prozentwerte

Kita/Krippe/Kindergarten und/oder Tagesmutter als Kindertagesbetreuung zusammengefasst

Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

grationshintergrund. Die Nutzungsraten von Familien mit einem Migrationshintergrund fallen ebenfalls geringer aus. Dies gilt auch für die Quoten von außerfamiliärer Betreuung im zweiten und dritten Lebensjahr. Lediglich spezifische Beratungsangebote wie die Schwangerschaftsberatung sowie Familien- oder Erziehungsberatung werden von Familien mit Migrationshintergrund in gleicher Weise frequentiert. Hinsichtlich der Angebote der Frühen Hilfen zeigen sich Willkommensbesuche als zielgruppenunspezifisches universelles Angebot, das alle Familien unabhängig von Belastungslagen erreicht. Als zielgruppenspezifisches Angebot erweisen sich dagegen die aufsuchenden Frühen Hilfen mittels Familienhebammen und Ehrenamtlichen.

## Diskussion

Mit der Prävalenzstudie »Kinder in Deutschland (KID 0-3)« liegen aktuelle Daten vor, die wesentliche Komponenten der Belastungslagen und des Inanspruchnahmeverhaltens bezüglich universeller und spezifischer Unterstützungsleistungen für die in Deutschland lebenden Familien mit Kindern bis drei Jahre nahezu repräsentativ abbilden können. Im vorliegenden Beitrag werden insbesondere die Subgruppen »Familien in Armutslagen« und »Familien mit Migrationshintergrund« im Vergleich zu nicht betroffenen Familien betrachtet, um zu erkunden, inwieweit sie spezifische Belastungsmuster und ein spezifisches Inanspruchnahmeverhalten zeigen.

Bisherige Studienergebnisse (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009) konnten dahingehend bestätigt werden, dass Familien in Armutslagen oftmals von multiplen Belastungsmerkmalen betroffen sind, die häufiger kumuliert auftreten als bei Familien, die nicht in Armut leben. Unklar bleibt jedoch, in welche Richtung diese Assoziation wirkt: Erzeugen die Belastungen vermehrt Armut, oder führt Armut zu weiteren Belastungen? Die Frage nach einer kausalen Ursachen-Wirkungs-Beziehung wäre jedoch nur mit einem längsschnittlichen Studiendesign zu beantworten.

Unterschiede in der Verteilung von Belastungsmerkmalen und ihrer gleichzeitigen Häufung sind bei Familien mit Migrationshintergrund weniger stark ausgeprägt als bei Familien mit Sozialleistungsbezug. Aber auch bei Familien mit Migrationshintergrund treten einzelne Belastungen häufiger auf als bei Familien ohne Migrationshintergrund. Dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger an Depressionen leiden, deckt sich mit den Erkenntnissen aus der Gesundheitsforschung (vgl. Razum u.a. 2008). Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens einer Kumulation von vier und mehr Belastungsmerkmalen unterscheiden sich die beiden Untersuchungsgruppen allerdings nicht. Anzumerken ist hierbei, dass es kulturelle Unterschiede geben könnte, die eine objektive Erhebung erschweren, denn Fragen zu Belastungen können je nach kulturellen Normen anders interpretiert und beantworten werden (vgl. Geiger/Razum 2006).

Aus methodischer Sicht ist bezüglich der Operationalisierung des Migrationshintergrundes anzumerken, dass die ausgewählte Untersuchungsgruppe sehr weit gefasst wurde (s.o.). Unter Familien mit Migrationshintergrund wurden z.B. angeworbene Arbeitsmigrantinnen und -migranten, deren Familienangehörige

TABELLE 9: Angebots- und Nutzungsraten von aufsuchenden Frühen Hilfen nach Migrationshintergrund

| Angebot | | Migrationshintergrund | | Gesamt | 95 % Konfidenzintervall | n | p-Wert* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nein | Ja | | | | |
| Einmaliger Willkommensbesuch zu Hause | Angebot | 30,6 | 29,8 | 30,4 | 27,5 bis 33,4 | 6180 | 0,659 |
| | Nutzung | 17,5 | 16,8 | 17,3 | 15,2 bis 19,6 | 6175 | 0,608 |
| Längerfristige regelmäßige Betreuung durch eine Familienhebamme oder eine/-n Kinderkrankenpfleger/-in über die normale Wochenbettbetreuung hinaus | Angebot | 28,6 | 30,5 | 29,2 | 27,7 bis 30,6 | 6129 | 0,202 |
| | Nutzung | 12,1 | 14,8 | 12,8 | 11,9 bis 13,9 | 6133 | 0,025 |
| Mehrmalige ehrenamtliche Besuche | Angebot | 10,8 | 10,1 | 10,6 | 9,5 bis 11,9 | 6138 | 0,545 |
| | Nutzung | 1,1 | 2,1 | 1,4 | 1,1 bis 1,9 | 6166 | 0,024 |

* design-basierte Pearson chi$^2$, gewichtete Prozentwerte
Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

und Nachkommen ebenso zusammengefasst wie (Spät-)Aussiedler, kurz- und langfristig zugewanderte qualifizierte und unqualifizierte Arbeitskräfte oder Personen, die innerhalb der Europäischen Union von Ost- nach Westeuropa migrierten (vgl. Borde 2011; Geiger/Razum 2006). Auch Familien mit Migrationshintergrund nur eines Elternteils sind einbezogen. Angesichts dieser Heterogenität können Belastungsmerkmale in bestimmten Teilgruppen von Migrantinnen und Migranten deutlich stärker und in anderen Teilgruppen geringer ausgeprägt sein. Entsprechendes gilt auch für die Kenntnis- und Nutzungsraten von Unterstützungsangeboten. So ist beispielsweise die Unterscheidung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten und Geflüchteten nicht möglich. Um Versorgungsbedarfe einschätzen und zielgerichtete Unterstützung anbieten zu können, wäre eine noch differenziertere Datenlage wünschenswert (vgl. Razum u.a. 2016).

Um die Passung der Belastungslagen und der Angebotsstrukturen beurteilen und entsprechende Handlungsempfehlungen ableiten zu können, wird im Folgenden die Kenntnis und Inanspruchnahme der universellen Angebote für die frühe Kindheit und insbesondere der Frühen Hilfen von Familien mit Armutslagen und Familien mit Migrationshintergrund betrachtet: Besonders weit verbreitet und akzeptiert ist sowohl bei Familien in Armutslagen als auch bei Familien mit Migrationshintergrund das universelle Angebot der Hebammenhilfe in der Nachsorge. Durch die hohe Inanspruchnahmequote ist sie besonders geeignet, Familien mit psychosozialen Belastungen zu erreichen und gezielt in Angebote der Frühen Hilfen zu vermitteln. Eltern-Kind-Gruppen und Geburtsvorbereitungskurse sind zwar den meisten Familien in Armutslagen und mit Migrationshintergrund bekannt, werden jedoch verglichen mit Familien ohne Armutslagen und/oder Migrationshintergrund seltener genutzt. Möglicherweise kann dies darauf zurückgeführt werden, dass diese Leistungen Eigeninitiative und ein gewisses Maß an Kenntnissen über die soziale Dienstleistungslandschaft erfordern, Kosten verursachen und nicht routinemäßig angeboten werden, was aber in den einzelnen Kommunen unterschiedlich sein kann und einer spezifischen Überprüfung bedürfte. Selbiges gilt für die reduzierte Nutzung außerfamiliärer Betreuung durch Familien mit Migrationshintergrund, obwohl aus früheren Studien bekannt ist, dass diese Familien keinen verringerten Betreuungsbedarf äußern (vgl. Fuchs-Rechlin u.a. 2014; Hubert/Berngruber/Alt 2015). Ziel sollte es dann sein, vor Ort besser über diese Angebote und mögliche finanzielle Unterstützung zu informieren sowie Familien aus diesen Gruppen gezielter in die Angebote zu vermitteln. Eine Broschüre, die über die kommunalen Angebotsstrukturen informiert, wird zwar zielgruppenunspezifisch verteilt, jedoch erhält nur jede zweite Familie eine solche Information bzw. kann sich daran erinnern. Die Verbreitung dieser Informationen zur Hilfelandschaft sollten folglich stärker ausgebaut und möglicherweise die Passung von Angebot und Nachfrage überprüft und ggf. die Attraktivität der Angebote verbessert werden.

Dass die Schwangerschaftsberatung überproportional oft von Familien in Armutslagen sowie Familien mit Migrationshintergrund genutzt wird, spricht sowohl für ihre Bekanntheit als auch für einen erhöhten Bedarf. Der hohe Nutzungsgrad der Schwangerschaftsberatung ist zum Teil vermutlich dadurch zu erklären, dass dort schwangere Frauen in Notlagen unbürokratisch finanzielle Unterstützung aus Mitteln der Bundesstiftung »Mutter und Kind« erhalten können. Eine Besonderheit dieser Unterstützung ist, dass die Zuschüsse nicht als Einkommen auf das Arbeitslosengeld II, die Sozialhilfe und andere Sozialleistungen angerechnet werden. Zudem beraten Schwangerschaftsberatungsstellen niedrigschwellig bei Schwangerschaftskonflikten sowie anderen psychosozialen und medizinischen Problemen rund um Schwangerschaft und Geburt und adressieren gezielt werdende Mütter und Väter in Problemlagen. Durch die vergleichsweise hohe Bekanntheit und Inanspruchnahme der Schwangerschaftsberatung bei Familien in Armutslagen und Familien mit Migrationshintergrund ist die Schwangerschaftsberatung besonders geeignet, bereits während der Schwangerschaft über Angebote der Frühen Hilfen zu informieren und ggf. auch nach der Geburt dorthin zu vermitteln.

Die verhältnismäßige hohe Nutzungsrate der Familien- oder Erziehungsberatungsstellen durch Familien mit Bezug von Sozialleistungen spiegelt zu einem Teil sicherlich die Kumulation von Problemen in diesen Familien wider. Außerdem ziehen Jugendämter häufig die Expertise von Erziehungsberatungsstellen hinzu, um eine möglicherweise vorliegende Kindeswohlgefährdung in Multiproblemfamilien zu beurteilen (vgl. bke 2012). Eine etwas höhere Inanspruchnahme durch armutsgefährdete Familien weisen tendenziell auch Früh-

förderstellen und spezielle Angebote für Interessengruppen auf, die sich ebenso an Familien mit bereits manifesten Problemen wenden.

Die auffällig geringe Kenntnis von universellen Angeboten für die frühe Kindheit bei Familien mit Migrationshintergrund ist zum Teil vermutlich auf Sprachbarrieren, Informationslücken und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis zurückzuführen (vgl. Razum 2008). Aber auch Familien in Armutslagen weisen erhebliche Informationsdefizite auf. Insgesamt decken sich diese Erkenntnisse mit den Ergebnissen einer aktuellen Studie zur Gesundheitskompetenz (HLS-GER) der Bevölkerung in Deutschland (vgl. Schaeffer u.a. 2016). Daraus geht hervor, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland (rund 54 %) nur über eine »eingeschränkte Gesundheitskompetenz« verfügen. Betroffen sind vor allem Personen mit Migrationshintergrund (71 %) und niedrigem sozialen Status (78 %). Personen mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz haben Schwierigkeiten, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, sie zu bewerten und die richtigen Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise oder zur Krankheitsbewältigung zu treffen.

Werden diese Hinweise in Zusammenschau mit den vorliegenden Ergebnissen der Studie KiD 0-3 betrachtet, so lassen sich folgende allgemeine Empfehlungen für die Qualifizierung von Fachkräften und die Qualitätsentwicklung in den universellen Angeboten aufzeigen:

- Informationen sollten leicht zugänglich sowie zielgruppengerecht und nutzerfreundlich gestaltet sein.
- Um auf die Bedarfe der Familien mit Migrationshintergrund adäquat eingehen zu können, ist die interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte von besonderer Bedeutung. Interkulturelle Kompetenz umfasst die interkulturelle Kommunikation, das Kulturwissen, die Vermeidung von Stereotypen sowie eine kritische Toleranz (vgl. Ilkilic 2017). Folglich sollte der Erwerb interkultureller Kompetenz zum Curriculum von Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachkräften in den Frühen Hilfen werden (vgl. Kühner/Paulus 2018).
- Die Unkenntnis über bestehende soziale und gesundheitliche Versorgungssysteme bei Familien mit Migrationshintergrund weist zudem auf spezifische Zugangsbarrieren hin. Kontextuelle Barrieren bestehen aufgrund von Kommunikationsproblemen und könnten über Dolmetscherdienste und Gesundheitsmediatoren, die in den Frühen Hilfen verankert werden sollten, überwunden werden (vgl. Borde 2011).

Bezüglich der spezifischen Angeboten der aufsuchenden Frühen Hilfen kann festgehalte werden, dass Willkommensbesuche prinzipiell alle Familien adressieren und damit geeignet sind, Familien über bestehende Angebote in ihrer Lebenswelt zu informieren und bei Bedarf spezifische Angebote zu vermitteln. Allerdings werden sie nicht flächendeckend eingesetzt. Derzeit wird über Willkommensbesuche nur ca. jede fünfte Familie erreicht, sodass hier noch Ausbaupotenzial besteht.

Das Unterstützungsangebot der aufsuchenden Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsberufen ist zwar Familien in Armutslagen und Familien mit Migrationshintergrund seltener bekannt, allerdings wird es von diesen überproportional häufig in Anspruch genommen. Dieser Befund zeigt, dass Familien mit spezifischen Problemlagen wie Armutslagen und mit Migrationshintergrund durch aufsuchende Angebote der Frühen Hilfen erreicht werden. Dennoch besteht nach wie vor die Notwendigkeit, Familien aus spezifischen Zielgruppen über die vorhandenen Unterstützungsangebote besser aufzuklären und sie für die Inanspruchnahme zu motivieren. Denn derzeit wird nicht einmal jede fünfte Familie dieser Zielgruppen erreicht. Wird bedacht, dass in der Gruppe der Familien mit Armutslagen 45,6 % von drei und mehr Belastungsmerkmalen betroffen sind, ist eine hohe Diskrepanz in der Versorgung in Familien mit Armutslagen festzustellen.

Die Unterstützung durch Ehrenamtliche ist in Familien in Armutslagen und in Familien mit Migrationshintergrund derzeit kaum bekannt und wird nur von einer kleinen Minderheit genutzt. Inwieweit Ehrenamtliche als Unterstützung für belastete Familien hinzugezogen werden können, um der bestehenden Unterversorgung zu begegnen, wäre zu diskutieren.

Die fachliche Gestaltung der Angebote sowie die Zugangswege zu ihnen sind somit ausschlaggebend für deren Nutzung: Während universelle Angebote mit Komm-Strukturen wie Eltern-Kind-Kurse häufig von Familien ohne Armutslagen und Migrationshintergrund genutzt werden, nehmen überproportional häufig Familien in Armutslagen und Familien mit Migrationshintergrund aufsuchende Unterstützungsangebote wahr. Da sowohl Familien in Armutslagen als

auch Familien mit Migrationshintergrund häufig weiteren Belastungen unterliegen, die sich je nach Subgruppe sehr unterschiedlich darstellen, sollte eine zielgruppenspezifische Angebotssteuerung erfolgen.

Bezüglich der methodischen Vorgehensweise bei der Studie KiD 0-3 hat sich gezeigt, dass sozialwissenschaftliche Querschnittserhebungen eine geeignete Methode sind, um psychosoziale Belastungen sowie die Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten abzubilden (vgl. NZFH 2014a). Um Aussagen über die Stabilität dieser Lebenslagen und die kausalen Zusammenhänge zwischen einzelnen Belastungsfaktoren treffen zu können, sind allerdings Längsschnittdaten erforderlich. Derzeit wird eine Folgeerhebung mit derselben Kohorte durchgeführt, um spezifischere Auswertungen sowie Verlaufsdaten von Belastungsmerkmalen und Inanspruchnahmeverhalten aufzeigen zu können. Erste Ergebnisse werden für 2018 erwartet.

Die Güte einer Stichprobe wird mittels der erreichten Repräsentativität in Bezug auf eine Zielpopulation bewertet. Diesbezüglich kann zu KiD 0-3 festgehalten werden, dass nur geringe Abweichungen der Studienstichprobe zur Grundgesamtheit festgestellt werden konnten und somit die Repräsentativität der Studie für Familien mit Kindern unter 36 Monaten in hohem Maße gegeben ist.

Dennoch ist bei der Einschätzung der Befunde dieser Studie zu beachten, dass Familien mit Säuglingen Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum oder Angebote der Frühförderung möglicherweise noch nicht in Anspruch nehmen, da diese oft erst für Kleinkinder ab einem bestimmten Alter angeboten werden. Entsprechende altersspezifische Analysen stehen noch aus. Des Weiteren beruhen die Erkenntnisse zu den Belastungen und Inanspruchnahme auf Selbstangaben der Eltern, was ein inhärentes Potenzial für Verzerrungen aufgrund von Nonresponse, Erinnerungsbias und Verzerrungen bei sensiblen Fragen birgt. Außerdem lässt die anonyme schriftliche Befragung keine Verifikation der Antworten zu. Daher ist beispielweise ungewiss, was die Befragten unter dem Begriff »Familienhebamme« im Einzelfall verstanden haben könnten (vgl. Eickhorst u.a. 2016). Bezüglich der Betreuungssituation lieferten die in KiD 0-3 ermittelten außerfamiliären Betreuungsquoten zumindest für das erste Lebensjahr erwähnenswerte Abweichungen zur amtlichen Statistik (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2016; Stand: 01.03.2015). Wird der Anteil an außerfamiliär betreuten Säuglingen (bis elf Monate) dort mit 2,6 % ausgewiesen, gaben in der Studie 7,0 % der Eltern an, ihr Kind (bis elf Monate) würde im außerfamiliären Kontext betreut werden. Möglicherweise wird die tatsächliche Betreuungsquote hier aufgrund prospektiver Angaben der Eltern überschätzt, da eine zukünftige außerfamiliäre Betreuung zum Zeitpunkt der Befragung vielleicht bereits beabsichtigt war. In den darauffolgenden Lebensjahren zeigen sich hingegen keine bedeutsamen Unterschiede mehr.

## Literatur


Andresen, S./Galic, D. (2015): Kinder. Armut. Familie. Alltagsbewältigung und Wege zu wirksamer Unterstützung. Gütersloh

(BAMF) Bundesamt für Migration (2017): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: März 2017. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-maerz-2017.pdf (28.08.2017)

(bke) Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Hrsg.) (2012): Zusammenarbeit von Erziehungsberatungsstelle und Jugendamt bei den Hilfen zur Erziehung. Gemeinsame Stellungnahme von bke und DIJuF. www.bke.de/content/application/mod.content/1359465180_bke_Stellungnahme_3_12.pdf (8.8.2017)

Borde, T. (2011): Integration und Partizipation ermöglichen. In: Borde, T./David, M. (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Frankfurt am Main, S. 47–53

Bozorgmehr, K./Mohsenpour, A./Saure, D./Stock, C./Loerbroks, A./Joos, S./Schneider, C. (2016): Systemische Übersicht und »Mapping« empirischer Studien des Gesundheitszustandes und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 5, S. 599–620

(BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): Eltern wollen Chancen für ihre Kinder. www.bmfsfj.de/blob/jump/76212/monitor-familienforschung-nr-23-eltern-wollen-chancen-fuer-ihre-kinder-data.pdf (08.08.2017)

Child Welfare Information Gateway (2015): Understanding the effects of maltreatment on brain development. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Washington, DC

Coohey, C. (1996): Child Maltreatment: Testing the social isolation hypothesis. In: Child Abuse & Neglect, Volume 20, Issue 3, P. 241–254

Deegener, G./Körner, W. (2008): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Lengerich

Delekat, D. (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin

Eickhorst, A./Schreier, A./Brand, C./Lang, K./Liel, C./Renner, I./Neumann, A./Sann, A. (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 10, S. 1271–1280

Eickhorst, A/Brand, C./Lang, K./Liel, C./Neumann, A./Schreier, A./Renner I./Sann, A. (2015): Die Prävalenzstudie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3« zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährige Kindern: Studiendesign und Analysepotential. In: Soziale Passagen, Heft 2, S. 381–387

Fuchs-Rechlin, K./Kaufhold, G./Thuilot, M./Webs, T. (2014): Der U3-Ausbau im Endspurt. Analysen zu kommunalen Betreuungsbedarfen und Betreuungswünschen von Eltern. Dortmund. www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Kindertagesbetreuung/Kommunale_Bedarfserhebung/Pub_U3-Ausbau_im_Endspurt_Fuchs-ua_2014-10-09.pdf (28.08.2017)

Gardemann, J./Mashkoori, K. (1998): Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster: statistische und epidemiologische Darstellung einiger ausgewählter Gesundheitsindikatoren anläßlich einer Erhebung bei 178 Flüchtlingskindern unter 15 Jahren in allen städtischen Übergangseinrichtungen. In: Gesundheitswesen, Heft 11, S. 686–693

Geiger, I. K./Razum, O. (2006): Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München, S. 719–746

Hubert, S./Berngruber, A./Alt, C. (2015): Kindertagesbetreuung für unter Dreijährige: Elternbedarfe und ihre Determinanten. Befunde der ersten drei Erhebungswellen der DJI-Länderstudien (2012–2014). www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/Kifoeg_3_wellen.pdf (28.08.2017)

Ilkilic, I. (2017): Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Gesundheitsberufe. In: GGW, Heft 2, S. 24–30

Kamtsiuris, P./Bergmann, E./Rattay, P./Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Heft 5-6, S. 836–850

Kotch, J.B./Browne, D.C./Dufort, V./Ringwalt, C.L./Dufort, V./Ruina, E./Stweart, P.W./Jung, J.W. (1997): Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life. Child Abuse & Neglect, Volume 21, Issue 11, P. 1025–1037

Kühner, A./Paulus, M. (2018): Frühe Hilfen für geflüchtete Familien: Unterstützung zwischen Hoffnungen und Ohnmacht in einer doppelten Übergangsphase. In: Hartwig, L./Mennen, G./Schrapper, C. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit geflüchteten Kindern und Familien. Grundlagen, Analysen, Praxiswissen. Weinheim und München, S. 597–606

Lange, U./Liebald, C. (2013): Leitfaden für Kommunen. Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Frühe Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Leitfaden_Einsatz_Familienhebammen.pdf (08.08.2017)

Löwe, B./Spitzer, R.L./Zipfel, S./Herzog, W. (2002): Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. 2. Auflage. Karlsruhe

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014a): Bundesinitiative Frühe Hilfe. Zwischenbericht 2014. Köln. www.bmfsfj.de/blob/jump/86276/fruehe-hilfen-zwischenbericht-data.pdf (08.08.2017)

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014b): Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats. Köln. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf (08.08.2017)

Pallasch, G./Salman, R./Hartwig, C. (2005): Verbesserung des Impfschutzes für sozial benachteiligte Gruppen unter Mitarbeit von Vertrauenspersonen – Ergebnisse einer kultur- und sprachsensiblen Intervention des Gesundheitsamtes Stade und des Ethno-Medizinischen Zentrums für Migrantenkinder im Altlander Viertel. In: Das Gesundheitswesen, Heft 1, S. 33–38

Parrish, J. W./Young, M. B./Perham-Hester, K. A./Gessner, B. D. (2001): Identifying risk factors for child maltreatment in Alaska. A population-based approach. American Journal of Preventive Medicine, Volume 40, Issue 6, P. 666–673

Razum, O./Bunte, A./Gilsdorf, A./Ziese, T./Bozorgmehr, K. (2016): Gesundheitsversorgung von Geflüchteten. Zu gesicherten Daten kommen. In: Deutsches Ärzteblatt International, Heft 4, S. 130–133

Razum, O./Reeske, A./Spallek, J. (2011): Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr in der Migration. Gesundheitliche Herausforderungen. In: David, M./Borde, T. (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Frankfurt am Main, S. 59–72

Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U./Schenk, L./Bredehorst, M./Brzoska, P./Dercks, T./Glodny, S./Menkhaus, B./Salman, R./Saß, A.-C./ Ulrich, R. (2008): Migration und Gesundheit. Hrsg. vom Robert Koch-Institut. Berlin

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (31.08.2017)

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.M./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld

Sidebotham, P./Heron, J./ALSPAC Study Team (2006): Child maltreatment in the »children of the nineties«: A cohort study of risk factors. Child Abuse & Neglect, Volume 30, Issue 5, P. 497–522

Sidebotham, P./Heron, J./Golding, J./ALSPAC Study Team (2002): Child maltreatment in the »Children of the Nineties«: deprivation, class and social networks in a UK sample. Child Abuse & Neglect, Volume 26, Issue 12, P. 1243–1259

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2016): Kindertagesbetreuung regional 2015. Ein Vergleich aller 402 Kreise in Deutschland. Wiesbaden. www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00018321/kindertagesbe_2015.pdf (29.08.2017)

Statistisches Bundesamt (2017): Lebensbedingungen, Armutsbedingungen. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LebensbedingungenArmutsgefaehrdung/Tabellen/EUArmutsschwelleGefaehrdung_SILC.html (28.08.2017)

Stith, S. M./Liu, T./Davies, L. C./Boykin, E. L./Alder, M. C./Harris, J. M./SOM, A./McPherson, M./Dees, J. E. M. E. G. (2009): Risk factors in child maltreatment: A meta-Analytic review of the literature. Aggression and Violent Behavior, Volume 14, Issue 1, P. 13–29

Tröster, H. (2010): Eltern-Belastungs-Inventar. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin. Göttingen

MARION WEIGL UND SABINE HAAS

# Frühe Hilfen in Österreich

## Ergebnisse aus Dokumentation und Evaluation

Frühe Hilfen wurden in Österreich zunächst im Rahmen der Gesundheitsziele Österreich sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie als Maßnahmenbereich verankert. Beide Strategien wurden in intersektoralen Prozessen unter breiter Beteiligung verschiedener Politik- und Gesellschaftsbereiche, Berufsgruppen und Interessenvertretungen erarbeitet. Wesentliche Grundsätze sind die Orientierung an den sogenannten Gesundheitsdeterminanten (Einflussfaktoren auf die Gesundheit) und die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Frühe Hilfen wurde diesbezüglich ein hoher Stellenwert zugesprochen, da entsprechende Maßnahmen ausgehend von aktueller Evidenz im Public Health-Bereich (zu »life course approach«, Ungleichheitsforschung etc. vgl. z.B. Dragano/Siegrist 2009; Shonkoff u.a. 2012; Stegeman/Costongs 2012; WHO 2013) ein hohes Potenzial im Hinblick auf die Förderung lebenslanger Gesundheit sowie die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten haben. Zentral sind dafür die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Menschen und die Adressierung einer breiten Palette von Gesundheitsdeterminanten.

In Österreich gibt es zahlreiche und vielfältige Angebote und Maßnahmen für die Zeit der Schwangerschaft und der frühen Kindheit. Der österreichische Mutter-Kind-Pass steht (analog zu den deutschen U-Untersuchungen) bereits seit 1974 als österreichweites Vorsorgeprogramm von der Schwangerschaft bis ca. zum fünften Geburtstag des Kindes zur Verfügung. Das Programm wurde laufend angepasst, fokussierte aber bisher vorrangig auf eine medizinische Vorsorge. Aktuell läuft eine umfassende Weiterentwicklung, deren Ziel neben Evidenzbasierung vor allem auch eine stärkere Berücksichtigung von psychosozialen Risiken ist.

Eine Bestandsaufnahme zum verfügbaren Angebotsspektrum zu Frühen Hilfen zeigte, dass es im Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe-, Sozial- und Bildungsbereich viele Angebote für die frühe Kindheit gibt (Haas u.a. 2013). Diese erreichen aber – nach eigenen Angaben bzw. eigener Einschätzung – häufig die Zielgruppe der benachteiligten bzw. belasteten Familien wenig, sind kaum aufsuchend tätig und teilweise auch nicht kostenfrei verfügbar sowie regional in sehr unterschiedlichem Ausmaß vorhanden.

In Österreich gibt es – im Vergleich zu Deutschland – ein viel weniger umfassendes, als Kassenleistung verfügbares Angebot der Hebammenbetreuung in Schwangerschaft und früher Kindheit. Des Weiteren ist in Österreich das Berufsbild der Familienhebammen – die in Deutschland eine zentrale Funktion bei der Begleitung von Familien in belastenden Lebenslagen haben – noch nicht breit etabliert. All diese Ausgangsbedingungen galt es bei der Konzipierung des österreichischen Grundmodells für Frühe Hilfen zu berücksichtigen.

### Das Grundmodell von Frühen Hilfen in Österreich

Bei den Frühen Hilfen handelt es sich um ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit. Frühe Hilfen vermitteln passgenaue Unterstützung, die dazu beitragen soll, dass Familien[1] ihren Kindern gute Rahmenbedingungen für das Aufwachsen bieten können. Frühe Hilfen helfen vor allem Familien mit höheren Belastungen und sollen damit gerechtere soziale und gesundheitliche Chancen ermöglichen.

Ausgehend von internationaler Evidenz (vgl. z.B. Knaller 2013; Antony u.a. 2014), einer Feldanalyse in ganz Österreich (vgl. Haas u.a. 2013) und (Praxis-) Erfahrungen in Deutschland und in Vorarlberg wurde in den Jahren 2011 bis 2014 im Rahmen eines Grundlagenprojektes

ein Grundmodell von Frühen Hilfen für Österreich entwickelt, das im Einklang mit regionalen Rahmenbedingungen unterschiedlich ausgestaltet werden kann (vgl. Haas/Weigl 2017). Im Unterschied zu Deutschland, wo Frühe Hilfen zunächst aus einer Kinderschutzperspektive entwickelt wurden, war für die Erarbeitung des Modells in Österreich die Gesundheitsförderungsperspektive zentral. Der Wunsch nach einem einheitlichen Modell für ganz Österreich war eines der zentralen Ergebnisse der Feldanalyse und wurde u.a. mit der Sicherstellung der Umsetzung eines auf Evidenz[2] basierenden Konzeptes begründet.

Dieses österreichische Grundmodell sieht ein Basisangebot für alle Familien (universelles Angebot) vor, das durch vertiefende Unterstützung für Familien in belastenden Lebenssituationen (indiziertes Angebot) ergänzt wird. Dieser Ansatz steht im Einklang mit den internationalen Empfehlungen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit insbesondere durch universelle Maßnahmen zu fördern, die bedarfsorientiert mit abgestuften weiterführenden Maßnahmen kombiniert werden (proportionate universalism) (vgl. The Marmot Review 2010).

Das universelle Basisangebot soll im Sinne der Gesundheitsförderung eine begrenzte Unterstützung für alle Familien in Form eines Erstkontakts in der Schwangerschaft und mehrerer Hausbesuche im ersten Lebensjahr nach der Geburt mit Fokus auf psychosozialen Aspekten bereitstellen. Ziel ist die Identifikation potenzieller Problemlagen und die einmalige Beratung, ähnlich den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.[3] Die vertiefende längerfristige Unterstützung für Familien in belastenden Situationen (indiziertes Angebot) soll durch regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke sichergestellt werden.

Seit Sommer 2015 wird das indizierte Angebot dieses Grundmodells in allen österreichischen Bundesländern sukzessive umgesetzt. Ein regionales Frühe-Hilfen-Netzwerk, das die vielfältigen Angebote für Eltern und Kinder in einer frühen Lebensphase einschließt (z.B. Elternschulungen und Frühförderung), dient als multiprofessionelles Unterstützungssystem. Die Netzwerke sind auf der Ebene von politischen Verwaltungsbezirken angesiedelt (vergleichbar den Landkreisen und kreisfreien Städten in Deutschland), können jedoch auch mehrere Bezirke umfassen. Damit die Vernetzung funktioniert, braucht es die Funktion des Netzwerkmanagements, das für den Aufbau der Kooperationen sowie für die kontinuierliche Pflege des Netzwerks verantwortlich ist.

Kern der vertiefenden Unterstützung ist die Familienbegleitung (mit den wesentlichen Elementen Beziehungsaufbau, Vorbildfunktion, Casemanagement), die kostenlos und freiwillig über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen werden kann und die mit einer Vielfalt von vernetzten Angeboten kooperiert, die bedarfsorientiert eingesetzt werden. Die Arbeit der Familienbegleiter/-innen unterliegt den Prämissen, ressourcenorientiert zu arbeiten, nicht zu stigmatisieren sowie grundsätzlich unabhängig von speziellen Charakteristika (z.B. Herkunft) die Familien zu unterstützen. Zentral ist des Weiteren ein aktiver und systematischer Zugang zu den Familien über die Sensibilisierung all jener Berufsgruppen und Angebote, die in Kon-

1 Unter Familien werden bei Frühen Hilfen das Kind mit seiner/seinen engsten Bezugsperson/-en verstanden. Neben der klassischen Kernfamilie sind auch Alleinerzieherfamilien, Patchworkfamilien, Familien mit gleichgeschlechtlichen Partnerinnen/Partnern, Pflege- oder Adoptivfamilien etc. eingeschlossen.

2 Im Sinne von evidenzbasierter Gesundheitsförderung wie in Haas/Breyer u.a. 2013 beschrieben.

3 Entspricht den U-Untersuchungen in Deutschland.

takt mit Schwangeren und Familien mit Kleinkindern sind.

Konzeption und praktische Umsetzung von Frühen Hilfen in Deutschland und Österreich haben viele Gemeinsamkeiten. Die grundsätzliche Definition und auch die Ziele und Zielgruppen von Frühen Hilfen sind mehr oder weniger identisch. In beiden Ländern kommt der Vernetzung der – regional oder lokal – verfügbaren Angebote für Schwangerschaft und frühe Kindheit zentrale Relevanz zu. Darüber hinaus gibt es vergleichbare zentrale Rollen bei den Frühen Hilfen: auf regionaler Ebene zum einen das Netzwerkmanagement zur Sicherstellung der gelingenden Vernetzung und zum anderen die Familienbegleitung zur vertiefenden Unterstützung von Familien in belastenden Lebenssituationen, auf überregionaler Ebene ein Nationales Zentrum Frühe Hilfen zur fachlichen Begleitung der regionalen Umsetzung.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen gibt es aber auch einige wichtige Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich. Österreich startete später und hatte eine längere Vorlaufzeit für fachliche Arbeiten vor Start der praktischen Etablierung. Zum einen konnte damit schon auf Erfahrungen in Deutschland mit unterschiedlichen Ansätzen aufgebaut werden, zum anderen gelang es in der Vorlaufphase, Bereitschaft für ein einheitliches Modell – statt unterschiedlicher Modellprojekte – zu schaffen. Im österreichischen Modell wird daher die Funktion der Familienbegleitung durch verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe erbracht, die in multiprofessionellen regionalen Teams organisiert sind. Familienbegleitung und Netzwerkmanagement stehen im engen Austausch, die jeweiligen Teamleitungen bilden ein gemeinsames Leitungsteam des regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerks.

Die breite Etablierung von Frühen Hilfen geht in Österreich nicht wie in Deutschland von der Kinder- und Jugendhilfe, sondern vor allem vom Gesundheitsbereich aus. Frühe Hilfen sind in Österreich aber auf nationaler wie regionaler Ebene in Kooperation von mehreren Politikfeldern (neben Gesundheit auch noch Familie bzw. Kinder- und Jugendhilfe, Soziales, Integration und Frauen) und unter Einbezug der Sozialversicherungsträger konzipiert, umgesetzt und gesteuert. Eine Balance aus bundesweiten Vorgaben und regionaler Adaptierung soll Qualität, Passgenauigkeit und Nachhaltigkeit sicherstellen.

Für die bundesweiten Vorgaben ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) zuständig, das die regionale Umsetzung auch fachlich begleitet und unterstützt. Das NZFH.at gewährleistet auch überregionale Vernetzung und Wissenstransfer. Zur Qualitätssicherung wurden eigene Schulungen für die Familienbegleiterinnen und die Netzwerkmanager/-innen entwickelt und werden laufend durchgeführt. Auf Basis eines Evaluationskonzepts wurden eine formative und eine summative Evaluation extern beauftragt und vom NZFH.at begleitet. Darüber hinaus wurde das einheitliche Online-Dokumentationssystem FRÜDOK erarbeitet und umgesetzt.

## Evaluationsfragen und methodisches Design

Zentrale Fragestellungen der Evaluation, die im Folgenden diskutiert werden, waren:

- Konnten in allen geplanten Regionen Frühe-Hilfen-Netzwerke nach dem Grundmodell aufgebaut werden? Für die Beantwortung dieser Frage werden sowohl die beim NZFH.at gesammelten Strukturdaten als auch die Ergebnisse der Prozessevaluation herangezogen.
- Gelingt es, Familien in belastenden Lebenssituationen, insbesondere auch benachteiligte Gruppen, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erreichen? Von wem bzw. von wo und aufgrund welcher Einschätzung werden Familien an die Frühe-Hilfen-Netzwerke vermittelt? Welche Unterstützungsleistungen werden als notwendig erachtet und für sie organisiert? Wie werden die Ressourcen und Belastungen der Familien zu Beginn der Familienbegleitung eingeschätzt? Diese Fragen werden anhand der FRÜDOK-Daten zu den begleiteten Familien überprüft.
- Welche Veränderungen am Ende der Familienbegleitung zu sehen sind und welchen Nutzen diese für die begleiteten Familien hat, wird aus den FRÜDOK-Daten sowie den Ergebnissen der summativen Evaluation abgeleitet.

Folgende Datenquellen werden für die Analyse herangezogen:

Strukturdaten zu den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken werden regelmäßig vom NZFH.at bei den Frühe-Hilfen-Koordinatorinnen und -Koordinatoren der Bundesländer erhoben und im FRÜDOK-Jahresbericht bereitgestellt (zuletzt: Anzenberger u.a. 2017).

Das Online-Dokumentationssystem FRÜDOK wurde im Jahr 2015 entwickelt und wird österreichweit verwendet, bis auf Vorarlberg, wo Frühe Hilfen bereits

seit Längerem umgesetzt und mit einem vorher bestehenden System dokumentiert werden. FRÜDOK dient vor allem als fallbezogene Dokumentation der Arbeit mit den Familien. Die Familienbegleiterinnen halten darin die wichtigsten Charakteristika der begleiteten Familien fest sowie ihre Einschätzung der zu Beginn bzw. am Ende der Familienbegleitung vorliegenden Ressourcen und Belastungen, aber auch etwaigen Bedarf für die Weitervermittlung an spezifische Unterstützungsleistungen aus dem regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerk. Die Daten werden regelmäßig sowohl für das jeweilige Frühe-Hilfen-Netzwerk als auch österreichweit ausgewertet und dienen vor allem der Überprüfung der Zielerreichung der Frühen Hilfen, bieten aber auch eine Grundlage für eine Überprüfung und Verbesserung des regionalen Netzwerkes.

Zu den FRÜDOK-Daten ist zu sagen, dass trotz der stetigen Zunahme an Familienbegleitungen die Fallzahlen immer noch vergleichsweise klein sind, wenn sie differenziert analysiert werden sollen. Dies gilt z.B. hinsichtlich Familien mit Migrationshintergrund, aber auch bereits abgeschlossener Familienbegleitungen. Deshalb sind die folgenden Ergebnisse wenig belastbar und können lediglich einen vorläufigen Eindruck vermitteln. Insbesondere bezüglich der Dauer der bisher abgeschlossenen Familienbegleitungen ist zu bedenken, dass aufgrund der unterschiedlichen und teilweise noch relativ kurzen Laufzeit der regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke jene Fälle noch fehlen bzw. unterrepräsentiert sein dürften, die eine Familienbegleitung über längere Zeit in Anspruch nehmen.

Des Weiteren werden die Ergebnisse aus zwei externen Evaluationen herangezogen[4]:

Evaluationsstudie I (vgl. Stoppacher/Endler 2017): Für die formative Prozessbegleitung der regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke wurden eine Online-Befragung, fünf Fokusgruppen und 28 leitfadengestützte Interviews mit insgesamt 80 Umsetzer/-innen (Netzwerkmanager/-innen der regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke und jene Kooperationspartner aus der Region, die spezifische Unterstützungsleistungen anbieten) und Entscheidungsträger/-innen (inklusive Frühe-Hilfen-Koordinatorinnen und -Koordinatoren der Bundesländer oder Sozialversicherungen) sowie vertiefende Analysen in sieben ausgewählten Netzwerken (Fokusgruppen mit insgesamt 43 Personen) durchgeführt.

Aufgrund der Stichprobengröße der Online-Erhebung (294 ausgefüllte Fragebögen; Rücklaufquote 36 %) sind zwar Aussagen über die Situation in Österreich möglich, aber keine Vergleiche zwischen Bundesländern oder zwischen Funktionen in den Netzwerken. Ziel dieser Studie war es herauszufinden, welche Rahmenbedingungen, Vorgehensweisen, Strukturen und Prozesse den Auf- und Ausbau, aber auch die Funktionalität von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und des NZFH.at fördern oder erschweren können. Wichtige Fragestellung war auch, ob die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke sozial benachteiligte Familien adäquat ansprechen und unterstützen können.

Evaluationsstudie II (vgl. Schachner u.a. 2017): Die summative Evaluation arbeitete mit Fokusgruppen und leitfadengestützten Interviews von insgesamt 69 Umsetzer/-innen (v.a. Familienbegleiter/

4 Die (Evaluations-)Berichte stehen unter www.fruehehilfen.at bzw. www.goeg.at zur Verfügung.

-innen) aber auch Netzwerkmanager/-innen) und führte Tiefeninterviews (inklusive Netzwerkanalyse) mit 21 Familien sowie eine partizipative Fotobefragung bei acht Familien durch. Zusätzlich wurden FRÜDOK-Daten sowie die Daten der Feedbackformulare verwendet, die die Familien am Ende einer Familienbegleitung ausgehändigt bekommen und ausgefüllt direkt an das NZFH.at senden.

Das Textmaterial wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) analysiert, die Analyse aller erhobenen Informationen und Daten wurde von einem multiprofessionellen Team durchgeführt. In die Erhebung einbezogen wurden nur Familien, die bereits länger begleitet wurden, von den Familienbegleiter/-innen wegen der Studie angesprochen wurden, das Informationsschreiben verstanden und ihr Einverständnis erklärt haben. Ziel dieser Studie war es herauszufinden, welche Bedeutung und welchen Nutzen die Frühen Hilfen aus individueller Sicht ausgewählter begleiteter Familien, aber auch aus der Sicht von Familienbegleiter/-innen haben. Es können aufgrund des Forschungsdesigns jedoch keine allgemeingültigen Aussagen getroffen und Vergleiche gezogen werden.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Evaluation vorgestellt.

## Der Strukturaufbau hat große Fortschritte gemacht, zusätzliche Qualitätsstandards wären aber hilfreich

Zum 31. Dezember 2016 sind in allen Bundesländern Frühe-Hilfen-Netzwerke nach dem Grundmodell implementiert. In Vorarlberg werden Frühe Hilfen schon seit dem Jahr 2011 flächendeckend angeboten. Seit dem Frühjahr 2016 existieren auch in Salzburg und im Burgenland bundeslandweit Angebote, was allerdings nicht bedeutet, dass damit der Bedarf gedeckt ist. In allen anderen Bundesländern stehen Frühe Hilfen in ausgewählten Regionen – zumeist inklusive des Zentralraums – zur Verfügung. Die insgesamt 23 Frühe-Hilfen-Netzwerke waren Ende 2016 in 53 (von insgesamt 118) politischen Bezirken aktiv[5] (vgl. Anzenberger u.a. 2017). Darüber hinaus begleiteten mehrere Netzwerke – je nach verfügbaren Kapazitäten – auch Familien in angrenzenden Regionen, ohne dort intensive Netzwerkarbeit zu betreiben.

Insgesamt waren mit Ende Dezember 2016 85 Familienbegleiter/-innen in Österreich tätig; die damit verbundenen Vollzeitäquivalente pro 10.000 Geburten im Einzugsgebiet reichten von 4,2 bis 16,1 (vgl. ebd.). Die angestrebte interpro-

5 Eine Übersichtskarte und weitere Informationen zu den regionalen Netzwerken sind unter www.fruehehilfen.at zu finden.

TABELLE 1: Qualifikation der Familienbegleiter/-innen

| | n | % |
|---|---|---|
| Pädagogik* | 32 | 28,0 |
| davon Sozialpädagogik | 11 | 9,6 |
| Sozialarbeit(-management) | 26 | 22,8 |
| Hebamme | 18 | 15,8 |
| Psychologie/Psychotherapie | 14 | 12,3 |
| Pflege(-wissenschaften) | 6 | 5,3 |
| Sonstiges/unbekannt | 18 | 15,8 |
| **Gesamt** | **114** | **100,0** |

* inkl. Kindergarten-/Hortpadagoginnen und -pädagogen; Erziehungs-/Bildungswissenschaften
Österreich 31.12.2016, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, N=85 Familienbegleiter/-innen
Quelle: FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH

fessionelle Besetzung der Teams ist aufgrund der zum Teil sehr kleinen Gruppen von fünf bis fünfzehn Personen nicht immer möglich. Die häufigsten Grundprofessionen der Familienbegleiterinnen umfassen pädagogische Ausbildungen (mit spezifischen Fachrichtungen wie Sozialpädagogik, Kindergartenpädagogik, Sonder- und Heilpädagogik, auch Erziehungs- oder Bildungswissenschaft), gefolgt von Sozialarbeit und Hebammen (vgl. Tab. 1).

Weitere haben ein Psychologiestudium und/oder eine psychotherapeutische Ausbildung; ein etwas geringerer Anteil kommt aus der Pflege (inkl. Pflegewissenschaft). Ein nicht unerheblicher Anteil der Familienbegleiter/-innen hat mehrere Ausbildungen oder Zusatzqualifikationen, etwa in der Frühförderung, oder spezifische Qualifikationen im Bereich frühe Kindheit oder der Bindungsförderung. Mit diesem Spektrum an Quellberufen und spezifischen Kompetenzen ist das vom NZFH.at konzipierte Grundmodell sehr gut erfüllt.

Das Grundausbildungsspektrum im Netzwerkmanagement ist ähnlich bunt gemischt. Viele kommen aus der Sozialarbeit oder haben ein Studium der Psychologie absolviert. Einige Netzwerkmanagerinnen und -manager bringen eine pädagogische Grundausbildung mit, sind Hebammen oder haben eine Ausbildung im Bereich Frühförderung. Mit wenigen Ausnahmen absolvierten alle Familienbegleiter/-innen und Netzwerkmanagerinnen und -manager eine eigens für ihre Tätigkeit konzipierte Schulung am NZFH.at.

Der Netzwerkaus- bzw. -aufbau ist laut Evaluation gut gelungen (vgl. Stoppacher/Endler 2017). Allerdings konnten noch nicht in allen Regionen alle relevanten Bereiche und Stellen zu einem gemeinsamen Vorgehen gewonnen werden. Aufgrund zum Teil ungenügender Ressourcen ist einerseits auch nicht immer die gewünschte Qualität gewährleistet, wie z.B. das Vier-Augen-Prinzip beim ersten Hausbesuch, regelmäßiger Austausch im Team, multiprofessionelles Team (vgl. Haas/Weigl 2017). Andererseits hat die Dynamik dazu geführt, dass auch über die geplanten Umsetzungen hinausgehende Aktivitäten stattfinden, z.B. Beratung von Personen außerhalb des Einzugsgebiets und ergänzende Gruppenangebote.

Zusätzlich wurden die Frühe-Hilfen-Netzwerke an regionale Gegebenheiten angepasst, was zwar im Sinne einer nachhaltigen Verankerung ist, jedoch auch zu Unterschieden in der Umsetzung der Familienbegleitung führt. So steht manchmal stärker die Bindungsorientierung oder die Lotsenfunktion im Vordergrund (vgl. ebd.). Dies und die unter Umständen Nicht-Einhaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist dann problematisch, wenn dadurch wesentliche Elemente des Konzeptes verändert werden und dies letztendlich einen Einfluss auf Nutzen bzw. Wirkung der Frühen Hilfen hat.

In jenen Regionen, wo die Verortung des Netzwerkmanagements unklar war oder die Ressourcen nicht ausreichend, kam es zu Verzögerungen beim Netzwerkaufbau – und damit auch bei den Zuweisungen. Dennoch herrscht unter den Befragten große Zufriedenheit hinsichtlich Funktionsfähigkeit, aber auch Klarheit der Rollen und Prozesse. Um ein gemeinsames Verständnis zu fördern, wird von diesen der verstärkte Austausch von Informationen über die konkrete Arbeit der Familienbegleitung und deren Nutzen angeregt.

Das NZFH.at wird von den Befragten als serviceorientierte Ansprechstelle und damit als sehr hilfreiche Unterstützung erlebt (vgl. Stoppacher/Endler 2017). Verbesserungsbedarf wird vor allem hinsichtlich gemeinsamer Öffentlichkeitsarbeit sowie der Sensibilisierung von bestimmten Berufsgruppen über bundesweite Organisationen gesehen.

Von den Befragten der Prozessevaluation (vgl. ebd.) wird als Schlüssel für weitere Verbesserungen in vielen Aspekten (z.B. Einheitlichkeit, gemeinsames Verständnis, Kooperationsbereitschaft, Erreichbarkeit der Familien) die Sicherstellung von ausreichenden Ressourcen und einer nachhaltigen Finanzierung sowie von stärkerer politischer Rückendeckung angegeben.

Auch die summative Evaluation (vgl. Schachner u.a. 2017) kommt zum Schluss, dass ein einheitliches Verständnis von Frühen Hilfen noch zu fördern ist, insbesondere auch hinsichtlich der Unterschiede bei der Beurteilung von Beziehungsqualität und Dauer der Familienbegleitung, damit die Umsetzung der indizierten Angebote entsprechend dem Grundmodell gewährleistet ist. Gleichzeitig bedarf es aber auch eines weiteren Austauschs mit den (potenziellen) Kooperationspartnern vor Ort. Die bewährten Erfolgsfaktoren (z.B. Empowerment der Familien) sollten abgesichert und eine rasche Notfallhilfe bereitgestellt werden. Das Thema »Abgrenzung der Familienbegleiter/-innen gegenüber den Familien« sollte verstärkt in der Schulung berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten Möglichkeiten geschaffen werden,

Familien nach Beendigung der Familienbegleitung als weitere Ressource z.B. im Rahmen von ergänzenden ehrenamtlichen Angeboten oder als Multiplikatoren einzubinden.

## Die Zahl der begleiteten Familien steigt rasch

Die Daten der Dokumentation zeigen, dass die Zahl der begleiteten Familien stark steigt: Im Jahr 2016 gab es österreichweit (inklusive Vorarlberg) bereits 1.349 Familien (2015: 516 Familien), die von Fachkräften zu regionalen Netzwerken vermittelt wurden oder selbst Kontakt aufnahmen. Insgesamt wurden 2016 einschließlich Übernahmen aus den Vorjahren 1.313 Familien durch die regionalen Netzwerke begleitet (2015: 554 Familien). Die detaillierten Auswertungen basieren auf dem FRÜDOK-Jahresbericht 2016 (vgl. Anzenberger u.a. 2017) und beziehen keine Daten zu Vorarlberg mit ein. Im Folgenden werden daher bei ausgewählten Aspekten Vergleichsdaten zu Vorarlberg angeführt.

Im Jahr 2016[6] wurden 1.136 Familien zwecks Frühe-Hilfen-Familienbegleitung zugewiesen und 931 Familien tatsächlich begleitet, davon wurden 311 Begleitungen im Jahr 2016 bereits wieder abgeschlossen. Die Gründe dafür, dass eine Familienbegleitung nicht zustande kommt, sind vielfältig. So kann eine Familienbegleitung abgelehnt werden, weil z.B. bereits beim ersten Telefonat festgestellt wurde, dass ein anderes Angebot passender wäre oder die Familie nicht im Einzugsbereich wohnt. Es ist aber auch möglich, dass die Familie das Angebot ablehnt, weil sie sich z.B. etwas anderes erwartet hat. In Vorarlberg wurden im selben Zeitraum 213 Familien zugewiesen und von diesen 185 begleitet. Weitere 169 Familienbegleitungen aus dem Vorjahr wurden weitergeführt.

Die bisher abgeschlossenen Familienbegleitungen dauerten im Median 141 Tage (4,7 Monate), wobei die kürzeste 13 Tage und die längste 856 Tage dauerte. In Vorarlberg wurden die Familien im Durchschnitt über 16 Monate begleitet, Angaben zur Mindest- und Maximaldauer sind nicht verfügbar.

TABELLE 2: Charakteristika der primären Hauptbezugsperson

| | n | % |
|---|---|---|
| **Alter (n=874)** | | |
| Bis 20 Jahre | 73 | 7,8 |
| 21 bis 30 Jahre | 372 | 40,0 |
| 31 bis 40 Jahre | 371 | 39,8 |
| Über 40 Jahre | 58 | 6,2 |
| Keine Angabe | 57 | 6,2 |
| **Geburtsland (n=906)** | | |
| Österreich | 579 | 62,2 |
| EU-15[1] | 40 | 4,3 |
| Restliches Europa[2] | 163 | 17,5 |
| Restliche Welt | 124 | 13,3 |
| Keine Angabe | 25 | 2,7 |
| **Höchste abgeschlossene (Schul-)Bildung (n=878)** | | |
| Kein Abschluss | 56 | 6,0 |
| Pflichtschule[3] | 202 | 21,7 |
| Lehre | 223 | 24,0 |
| BMS[4] | 82 | 8,8 |
| Matura[5] | 140 | 15,0 |
| Hochschule | 133 | 14,3 |
| Anderes | 42 | 4,5 |
| Keine Angabe | 53 | 5,7 |
| **Berufliche Situation (n=911)** | | |
| Erwerbstätig, inklusive Karenz[6] | 653 | 70,1 |
| Nicht erwerbstätig | 258 | 27,7 |
| Keine Angabe | 20 | 2,2 |

1 EU-15 inkl. Schweiz, Liechtenstein, Norwegen, Island
2 Restliches Europa inklusive Türkei, Russland und Nachfolgestaaten der Sowjetunion
3 Pflichtschulabschluss entspricht Hauptschulabschluss in Deutschland
4 BMS: berufsbildende mittlere Schule in Deutschland
5 Matura entspricht Abitur in Deutschland
6 Karenz entspricht Elternzeit in Deutschland
Österreich ohne Vorarlberg 2016, Angaben in Prozent
Quelle: FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH

## Familien in belastenden Lebenssituationen werden erreicht, und das bereits sehr früh

Die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke zur Unterstützung von Familien in belastenden Lebenssituationen wollen insbesondere auch sozial benachteiligte Gruppen erreichen. Die Ergebnisse der FRÜDOK-Analyse zeigen, dass dies gelingt. Etwas mehr als ein Fünftel der begleiteten Familien (23 %) waren Alleinerziehendenhaushalte, mit nur einer erwachsenen Person im Haushalt. In Vorarlberg ist die Familienstruktur der begleiteten Familien ähnlich, 16 % der im Jahr 2016 neu begleiteten Familien sind alleinerziehend. Für ganz Österreich geben verschiedene Quellen einen Anteil von 14 % bzw. 13 % an Ein-Eltern-Familien an (vgl. Anzenberger u.a. 2017). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2016 tendenziell ein überproportional hoher Anteil an Alleinerziehenden erreicht werden konnte.

Rund 8 % der primären Hauptbezugspersonen waren zu Beginn der Begleitung jünger als 20 Jahre und weitere 7 % waren über 40 Jahre (vgl. Tab. 2). In ganz Österreich sind rund 2 % der Mütter bei der Geburt ihres Kindes jünger als 20 Jahre und 4 % älter als 40 Jahre (vgl. Statistik Austria 2017). In Vorarlberg sind rund 3 % der 2016 neu in die Begleitung aufgenommenen Mütter bei der Zuweisung jünger als 20 Jahre, etwa 9 % älter als 40 Jahre.

Die Mehrheit der primären Hauptbezugspersonen wurde in Österreich geboren, aber immerhin 36 % sind im Ausland geboren (vgl. Tab. 2). Laut Daten von Statistik Austria (2017) sind insgesamt 24 % der Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren (Zuwanderer der ersten Generation) nicht in Österreich geboren. In Vorarlberg wurde bei 60 % der 2016 neu in Begleitung aufgenommenen Familien (n=185) die Hauptbezugsperson nicht in Österreich geboren. In Vorarlberg scheint daher ein deutlich höherer Anteil an Familien mit Migrationshintergrund erreicht zu werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das Vorarlberger Frühe-Hilfen-Netzwerk bereits seit 2010 existiert und gerade die Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund von Vertrauensaufbau und Mundpropaganda aufgrund positiver Erfahrungen abhängt.

Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Bildungsabschlüsse zeigt sich, dass im Vergleich zum gesamtösterreichischen Bevölkerungssegment der 15- bis 44-jährigen Frauen vermehrt jene mit keinem oder maximal Pflichtschulabschluss[7] (29 % versus 26 %) erreicht wurden (Statistik Austria 2016a). Annähernd gleich häufig finden sich Lehre oder Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule (34 % versus 35 %), während Matura[8] oder Hochschulabschluss (31 % versus 39 %) etwas unterrepräsentiert sind.

Laut EU-SILC gelten 14 % der Haushalte in Österreich als armutsgefährdet (vgl. Kaindl/Schipfer 2017). Im Rahmen der FRÜDOK wurde das monatliche Haushaltseinkommen der begleiteten Familien nach der EU-Skala mit der Anzahl der Personen im Haushalt gewichtet. Entsprechend dieser Berechnung sind mindestens 471 und damit rund die Hälfte der 931 begleiteten Familien als armutsgefährdet einzustufen. 12 % werden als nicht armutsgefährdet eingestuft, und für 37 % konnte die Armutsgefährdung aufgrund der Datenlage nicht berechnet

6 Die hier angegebenen Daten beziehen sich auf alle Familien, bei denen der Erstkontakt im Jahr 2016 zustande gekommen ist. Es werden zu diesen Familienbegleitungen alle Informationen berücksichtigt, die bis Anfang März 2017 in die FRÜDOK eingegeben worden sind.

7 Pflichtschulabschluss entspricht Hauptschulabschluss in Deutschland.

8 Matura entspricht Abitur in Deutschland.

werden. Im Vergleich zu allen Haushalten in Österreich mit Kindern im Alter bis drei Jahren werden somit durch die Frühe-Hilfen-Netzwerke deutlich mehr armutsgefährdete Familien erreicht.

Da 27 % der Familienbegleitungen bereits in der Schwangerschaft begannen – in Vorarlberg waren es 21 % der neu begleiteten Familien –, konnten diese Familien bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt erreicht werden. Rund die Hälfte der Kinder in den begleiteten Familien war jünger als ein Jahr, etwa ein Drittel jünger als drei Monate. 16 % der Kinder befanden sich im zweiten Lebensjahr, 10 % im dritten, und 8 % waren älter als drei Jahre. Zu 17 % der Kinder liegen keine Altersangaben vor.

### Der Kontakt zu den Frühe-Hilfen-Netzwerken erfolgt durch eine breite Palette an Einrichtungen, Professionen und Personen und aus unterschiedlichsten Gründen

Regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke bemühen sich intensiv um die Sensibilisierung von Institutionen und Fachleuten, die in Kontakt mit Schwangeren und Familien mit Kleinkindern sind. Es ist daher interessant zu sehen, von wem die Familien zu Frühen Hilfen vermittelt wurden, wer also den ersten Anruf bei den Frühe-Hilfen-Netzwerken getätigt hat (vgl. Tab. 3). Im Jahr 2016 waren dies bei rund 30 % der Zuweisungen die Familien selbst. Sie wurden entweder von anderen auf das Angebot hingewiesen oder wurden selbst darauf aufmerksam. 21 % der Zuweisungen erfolgten über Krankenhäuser, der Rest über unterschiedlichste Personen bzw. Institutionen. Bei jenen Familien, die bereits während der Schwangerschaft begleitet wurden, war der Anteil der Krankenhäuser deutlich geringer (14 %) als bei jenen, deren Familienbegleitung erst nach der Geburt begonnen hat (23 %).

Vermittlungs- bzw. Begleitungsgründe werden sowohl aus Sicht der vermittelnden Personen, der Familienbegleiterinnen als auch der Familien selbst erhoben. Die FRÜDOK-Auswertungen zeigen, dass sich die Ersteinschätzung der Zuweisenden und der Familienbegleiter/-innen weitestgehend decken (vgl. Tab. 4). Oft wirken die (werdenden) Eltern bzw. die (werdende) Mutter überfordert und ängstlich (21 % bzw. 20 %), und häufig gibt es Hinweise auf medizinische oder soziale Belastungen (17 %). In vielen Fällen wird auch Bedarf an Unterstützung in administrativen/rechtlichen/organisatorischen Dingen gesehen (13 % bzw. 16 %).

Weitere häufig genannte Vermittlungs-/Begleitungsgründe sind Hinweise auf Unsicherheit oder Probleme im Umgang mit dem Kind (11 % bzw. 12 %), eine psychische Problematik in der Familie (10 % bzw. 11 %) sowie das (fehlende) soziale Netz der Familie (9 %). Die Familien selbst geben hingegen vorzugsweise einen Bedarf administrativer/rechtlicher/organisatorischer Unterstützung an und sehen weniger häufig die Probleme bei ihrer eigenen Überforderung und ihren Ängsten.

### Die zu Beginn der Familienbegleitung dokumentierten Ressourcen und Belastungen sind vielfältig

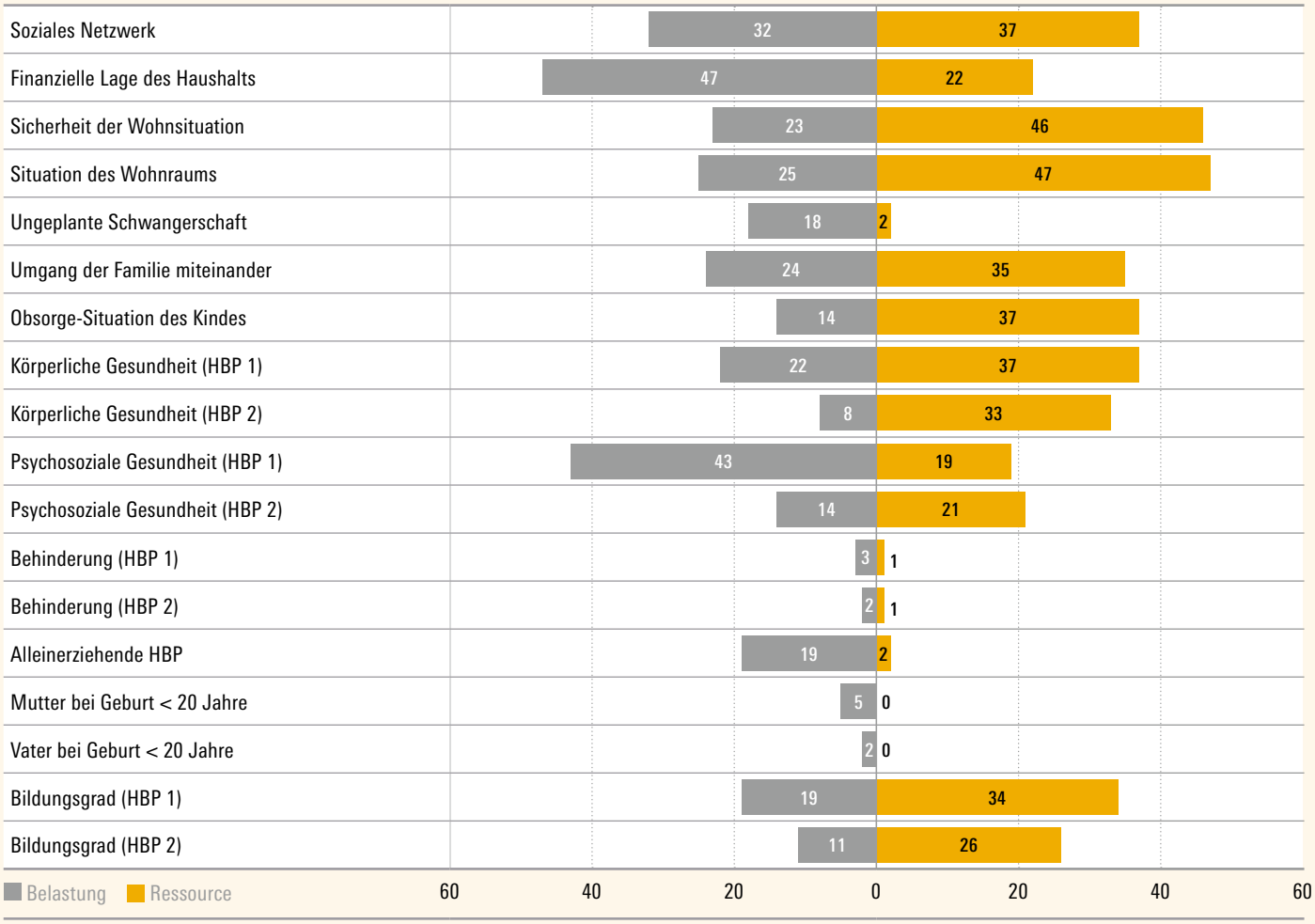
Zu Beginn einer Familienbegleitung haben die Familienbegleiter/-innen länger Zeit für eine Einschätzung der Lebenssituation der Familie sowie die Identifizierung von vorhandenen Ressourcen und Belastungen (vgl. Abb. 1). Die Familienbegleiter/-innen treffen die Familie üblicherweise zu einem ausführlichen Erstgespräch, können aber unter Umständen auch noch in zwei bis drei weiteren Terminen einzelne Themen abklären und ergänzen, bevor sie eine Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und Belastungen treffen. Da-

TABELLE 3: Zuweisende Institutionen und Personen

| | n | % |
|---|---|---|
| Selbstmelder/-in | 345 | 30,4 |
| Krankenhaus | 238 | 21,0 |
| Familien-/Mutter-/Frauenberatungsstelle | 86 | 7,6 |
| Kinder- und Jugendhilfe(-träger) | 75 | 6,6 |
| Sozialer Verein | 73 | 6,4 |
| Freunde/Bekannte/Verwandte | 55 | 4,8 |
| Frei praktizierende Hebamme | 50 | 4,4 |
| Kinderärztin/-arzt (niedergelassen) | 36 | 3,2 |
| Sonstige | 176 | 15,5 |
| Keine Angabe | 2 | 0,2 |

Österreich ohne Vorarlberg 2016, Angaben in Prozent
Quelle: FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH

## ABBILDUNG 1: Ressourcen und Belastungen der Familien zu Beginn der Begleitung




HBP 1 = primäre Hauptbezugsperson, HBP 2 = sekundäre Hauptbezugsperson. Ohne Kategorien »neutral« sowie »trifft nicht zu bzw. unklar/nicht sicher erkennbar«
Österreich ohne Vorarlberg 2016, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, n=880 bis 892
Quelle: FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH

## TABELLE 4: Gründe für die Vermittlung/Begleitung

| | Aus Sicht der vermittelnden Person (n=1846) | | Aus Sicht der Familienbegleitung (n=1566) | | Aus Sicht der Familie (n=1550) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Administrative/rechtliche/organisatorische Unterstützung nötig | 243 | 13 | 243 | 16 | 260 | 17 |
| Kein soziales Netz | 175 | 9 | 147 | 9 | 134 | 9 |
| Psychische Problematik in der Familie | 185 | 10 | 167 | 11 | 94 | 6 |
| Überforderung/Ängste bei Eltern | 395 | 21 | 314 | 20 | 189 | 12 |
| Unsicherheit/Probleme im Umgang mit Kind | 197 | 11 | 186 | 12 | 168 | 11 |
| Belastungen in der Familie (medizinisch/sozial) | 316 | 17 | 268 | 17 | ˙/. | ˙/. |
| Benötigt Unterstützung in der Schwangerschaft | ˙/. | ˙/. | ˙/. | ˙/. | 97 | 6 |
| Benötigt Unterstützung im Alltag | ˙/. | ˙/. | ˙/. | ˙/. | 147 | 9 |
| Familienbegleitung wurde von anderen empfohlen | ˙/. | ˙/. | ˙/. | ˙/. | 157 | 10 |
| Andere Gründe | 335 | 18 | 241 | 15 | 304 | 20 |

Österreich ohne Vorarlberg 2016, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich
Quelle: FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH

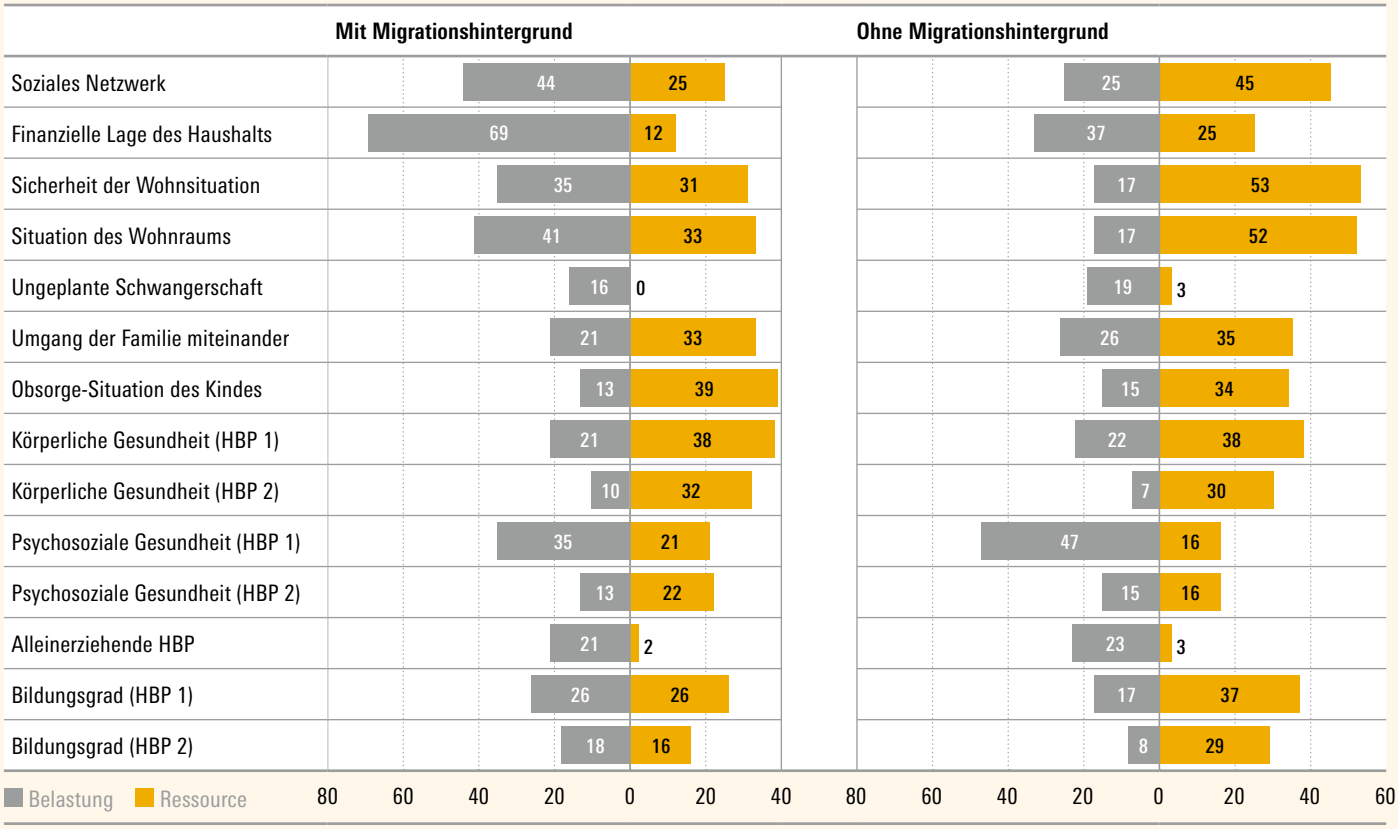
mit dies gut gelingen kann, braucht es den Aufbau einer guten und vertrauensvollen Beziehung.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass dieses Vertrauen im Laufe der Familienbegleitung weiter wächst und daher häufig zu einem späteren Zeitpunkt neue Themen angesprochen werden. Es besteht auch die Option, Faktoren als »neutral« einzustufen oder anzugeben, dass ein Faktor bzw. dessen Auswirkung auf die Familiensituation nicht zutrifft bzw. unklar oder noch nicht sicher erkennbar ist.

Gesicherte Wohnsituation, Qualität des Wohnraums, soziales Netzwerk, körperliche Gesundheit der Hauptbezugspersonen, die Obsorge[9]-Situation des Kindes/der Kinder, der Umgang der Familie miteinander und der Bildungsgrad der primären Hauptbezugsperson (HBP) zählen zu den am häufigsten genannten Ressourcen der begleiteten Familien. Als Belastung werden am häufigsten die finanzielle Lage des Haushalts, der

9 Obsorge bezeichnet die Erziehungsberechtigung und gesetzliche Vertretung für ein Kind.

ABBILDUNG 2: Ressourcen und Belastungen der Familien zu Beginn der Begleitung nach Migrationshintergrund




HBP 1 = primäre Hauptbezugsperson, HBP 2 = sekundäre Hauptbezugsperson. Ohne Kategorien »neutral« sowie »trifft nicht zu bzw. unklar/nicht sicher erkennbar«
Österreich ohne Vorarlberg 2016, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, n=481 bis 490 (ohne Migrationshintergrund) und n=257 bis 259 (mit Migrationshintergrund)
Quelle: FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH

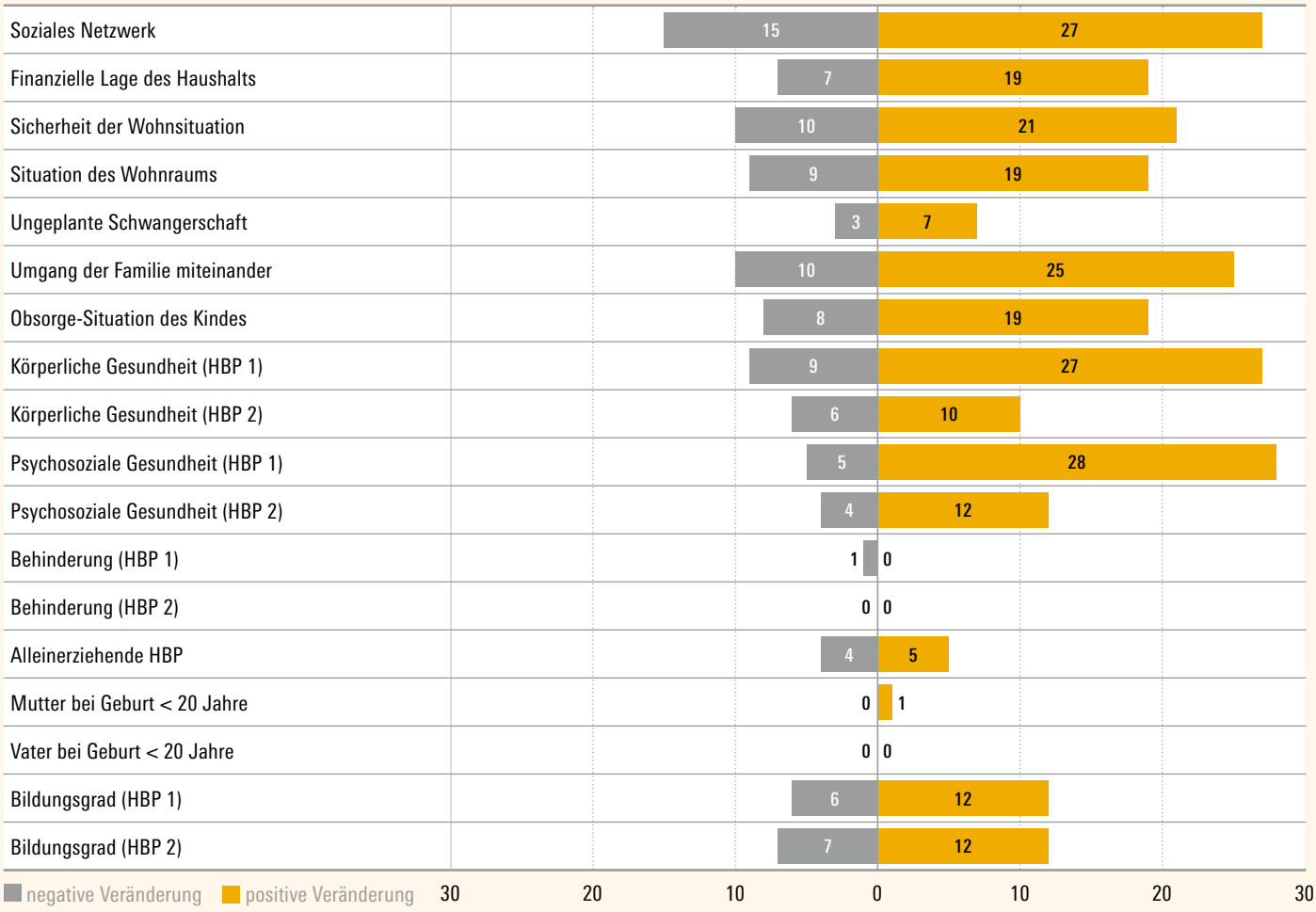
psychosoziale Gesundheitszustand der primären Hauptbezugsperson, das (fehlende) soziale Netzwerk, die Situation des Wohnraums sowie der Umgang der Familie miteinander genannt.

Es zeigt sich, dass viele Merkmale sowohl als Ressource als auch als Belastung relevant sind. Während das (fehlende) soziale Netz annähernd gleich oft als Ressource und Belastung wahrgenommen wird, werden finanzielle Lage und psychosoziale Gesundheit der primären Hauptbezugsperson zwar häufiger als Belastung angegeben, stellen aber in rund 20 % der Fälle auch eine Ressource dar. Gesicherte Wohnsituation sowie Qualität des Wohnraums, Umgang der Familie miteinander, körperliche Gesundheit und Bildungsgrad der primären Hauptbezugsperson sind Faktoren, die zwar häufiger eine Ressource darstellen, aber auch als Belastungen eine Rolle spielen.

Die Ausprägung der Ressourcen und Belastungen unterscheidet sich nach sozialem Status der begleiteten Familien. Bei sozial benachteiligten Familien werden erwartungsgemäß die finanzielle Lage des Haushalts und die Wohnsituation deutlich stärker als Belastung wahrgenommen, bei sozial bessergestellten Familien steht hingegen die belastete psychosoziale Gesundheit der Hauptbezugspersonen im Vordergrund.

Bei Familien, in denen mindestens eine der Hauptbezugspersonen nicht in Österreich geboren wurde, zeigen sich

ABBILDUNG 3: Veränderungen bei den Ressourcen und Belastungen der Familien




HBP 1 = primäre Hauptbezugsperson, HBP 2 = sekundäre Hauptbezugsperson. Ohne Kategorien »neutral« sowie »trifft nicht zu bzw. unklar/nicht sicher erkennbar«. Bei 68 Fällen wurden keine Angaben zu Ressourcen gemacht. Positive Veränderung: von einer Belastung zu neutralem Zustand bzw. zur Ressource oder von neutralem Zustand zur Ressource. Negative Veränderung: von Ressource zu neutralem Zustand bzw. zur Belastung oder von neutralem Zustand zur Belastung

Österreich ohne Vorarlberg 2016, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, n=243

Quelle: FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH

diese Tendenzen hinsichtlich finanzieller Lage und Wohnsituation ebenfalls (vgl. Abb. 2). Allerdings wird die psychosoziale Gesundheit der ersten HBP und der Umgang innerhalb der Familie weniger häufig, hingegen das (fehlende) soziale Netz und der Bildungsgrad der HBPs häufiger als Belastung wahrgenommen. Im Durchschnitt weisen Familien mit Migrationshintergrund mehr Belastungen (3,83 zu 2,98) und weniger Ressourcen (3,24 zu 4) auf als Familien ohne Migrationshintergrund.

### Die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke kooperieren mit einem breiten Spektrum an Dienstleistungsanbietern

Familienbegleiter/-innen bieten nicht nur eine kontinuierliche Beziehung an, sie nehmen auch eine Lotsenfunktion wahr. Sie unterstützen also bei der Suche nach passenden spezifischen Unterstützungsangeboten aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Bildungsbereich, schlagen diese vor, stellen einen Kontakt her und begleiten die Familien bei Bedarf auch dorthin. Es steht den Familien frei, dieses Angebot anzunehmen oder nicht. 2016 wurden 60 % Prozent der Familien mit abgeschlossener Familienbegleitung an zumindest ein spezifisches Unterstützungsangebot weitervermittelt, 18 % Prozent der Familien wurden nicht weitervermittelt, bei weiteren 22 % fehlt dazu die Angabe.

Der Großteil der vermittelten 189 Familien wurde in den (psycho-)sozialen bzw. pädagogischen Bereich vermittelt (86 % mit Mehrfachantworten), weitere an den Gesundheitsbereich (54 %) sowie an Ämter und Behörden (38 %). Fast alle Familien (90 %) nahmen die nahegelegten Unterstützungsangebote auch an.

### Es gelingt, vulnerable Familien zu erreichen und erfolgreich zu unterstützen und dadurch einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zu leisten

2016 wurden insgesamt 311 Familienbegleitungen abgeschlossen. Dies meist aufgrund einer beidseitigen Entscheidung, bei je einem Viertel ging die Initiative dazu entweder von der Familienbegleitung oder der begleiteten Familie aus. Die Gründe lagen meist in der erfolgreichen Reduktion der ursprünglich vorgelegenen Belastungen Manche Familien wurden auch vollständig an andere Angebote vermittelt.

Geht eine Familienbegleitung zu Ende, so wird von der Familienbegleiterin eine abschließende Einschätzung der Ressourcen und Belastungen vorgenommen. Dies ermöglicht eine Analyse der Veränderungen von Ressourcen und Belastungen, die sich im Laufe der Familienbegleitung ergeben haben (vgl. Abb. 3). Da Belastungen auch erst im Laufe der Zeit von den Familienbegleiter/-innen wahrgenommen oder erst zu einem späten Zeitpunkt von den Familien thematisiert werden können, ist ggf. eine Verschlechterung in einem Bereich zu dokumentieren. Insgesamt überwiegen jedoch die positiven Veränderungen deutlich, zusätzlich reduziert sich meist die Anzahl der Belastungen.

Im Zuge der Evaluation konnte bestätigt werden, dass Frühe Hilfen insbesondere benachteiligte Familien erreichen. Entsprechend dem Wirkmodell[10] schaffen sie durch bedarfsorientierte Unterstützung Voraussetzungen für ein gesünderes Aufwachsen und verhindern bzw. reduzieren damit die Weitergabe von Belastungen von einer Generation auf die nächste. Damit können Frühe Hilfen zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen.

Die für die summative Evaluation (vgl. Schachner u.a. 2017) befragten Familien und die Vertreter/-innen der regionalen Netzwerke schätzen den Nutzen des Angebots auf die materielle, soziale und gesellschaftliche Umwelt der Familien sowie die persönlichen Ressourcen der Eltern – und damit auf die Gesundheitsdeterminanten – positiv ein. Sie beobachten sowohl eine Steigerung der verfügbaren Ressourcen (wie soziales Netzwerk, Selbstwertgefühl, Familienklima, Erziehungskompetenz oder Gesundheitskompetenz) als auch eine Verringerung der Belastungen (z.B. Stress, Zukunftsängste, finanzielle Notlage, psychosoziale Belastungen, soziale Isolation) der (werdenden) Eltern. Lebens- und Zukunftsperspektiven können eröffnet werden, die Organisation des Alltags und das Meistern von Herausforderungen gelingen leichter.

Es wird von allen Befragten beobachtet, dass sich in der Folge auch das Familienklima sowie die Eltern-Kind-Bindung und die Interaktion zwischen ihnen verbessern. Die positive Wirkung der Frühen Hilfen auf die soziale Vernetzung wird insbesondere in Bezug auf armuts- und ausgrenzungsgefährdete Familien betont.

Die Familienbegleiter/-innen werden von den Familien als sehr unterstützend und kompetent erlebt und nehmen im sozialen Netzwerk der Familien eine wichtige Rolle ein, dies zeigt u.a. die Analyse der Netzwerkkarten (vgl. Schachner u.a. 2017). Durch die Lotsenfunktion können passende Unterstützungsleistungen zur Verbesserung der finanziellen

Lage des Haushalts und der Wohnsituation organisiert werden. Die Hausbesuche und die dabei mögliche Beobachtung der Familien in ihrem Umfeld und Alltag – und eine entsprechende Reaktion darauf – scheinen eine wichtige Rolle zu spielen. Weitere positive Einflüsse können von der Familienbegleitung auf das soziale Netz und damit das jeweilige Unterstützungssystem sowie auf die personalen Ressourcen (z.B. durch Verringerung von Ängsten und Unsicherheit) ausgeübt werden.

### Was wurde bislang erreicht?

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die Datenbasis, die zur Überprüfung der bisherigen Aktivitäten und Wirkungen von Frühen Hilfen in Österreich herangezogen werden kann, noch recht dünn ist. Aufgrund der dynamischen Entwicklung bei den Familienbegleitungen und der gleichzeitig doch noch relativ kleinen Stichproben können die Auswertungen der Daten aus dem einheitlichen Dokumentationssystem derzeit nur eine Tendenz aufzeigen; detailliertere Auswertungen zu Subgruppen sind noch nicht möglich. Die Evaluationsergebnisse geben bislang einen vorrangig qualitativen Einblick wieder, der zu diesem Zeitpunkt sehr wichtig ist und im Sinne von laufendem Lernen aus der Praxis eine wertvolle Grundlage für den weiteren Implementierungsprozess darstellt. Aufbauend auf den Empfehlungen der Evaluation sollen Mindestqualitätsstandards entwickelt und ein Leitfaden für die Familienbegleitung erstellt werden.

Sämtliche verfügbaren Daten und Informationen (Strukturdaten, FRÜDOK, Evaluationsergebnisse) zeigen, dass es in den letzten Jahren gelungen ist, das indizierte Angebot der regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke in allen Bundesländern zumindest in Modellregionen entsprechend dem Grundmodell auf- oder auszubauen. Im Sinne der Nachhaltigkeit wurden zwar durchaus Anpassungen des Konzeptes an die regionalen Gegebenheiten vorgenommen, die grundsätzlichen Komponenten werden jedoch überall umgesetzt.

Dennoch empfehlen die Evaluatorinnen und Evaluatoren, eine weitere Vereinheitlichung anzustreben, um die Umsetzung der für die gewünschte Wirkung relevanten Elemente abzusichern. Es ist zwar vor allem auf Bundesebene, aber auch teilweise auf Landesebene schon gelungen, verschiedene Sektoren/Bereiche von einer gemeinsamen Vorgehensweise zu überzeugen, aber auch hier besteht nach wie vor Handlungsbedarf.

Die Dokumentation der Familienbegleitung bietet darüber hinaus eine wichtige Reflexionsgrundlage für die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke, da sie Unterschiede bezüglich der Erreichbarkeit und der Zugangswege verschiedener Subgruppen zeigt, aber auch Unterschiede bei den Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie den weitervermittelten spezifischen Unterstützungsleistungen und deren Inanspruchnahme. Sie stellt damit auch eine wichtige Basis für die Weiterentwicklung der regionalen Frühe-Hilfe-Netzwerke dar. Gleichzeitig können so Lücken im Versorgungssystem aufgezeigt und gemeinsam an Lösungen gearbeitet werden.

Frühe Hilfen zielen explizit darauf ab, Familien in belastenden Lebenssituationen je nach ihrem individuellen Bedarf zu unterstützen. Ihre Arbeit unterliegt den Prämissen, ressourcenorientiert zu

10 Das Wirkmodell wurde vom NZFH.at auf Basis des »Schweizer Ergebnismodells« erstellt. Anhand von Wirkpfaden wurden potenzielle Evaluationsfragen bzw. Indikatoren identifiziert.

arbeiten, nicht zu stigmatisieren sowie grundsätzlich unabhängig von speziellen Charakteristika (z.B. Herkunft) die Familien zu unterstützen. Die vorliegenden Daten und die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass dies im Großen und Ganzen auch gelingt. Es werden insbesondere benachteiligte Personen erreicht, und dies sehr früh, und damit jene Familien, die von Angeboten der Gesundheitsförderung oder spezifischeren Unterstützungsangeboten häufig nicht erreicht werden. Dazu gehören z.B. sozial oder sozioökonomisch benachteiligte Familien und Familien mit Migrationshintergrund. Im Rahmen der Familienbegleitung wird vielfältiger Unterstützungsbedarf identifiziert und entsprechende spezifische Unterstützungsleistungen aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich werden vermittelt.

Von allen Beteiligten, inklusive der begleiteten Familien, wird ein großer Nutzen der Frühen Hilfen wahrgenommen. Im Rahmen der Familienbegleitung gelingt es, wesentliche Belastungsfaktoren zu reduzieren, die Familien zu entlasten, die Ressourcen in den Vordergrund zu stellen und die Familien in ihren Elternkompetenzen zu stärken. Auch die Daten aus FRÜDOK zeigen meist positive Veränderungen zwischen Beginn und Ende der Familienbegleitung; detailliertere Analysen fehlen jedoch noch.

Den Frühen Hilfen wird laut Evaluation durch die aufsuchende und bedarfsorientierte Begleitung mit Fokus auf Beziehungsaufbau, Prävention und Stärkung der Ressourcen der begleiteten Familien sowie durch die erleichterte Hilfestellung in einem Netz unterschiedlichster Dienstleistungsangebote ein Alleinstellungsmerkmal attestiert. Aufgrund der bisher vorliegenden Daten und Informationen kann resümierend davon ausgegangen werden, dass die Frühen Hilfen in Österreich ihr Ziel erreichen und – indem sie an verschiedensten Gesundheitsdeterminanten ansetzen – ein gesundes Aufwachsen fördern, das langfristig wiederum zu gesundheitlicher und sozialer Chancengerechtigkeit beiträgt.

## Ausblick

Bisher lag das Hauptaugenmerk auf der Unterstützung des Auf- und Ausbaus der regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke. Dieser wird in den nächsten Jahren weiterhin Thema sein. Ziel ist es, die Frühen Hilfen in Österreich mittelfristig als flächendeckendes und bedarfsgerechtes Regelangebot zu verankern. Erste Schritte in diese Richtung sind getan, es braucht jedoch noch viel Zeit und Engagement, bis dieser Prozess als abgeschlossen betrachtet werden kann. Gleichzeitig ist auch an der Absicherung und Qualitätssicherung des bisher Erreichten zu arbeiten.

Sowohl die Erfahrungen aus der Praxis als auch die Auswertungen der FRÜDOK und die ersten Evaluationsstudien haben etliche Fragen aufgeworfen, die im Rahmen zukünftiger Begleitforschung beantwortet werden sollten. Dazu gehören z.B. die Fragen, warum manche Familien das freiwillige und kostenlose Angebot der Frühen Hilfen nicht in Anspruch nehmen, wie der niedergelassene Bereich als Kooperationspartner stärker ins Boot geholt werden kann, aber auch wie Familien im Sinne von Partizipation als Zielgruppe in die Weiterentwicklung eingebunden werden können.

## Literatur


Antony, K./ Stürzlinger, H./Weigl, M. (2014): Frühe Hilfen – Evidenz zur zeitlichen und inhaltlichen Konzeption eines universellen Basisangebots. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Anzenberger, J./Marbler, C./Sagerschnig, S./Winkler, P. (2017): Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten zu den begleiteten Familien. FRÜDOK Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien

Dragano, N./Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, S. 181–194

Haas, S./Breyer, E./Knaller, C./Weigl, M. (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung. Fonds Gesundes Österreich. Reihe Wissen, Band Nr. 10, Teil 1 Handbuch. Wien

Haas, S./Pammer, C./Weigl, M./Winkler, P. (2013): Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien

Haas, S./Sagerschnig, S./Weigl, M. (2017): Frühe Hilfen. Leitfaden zum Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien

Haas, S./Weigl, M. (2017): Frühe Hilfen. Eckpunkte eines »Idealmodells« für Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien

Kaindl, M./Schipfer, R.K. (2017): Familien in Zahlen 2016. Statistische Informationen zu Familien in Österreich. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien

Knaller, C. (2013): Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen. Gesundheit Österreich GmbH/ Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Weinheim

Schachner, A./Hesse, N./Rappauer, A./Stadler-Vida, M. (2017): Umsetzung von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken in Österreich. Endbericht der summativen Evaluation. queraum. kultur- und sozialforschung. Wien

Shonkoff, J. P./Garner, A. S./American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2012): The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. In: Pediatrics, Volume 129, Issue 1, P. 232–246

Statistik Austria (2016a): Bildungsstandregister 2014. Wien

Statistik Austria (2016b): Tabellenband EU-SILC 2015. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien

Statistik Austria (2017): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick (Jahresdurchschnitt 2016). Wien

Stegeman, I./Costongs, C. (2012): The Right Start to a Healthy Life Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works? EuroHealthNet. Brüssel

Stoppacher, P./Endler, M. (2017): »Dran bleiben und sich immer wieder in Erinnerung bringen« – Netzwerke für eine erfolgreiche Zielgruppenarbeit. Endbericht der Begleitevaluation »Frühe Hilfen«. Institut für Arbeitsmarktbetreuung und -forschung. Graz

The Marmot Review (2010): Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review (30.08.2017)

(WHO) World Health Organisation (2013): Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen

WOLFGANG SIERWALD, CLAUDIA STROBEL-DÜMER UND CAROLINE KAUFMANN

# Das Programm »Gemeinsam stark – von Anfang an! Frühe Hilfen im SOS-Kinderdorf e.V.«

## Design und Ergebnisse der trägerweiten internen Evaluation

Das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend startete 2006 das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme«, an das 2012 mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen angeknüpft wurde. Es wendete sich vor allem an werdende Eltern und Familien mit Kindern unter drei Jahren. Im Rahmen des Programms sollten Mütter und Väter alltagspraktische Unterstützung erhalten und in ihrer Beziehungs- und Erziehungskompetenz gestärkt werden mit dem Ziel, den Kindern ein gesundes Aufwachsen in ihren Familien zu ermöglichen. Ein weiterer Fokus lag auf der Verbesserung des Kinderschutzes für junge Kinder. Lokale Netzwerke von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe sollten zudem die Zugänge zu entsprechenden Hilfeangeboten erleichtern.

Vor diesem Hintergrund beschloss der Vorstand des SOS-Kinderdorf e.V. 2011, sein Engagement im Bereich der Familienstärkung zu intensivieren und Frühe Hilfen zu einem erkennbaren Schwerpunkt des Vereins auszubauen. Dazu sollten vorhandene Angebote im Sinne dieses Konzepts weiterentwickelt und neue Angebote eingerichtet werden. Das Projekt »Gemeinsam stark – von Anfang an! Frühe Hilfen im SOS-Kinderdorf e.V.« hatte eine Laufzeit bis Ende 2016 und gilt als ein Baustein zur Umsetzung des strategischen Ziels im Verein, die Teilhabe von Kindern, Jugendlichen und Familien in erschwerten Lebenslagen zu erhöhen.

### Grundsätze des Frühe-Hilfen-Programms im SOS-Kinderdorf e.V.

Die fachliche Grundlage für die Angebotsentwicklung und die Evaluation bildeten die Begriffsbestimmung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen[1] sowie trägerspezifische Akzente. Frühe Hilfen im SOS-Kinderdorfverein

- richten sich an werdende Eltern und/oder Eltern mit Kindern in den ersten Lebensjahren (Schwerpunkt: bis dreijährige Kinder),
- haben eine präventive Ausrichtung,
- betonen den Bindungsaspekt,
- sind Angebote, die allen Eltern offenstehen, oder sind mit solchen verbunden,
- erfordern eine interne Vernetzung verschiedener Angebotsbereiche,
- sind Teil eines lokalen Versorgungsnetzwerks.

Um eine möglichst weitreichende Wirkung der Frühen Hilfen zu gewährleisten, legt der SOS-Kinderdorf e.V. besonderen Wert sowohl auf die interne Vernetzung der Angebote in den Einrichtungen als auch auf ihre externe Einbindung in andere Projekte, Einrichtungen und Netzwerke.

Bei der internen Vernetzung werden unterschiedliche Einzelleistungen aufeinander bezogen und bedarfsorientiert zu einem niedrigschwelligen Unterstützungs- und Hilfesystem für junge Familien verbunden. Dadurch sollen Zugangsschwellen für Familien abgebaut werden. Die Akteure in der Einrichtung kennen die jeweils anderen Angebote und Zuständigkeiten und sind auf eine Zusammenarbeit im Sinne der Frühen Hilfen eingestellt. Auf dieser Grundlage kann dann ein gemeinsamer Zielhorizont entwickelt werden.

Frühe Hilfen sollen zudem Teil eines lokalen und regionalen Unterstützungsnetzwerks sein, das vom öffentlichen Jugendhilfeträger gesteuert wird. Um dem gerecht zu werden, müssen alle beteiligten Akteure offen und aktiv aufeinander zugehen. Zu den wichtigsten Entwicklungszielen in diesem Bereich gehören die Mitarbeit am Aufbau eines Netzwerks Frühe Hilfen vor Ort, die Erarbeitung eines gemeinsamen, für alle Beteiligten transparenten Zielhorizonts, die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und gemeinsamer Grundsätze zur Netzwerkarbeit sowie die Abstimmung der Angebote untereinander und deren beständige Weiterentwicklung (vgl. dazu auch Nüsken 2015).

### Ausgangserhebung

Der SOS-Kinderdorfverein unterhielt 2011 über alle Bundesländer verteilt 43 Einrichtungen mit differenzierten Leistungsangeboten: Kinderdörfer, Jugendeinrichtungen, Mütterzentren und Mehrgenerationenhäuser, Beratungsstellen, Berufsausbildungszentren und Dorfgemeinschaften für Menschen mit Behinderungen.[2] Zu Beginn des Programms gab es keine systematischen Informationen darüber, aus welcher Ausgangslage heraus die verschiedenen Einrichtungen in die Entwicklung der Frühen Hilfen starten würden. Im Herbst 2011 wurde daher mithilfe einer Bestandsaufnahme überprüft, auf welchen internen Angebotsstrukturen, Kompetenzen und Netzwerken ein trägerspezifisches Frühe-Hilfen-Programm aufbauen könnte.

Es zeigte sich, dass 37 von 43 Einrichtungen insgesamt 688 Angebote und Dienstleistungen vorhielten, die von werdenden Eltern bzw. Kindern unter drei Jahren und deren Eltern genutzt wurden. Dazu zählten erwartungsgemäß viele, die nicht als Frühe Hilfen im engeren Sinne gelten können: So waren 70 % der erwähnten Angebote nicht spezifisch auf die Zielgruppe ausgelegt, sondern zum Beispiel für breitere Altersgruppen offen. Andere Angebote wie Kinderkrippen, Sozialpädagogische Familienhilfe oder Mutter-Kind-Wohngruppen richteten sich zwar gezielt an junge Familien, waren aber als reines Betreuungsangebot oder als Hilfe zur Erziehung nicht den Frühen Hilfen zuzuordnen. Einige Einrichtungen hatten im Rahmen eines lokalen Netzwerks bereits explizit Frühe Hilfen aufgebaut, andere agierten in einer Region, wo es bisher keinerlei entsprechende Angebote gab. 32 Einrichtungen waren mehr oder weniger intensiv an damals meist im Aufbau befindlichen lokalen Netzwerken beteiligt.

Aus der Bestandsaufnahme wurde der Schluss gezogen, dass es in vielen Einrichtungen bereits eine gute Basis für die Entwicklung, den Ausbau und die Vernetzung von Frühen Hilfen gab, dass diese Basis aber auch sehr unterschiedlich ausgeprägt war. Zudem wurde deutlich, dass eine klarere Aussage dazu notwendig war, was trägerintern unter Frühen Hilfen zu verstehen ist und welche strategischen Ziele der SOS-Kinderdorf e.V. dabei verfolgt. Damit verbunden waren auch Entscheidungen über interne Fördermöglichkeiten.

### Implementierung des Programms

Das Programm »Gemeinsam stark – von Anfang an! Frühe Hilfen im SOS-Kinderdorf e.V.« wurde als abteilungsübergreifendes Projekt unter der Regie des Ressorts Pädagogik umgesetzt und vom

1 Vgl. www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen

2 Durch organisationale Veränderungen wurden inzwischen sowohl Standorte zusammengelegt als auch neue Standorte eröffnet, sodass der Verein heute (Stand 2017) 38 Einrichtungen unterhält. Eine aktuelle Übersicht ist unter www.sos-fachportal.de zu finden.

Träger auf finanzieller, personeller und fachlicher Ebene unterstützt.

Es entstanden vielfältige Projekte, für die der Träger zunächst die Anschubfinanzierung übernahm. Im Laufe des Programms gelang es in allen Einrichtungen, Mittel der öffentlichen Hand zu akquirieren. So wurden an einigen Standorten Stellen für den Bereich Netzwerkkoordination sowie für Familienhebammen mit Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen auf- bzw. ausgebaut. Damit reduzierte sich zwischen 2012 und 2016 der Trägermitteleinsatz deutlich, und die Refinanzierungsquote stieg von etwa 15 % auf knapp 60 %.

Die Einrichtungen erarbeiteten sowohl für ihre bestehenden als auch für ihre geplanten Angebote Konzeptskizzen. Dabei wurden die Angebote hinsichtlich ihrer Passung zum Profil der Frühen Hilfen geprüft und optimiert. Auf dieser Basis fanden nach einer trägerweiten Impulsveranstaltung jährliche Konzeptwerkstätten statt, in denen es um die Ausgestaltung und Profilierung des Programms ging. Mit Bezug auf die vom Verein vertretenen Grundsätze wurden dabei zentrale Themen wie »Vernetzung« (2012), »Elternstärkung« (2013), »Risiken« (2014), »Niedrigschwelligkeit« (2015) und »Qualität« (2016) in den Blick genommen. Die Einrichtungen erhielten Informationen zum aktuellen Stand der Programmumsetzung sowie fachlichen Input und Methodenwissen zum jeweiligen Thema. Anschließend wurden Praxiserfahrungen vorgestellt, gemeinsam diskutiert und zu weiterführenden Erkenntnissen und Entwicklungsimpulsen verdichtet. So ging aus der Konzeptwerkstatt zur Elternstärkung sogar das neue Angebot »Spielen zu Hause«[3] hervor, bei dem als Spielbegleitende geschulte Studierende der Pädagogik und der Erziehungswissenschaft Familien zu Hause besuchen. Beim gemeinsamen entwicklungsgerechten Spielen werden die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz und die Kinder in ihrer Entwicklung gefördert.

Darüber hinaus war bei der Implementierung des Programms noch ein weiterer Aspekt zu berücksichtigen: die uneinheitliche Ausgangssituation in den Einrichtungen hinsichtlich der vorhandenen Angebotsstrukturen und Kompetenzen und damit auch des Unterstützungsbedarfs. Um dem zu begegnen, wurden vier Schwerpunkteinrichtungen mit sehr unterschiedlichen Grundvoraussetzungen ausgewählt und intensiver gefördert. Die dort gewonnenen Erfahrungen wurden an die anderen Einrichtungen weitervermittelt. So entstand beispielsweise in der Dorfgemeinschaft Grimmen, die bis 2012 noch keinerlei Frühe-Hilfen-Angebote vorhielt, ein neues Familien- und Nachbarschaftszentrum. Demgegenüber war in den Münchener Einrichtungen bereits vor Beginn des Programms eine sehr differenzierte spezifische Angebotsstruktur vorhanden. Dafür konnte dort die externe Vernetzung der Angebote deutlich verbessert werden.

Nach Abschluss des Programms Ende 2016 wurde dieses auf zwei Ebenen evaluiert: Zum einen wurden die Einrichtungen aufgefordert, ihre zu Beginn erstellten Konzeptskizzen zu aktualisieren und zu ergänzen.[4] So sollte überprüft werden, ob die Ziele des trägerinternen Förderprogramms erreicht wurden. Zum anderen bewerteten die Mütter und Väter die einzelnen Angebote (Nutzerbefragung). Dafür wurde ein Fragenkatalog im Baukastensystem entwickelt.

3 Nähere Informationen zum Angebot »Spielen zu Hause« finden sich im SOS-Fachportal: www.sos-fachportal.de/paedagogik/fachthemen/fruehehilfen

4 Wir danken Uta Kachel, die für die Durchführung dieses Evaluationsteils verantwortlich war und die Konzeptskizzen ausgewertet hat.

## Evaluation der Rahmenbedingungen

Jede Einrichtung hielt in einer allgemeinen Konzeptskizze fest, welche Angebote sie im Bereich Frühe Hilfen vorhält und wie sie intern und extern vernetzt ist. Zudem stellten die Verantwortlichen dar, was nach ihren Erfahrungen zum Gelingen der Angebote beiträgt und welche Entwicklungsperspektiven sie sehen.

Darüber hinaus waren die Einrichtungen aufgefordert, für jedes Frühe-Hilfen-Angebot eine eigene Konzeptskizze auszufüllen mit Angaben zu Inhalt, Ziel, Zielgruppe und Zugang zum Angebot sowie zur Anzahl der Familien, die damit erreicht werden. Außerdem wurde dokumentiert, wie viel Personal im Angebot gebunden ist und wie das Angebot intern vernetzt ist.

### Angebotsportfolio

21 SOS-Einrichtungen in ganz Deutschland füllten die Konzeptskizzen aus und bildeten so 172 Frühe-Hilfen-Angebote ab. Dabei zeigte sich deutlich, wie breit die Palette an Angeboten ist. In den meisten Einrichtungen gibt es niedrigschwellige Angebote wie Elterncafés oder Elterntreffs, die während der Öffnungszeiten allen Eltern zugänglich sind. Diese werden häufig mit Kinderbetreuung und informellen Beratungsangeboten verbunden, die wiederum den Zugang zu anderen – überwiegend präventiven – Angeboten eröffnen. Des Weiteren gibt es Eltern-Kind-Gruppen mit sehr unterschiedlichen Konzepten, zum Beispiel PEKiP, Bewegungs- oder Musikangebote. Einige stärken vor allem die Kompetenzen der Eltern, beispielsweise Geburtsvorbereitung, Babymassage, Beratungsangebote oder Elternbildungskurse wie das Landsberger Eltern-ABC. Viele Angebote richten sich an alle Eltern, manche auch an eine spezielle Zielgruppe, zum Beispiel Eltern mit spezifischem Migrationshintergrund oder Eltern in besonderen Belastungssituationen. Neben zahlreichen Veranstaltungen, die in der Einrichtung stattfinden und eine Komm-Struktur haben, gibt es auch Angebote, bei denen die Eltern zu Hause aufgesucht werden. Dazu gehören Willkommensbesuche, das Angebot »Spielen zu Hause« oder auch Familienhebammen. Die Palette reicht von Angeboten mit einer festen Teilnehmerstruktur für längere Zeit über Angebote mit sehr individuellen Nutzungsintensitäten bis hin zu Angeboten, die auf nur einen oder wenige Kontakte angelegt sind.

Zudem unterscheiden sich die Strukturen in den Einrichtungen. Während einige nur wenige Frühe Hilfen anbieten, haben andere ein sehr breites Portfolio mit spezifischen und vernetzten Angeboten, zum Teil an mehreren Standorten in einer Stadt oder Region. In manchen Einrichtungen sind auch sehr unterschiedliche Zugänge in einem integrierten Konzept zusammengefasst. Innerhalb dieser hier nur angedeuteten Angebotsvielfalt bewegen sich die Frühen Hilfen beim SOS-Kinderdorfverein. Dieser Befund macht bereits klar, warum eine einfache Evaluation mit einem standardisierten Fragebogen nicht möglich war.

Die Einrichtungen gaben in den Konzeptskizzen an, dass pro Monat zwischen 2.471 und 2.602 Eltern Angebote im Bereich Frühe Hilfen nutzen, zumeist mehrmals. Insgesamt wurden im Jahr 2016 rund 21.800 Familien erreicht. In der trägerinternen Berichterstattung werden unter der Kategorie »Offene Angebote« alle familienstärkenden Angebote erfasst, die keine Hilfen zur Erziehung sind, sowie andere offene Angebote, etwa Kulturveranstaltungen in den Einrichtungen. Für Angebote der Frühen Hilfen wurden 2016 im Jahresdurchschnitt 6.045 Nutzungen pro Monat erfasst, das sind 7,3 % aller Nutzungen offener Angebote. Dieser Anteil ist allerdings als untere Grenze anzusehen, da nicht alle Angebote der Frühen Hilfen in Abgrenzung von anderen offenen Angeboten erfasst werden.

### Vernetzung

Bei der Entwicklung der Frühen Hilfen spielt die interne und externe Vernetzung eine zentrale Rolle. 20 Einrichtungen führen an, dass ihre Angebote intern vernetzt sind, in einer ist das nur teilweise der Fall. Was die externe Vernetzung der Frühe-Hilfen-Angebote betrifft, so sehen 17 Einrichtungen diese als voll und drei Einrichtungen als teilweise umgesetzt. Eine Einrichtung ist extern nicht vernetzt. Ein tiefergehender Blick in die Konzeptskizzen zeigt, wie die Vernetzung der Angebote ausgestaltet ist und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen.

Bei der internen Vernetzung geht es darum, neu entwickelte wie auch bereits vorhandene Angebote in den Blick zu nehmen und gegebenenfalls neu zu organisieren. So können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Angebots auch andere Angebote in der Einrichtung wahrnehmen. Die interne Vernetzung wird dann als gelungen angesehen, wenn die Übergänge zwischen den verschiedenen Hilfen und Angebotsbereichen durchlässig sind. Dazu müssen die Erwartungen und Befürchtungen aller Beteiligten geklärt, die Schnittstellen der Angebote identifiziert und mögliche Kooperations-

formen konkret verabredet werden. In den Einrichtungen gestaltet sich das so, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Frühen Hilfen über alle Angebote im Haus informiert und in vielen Fällen sogar in mehreren Angeboten tätig sind. Auf diese Weise bilden sich angebotsübergreifende Teams, die gemeinsame Methoden und Verfahren sowie ein gemeinsames Fallverständnis entwickeln. Nutzerinnen und Nutzer werden zudem über andere Angebote informiert und unter Wahrung des Datenschutzes bei Bedarf dorthin weitervermittelt.

Systemübergreifende Aufgaben wie die Frühen Hilfen sind eine immense Herausforderung, die nur interdisziplinär bewältigt werden kann. Die Qualität der Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern der Jugendhilfe auf der einen und beispielsweise dem Gesundheitssystem auf der anderen Seite ist bei der Realisierung der Frühen Hilfen von großer Bedeutung. Beide Systeme verfügen über eigene Kompetenzen und Ressourcen, die sich wirksam ergänzen, wenn verschiedene Fachdisziplinen verbindlich zusammenarbeiten.

Einrichtungen, die an kommunalen bzw. regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken beteiligt sind, gehören diversen Arbeitskreisen und Gremien an (zum Beispiel Netzwerk für Familie, Stadtteilkonferenz, Netzwerk gesunde Kinder) und nehmen an regelmäßigen Netzwerktreffen teil. Dabei tauschen sich die verschiedenen Akteure inhaltlich über die Angebote aus und pflegen in einigen Fällen sogar einen Fachdiskurs. Darüber hinaus finden wechselseitige Hospitationen statt, und die Mitglieder organisieren die Vermittlung von Hilfen sowie gemeinsame Angebote und Veranstaltungen (zum Beispiel Themen- und Aktionstage für Familien). Daher kennen sich die Fachkräfte aus den unterschiedlichen Bereichen auch meist persönlich. Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen können sowohl Informationen in das Netzwerk einspeisen als auch Impulse aus dem Netzwerk in ihre eigene Einrichtung vermitteln. Oftmals entsteht eine Verantwortungsgemeinschaft, in der sich alle Beteiligten für die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses zur Netzwerkarbeit einsetzen und Grundsätze zur Zusammenarbeit festlegen. Auf diese Weise ergeben sich tragfähige und hilfreiche Vernetzungsstrukturen mit einem interdisziplinären Team.

## Nutzerbefragung im Baukastensystem

Im zweiten Teil der Evaluation wurden die Frühe-Hilfen-Angebote in den SOS-Einrichtungen von den Nutzerinnen und Nutzern mithilfe von Fragebögen bewertet. Die Fragebögen enthielten sowohl geschlossene Fragen zur Qualität des jeweiligen Angebots als auch offene Fragen zu Gelingensfaktoren, erreichten Zielen oder Empfehlungen für die Weiterentwicklung. Einige Fragen zu den Teilnehmenden selbst sollten Auskunft über die Eltern und ihre Kinder – und damit über die Zielgruppe der Angebote – geben.

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Angebote konnte kein standardisierter Fragebogen zum Einsatz kommen. Stattdessen wurde der Fragebogen als Baukastensystem angeboten. Die Einrichtungen konnten daraus die zu ihren Angeboten passenden Fragen auswählen und mithilfe einer Vorlage individuelle Fragebögen zusammenstellen und ausdrucken. Mit diesen selbst erstellten Fragebögen wurden die Erhebungen durchgeführt. Für die Auswertung stand den Einrichtungen eine anpassbare Excel-Datei zur Datenerfassung zur Verfügung, die auch erste Ergebnisse (Mittelwerte, deskriptive Auswertungen) als Tabelle und als Grafik ausgab.

Dieses Vorgehen wurde im Rahmen einer Konzeptwerkstatt mit Fachkräften vorgestellt und erprobt. Für die Erstellung des Fragebogens und die Auswertung wurde ein ausführlicher Leitfaden entwickelt, der es den meisten Einrichtungen möglich machte, die Erhebung eigenständig durchzuführen. Die Daten der Einrichtungen wurden im Sozialpädagogischen Institut des SOS-Kinderdorf e.V. zentral gesammelt und zusammengeführt.

Der Baukasten enthielt 28 geschlossene Fragen zur Qualität der Angebote. Diese Fragen deckten acht verschiedene Aspekte ab. Dabei beleuchteten die ersten beiden Aspekte die Situation zu Beginn der Hilfe:

- Zugang zum Angebot (Niedrigschwelligkeit)
- Informationen zum Angebot (Beteiligung und Transparenz)

Weitere vier Aspekte beschrieben die Prozessqualität während der Hilfe:

- Eltern – Wohlbefinden (positive Atmosphäre)
- Eltern – Bedarfsorientierung und Erwartungen (Qualität der fachlichen Betreuung im Hinblick auf die Bedarfsorientierung)
- Kind – Wohlbefinden (positive Atmosphäre)
- Kind – Betreuungsqualität (Qualität der fachlichen Betreuung im Hinblick auf das Kind)

Die letzten beiden Aspekte bewerteten das Ergebnis der Hilfe und die Gesamtqualität:

- Eltern – Zielerreichung (Ziele der Eltern sowie Ziele im Hinblick auf die Eltern-Kind-Beziehung)
- Angebot – Bewertung des Angebots insgesamt (Gesamtqualität)

Zu jedem Aspekt wurden mehrere Fragen entwickelt. Die Einrichtungen konnten sich entscheiden, alle oder nur einen Teil der Aspekte zu berücksichtigen, und sie konnten bei jedem Aspekt eine Fragenauswahl treffen. Zudem war es ihnen freigestellt, weitere Aspekte einzubeziehen oder eigene Fragen zu den Aspekten zu formulieren. Des Weiteren enthielt der Baukasten Vorschläge für offene Fragen und zu soziodemografischen Daten.

### Die Verwendung der Einzelfragen

Im vorgegebenen Zeitraum (Januar bis Mai 2017) haben 21 Einrichtungen an der Befragung teilgenommen und dabei 101 der 172 Angebote evaluiert. Manche Einrichtungen konnten die Befragung im geplanten Zeitabschnitt nicht zu allen Angeboten durchführen, einige Angebote sind außerdem zeitlich begrenzt und fanden im Erhebungszeitraum nicht statt. Insgesamt wurden 971 Fragebögen ausgefüllt und erfasst, davon liegen 903 als Einzeldatensätze vor. Eine Einrichtung hat die Daten kumuliert weitergegeben (Häufigkeitsauszählungen).

Pro Einrichtung wurden zwischen fünf und 116 Fragebögen ausgefüllt, pro Angebot zwischen einem und 37 Fragebögen (vgl. Tab. 1). Die Anzahl der ausgegebenen Fragebögen wurde nicht erfasst, somit kann keine Aussage zu einer individuellen Responserate getroffen werden.

Das Baukastensystem wurde in den Einrichtungen sehr unterschiedlich genutzt. So variierte die Länge der Fragebögen von fünf geschlossenen Fragen bis hin zu allen vorgegebenen 28 Fragen. Auch für jeden Aspekt wurden die Fragen unterschiedlich eingesetzt – beim Aspekt »Zugang zum Angebot« waren es zum Beispiel 56-mal eine, 29-mal zwei und 14-mal alle drei Fragen. In drei Fragebögen wurde dieser Aspekt gar nicht erfasst.

Zur Bewertung des Angebots und seines Nutzens standen den Einrichtungen auch fünf offene Fragen zur Auswahl, die sie beliebig in ihre Fragebögen integrieren konnten. Sie verwendeten mindestens eine und höchstens alle fünf Fragen (vgl. Tab. 2).

Um auch Daten zu den Nutzerinnen und Nutzern ermitteln zu können, bot der Baukasten mehrere Fragen an. In über 90 % der Fragebögen wurden Alter und Geschlecht des antwortenden Elternteils sowie der Zugangsweg zum Angebot erhoben. Ebenso häufig wurde abgefragt, ob die Nutzerinnen und Nutzer das Angebot bereits weiterempfohlen haben. 88 % der Fragebögen erfassten das Alter der Kinder zu Beginn des Angebots, 65 % auch das Alter am Ende der

TABELLE 1: Verteilung der Rückläufe in Einrichtungen und Angeboten

| Ausgefüllte Fragebögen | Einrichtungen |
|---|---|
| 1 bis 19 | 4 |
| 20 bis 49 | 7 |
| 50 bis 79 | 5 |
| 80 und mehr | 4 |

| Ausgefüllte Fragebögen | Angebote |
|---|---|
| 1 bis 5 | 32 |
| 6 bis 10 | 25 |
| 11 bis 20 | 27 |
| 21 und mehr | 7 |

Quelle: SOS-Kinderdorf e.V., Evaluation Frühe Hilfen 2017

TABELLE 2: Offene Fragen und deren Verwendung

| Offene Fragen | Eingesetzt in … Fragebögen |
|---|---|
| Was hat Ihnen bei diesem Angebot besonders geholfen/gefallen? | 90 |
| Welchen Nutzen ziehen Sie für sich und Ihr Kind aus diesem Angebot? | 52 |
| Haben Sie Empfehlungen, was an dem Angebot noch besser werden könnte? | 93 |
| Weitere Anmerkungen | 58 |
| Was möchten Sie noch sagen? | 91 |

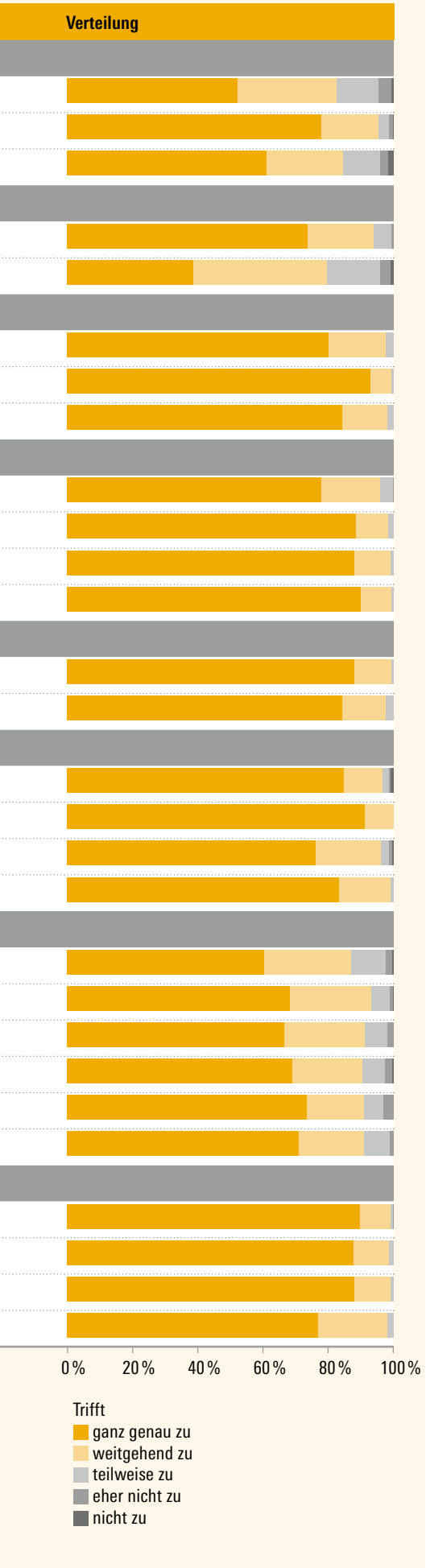
Quelle: SOS-Kinderdorf e.V., Evaluation Frühe Hilfen 2017

ABBILDUNG 1: Nutzerbefragung: Verwendung der Einzelfragen und Bewertungen der Angebotsqualität

| QUALITÄTSASPEKT: Einzelfrage | Verwendung | Gültige Antworten | |
|---|---|---|---|
| **Zugang zum Angebot** | | | |
| Ich konnte leicht etwas über das Angebot erfahren. | 74,5 % | 680 | 70,0 % |
| Es wurde mit leicht gemacht, das erste Mal in dieses Angebot zu kommen. | 50,0 % | 543 | 55,9 % |
| Ich habe zum richtigen Zeitpunkt von dem Angebot erfahren. | 28,4 % | 264 | 27,2 % |
| **Informationen zum Angebot** | | | |
| Ich wurde vor Beginn/zu Beginn sehr gut informiert. | 55,9 % | 511 | 52,6 % |
| Ich wusste ganz gut, was mich in diesem Angebot erwartet. | 43,1 % | 274 | 28,2 % |
| **Eltern – Wohlbefinden** | | | |
| Die Atmosphäre im Angebot finde ich sehr angenehm. | 81,4 % | 763 | 78,6 % |
| Die Mitarbeiter/-innen gehen sehr freundlich mit den Eltern um. | 55,9 % | 478 | 49,2 % |
| Ich komme immer gerne hierher/zu den Veranstaltungen. | 47,1 % | 386 | 39,8 % |
| **Eltern – Bedarfsorientierung und Erwartungen** | | | |
| Das Angebot passt gut zu mir und meinem Kind sowie zu unserer Lebenssituation. | 73,5 % | 550 | 56,6 % |
| Die Mitarbeiter/-innen sind gut auf meine Bedürfnisse eingegangen. | 55,9 % | 608 | 62,6 % |
| Die Mitarbeiter/-innen sind gut auf meine Anliegen eingegangen. | 43,1 % | 418 | 43,0 % |
| Die Mitarbeiter/-innen haben meine Fragestellungen gut verstanden. | 14,7 % | 148 | 15,2 % |
| **Kind – Wohlbefinden** | | | |
| Mein Kind fühlt sich hier wohl. | 78,4 % | 726 | 74,8 % |
| Die »Spiel-Termine« haben meinem Kind Freude bereitet. | 14,7 % | 119 | 12,3 % |
| **Kind – Betreuungsqualität** | | | |
| Die Mitarbeiter/-innen gehen sehr einfühlsam mit den Kindern um. | 38,2 % | 267 | 27,5 % |
| Die Mitarbeiter/-innen können/konnten sehr gut mit meinem Kind umgehen. | 29,4 % | 290 | 29,9 % |
| Mein Kind wird hier sehr gut betreut. | 21,6 % | 200 | 20,6 % |
| Die Mitarbeiter/-innen konnten sehr gut mit den speziellen Bedürfnissen meines Kindes umgehen. | 17,6 % | 179 | 18,4 % |
| **Eltern – Zielerreichung** | | | |
| Ich fühle mich durch das Angebot sicherer im Umgang mit meinem Kind. | 64,7 % | 508 | 52,3 % |
| Wenn es Probleme mit meinem Kind geben sollte, weiß ich jetzt, was ich tun kann oder an wen ich mich wenden kann. | 62,7 % | 530 | 54,6 % |
| Ich kann jetzt die Bedürfnisse meines Kindes besser verstehen und gut damit umgehen. | 36,3 % | 280 | 28,8 % |
| Das Angebot hat mir dabei geholfen, gut mit meinem Kind umzugehen. | 34,3 % | 299 | 30,8 % |
| Ich mache mir jetzt weniger Sorgen, wie sich die Beziehung zu meinem Kind entwickeln wird. | 15,7 % | 153 | 15,8 % |
| Ich konnte schon vieles über den Umgang mit meinem Kind lernen. | 15,7 % | 154 | 15,9 % |
| **Angebot – Bewertung des Angebots insgesamt** | | | |
| Ich würde das Angebot jederzeit einer Freundin/einem Freund in einer ähnlichen Situation empfehlen. | 84,3 % | 741 | 76,3 % |
| Insgesamt bewerte ich das Angebot als sehr gut. | 69,6 % | 675 | 69,5 % |
| Ich bin sehr froh, dass ich mich dazu entschlossen habe, das Angebot wahrzunehmen. | 43,1 % | 403 | 41,5 % |
| Das Angebot hat meine Erwartungen voll erfüllt. | 31,4 % | 159 | 16,4 % |

Verwendung: Anteil der Fragebögen, in denen diese Frage eingesetzt wurde (N=101). Gültige Antworten: Anzahl und Anteil der gültigen Fragebögen (N=971). Verteilung: Verteilung der gültigen Werte

Quelle: SOS-Kinderdorf e.V., Evaluation Frühe Hilfen 2017




Hilfe bzw. zum Zeitpunkt der Befragung. In 81 % der Fragebögen wurde ermittelt, wie häufig die Eltern das jeweilige Angebot nutzen. Letztere Informationen lassen sich allerdings nicht übergreifend auswerten, weil in den Fragebögen unterschiedliche Frequenzen abgefragt bzw. verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben wurden.

### Die Nutzerinnen und Nutzer der Angebote

Von den fast 1.000 ausgewerteten Fragebögen wurden 95 % von Frauen ausgefüllt. Wie bei vergleichbaren Befragungen (vgl. die Beiträge von Weigl/Haas und Salzmann u.a. in diesem Heft) zeigt sich auch hier sehr deutlich, dass die Angebote der Frühen Hilfen überwiegend Mütter erreichen.

Die Altersverteilung der Teilnehmerinnen entspricht in etwa der der Mütter mit zweijährigen Kindern in der Bevölkerung (vgl. Destatis 2017, eigene Auswertungen). Der Mittelwert liegt bei ca. 32 Jahren, am häufigsten vertreten sind die 30- bis 34-Jährigen. Junge Eltern unter 25 Jahren machen nur einen kleinen Anteil von knapp 10 % der Nutzerinnen und Nutzer aus.

Zu Beginn der Teilnahme befanden sich die meisten Kinder (60 %) im ersten Lebensjahr, ca. 30 % im zweiten oder dritten Lebensjahr. Nur etwa 4 % der Eltern kamen bereits vor der Geburt ihres Kindes. Im Mittel waren die Kinder zu Beginn etwa zwölf Monate alt, am Ende bzw. zum Zeitpunkt der Erhebung etwa zehn Monate älter.

Merkmale, die zur Einschätzung einer Belastungs- oder Gefährdungslage beitragen könnten (zum Beispiel Familienstatus, Migrationshintergrund oder der Bezug von Transferleistungen; vgl. ebenfalls die Beiträge von Weigl/Haas und Salzmann u.a. in diesem Heft), wurden nicht erhoben.

## Bewertung der Angebote

Die befragten Nutzerinnen und Nutzer äußern sich grundsätzlich sehr positiv zu den Frühen Hilfen. Sie sind zufrieden mit den Angeboten und den Rahmenbedingungen. Auf einer Fünferskala mit den Abstufungen »Trifft ganz genau zu«, »Trifft weitgehend zu«, »Trifft teilweise zu«, »Trifft eher nicht zu« und »Trifft nicht zu« wurden bei 18 der 28 Fragen zu über 95 % die beiden positiven Antworten gegeben. Bei weiteren zehn Fragen bewegte sich die Zustimmung immer noch zwischen fast 80 % und 93,5 % (vgl. Abb. 1). Diese überaus positive Bewertung ist sicherlich auch auf die Selektivität der Befragten zurückzuführen, auf die am Ende des Beitrags nochmals eingegangen wird. Zunächst sollen jedoch die Ergebnisse zu den abgefragten Aspekten kurz dargestellt und mit den Antworten zu den offenen Fragen verknüpft werden.

### Qualitätsaspekte zu Beginn der Hilfe

Zum Aspekt des *Zugangs zum Angebot* fanden die Einrichtungen im Baukasten drei Einzelfragen vor, die in den Fragebögen unterschiedlich häufig eingesetzt wurden. In 97 % der Fragebögen wurde mindestens eine dieser Fragen gestellt, in 85 % mehr als eine Frage. 95 % der Antwortenden sind voll und ganz bzw. weitgehend der Meinung, dass es ihnen leicht gemacht wurde, das erste Mal in das Angebot zu kommen; 85 % wurden zum richtigen Zeitpunkt darauf aufmerksam. Etwas schwieriger war es offenbar, etwas über das Angebot zu erfahren: Hier sagen

immerhin 18 %, dass ihnen dies nicht unbedingt leichtgefallen ist.

Auch in den Antworten auf die offenen Fragen wird der Zugang zum Angebot positiv bewertet. Einige schätzen besonders die Angebote ohne Kursstruktur und Anmeldung, zu denen auch »neue« Eltern jederzeit kommen können. Andere loben die Offenheit und Flexibilität sowie die Ungezwungenheit der Angebote. Wieder andere finden es gut, einen regelmäßigen festen Termin pro Woche zu haben, der Struktur in den Familienalltag bringt.

87 % der Befragten haben zudem angegeben, auf welchem Weg sie von dem Angebot erfahren haben. Die Hälfte der Befragten nennt hier persönliche Empfehlungen von Bekannten oder Verwandten. Durch Öffentlichkeitsarbeit in Medien oder mit Flyern wurden 30 % auf die Angebote aufmerksam. Etwa jede/-r Fünfte kam über institutionelle Weiterempfehlungen, also durch Ärztinnen und Ärzte, Hebammen oder das Jugendamt bzw. den Allgemeinen Sozialen Dienst in das Angebot. Auf die offene Frage, was am jeweiligen Angebot noch verbessert werden könnte, wird als ein Aspekt von vielen der Wunsch nach mehr Werbung und Öffentlichkeitsarbeit angeführt. Einige Eltern regen an, in ärztlichen Praxen oder lokalen Medien auf das Angebot aufmerksam zu machen sowie mehr Informationen über das Angebot zu verbreiten und zur Verfügung zu stellen. Auch im Internet sollten die Angebote gut beschrieben werden.

Zwei Einzelfragen, die zumeist alternativ genutzt wurden, widmeten sich den *Informationen zum Angebot.* 93,5 % der befragten Nutzerinnen und Nutzer können voll oder weitgehend bejahen, vor Beginn sehr gut informiert worden zu sein. Der Aussage, dass sie ganz gut wussten, was sie bei dem Angebot erwartet, stimmen fast 39 % voll zu – das ist der geringste Anteil im Vergleich zu allen anderen Einzelfragen. Für annähernd 41 % trifft die Aussage weitgehend zu, für etwas mehr als 16 % nur teilweise, für 4,4 % nicht oder eher nicht. Damit wurde dieser Aspekt in der gesamten Erhebung am kritischsten bewertet.

### Qualitätsaspekte während der Hilfe

Nach den Aspekten rund um die Anfangsphase der Angebote geht es im Folgenden um die Zeit während der Beratung oder Betreuung. Dabei werden zwei eltern- und zwei kindorientierte Aspekte in den Blick genommen.

Drei Einzelfragen zielten auf die Atmosphäre im Angebot und auf das *Wohlbefinden der Eltern* ab. Dieser Aspekt wurde in 95 % der Fragebögen aufgegriffen. Ob die Atmosphäre im Angebot angenehm sei, wurde in mehr als 80 % der Fragebögen abgefragt. Rund 80 % der Nutzerinnen und Nutzer konnten dem voll zustimmen, ca. 17 % weitgehend. Nur 2,8 % erlebten hier Einschränkungen. Noch höhere Zustimmung gab es zu den seltener genutzten Fragen, ob die Eltern gerne in das Angebot kommen und ob die Fachkräfte freundlich mit den Eltern umgehen.

Auch in ihren Antworten auf die offenen Fragen heben die Eltern die angenehme Atmosphäre und die gute Stimmung in den Frühe-Hilfen-Angeboten hervor. Die Familien fühlen sich willkommen und angenommen. Der Umgang ist freundlich, ungezwungen und offen; es wird ein familiäres Umfeld beschrieben. Eine Mutter bringt dies folgendermaßen auf den Punkt: »Hier fühle ich mich wie zu Hause. Ich kann hier entspannen und viele Leute kennenlernen. Alle Mitarbeiter sind sehr nett.«

Anhand von vier Einzelfragen konnte ermittelt werden, inwieweit das Angebot zu den *Bedarfen der Eltern* passt und ob die Fachkräfte auf die *Bedürfnisse der Eltern* eingehen. Der am häufigsten eingesetzten Aussage »Das Angebot passt gut zu mir und meinem Kind sowie zu unserer Lebenssituation« können fast 78 % der dazu Befragten voll und weitere 18 % weitgehend zustimmen. Nur 4,2 % sehen das anders. Die anderen drei Aussagen wurden häufig alternativ als zweite Frage in die Fragebögen aufgenommen. Die Zustimmungsraten fallen hier sogar noch höher aus als bei der ersten Frage.

Die Antworten auf die offenen Fragen zeigen, dass die Angebote der Frühen Hilfen in einer vertrauensvollen Umgebung stattfinden, in der die Eltern emotional unterstützt werden und Unsicherheiten und Ängste abbauen können. Sie fühlen sich dort ernst genommen, können Fragen stellen und lernen, ihre Problemlagen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Darüber hinaus erleben sie große Hilfsbereitschaft und werden bei Bedarf an die richtigen Stellen weitervermittelt. Nicht zuletzt wird auf die Kinder eingegangen, und die Fachkräfte haben einen kompetenten Blick für Familien in besonderen Situationen (zum Beispiel Kinder mit Behinderung oder Familien bzw. Mütter mit mehreren Kindern).

Des Weiteren enthielt der Baukasten zwei Einzelfragen dazu, wie die Eltern das *Wohlbefinden ihres Kindes* während des Angebots einschätzen. Der sehr häufig verwendeten Aussage »Mein Kind fühlt sich hier wohl« konnten fast 88 % der dazu befragten Eltern voll zustim-

men, 11,4 % weitgehend. Lediglich 1,1 % erlebten hier stärkere Einschränkungen. Die Frage, ob die »Spiel-Termine« dem Kind Freude bereiteten, wurde nur selten gestellt, aber fast ebenso positiv beantwortet.

Der Aspekt der *Kinderbetreuung* wurde – ähnlich wie der vorhergehende Aspekt – in etwa 20 % der Fragebögen nicht thematisiert. Dieser Befund ist damit zu erklären, dass es eine Reihe von (vor allem beratungsorientierten) Angeboten gibt, bei denen die Kinder nicht dabei sind. In einigen Angeboten kümmern sich durchgehend die Eltern um ihr Kind, sodass eine Betreuung durch die Fachkräfte keine Rolle spielt. Die vier Einzelfragen wurden meist alternativ zueinander verwendet; pro Fragebogen kam also häufig nur eine Frage zum Einsatz. Die Aussage »Die Mitarbeiter/-innen gehen sehr einfühlsam mit den Kindern um« wurde mit 38 % am häufigsten verwendet und erhielt von rund 85 % der dazu Befragten volle und von 12 % weitgehende Zustimmung. Bei den anderen Aussagen ergeben sich ähnlich hohe Zustimmungsraten, sodass die Betreuung der Kinder insgesamt sehr positiv bewertet wird.

In ihren Antworten auf die offenen Fragen berichten die Eltern, dass die Kinder neue Spielanregungen und die Möglichkeit erhalten, mit anderen Kindern in Kontakt zu kommen. Der Austausch unter Gleichaltrigen wird besonders hervorgehoben und von einigen Eltern als sehr bereichernd beschrieben. Durch das gemeinsame Spiel entstehen Freundschaften, die Kinder lernen voneinander und können Gruppenerfahrungen sammeln. Gelobt wird auch der Fokus auf die Weiterentwicklung des Kindes: Die Eltern nehmen das eigene Kind als offener und nicht mehr so anhänglich wahr. Zudem werden die Kinder durch die motorische und kognitive Förderung gut auf den Kindergarten vorbereitet. Einige Nutzerinnen und Nutzer merken auch positiv an, dass die Kinder, die in den Angeboten betreut werden, eine kurze Zeit ohne ihre Eltern verbringen. Dies wird als wichtige Entlastung erlebt.

### Qualitätsaspekte Zielerreichung und Gesamtbewertung

In sechs Einzelfragen wurden mögliche elternbezogene Ziele der Frühen Hilfen formuliert. Der Aspekt der *Zielerreichung* ist in allen Fragebögen vertreten – zum Teil mit angepassten Fragen, oft auch mit drei oder vier Fragen. Am häufigsten wurde die Aussage »Ich fühle mich durch das Angebot sicherer im Umgang mit meinem Kind« eingesetzt. Rund 60 % der dazu befragten Eltern stimmen dieser Aussage voll zu, fast 27 % weitgehend. Dagegen sehen 10,4 % dieses Ziel nur teilweise, 2,6 % nicht oder eher nicht erfüllt. Bei dieser Einzelfrage werden somit die meisten Einschränkungen in der Zielerreichung geäußert. Weitere vier Aussagen, die sich auf erweiterte elterliche Kompetenzen im Umgang mit dem Kind beziehen, kamen weniger häufig zum Einsatz und zeigen etwas höhere Zustimmungswerte.

In 64 % der Fragebögen geht es außerdem um eine weitere Zieldimension: »Wenn es Probleme mit meinem Kind geben sollte, weiß ich jetzt, was ich tun kann oder an wen ich mich wenden kann.« Anhand dieser Aussage sollte ermittelt werden, inwiefern die Eltern um weitere Unterstützungsformen wissen, auch wenn das Kind schon älter ist. Etwas mehr als 68 % der hierzu Befragten äußerten volle, fast 25 % weitgehende Zustimmung, 7 % sehen dieses Ziel nur teilweise oder (eher) nicht erfüllt.

Bei der Auswertung der offenen Fragen wird deutlich, dass für die Eltern die Möglichkeit und die Gestaltung des Austauschs untereinander eine wichtige Rolle spielen. Für sie steht im Vordergrund, soziale Kontakte zu knüpfen und Freundschaften aufzubauen. Sie schätzen es, mit anderen Eltern ins Gespräch zu kommen. Darüber hinaus nehmen sie Angebote in den verschiedensten Bereichen wahr – vom Spielen und Tanzen über Musik, Theater und Kreativität bis hin zu Sport- und Bewegungsangeboten, Psychomotorik, Kochen und Konzentrationstraining. Viele heben hervor, dass sie gerne zu den Angeboten der Frühen Hilfen kommen und dass ihnen die Aktivitäten in einer entspannten Umgebung viel Spaß bereiten. Die Eltern genießen es, »gemeinsam etwas Schönes zu machen« und Abwechslung im Alltag zu erleben.

Die Eltern haben in den Angeboten der Frühen Hilfen zudem gelernt, aktiv zuzuhören und auch selbst zu erzählen. Sie haben interessante Gespräche geführt und Sicherheit gewonnen. Darüber hinaus fühlen sich die Eltern mit ihren Problemen nicht mehr allein, sind weniger gestresst und machen sich weniger Sorgen. Sie sind dankbar, einen zusätzlichen Ansprechpartner in Erziehungsfragen zu haben. Neben individueller, persönlicher Beratung haben die Eltern Anregungen für den Umgang mit ihrem Kind erhalten. Ihnen wurde wertvolles Wissen rund um die Entwicklung und Förderung ihres Kindes vermittelt (zum Beispiel Informationen zum Stillen/Abstillen, zu Säuglingsnahrung und zur Kinderernährung). Sie geben an, dass sie im Umgang

mit ihrem Kind bzw. in schwierigen Situationen sicherer und ruhiger geworden sind und jetzt besser wissen, an wen sie sich bei Bedarf wenden können.

Ein wichtiger Faktor für den Erfolg der Frühe-Hilfen-Angebote scheinen freundliche und kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sein, die ihr Fachwissen einbringen und pädagogische Ratschläge geben. Die Eltern betonen, dass es sehr hilfreich ist, wenn in den Angeboten – auch in den offenen – pädagogisches Fachpersonal zur Verfügung steht. Lobend wird erwähnt, dass die Fachkräfte zuhören können, Verständnis und Empathie zeigen, engagierte Ansprechpartnerinnen und -partner in Notfällen sind, motivieren und in Gesprächen behutsam vorgehen. Die Eltern schätzen die individuelle Beratung, für die sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter viel Zeit nehmen. Bei Vorträgen profitieren die Eltern von der Kompetenz und dem Fachwissen der Referierenden, die gut auf ihre Fragen eingehen. Insgesamt erleben die Eltern in den Angeboten der Frühen Hilfen eine hohe Fachlichkeit und berichten, dass sie kompetent begleitet und unterstützt werden.

Zu guter Letzt ging es in vier Einzelfragen um eine *Gesamtbewertung* des Angebots. 70 % der Fragebögen enthielten die Aussage »Insgesamt bewerte ich das Angebot als sehr gut«. Sie wurde von rund 87 % der dazu Befragten als voll zutreffend und von fast 11 % als weitgehend zutreffend beurteilt. Ähnlich hohe Zustimmungswerte gab es bei den anderen Einzelfragen. Die Aussage »Ich würde das Angebot jederzeit einer Freundin/einem Freund in einer ähnlichen Situation empfehlen« wurde in 84 % der Fragebögen eingebunden. 89 % der dazu befragten Eltern konnten ihr voll, 10 % weitgehend zustimmen. Dazu passt auch, dass 74 % der 793 Befragten angeben, das Angebot schon mindestens einmal weiterempfohlen zu haben.

Die offenen Fragen werden häufig genutzt, um das Angebot, die Einrichtung und die Fachkräfte zu loben und sich zu bedanken. Die nachfolgenden Zitate stehen stellvertretend für das insgesamt sehr positive Feedback: »Sie leisten eine tolle Arbeit. Danke für die Unterstützung und das Dasein. Toll, dass es Sie gibt.«; »Vielen Dank für dieses schöne Angebot.«; »Macht weiter so!« Es gibt aber auch Eltern, die sich für das Angebot eine andere Struktur wünschen. Sie regen an, Frequenz, Dauer und/oder Uhrzeit der Angebote zu verändern, die Orte kindgerechter zu gestalten (Spielsachen anders anordnen, Räume und Außenbereiche schöner einrichten) und das pädagogische Angebot zu verbessern (zum Beispiel den Kindern mit mehr Empathie begegnen oder die Eingewöhnungsphase verlängern).

### Zusammenhänge zwischen den Qualitätsaspekten

Inwieweit haben der Zugang und die Informationen zum Angebot Einfluss darauf, wie die Nutzerinnen und Nutzer dieses erleben? Was trägt zur Einschätzung der Zielerreichung und zur Gesamtbewertung eines Angebots bei? Im Hinblick auf diese Fragen werden nachfolgend die Zusammenhänge zwischen den Qualitätsaspekten untersucht.

Dafür ist es in einem ersten Schritt notwendig, Indikatoren für die einzelnen Aspekte zu erstellen. Aufgrund der ungleichen Nutzungen der Fragen liegt allerdings nur eine Datenmatrix mit sehr vielen fehlenden Werten vor. Da diese Lücken nicht zufällig, sondern durch die Auswahl der Fragen bewusst gestaltet sind, lassen sich die meisten Schätzmethoden, zum Beispiel die Bildung eines Mittelwertes, angesichts der unvollständigen Daten nicht sinnvoll einsetzen. Vor diesem Hintergrund haben wir uns dazu entschlossen, für jede befragte Person jeweils diejenige Einzelfrage pro Qualitätsaspekt heranzuziehen, die sie am kritischsten beurteilt hat. Der entsprechende Wert wurde als Minimalwert für den Qualitätsaspekt ausgewiesen und dient im Folgenden als Indikator. Mit diesem Indikator wird erfasst, ob die betreffende Person sich bei der Beantwortung der Einzelfragen zu einem Aspekt in mindestens einer Frage kritisch äußert, auch wenn sie andere Fragen möglicherweise (sehr) positiv bewertet. Wir sehen also, ob diese Person zu dem jeweiligen Aspekt überhaupt kritische Anmerkungen gemacht hat. In der Gesamtverteilung können wir dementsprechend abschätzen, wie viele Personen zu einem Qualitätsaspekt mindestens eine kritische Anmerkung in der angegebenen Ausprägung haben.

Da die Auswahl der Fragen den Einrichtungen überlassen war, wurden den Nutzerinnen und Nutzern womöglich Fragen nicht gestellt, zu denen sie sich kritischer geäußert hätten als zu den tatsächlich gestellten Fragen. Somit gibt der Indikator für jede Person einen Mindestwert ihrer kritischen Anmerkungen wieder. In der Gesamtverteilung wird also – bedingt durch die Fragenauswahl – der Anteil an Personen mit kritischen Anmerkungen zu einem Qualitätsaspekt unterschätzt.

Die Verwendung eines solchen Minimalwertes erlaubt eine größtmögliche

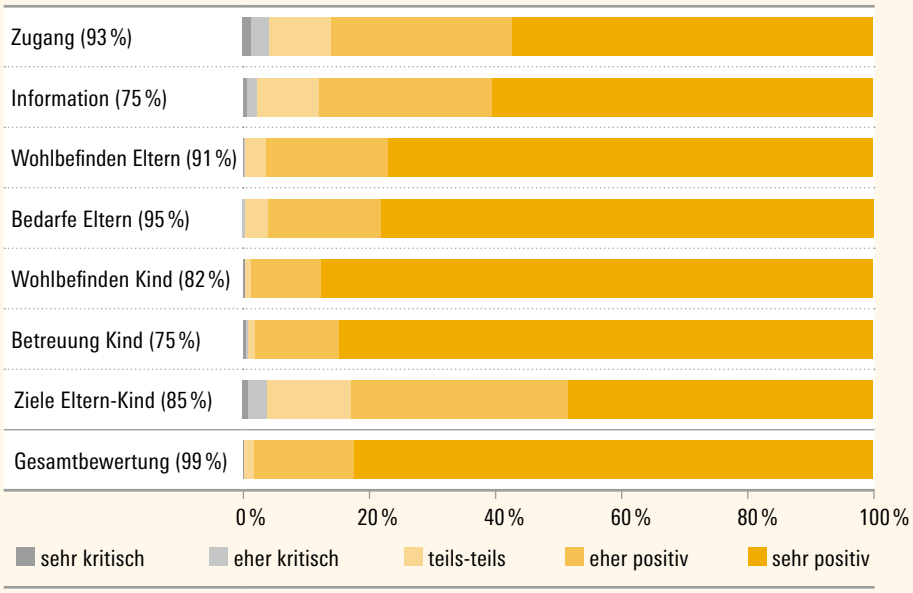
Ausschöpfung der Stichprobe für Zusammenhangsanalysen, da alle Personen mit mindestens einem gültigen Wert je Qualitätsaspekt in die Analyse einbezogen werden. Aufgrund der stark schiefen Verteilung der Werte in den Fragen hat der Minimalwert zudem den Vorteil, im Vergleich zu anderen Indikatoren (Einzelitems, Mittelwert, Median, Maximalwert) die größte Varianz aufzuweisen (vgl. Abb. 2).

Die Verteilungen zeigen, dass selbst bei Heranziehen der Minimalwerte die Bewertungen der Qualitätsaspekte immer noch sehr positiv ausfallen. Deshalb wurden vor der Berechnung der Regressionsmodelle die Minimalwerte trichotomisiert, d.h. die drei unteren Kategorien (sehr kritisch, kritisch, teils-teils) wurden zu einer zusammengefasst. Trotzdem sind die im Folgenden dargelegten Ergebnisse aufgrund der Schiefe der Verteilungen und der Indikatorenbildung als explorativ zu werten.

Zunächst wurden die Aspekte, die das Erleben des Angebots beschreiben, in einzelnen Modellen auf die zeitlich vorgelagerten Aspekte des Zugangs und der Information regrediert. Anschließend wurden alle diese Variablen schrittweise in das Modell zur Zielerreichung und nachfolgend in das Modell zur Gesamtbewertung eingeführt (vgl. Abb. 3).

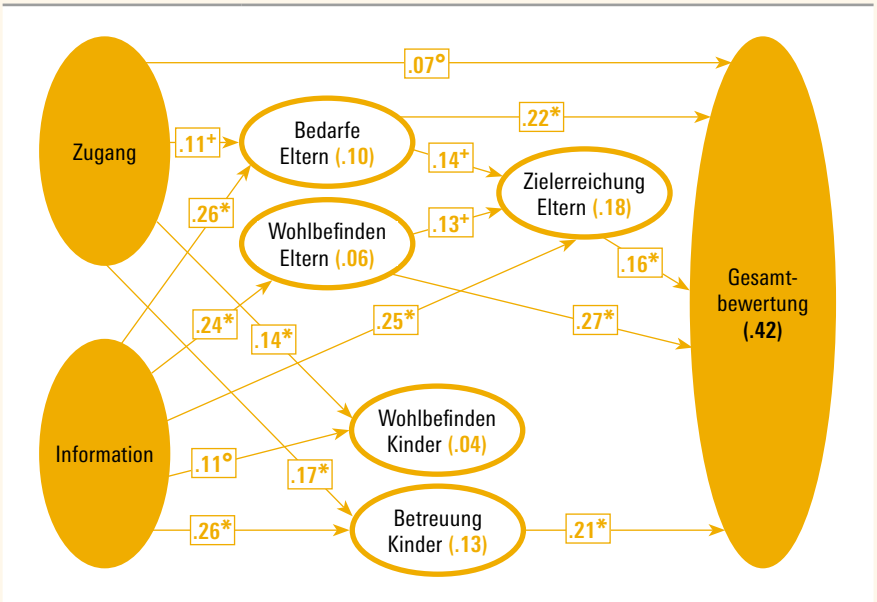
Es zeichnet sich ab, dass gute Informationen zu Beginn des Angebots nicht nur eine Voraussetzung für eine umfassende Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer sind, sondern dass sie auch dazu beitragen, dass Frühe Hilfen in allen erfassten Aspekten positiv erlebt werden. Ähnliches gilt für den niedrigschwelligen Zugang, allerdings in geringerem Ausmaß. Für die Zielerreichung ist ebenfalls

ABBILDUNG 2: Verteilung der Minimalwerte der zum jeweiligen Qualitätsaspekt beantworteten Einzelfragen




Prozentangaben nach Qualitätsaspekt: Anteil gültiger Werte. N=903
Quelle: SOS-Kinderdorf e.V., Evaluation Frühe Hilfen 2017

ABBILDUNG 3: Pfadmodell Nutzerbefragung




Schrittweise multiple Regression mit paarweisem Ausschluss fehlender Werte
Alle Teilmodelle signifikant auf dem .05-Niveau
(.nn): durch das Teilmodell erklärter Varianzanteil der Variable
Signifikanzen der Pfade: ° < 5 %, + < 1 %, * < 0,1 %
Quelle: SOS-Kinderdorf e.V., Evaluation Frühe Hilfen 2017

eine gute Ausgangsinformation zentral, sowohl direkt als auch indirekt über die Aspekte der Bedarfsorientierung und des Wohlbefindens der Eltern. Die kindorientierten Aspekte und der Zugang fallen dabei nicht ins Gewicht. Auf die Gesamtbewertung wirken sich vor allem die Bedarfsorientierung und das Wohlbefinden der Eltern, die Qualität der Kinderbetreuung und die Zielerreichung aus. Diese Aspekte werden ihrerseits wiederum durch die Qualität der Information bestimmt. Der niedrigschwellige Zugang hat einen signifikanten, aber eher geringen Einfluss.

Damit wird deutlich, dass eine umfassende Information zu Beginn des Angebots von großer Bedeutung ist und vor allem auch zu einer guten Bewertung der Zielerreichung beiträgt. In die Gesamtbewertung gehen schließlich sehr viele unterschiedliche Aspekte ein. Dies zeigt, dass bei den Frühen Hilfen vielfältige Qualitätsaspekte zu beachten sind, damit sie von den Nutzerinnen und Nutzern als gelungen bewertet werden.

## Zusammenschau und Ausblick

Mit dem Programm »Gemeinsam stark – von Anfang an! Frühe Hilfen im SOS-Kinderdorf e.V.« konnten trägerweit vielfältige, gut vernetzte Angebote für junge Familien etabliert werden. Sie tragen dazu bei, dass Kindern in einem sorgenden und liebevollen Umfeld ein guter Start ins Leben gelingt. Das Programm und die damit verbundenen finanziellen, personellen und fachlichen Unterstützungsleistungen haben es ermöglicht, die Frühen Hilfen als wichtigen Teil der familienstärkenden Angebote im Regelangebot vieler Einrichtungen zu verankern. Die externe Vernetzung wie auch die mittlerweile zufriedenstellende Refinanzierungsquote können als Hinweise darauf gewertet werden, dass die Angebote auch im fachlichen Umfeld der Einrichtungen angenommen werden.

In der Nutzerbefragung werden die Frühen Hilfen sehr positiv bewertet. Häufig gelingt es – ganz im Sinne des Präventionsgedankens –, die Kompetenzen der Eltern im Umgang mit ihren Kindern frühzeitig zu verbessern. Zudem erweitern sich die sozialen Netze der Eltern. Diejenigen, die die Angebote nutzen, bleiben dabei und empfehlen sie weiter. Auch wenn sich so der Bekanntheitsgrad erhöht, sollten andere Kanäle der Werbung und Öffentlichkeitsarbeit weiter im Blick behalten werden, um gerade Eltern mit einem kleinen sozialen Netzwerk zu erreichen und auf die Angebote aufmerksam zu machen.

Transparenz und eine gute Vorabinformation auch in den offenen Bereichen können den Eltern das Erreichen ihrer Ziele erleichtern. Mit einer breiten Angebotspalette erhöht sich außerdem die Chance, dass die Eltern Zugang zu einem passenden, zielgerichteten Angebot finden.

Die bei der Erhebung 2017 eingesetzten Methoden haben sich für die Selbstevaluation der Einrichtungen als hilfreich und gut anwendbar erwiesen. Mit den Konzeptskizzen lässt sich das gesamte Portfolio der jeweiligen Einrichtung umfassend beschreiben. Darüber hinaus können die einzelnen Angebote in ihrer Heterogenität abgebildet werden.

Das Baukastensystem mit dem Fragenkatalog wurde vor Ort akzeptiert und gut genutzt. Dank seiner Flexibilität konnten sich viele Einrichtungen an der Befragung beteiligen, die sehr unterschiedlichen Angebote individuell evaluieren und deren Besonderheiten bei der Fragebogenerstellung berücksichtigen. Dass die Fachkräfte an der Konzeption der Instrumente beteiligt wurden und vorbereitete Auswertungstabellen zur Verfügung gestellt bekamen, erhöhte ihre Motivation zusätzlich. Die Ergebnisse konnten sowohl in der fachlichen Öffentlichkeitsarbeit als auch in der Qualitätsentwicklung genutzt werden. Für Letztere erweisen sich vor allem die offenen Fragen als ertragreich. Einige Einrichtungen haben bereits signalisiert, dass sie den Baukasten auch zukünftig für weitere einrichtungsinterne Evaluationen nutzen möchten.

Mit der individuellen Gestaltung der Fragebögen waren im Hinblick auf die übergreifenden Auswertungen messtheoretische und -technische Probleme verbunden. Die fertigen Fragebögen wurden vom Sozialpädagogischen Institut des SOS-Kinderdorf e.V. zwar auf ihre Inhalte und die Fragenzusammensetzung geprüft, aber die endgültige Entscheidung lag bei den Einrichtungen. Das führte dazu, dass es keine Einzelfrage gab, die über alle Fragebögen hinweg gestellt wurde. Um dem zu begegnen, könnte man grundsätzlich über die Einführung von Pflichtfragen nachdenken. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich allerdings, das auch dieser Weg problematisch ist: Zum einen sind manche Aspekte, vor allem die kindbezogenen, nicht in allen Angeboten relevant. Zum anderen lassen sich auch innerhalb eines Aspekts nicht alle Formulierungen gleichermaßen einsetzen. So denken die Eltern in einem offenen Elterntreff zunächst wohl kaum daran, durch ihre Teilnahme die Sensibilität für ihr Kind zu verbessern. Anders als bei

vielen Eltern-Kind-Gruppen, in denen die Beziehung zwischen Eltern und Kind sehr wohl ein wichtiges Thema ist, wäre eine solche Frage hier wenig relevant und könnte damit zu schwer interpretierbaren Ergebnissen führen. Ob man bei einer angebotsübergreifenden Evaluation Pflichtfragen stellt, sollte deshalb je nach Fragestellung und Reichweite der Untersuchung geklärt werden. In unserem Fall standen die einrichtungsinternen Nutzungsmöglichkeiten im Vordergrund. Inwieweit das vorgeschlagene Pfadmodell auf Basis der Minimalwerte zielführend ist, bleibt sicher weiter zu diskutieren. Hier ging es vor allem darum, explorative Auswertungen über die Qualitätsaspekte hinweg zu ermöglichen.

Ein weiteres Problem von Nutzerbefragungen ist, dass sie nur diejenigen erreichen, die bereits Zugang gefunden haben und zufrieden genug sind, um dabeizubleiben. Damit lässt sich ein positives Bias der Bewertungen kaum vermeiden. Für eine umfassende Evaluation der Angebote müssten daher noch weitere Informationen generiert werden, etwa zum Bekanntheitsgrad in der gesamten Zielgruppe. Sinnvoll wäre auch die Befragung von Eltern, die die Frühen Hilfen wieder verlassen. Um einschätzen zu können, ob die Angebote die anvisierten Nutzergruppen erreichen, müssten zudem weitere Zielgruppenmerkmale erfasst werden, zum Beispiel Migrationshintergrund, Familienstand, soziale und persönliche Ressourcen, Belastungen und Risikofaktoren. Dabei ergibt sich allerdings das Dilemma, dass gerade die Nutzerinnen und Nutzer im offenen Bereich es oftmals schätzen, möglichst anonym und frei von Zuschreibungen zu bleiben – und dementsprechend nicht »ausgehorcht« werden wollen. Auch hier gilt es deshalb, für jedes Angebot angemessene Erhebungsmethoden zu entwickeln, deren Ziele und Vorgehensweise für die Befragten transparent sind. Ebenso könnte über weitergehende Formen der Beteiligung von Eltern nachgedacht werden, beispielsweise bei der Erstellung der Fragebögen, der Bewertung der Ergebnisse oder der Datenerhebung.

Weitere Auswertungslinien, die bisher nicht verfolgt werden konnten, ergeben sich aus der Kategorisierung der Angebote auf Grundlage der Konzeptskizzen und deren Verschränkung mit Daten aus der Nutzerbefragung. Auf diesem Weg könnten differenziertere Ergebnisse hinsichtlich der Bewertung der Angebote, aber auch der weiteren Nutzung des Baukastens gewonnen werden.

Der Baukastenansatz hat sich als ein geeignetes Instrument erwiesen, um heterogene Angebotsfelder wie die Frühen Hilfen in mehreren Einrichtungen zu evaluieren. Hinweise auf sinnvolle Erweiterungen des Fragenkatalogs, wie sie sich etwa aus den offenen Fragen ergeben haben, werden in den Baukasten aufgenommen. Er wird den SOS-Einrichtungen auch weiterhin zur Verfügung stehen. Wir würden uns freuen, wenn auch andere Anbieter Früher Hilfen dieses Angebot nutzen und uns ihre Ergebnisse oder Erfahrungen mitteilen.

## Literatur

Nüsken, D. (2015): Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen. Kultur und Leitbild in Netzwerken Frühe Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. www.fruehehilfen.de/bundesstiftung-fruehe-hilfen/kommunale-netzwerke/impulse-zur-netzwerkarbeit-fruehe-hilfen/prof-dr-dirk-nuesken (15.01.2018)

Destatis (Hrsg.) (2017): Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Alter der Mutter, Lebendgeburtenfolge. Genesis-Online Datenbank (https://www-genesis.destatis.de/genesis/online), Thema 12612-00005

CHRISTOPHER PABST, ALEXANDRA SANN, DANIELA SALZMANN UND ERNST-UWE KÜSTER

# Im Profil: Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen

Der Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen stellt seit 2006 – neben dem Ausbau der Kindertagesbetreuung – eine der zentralen Politiken in Deutschland zur Verbesserung staatlicher Unterstützungsleistungen für Familien mit Kleinkindern dar. Ziel der Frühen Hilfen ist es, entwicklungsförderliche Bedingungen des Aufwachsens in Familien zu stärken sowie eine ressort- und fachdisziplinenübergreifende Zusammenarbeit über System- und Professionsgrenzen hinweg zu fördern. So sollen insbesondere Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen besser erreicht und mit passgenauen Angeboten unterstützt werden.

Im Zuge der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH, 2012 – 2017) werden bewährte Strukturen (Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz) sowie Angebote (Einsatz von Gesundheitsfachkräften und Freiwilligen) flächendeckend ausgebaut und in ihrer Qualität weiterentwickelt.[1] Dazu stellt der Bund den Ländern und den Kommunen Fördermittel zur Verfügung.[2] Die Entwicklung der Maßnahmen und des Strukturauf- und -ausbaus werden vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH regelmäßig dokumentiert und evaluiert (vgl. NZFH 2014, 2016).

Ein zentraler Bestandteil der Dokumentation und Evaluation der BIFH und auch künftig in der Bundesstiftung Frühe Hilfen ist die regelmäßige Befragung aller geförderten Kommunen[3] zum Stand des Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen in ihrem Jugendamtsbezirk (Kommunalbefragungen des NZFH, vgl. Abb. 1). Sie liefert die empirische Basis für die Berichterstattung zur BIFH. Die folgenden Befunde speisen sich weitestgehend aus der Datenanalyse dieser Befragungen, beziehen aber auch Ergebnisse aus weiteren Untersuchungen mit ein.

Mittlerweile wurden flächendeckend kommunale Koordinierungsstellen zur Steuerung der Netzwerke für Frühe Hilfen aufgebaut (vgl. NZFH 2016) und die regionale Verbreitung von Angeboten Früher Hilfen ausgeweitet. Einen besonderen Stellenwert haben dabei aufsuchende Angebote, mit denen auch Familien erreicht werden können, die Angebote mit Komm-Struktur erfahrungsgemäß seltener in Anspruch nehmen. Fachkräfte, die zum Teil durch freiwillige Helferinnen und Helfer unterstützt werden, besuchen die Mütter und Väter zu Hause,

1 Auf den Strukturen der Bundesinitiative Frühe Hilfen baut seit 01.01.2018 der Fonds Frühe Hilfen auf. Dieser wird umgesetzt über die Bundesstiftung Frühe Hilfen. Auch hier haben Bund und Länder eine Verwaltungsvereinbarung beschlossen.

2 Siehe auch die Verwaltungsvereinbarung von Bund und Ländern zur BIFH: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_zur_Bundesinitiative.pdf

3 Antragsberechtigt sind gemäß der Verwaltungsvereinbarung von Bund und Ländern (Art. 4, Abs. 3) Kreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden, sofern sie örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind.

um sie bei der Alltagsbewältigung zu unterstützen, bei der Versorgung und Pflege des Säuglings anzuleiten, ihre elterlichen Kompetenzen zu stärken und sie bei weitergehendem Hilfebedarf an geeignete Fachstellen zu vermitteln.

In den meisten Kommunen mit aufsuchenden Frühen Hilfen werden für diese verantwortungsvolle Aufgabe Gesundheitsfachkräfte – in erster Linie Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranken-Pfleger/-innen (FGKiKP) – eingesetzt. Dies ermöglicht einen nicht-stigmatisierenden und niederschwelligen Zugang zu Familien. Der folgende Beitrag bietet einen Überblick zum Einsatz dieser Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen und beleuchtet Qualifikation und Beschäftigungsstatus der Fachkräfte, die in der Praxis bestehenden Einsatzbereiche und Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Angebote sowie die Frage der Bedarfsdeckung mit diesen Angeboten.

ABBILDUNG 1: Kommunalbefragungen des NZFH

**FORSCHUNGSZIELE**

- Erfassung des infrastrukturellen Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen auf kommunaler Ebene (Prozesse der Planung und Steuerung sowie der Verbreitung von Angebots- und Kooperationsformen)
- Erfassung der Verbreitung von Qualitätsmerkmalen und des Einsatzes von Instrumenten zur Qualitätsentwicklung
- Erfassung der Einschätzungen zur Zielerreichung der BIFH

**ERHEBUNGSMETHODIK**

- Jährliche standardisierte Onlineerhebung aller durch die BIFH geförderten Kommunen
- Stichtag: 30. Juni des jeweiligen Erhebungsjahres

**SAMPLE**

| | Geförderte Kommunen | Davon: teilgenommen | Ausschöpfungsrate in % |
|---|---|---|---|
| 2013 | 568 | 543 | 95,6 |
| 2014 | 568 | 553 | 97,4 |
| 2015 | 574 | 555 | 96,7 |

Weitere Informationen zu den Kommunalbefragungen sind auf den Internetseiten des NZFH zu finden unter: www.fruehehilfen.de/forschung/implementierungsforschung/kommunalbefragungen.

## Zwei Berufe mit vielen Schnittmengen

Familienhebammen sind Fachkräfte, die nach einer spezifischen Weiterbildung unter Berücksichtigung des vom NZFH herausgegebenen Kompetenzprofils (vgl. Hahn/Sandner 2013) qualifiziert sind, Tätigkeiten und Unterstützungsleistungen zu übernehmen, die über die von Hebammen in der medizinischen Regelversorgung geleistete Unterstützung hinausgehen. Im Rahmen einer solchen Weiterbildung werden den Gesundheitsfachkräften beispielsweise vertiefte Kenntnisse zum Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind vermittelt, um die Entwicklung einer für die Kinder essenziellen Bindung zu ihren Hauptbezugspersonen (vgl. Bowlby 2008) positiv zu beeinflussen. Mütter und Väter sollen dabei unterstützt werden, das Verhalten des Säuglings als Signale zu verstehen und angemessen darauf einzugehen.

Weiterhin umfasst das Kompetenzspektrum der Familienhebammen vertieftes Wissen über Ernährung und Pflege des Kindes im gesamten ersten Lebensjahr. So können sie beurteilen, ob Gewichtszunahme und Wachstum in den ersten Lebensmonaten altersgerecht und ohne Auffälligkeiten verlaufen, gleichzeitig behalten sie aber auch die körperliche und seelische Gesundheit der Mutter im Blick. Familienhebammen (wie auch Hebammen) untersuchen dazu das Kind und die Mutter auch körperlich (vgl. Lange/Liebald 2012), arbeiten also im intimsten Bereich der Familie. Dies erfordert eine besondere Feinfühligkeit und gleichzeitig einen besonderen Vertrauensschutz. Darüber hinaus verfügen Familienhebammen über profunde Kenntnisse über weitere (vor Ort verfügbare) Unterstützungsmöglichkeiten, um Eltern mit Kleinkindern bei Problemen, die die eigenen Kompetenzen überschreiten, den Weg in spezialisierte Hilfesysteme zu ebnen bzw. als Lotsinnen dorthin zu leiten. Von besonderer Relevanz ist gemäß dem Kompetenzprofil die Fähigkeit

zur interdisziplinären Kooperation, da im Rahmen der Arbeit mit den Familiensystemen und den dabei oft zugrunde liegenden vielschichtigen Belastungen in der Regel mit anderen Professionen und Institutionen zusammengearbeitet wird.

Bei FGKiKP handelt es sich um regulär ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, die ebenfalls über eine Zusatzqualifikation im Bereich der psychosozialen Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen verfügen (vgl. das Kompetenzprofil FGKiKP, Hahn/Sandner 2014).[4] Teilweise ist diese Qualifikation deckungsgleich mit der oben beschriebenen Zusatzqualifikation für Familienhebammen. Dementsprechend weist das zugrunde liegende Tätigkeits- und Kompetenzprofil viele Ähnlichkeiten auf.

Der größte Unterschied besteht jedoch hinsichtlich der grundständigen Ausbildung, die die beiden Berufsgruppen durchlaufen haben. Hier ist hervorzuheben, dass Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger spezialisiert sind auf medizinische Hilfeleistungen z.B. bei chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder schweren Regulationsstörungen von Neugeborenen und (Klein-)Kindern. Sie haben auch nach dem Durchlaufen der Zusatzqualifikation einen Schwerpunkt auf der kurativen Begleitung der Neugeborenen in den Familien, sind jedoch ebenso geschult im Umgang mit psychosozialen Belastungen der Familie des Kindes und vermitteln zielgerichtet weitere notwendige Unterstützungsleistungen an die Familien.

Das Kompetenzspektrum beider Berufsgruppen ist speziell darauf zugeschnitten, Familien in psychosozialen Belastungslagen dabei zu helfen, ihren Kindern eine bestmögliche Entfaltung ihrer Entwicklungspotenziale zu ermöglichen und damit ihre Chancen auf ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu verbessern (vgl. Paul/Renner 2015). Ein wesentlicher Baustein dieser Hilfe, die in der Regel zeitlich beschränkt erbracht wird, liegt nach Hartmann (2010) darin, den Eltern eine selbstgesteuerte Stärkung der eigenen Kräfte zu ermöglichen, sie also zu einer Form der Selbstbefähigung zu führen, die nachhaltig zu besseren Entwicklungsbedingungen des Kindes führen soll. Weitere Ziele der Arbeit von Gesundheitsfachkräften in den Familien im Rahmen Früher Hilfen sind (vgl. ebd., S. 129):

- Reduzierung von gesundheitlichen und psychosozialen Risiken für Mutter und Kind
- Hilfe zur Selbsthilfe/Selbstorganisation, Stärkung des Vertrauens in die eigene Fähigkeit
- Vermittlung von Verständnis für kindliches Verhalten
- Auflösung familiärer Isolation und Einbindung in ein soziales Netz
- Stärkung von Problemlösungskompetenz
- Zugang zu familienunterstützenden Hilfen ermöglichen sowie zu sozialen und medizinischen Regelleistungen

Auf diese Weise sollen die Qualität der Interaktion zwischen Eltern und Kindern verbessert und der Aufbau einer sicheren Bindung der Kinder zu ihren Hauptbezugspersonen gestärkt werden. Dies stellt einen zentralen Faktor für eine positive sozial-kognitive Entwicklung dar (vgl. Weiß 2010).

Die folgenden Analysen von Daten aus den Kommunalbefragungen 2013

4 Schwerpunkt der FGKiKP in den Frühen Hilfen bilden Schwangere und Familien mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren. Außerhalb der Frühen Hilfen werden FGKiKP auch in Familien mit Kindern im Alter von bis zu 18 Jahren eingesetzt.

5 Für 708 Fachkräfte liegt die Information vor, dass sie auch in anderen Kommunen tätig sind. Dementsprechend können bis zu 354 Personen mehrfach erfasst worden sein.

und 2015 veranschaulichen das fachliche Profil der Gesundheitsfachkräfte, die in den Frühen Hilfen zum Einsatz kommen. Zudem geben sie einen Überblick zur Verteilung der Einsatzbereiche beider Berufsgruppen in den geförderten Kommunen, zum Stand der Versorgung der Familien mit Leistungen durch Gesundheitsfachkräfte sowie zur Verbreitung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Nicht zuletzt erlauben sie auch einen Blick auf zurückliegende Entwicklungen.

## Qualifikation und Beschäftigungsstatus

Zum Stichtag 30.06.2015 waren in den von der BIFH geförderten Kommunen 2.149 Gesundheitsfachkräfte in der längerfristigen Betreuung und Begleitung von Familien im Rahmen der Frühen Hilfen tätig.[5] Knapp zwei Drittel von ihnen sind von Beruf Hebamme (vgl. Tab. 1). 90,7 % der Hebammen verfügen über eine abgeschlossene Zusatzqualifikation zur Familienhebamme. Ein Drittel der Gesundheitsfachkräfte hat eine Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, 56,1 % von ihnen verfügen über eine abgeschlossene Zusatzqualifikation zur FGKiKP. Ein Großteil der Gesundheitsfachkräfte ohne Zusatzqualifikation befindet sich gerade in der Weiterbildung.

Zwei Drittel der Gesundheitsfachkräfte sind freiberuflich tätig (vgl. Tab. 2), ein knappes Viertel ist angestellt, 6,1 % üben ihre Tätigkeit in den aufsuchenden Frühen Hilfen sowohl freiberuflich als auch angestellt aus. In der Regel sind die Fachkräfte für das Jugendamt tätig (56 %), weniger für einen freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe (22,6 %) oder das Gesundheitsamt (12,9 %).

Der überwiegend freiberufliche Status wirkt sich unter Umständen nachteilig auf die Kapazitäten aus, die für Familien mit besonderen Unterstützungsbedarfen zu Verfügung gestellt werden können: Freiberufliche Kräfte müssen von dem Honorar, das sie für ihr Engagement erhalten, auch verwaltende Tätigkeiten übernehmen, sodass die zusätzliche Zeit, die z.B. mit einer Arbeitsstunde in den Familien verbunden ist, höher ausfällt, als dies bei angestellten Fachkräften der

TABELLE 1: Qualifikation der in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung tätigen Gesundheitsfachkräfte

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Hebamme | | 1426 | 66,4 |
| Davon | ausgebildete Familienhebamme | 1293 | 60,2 |
| | ohne abgeschlossene Weiterbildung zur Familienhebamme | 133 | 6,2 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in | | 651 | 30,3 |
| Davon | ausgebildete FGKiKP | 365 | 17,0 |
| | ohne abgeschlossene Weiterbildung zur FGKiKP | 286 | 13,3 |
| Anderer Abschluss | | 76 | 3,5 |
| Keine Angabe | | 42 | 2,0 |

30.06.2015, N=2149, Mehrfachnennungen, Prozentwerte
Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, dritte Erhebungswelle (2015)

TABELLE 2: Beschäftigungsstatus der in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung in den Frühen Hilfen tätigen Gesundheitsfachkräfte

| | n | % |
|---|---|---|
| Freiberuflich | 1436 | 66,8 |
| Angestellt | 517 | 24,1 |
| Teils freiberuflich, teils angestellt | 128 | 6,0 |
| Keine Angabe möglich | 68 | 3,2 |
| Tätig für: | | |
| Jugendamt | 1049 | 48,8 |
| Gesundheitsamt | 242 | 11,3 |
| Freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe | 425 | 19,8 |
| Privat-gewerblicher Träger | 42 | 2,0 |
| Sonstiger Träger | 119 | 5,5 |
| Keine Angabe | 272 | 12,6 |

30.06.2015, N=2149, Prozentwerte
Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, dritte Erhebungswelle (2015)

Fall ist. Auch können die Kapazitäten von Freiberuflerinnen und Freiberuflern kaum geplant und gesteuert werden, da eine sogenannte Scheinselbstständigkeit droht, wenn die Fachkraft die Tätigkeiten nicht »…im Wesentlichen frei und selbstbestimmt ausübt« (DIJuF 2015, Abschnitt B, Punkt 4).

Insgesamt ist dieses Tätigkeitsfeld für viele Fachkräfte aus den einschlägigen Grundberufen mit Herausforderungen verbunden: Die Arbeit mit den belasteten Familien ist aufwendig, da viel mehr vom spezifischen Bedarf im Einzelfall ausgegangen werden muss und mehr Kooperationsanforderungen bestehen als in der Regelversorgung. Sie ist unter Umständen psychisch belastend und mit hoher Verantwortung verbunden, insbesondere wenn es im Verlauf zu Anzeichen für eine mögliche Kindeswohlgefährdung kommt. Gleichzeitig wird sie im Vergleich mit der regulären Nachsorgetätigkeit nicht besser vergütet. Zusammen mit dem Hebammenmangel in der Grundversorgung trägt dies zu einem eher schleppenden Aufbau weiterer Personalkapazitäten von Gesundheitsfachkräften im Bereich Frühe Hilfen bei.

## Einsatzfelder

Gesundheitsfachkräfte decken im Bereich der Frühen Hilfen ein vielfältiges Tätigkeitsspektrum ab, auch wenn es in der Fachpraxis Unsicherheiten über die möglichen Einsatzfelder und die Verortung von Familienhebammen und FGKiKP gibt (vgl. NZFH 2014, 2016).[6] Der Tätigkeitsbereich erstreckt sich von Sprechstunden und Kursen über Hausbesuche bei den Familien bis hin zu einer Mitarbeit in Beratungsstellen oder in weiterführenden Leistungen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern außerhalb von Frühen Hilfen, wie bspw. den Hilfen zur Erziehung oder in Mutter-Kind-Einrichtungen. Im Rahmen der Befragungen zur Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen wurde erfasst, in welchem Anteil der geförderten Kommunen Gesundheitsfachkräfte in bestimmten Angeboten und Maßnahmen, die im weitesten Sinne zu den Frühen Hilfen gezählt werden können, eingesetzt werden (vgl. Abb. 2 für Werte 2013, Abb. 3 für Werte 2015).

Grundsätzlich kann zwischen zwei konzeptionellen Formen der Hilfeerbringung dieser Gesundheitsfachkräfte unterschieden werden: zum einen Angebote, die von den Familien aktiv aufgesucht werden müssen und damit auf einer »Komm-Struktur« gründen. Diese umfassen beispielsweise offene Sprechstunden, in denen sich Eltern zu konkreten Erziehungs- und Entwicklungsfragen beraten lassen können, zudem offene Angebote wie z.B. Elterncafés. Oft fungieren diese Angebote als Türöffner in die zweite Angebotsform, die einen aufsuchenden Charakter hat (»Geh-Struktur«). Darunter ist z.B. eine längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung der Familien im Rahmen Früher Hilfen zu verstehen oder eine spezialisierte ambulante Erziehungshilfe zur Hilfestellung bei konkreten Problemen, die die Möglichkeiten und Ressourcen der Eltern deutlich übersteigen und sich längerfristig negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken würden.

Am meisten verbreitet ist der Einsatz von Familienhebammen und FGKiKP in der längerfristigen Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter drei Jahren im

6 Im Folgenden wird nicht mehr zwischen Gesundheitsfachkräften mit und ohne Zusatzqualifikation differenziert. Wenn von Familienhebammen die Rede ist, beziehen sich die angegebenen Werte auf Hebammen mit und ohne Zusatzqualifikation. Gleiches gilt für die FGKiKP.

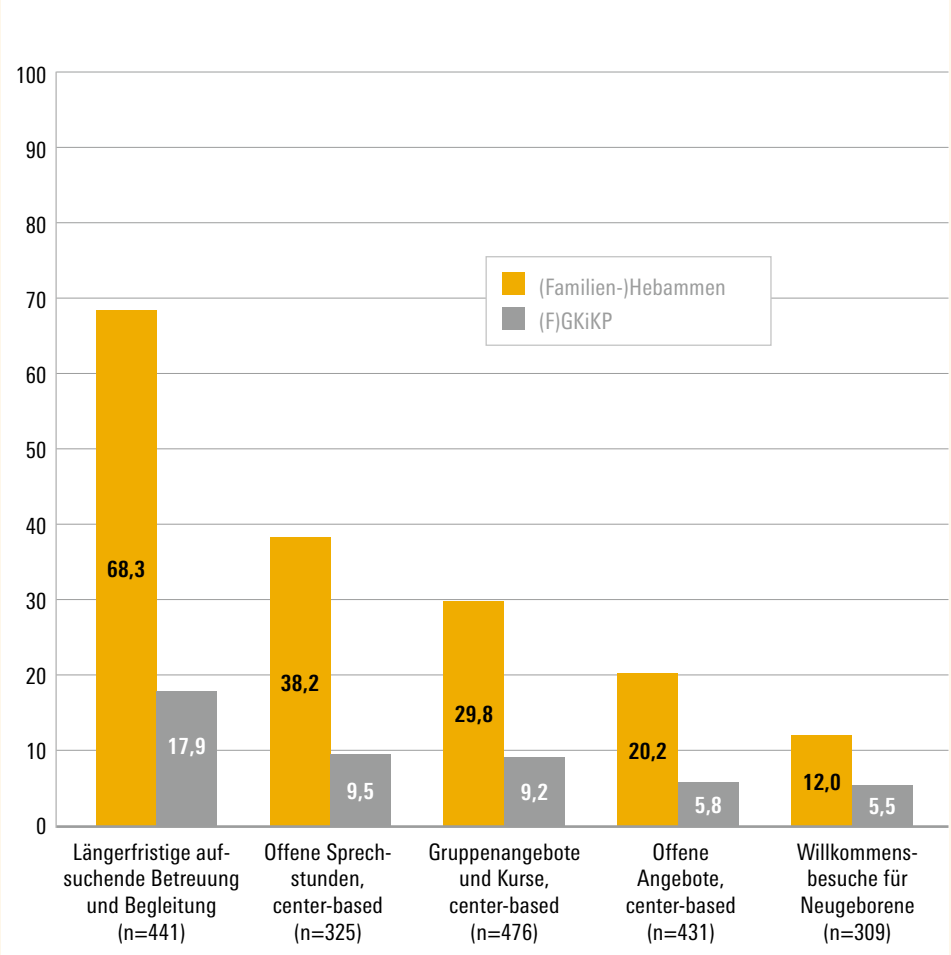
7 Im Rahmen der Kommunalbefragung wurde die Angebotsform folgendermaßen definiert: »Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung durch Fachkräfte in den Frühen Hilfen (mehr als drei Kontakte, außerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung und außerhalb der Hilfen zur Erziehung)«. Der Aspekt der Längerfristigkeit ist notwendig, um das Angebot von sogenannten Willkommensbesuchen abzugrenzen, die auch mehr als einen Kontakt im häuslichen Umfeld beinhalten können.

Rahmen von Frühen Hilfen.[7] Von 555 befragten Kommunen gaben in der Erhebung 2015 87,9 % (488) an, ein solches Angebot vorzuhalten. 86,5 % dieser 488 Kommunen setzten dabei Familienhebammen ein, 62,9 % FGKiKP. 2013 fiel die Verbreitung der längerfristigen Betreuung und Begleitung in den Frühen Hilfen noch etwas geringer aus: 84 % (441 von 525) der Kommunen hielten ein solches Angebot vor, in 68,3 % der Kommunen mit entsprechendem Angebot wurden dabei Familienhebammen eingesetzt und in 17,9 % FGKiKP.

Damit hat sich die Zahl der Kommunen, die dabei auch FGKiKP einsetzen, mehr als verdreifacht, der Anteil der Kommunen mit Einsatz von Familienhebammen in dieser Angebotsform ist ebenfalls gestiegen, um ca. 25 %. Der Einsatz von Familienhebammen oder FGKiKP in aufsuchenden Angeboten der Frühen Hilfen hat sich demnach im Laufe der Bundesinitiative Frühe Hil-

## Verbreitung von Angeboten der Frühen Hilfen in Kommunen nach Qualifikation der eingesetzten Gesundheitsfachkräfte

### ABBILDUNG 2: 2013

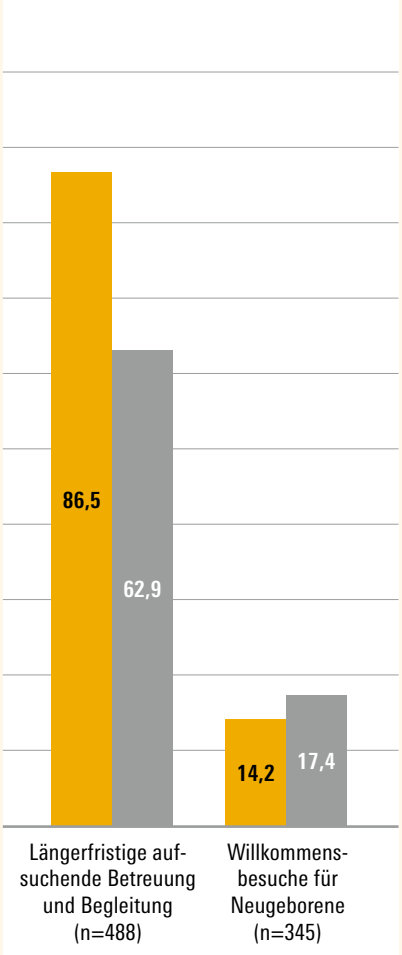



Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit und ohne Weiterbildung sind jeweils zusammengefasst.
30.06.2013, N=518–532, Mehrfachantworten, Prozentwerte

Lesebeispiel: 68,3 % der 441 Kommunen, in denen 2013 die »Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung« angeboten wurde, setzen dabei Familienhebammen oder Hebammen ein. 17,9 % setzen Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ein.

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

### ABBILDUNG 3: 2015




Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit und ohne Weiterbildung sind jeweils zusammengefasst.
30.06.2015, N=555, Mehrfachantworten, Prozentwerte

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH, dritte Erhebungswelle (2015)

fen – wie vorgesehen (vgl. Paul/Renner 2015) – zum weit verbreiteten Standard entwickelt. Die dafür bereitgestellten Fördermittel dürften diese Entwicklung entscheidend vorangetrieben haben, da Zuwächse in dieser Größenordnung anders kaum erklärbar wären. Jedoch ist die aufsuchende Begleitung von Familien in den Frühen Hilfen kein Tätigkeitsfeld, das den Gesundheitsfachkräften vorbehalten ist. In 42,6 % der befragten Kommunen mit diesem Angebot wurden (auch) Sozial- bzw. Diplom-Pädagoginnen und -pädagogen eingesetzt, obwohl deren Einsatz nicht mit Mitteln der BIFH gefördert wird, sondern aus kommunalen oder Landesmitteln für Frühe Hilfen finanziert werden muss.

Eine einheitliche Erfassung der betreuten Familien ist aus methodischen Gründen derzeit (noch) nicht möglich, da deutschlandweit sehr unterschiedliche Konzepte und heterogene Praxen bestehen. Dies betrifft sowohl die Zeitspanne, über die sich eine Betreuung insgesamt erstreckt, als auch die durchschnittliche Zahl der Wochenstunden oder die Zielgruppen, an die die Hilfen gerichtet sind. Valide Statistiken auf überregionaler Ebene könnten erst erhoben werden, wenn das Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung stärker standardisiert wäre (vgl. den Beitrag von Pabst/Sann in diesem Heft).[8]

Kenntnis und Nutzung der aufsuchenden Hilfe durch Familienhebammen sind vor allem in Familien mit einem relativ niedrigen Bildungsniveau und in Armutslagen überproportional hoch, wie Daten aus der Prävalenzstudie des NZFH zeigen (vgl. Lang u.a. 2015; Salzmann u.a. in diesem Heft). Damit zeigt sich erneut, dass aufsuchende Angebote einen Vorteil bieten bei der Erreichung dieser spezifischen Zielgruppen, von denen bekannt ist, dass sie Regelangebote weniger nutzen.

Eine Studie auf Grundlage von Falldokumentationen von Familienhebammen und FGKiKP, die ebenfalls im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH durchgeführt wurde, konnte zudem zeigen, dass die Fachkräfte bei den betreuten Müttern einen signifikanten Zuwachs an Kompetenzen wahrnehmen (vgl. Renner/Scharmanski 2016 und in diesem Heft). Dies traf vor allem bei Müttern mit eher geringeren Belastungen zu, während bei Müttern mit höheren Belastungen der Kompetenzzuwachs als deutlich geringer eingeschätzt wurde. Diese konnten jedoch zu einem sehr hohen Anteil in weiterführende Hilfen vermittelt werden.

Ein gleichfalls weit verbreiteter Einsatzbereich von Gesundheitsfachkräften sind ambulante Erziehungshilfen. In 39,6 % der 2014 befragten Kommunen (N=553) sind Familienhebammen und FGKiKP (auch) im Bereich der Hilfen zur Erziehung tätig, der nicht zum Leistungsspektrum der Frühen Hilfen gehört, jedoch oft an dieses angrenzt bzw. in manchen Fällen eine Erweiterung oder Fortsetzung der anfangs erbrachten Frühen Hilfe darstellt.

Dieser Befund verweist auf einen weit verbreiteten Bedarf zur konzeptionellen Klärung von jeweiligen spezifischen Rollen und Aufgaben der Gesundheitsfachkraft gegenüber den betreuten Familien und im Zusammenwirken mit anderen, insbesondere sozialpädagogischen Fachkräften im Jugendamt und im Rahmen ambulanter Erziehungshilfen. Dies gilt insbesondere, wenn im Prozess der Fa-

8 Die Herausforderungen, die mit einer quantitativen Erfassung der Fallzahlen in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung verbunden sind, werden im nachfolgenden Beitrag näher ausgeführt.

milienbegleitung im Rahmen der Frühen Hilfen der Hilfebedarf die Unterstützungsmöglichkeiten einer Gesundheitsfachkraft überschreitet. Wie der Übergang von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsangeboten vor Ort gestaltet wird, ist sehr unterschiedlich.

In 78 % der 2014 befragten Kommunen, in denen Gesundheitsfachkräfte in der längerfristigen Betreuung und Begleitung im Rahmen der Frühen Hilfen eingesetzt werden, bleibt die Gesundheitsfachkraft in der Betreuung und wird durch eine zusätzliche sozialpädagogische Fachkraft unterstützt. In 70,3 % der Kommunen wird die Betreuung an die sozialpädagogische Fachkraft übergeben, in 13,8 % erfolgt die Übergabe an eine andere, in der Erziehungshilfe tätige Gesundheitsfachkraft.

Auch wenn diese unterschiedlichen Kooperationsmodelle, die zudem parallel in den Kommunen praktiziert werden (Mehrfachnennungen), nur sehr grob die konzeptionellen Lösungen vor Ort widerspiegeln, geben diese Befunde Hinweise auf die bislang wenig standardisierte Gestaltung der Fallübergänge zwischen der Betreuung im Bereich der Frühen Hilfen und den Hilfen zur Erziehung. Hinweise aus der Praxis verweisen zudem auf einen hohen Qualitätsentwicklungsbedarf in diesem Kooperationsfeld.

Die Gesundheitsfachkräfte werden im Rahmen der Frühen Hilfen auch bei sogenannten Willkommensbesuchen für Familien mit Neugeborenen eingesetzt: Familienhebammen in 14,2 % und FGKiKP in 17,4 % der Kommunen, die dieses Angebot vorhalten (vgl. Abb. 3). Auffällig ist hier das Einsatz-Muster: Ausschließlich bei diesem Angebot der Frühen Hilfen übersteigt der Anteil der Kommunen, die FGKiKP einsetzen, jenen, der bei diesem Angebot auf Familienhebammen setzt. Dies liegt vor allem an dem deutlichen Anstieg von Kommunen, die diese Berufsgruppe in Willkommensbesuchen einsetzen: Waren es 2013 nur 5,5 % (vgl. Abb. 2), so sind es in 2015 mittlerweile 17,4 %.

Auch in Center-based-Angeboten wie Sprechstunden, Gruppen, Kurse oder offene Angebote für Familien kommen die Gesundheitsfachkräfte zum Einsatz, jedoch deutlich seltener. 2015 wurde der Einsatz der spezialisierten Gesundheitsfachkräfte in diesen Angeboten nicht mehr speziell erhoben, weiterhin erfasst wurde ihr Einsatz in zwei Kernangeboten der Frühen Hilfen, der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung sowie den Willkommensbesuchen.

## Wie finden Familien Zugang zu den Leistungen der Gesundheitsfachkräfte?

Voraussetzung und Herausforderung für den Erfolg von Frühen Hilfen ist es, Familien mit psychosozialen Belastungen frühzeitig zu erkennen, den ggf. vorhandenen Unterstützungsbedarf gemeinsam mit den Familien zu bestimmen, sie für die Inanspruchnahme einer Hilfe zu motivieren und sie an geeignete Fachdienste und Anbieter von Hilfen zu vermitteln.

Vor dem Hintergrund der Freiwilligkeit der Angebote im Bereich Frühe Hilfen spielen dabei Datenschutz und der Einbezug der Familien in alle Schritte der Hilfevermittlung eine große Rolle. Gleichzeitig gilt es, im Hinblick auf die Lebens- und Entwicklungssituation des Kindes sowie die Ressourcen und Belastungen in der Familie fachliche Abwägungen bezüglich der Angemessenheit und Eignung verschiedener Hilfeformen zu treffen, um Unter- oder Überversorgung im Einzelfall zu vermeiden.

Standardisierte Instrumente zur Einschätzung von psychosozialen Belastungen sollen Fachkräfte in Regelangeboten (Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten und klinischen Pädiatrie sowie Gynäkologie, Pflegepersonal in Geburts- und Kinderkliniken, Hebammen, pädagogisches Personal in Beratungsstellen etc.) dabei unterstützen, solche Belastungen frühzeitig zu erkennen, Familien auf ihren möglichen Unterstützungsbedarf anzusprechen und sie ggf. in passende Angebote, die über das Netzwerk Frühe Hilfen bekannt sind, weiterzuvermitteln.

Etwa 98 % aller Geburten finden in Geburtskliniken statt (vgl. Geene 2014), dort könnten fast alle werdenden Eltern primärpräventiv erreicht werden. Beispiele für Instrumente zum Einsatz in Geburtskliniken sind der »Baby-Lotse-Plus-Screeningbogen« der Berliner Charité (Fisch u.a. 2016), wo der Hamburger Babylotse weiterentwickelt wurde (vgl. Pawils 2010, 2013), oder der »Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch« (vgl. Kindler 2008), der im Modellprojekt »Guter Start ins Kinderleben« entwickelt und seither in mehreren Geburtskliniken in Rheinland-Pfalz in der Praxis erprobt und verfeinert wurde (vgl. Schürmann-Ebenfeld/Kindler 2015).

Nach einer solchen Einschätzung erfolgt in der Regel ein Gespräch mit den Eltern zur gemeinsamen Feststellung eines Unterstützungsbedarfs, im besten Fall gefolgt von der Vermittlung in ein passendes Angebot. Gut zwei Drittel der im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der BIFH befragten Kommunen (71,4 %) geben inzwischen an, dass es in ihrem Ju-

gendamtsbezirk eine »Angebotsvermittlung in Geburtskliniken« gibt.

Ein Großteil der Eltern (ebenfalls bis zu 98 %) nimmt mit ihren Säuglingen die sogenannten U-Untersuchungen (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen) wahr. Hier gibt es wie in der Geburtshilfe einen systematischen Kontaktpunkt zu fast allen Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Auch für die pädiatrische Praxis liegt mittlerweile ein erprobtes Screening-Instrument vor, der »Pädiatrische Anhaltsbogen« (vgl. Barth/Renner 2014; Barth/Mall 2015; Barth 2016).

In knapp der Hälfte der Kommunen (2013: 47,5 %; 2015: 44,1 %) werden diese und vergleichbare Instrumente zur Einschätzung von Belastungen und Risiken bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern eingesetzt. 2013 wurden in 60,7 % der 252 Kommunen mit Screenings diese von (Familien-)Hebammen und/oder (F)GKiKP durchgeführt, wobei (Familien-)Hebammen weit häufiger die Anwenderinnen waren. Ob die Gesundheitsfachkräfte diese Instrumente im Rahmen einer klinischen oder einer aufsuchenden Tätigkeit einsetzten, ist aus den Daten nicht zu entnehmen.

Dies hängt auch von den entsprechenden landes- oder kommunalspezifischen Konzepten ab: In Rheinland-Pfalz bspw. werden Familienhebammen in Geburtskliniken regelhaft für diese Aufgabe eingesetzt, in München erfassen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen familiäre Belastungen im Rahmen von Erstbesuchen des Gesundheitsamtes. Ein spezifischer Vorteil liegt hier bei (Familien-)Hebammen, sofern sie im Rahmen der regulären, kassenfinanzierten Nachsorge nach der Geburt Mütter und Säuglinge zu Hause betreuen und auf diese Weise Zugang und Einblicke in die Lebensbedingungen vieler Familien erhalten.

Die Verbreitung standardisierter Instrumente bzw. Einschätzhilfen hat sich zwischen 2013 und 2015 kaum verändert bzw. ist sogar leicht rückläufig (-3,4 %). Diese Entwicklung gilt es weiter zu beobachten, stellt der Einsatz dieser Instrumente doch einen wichtigen Baustein zur Vereinheitlichung der Leistungen im Bereich der Frühen Hilfen dar. Grund für die Stagnation könnte eine Zurückhaltung der Fachkräfte sein, die eine Stigmatisierung der Familien befürchten. Auch datenschutzrechtliche Fragen spielen eine Rolle, wenn ohne Wissen der Familien systematisch Informationen anhand eines standardisierten Erfassungsbogens erhoben werden. Offenheit und Transparenz sind daher unabdingbar, um das Vertrauen in Fachkräfte und Institutionen nicht zu beschädigen.

Darüber hinaus bedarf es einer guten Kenntnis der lokalen Infrastruktur für Familien und möglicher Ansprechpartner, um Familien bei bestätigtem Unterstützungsbedarf auch zeitnah weitervermitteln zu können. An dieser Stelle erfüllen die Netzwerke Frühe Hilfen und die Netzwerkkoordination eine wichtige Funktion als Bindeglied (vgl. Küster u.a. 2015).

Eine weitere Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und Vermittlung zwischen Gesundheitsfachkräften und Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf besteht im Rahmen von Angeboten mit einer Komm-Struktur, z.B. in Form von offenen Beratungsangeboten oder Sprechstunden im Sozialraum oder in Elterncafés. Der Vorteil liegt hier im niedrigschwelligen, selbstbestimmten und nicht stigmatisierenden Zugang zu den Angeboten, wenngleich die Daten der Prävalenzstudie des NZFH zeigen, dass Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status solche Angebote seltener kennen und wahrnehmen (vgl. Lang u.a. 2015).

Spezialisierte Beratungsstellen, wie bspw. Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen oder sogenannte Schreiambulanzen, stellen ebenfalls einen möglichen Zugangsweg dar. In diesem Fall haben Mütter und/oder Väter bereits selbst ein Problem in ihrem Familienleben und/oder Erziehungshandeln realisiert und kommunizieren einen entsprechenden Hilfebedarf. Sollten die Fachkräfte im Rahmen der Beratung weitergehenden Hilfebedarf feststellen, der die im Rahmen einer Sprechstunde oder eines unverbindlichen Gesprächs bestehenden Möglichkeiten übersteigt, besteht die Option, die Familie in weitergehende Angebote wie z.B. das einer längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung zu vermitteln.

Einen weiteren, sehr niedrigschwelligen Zugang stellen die bereits angesprochenen Willkommensbesuche dar, die an Familien mit Neugeborenen gerichtet sind. Fachkräfte (teilweise auch Freiwillige) informieren dabei einerseits allgemein über örtliche Angebote für Familien mit (Klein-)Kindern, haben andererseits aber auch Gelegenheit, sich ein Bild über die Familie und deren Lebenssituation zu verschaffen. Im Falle von Anzeichen auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf kann im Rahmen dieser Besuche auf spezielle Angebote, wie z.B. eine Unterstützung durch Gesundheitsfachkräfte, hingewiesen werden. Willkommensbesuche bestanden 2015 in 62,2 % der im Rah-

men der Kommunalbefragung befragten Jugendamtsbezirke, 2013 lag dieser Wert bei 58,4 %.

Eine neue und noch nicht sehr verbreitete Variante der Vermittlung von Gesundheitsfachkräften an Familien mit weitergehenden Unterstützungsbedarfen stellen Kontaktstellen für Frühe Hilfen dar, die als Erstanlaufstelle für Hilfe suchende Familien fungieren. Diese Stellen verfügen über eine umfassende Kenntnis der kommunalen Angebotslandschaft in den Frühen Hilfen und über die Akteure, die sich am Netzwerk für Frühe Hilfen beteiligen. Ein Vorteil dieses Konzepts liegt auch hier darin, dass Familien an die Frühen Hilfen herantreten, die bereits auf eigene Initiative auf der Suche nach Unterstützung und daher offen für weitere Hilfsangebote sind.

Weiterhin kann an verschiedenen Stellen im Wirkungsbereich des jeweiligen Jugendamtsbezirks auf diese Kontaktstellen hingewiesen werden (z.B. durch eine Kooperation mit pädiatrischen Praxen oder Geburtskliniken und entsprechendem Informationsmaterial). Der Aufbau einer solchen Vermittlungsstruktur kann dazu führen, dass mehr Familien als bislang in das Sichtfeld der Netzwerke für Frühe Hilfen treten und so im Bedarfsfall in passgenaue Maßnahmen und Angebote vermittelt werden können.

## Reicht der Ausbau der Angebote aus, um die Bedarfe der Familien zu decken?

Der Schwerpunkt des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen liegt – wie auch der entsprechende Förderschwerpunkt der BIFH – in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter drei Jahren. Ziel der BIFH ist die möglichst bundesweite bedarfsgerechte Versorgung mit diesem Angebot. Vor diesem Hintergrund wurden in den Kommunalbefragungen die Ausgestaltung dieses spezifischen Angebotes und der Personaleinsatz genauer untersucht.

Zum 30.06.2015 setzten die Kommunen nach eigenen Angaben 2.149 Gesundheitsfachkräfte in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung ein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ca. ein Drittel (32,9 %) dieser Fachkräfte in mehr als einem Jugendamtsbezirk in aufsuchenden Frühen Hilfen tätig war und daher von zwei oder mehr Kommunen bei der Kommunalbefragung angegeben wurde. Um dennoch einen Rückschluss auf die personellen Ressourcen im Bereich der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung ziehen zu können, wurde zusätzlich die Zahl der zur Verfügung stehenden Vollzeitäquivalente (VZÄ) erhoben.[9]

Für 1.688 Gesundheitsfachkräfte wurden gültige Angaben zu deren wöchentlichem Beschäftigungsumfang im Rahmen der längerfristigen Betreuung und Begleitung gemacht: Alle Angaben aufsummiert, standen insgesamt 18.824 Stunden zur Verfügung, was 470,6 VZÄ entspricht. Dabei ergab sich eine durchschnittliche Wochenstundenzahl von 11,15 Stunden pro Fachkraft. Hochgerechnet auf 2.149 angegebene Personen (für die zum Teil keine Angaben über das Beschäftigungsvolumen abgegeben wurden) ergibt sich eine Gesamtstundenzahl von rund 23.961 und dementsprechend rund 599 Vollzeitäquivalenten.

Geht man davon aus, dass eine Gesundheitsfachkraft auf einer Vollzeitstelle

9 Ein Vollzeitäquivalent entspricht bei den hier vorgenommenen Berechnungen einer 40-Stunden-Woche.

in einem Jahr durchschnittlich zehn bis 15 Familien über die Dauer von zwölf Monaten versorgen könnte[10], entspräche dies für ganz Deutschland einer Betreuungskapazität von ca. 6.000 bis 9.000 Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Bei einer Zahl von bundesweit 744.721 Kindern im Alter von unter einem Jahr (2015) bedeutet das, dass ca. 0,8 % bis 1,2 % der Kinder und deren Familien eine längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung im Sinne Früher Hilfen erhalten könnten. Der Personaleinsatz für die Betreuung von Kleinkindern im zweiten und dritten Lebensjahr ist dabei noch nicht berücksichtigt.

Die Frage, ob mit den vorhandenen Personalressourcen eine bedarfsgerechte Versorgung im Bereich der aufsuchenden Frühen Hilfen sichergestellt werden kann, lässt sich nicht ohne Weiteres beantworten. Bislang existieren dazu keine objektiven Parameter, weder zur Bestimmung eines individuellen Unterstützungsbedarfs noch zur Berechnung des Gesamtbedarfs in der Population der Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Dies würde ein systematisches Screening voraussetzen, verbunden mit Schwellenwerten für das Angebot einer aufsuchenden Hilfe. Auch eine Quantifizierung der geleisteten Fachstunden ist derzeit nicht möglich, da es bislang keine valide Fallstatistik über Anzahl und Umfang der tatsächlich gewährten Hilfen gibt.

Anhaltspunkte für die Verbreitung eines erhöhten Unterstützungsbedarfs in der Bevölkerung liefern die Daten der repräsentativen Prävalenzstudie des NZFH (zum Studiendesign vgl. Eickhorst u.a. 2015): Cirka 7 % der Familien mit einem Kind bis zum Alter von einem Jahr geben vier und mehr Risikofaktoren an[11], haben also zumindest theoretisch einen erhöhten Unterstützungsbedarf. Dies wären, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, insgesamt über 52.000 Familien. Ob dieser Bedarf dann im Einzelfall durch den Einsatz einer Gesundheitsfachkraft im Rahmen einer längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung zu decken wäre und welcher Anteil der betreffenden Familien bereit wäre, eine solche Hilfe anzunehmen, darüber kann nur spekuliert werden.

Derzeit gibt es (noch) keinen fachlichen Konsens darüber, wann man von einer Bedarfsdeckung in einer Kommune bzw. Region sprechen könnte: Für wie viel Prozent der Familien sollte ein Angebot vorgehalten werden, und welcher Anteil nimmt es in Anspruch? Teilweise werden jedoch auf kommunaler Ebene schon Bedarfserhebungen durchgeführt: In 31,2 % der 555 erfassten Kommunen bestand 2015 eine regionale Bedarfserhebung für Unterstützungsangebote im Rahmen von Frühen Hilfen.

Um dennoch (zumindest vorläufige) Antworten auf die Frage nach dem aktuellen Versorgungsstand geben zu können, wurden alle Befragten um ihre subjektive Einschätzung gebeten: Demnach bestand 2015 in 53,2 % der Kommunen eine Unterversorgung in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung (2013: 58,0 %), 39,6 % (2013: 42,0 %) sehen für ihren Wirkungsbereich eine Bedarfsdeckung und 0,2 % (entspricht einer Kommune; 2013: keine Nennung) eine Überversorgung. Die übrigen Befragten (7,0 %; 2013: keine Nennung) sahen sich nicht in der Lage, den Versorgungsgrad in ihrer Kommune einzuschätzen.

Trotz einiger Erfolge bei der Gewinnung und Qualifizierung von Gesund-

10 Grundlage dieser Überlegungen ist eine Versorgung von ca. zwei Stunden pro Familie pro Woche. Inklusive Fahrtzeiten sowie Vor- und Nachbereitung wären bei zehn bis 15 Familien, die ein Jahr lang betreut werden, die Ressourcen einer Vollzeitstelle erschöpft.

11 Berechnungen aus der Prävalenzstudie des NZFH. In die Berechnung sind folgende elf Risikofaktoren eingegangen: massive Konflikte in der Partnerschaft, Depressionsrisiko, junge Mutter (21 Jahre oder jünger), Armutsrisiko (Bezug staatlicher Hilfen), ungeplante Schwangerschaft, eigene negative Kindheitserfahrungen (harte Bestrafungen, wenig Liebe etc.), Erleben von Gewalt in der Partnerschaft, Alleinerziehendenstatus, mehr als zwei kleine Kinder im Haushalt, elterlicher Stress, Kind mit Schreiproblemen.

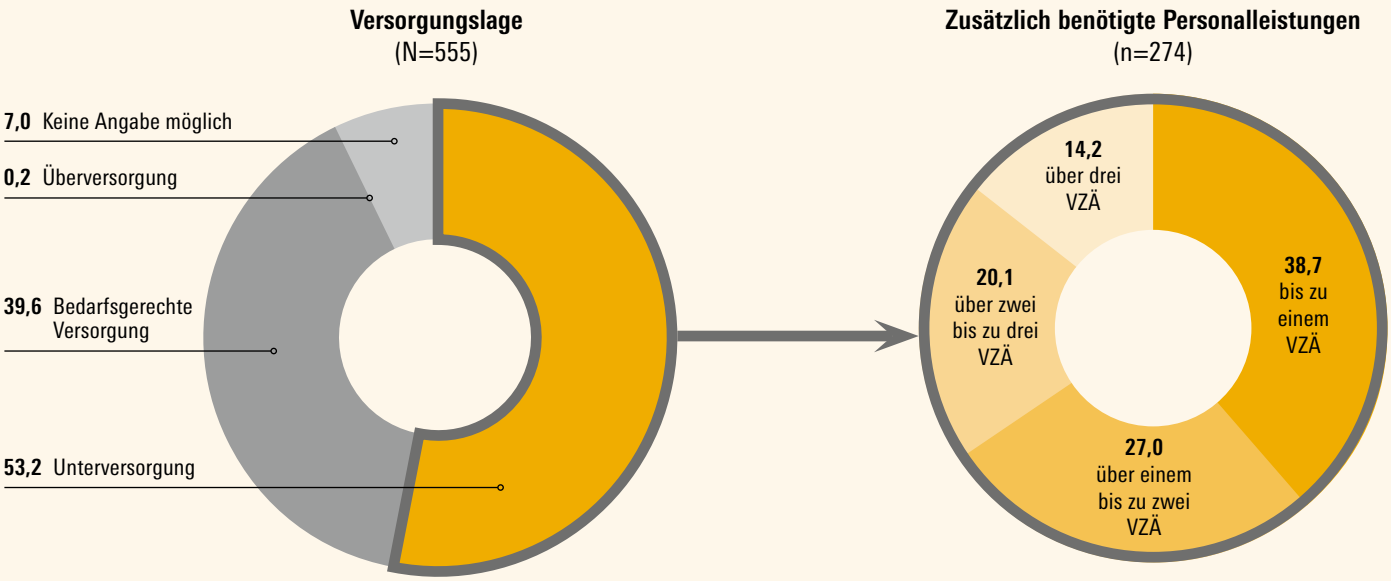
heitsfachkräften und der Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen nimmt eine Mehrheit der Befragten weiterhin eine Differenz zwischen den Bedarfen der Familien und den zur Verfügung stehenden Leistungen der Familienhebammen und FGKiKP wahr. Ursache dafür könnte neben dem nach wie vor bestehenden Fachkräftemangel auch eine gewachsene Sensibilisierung des Feldes gegenüber Familien in belastenden Lebenslagen sein.

Für jene Kommunen, die für ihren Jugendamtsbezirk eine Unterversorgung angegeben haben, wurde erhoben, wie viele zusätzliche Wochenstunden durch Gesundheitsfachkräfte sie im Bereich der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigen würden (vgl. Abb. 4). Dabei ergab sich ein Wert von zusätzlichen 375,25 Vollzeitäquivalenten bei 274 gültigen Angaben. Hochgerechnet auf sämtliche 295 Kommunen mit einer Unterversorgung steigt dieser Wert auf rund 404 benötigte Vollzeitäquivalente, sodass sich in der längerfristigen Betreuung und Begleitung ein derzeitiger Gesamt-Personalbedarf von ca. 1.000 Gesundheitsfachkräften in Vollzeit ergibt.

Bei durchschnittlich ca. 11,2 Stunden, die eine Gesundheitsfachkraft in diesem Angebot wöchentlich aufwendet, hieße das – sofern diese Beschäftigungsdauer von 11,2 Stunden zugrunde gelegt wird –, dass ein Gesamtbedarf von 3.571 Personen erforderlich wäre. Dies entspricht einer Größenordnung, die in ein bereits 2014 vom NZFH geschätztes Intervall benötigter Gesundheitsfachkräfte fällt (2.250 bis 6.750 Gesundheitsfachkräfte, vgl. NZFH 2014, S. 68ff.). Gemessen an den 2.149 im Jahr 2015 mit durchschnittlich 11,2 Wochenstunden tätigen Personen würden dieser Hochrechnung zufolge 1.422 Gesundheitsfachkräfte mit einem ähnlichen Beschäftigungsumfang oder ca. 400 Vollzeitäquivalente im Bereich der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung fehlen.

Alternativen wären die Schaffung von Strukturen, die es dem bereits tätigen Personal ermöglichen, mehr Wochenstunden in den aufsuchenden Frühen Hilfen zu leisten, bzw. eine konzeptionelle Erweiterung des Angebots und der entsprechenden Förderkriterien, die auch

ABBILDUNG 4: Versorgungslage in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen




274 von 295 Kommunen mit einer Unterversorgung melden einen zusätzlichen Bedarf von durchschnittlich 1,37 Gesundheitsfachkräften pro Kommune in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Hochgerechnet auf alle 295 Kommunen mit einer Unterversorgung ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf von rund 404 zusätzlichen Vollzeitäquivalenten.

VZÄ = Vollzeitäquivalente mit 40 Stunden pro Woche
30.06.2015, Prozentwerte
Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, dritte Erhebungswelle (2015)

den Einsatz von Personen aus anderen Professionen vorsieht. Dass dies nicht unrealistisch ist, zeigt der bereits oben referierte Befund, dass in 42,6 % der 2015 befragten Kommunen mit diesem Angebot (auch) Sozial- bzw. Diplom-Pädagoginnen und -pädagogen eingesetzt werden, obwohl deren Einsatz nicht mit Mitteln der BIFH gefördert wird.

In der Kommunalbefragung 2015 wurde auch nach Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen gefragt (vgl. Tab. 3).

Mehr als die Hälfte der Kommunen (56,8 %) sehen vor allem im Mangel an Fachkräften einen bedeutenden Umstand für Schwierigkeiten bei der Ausweitung bzw. Bedarfsdeckung in diesem Bereich. Hintergrund könnte der sich verschärfende personelle Notstand bei grundständigen Hebammen-Tätigkeiten sein, wie z.B. in der Geburtsnachsorge (vgl. Albrecht u.a. 2012). Auch wurde dem NZFH vereinzelt berichtet, dass Familienhebammen wieder verstärkt in der Grundversorgung tätig seien, um die dort entstehenden Betreuungslücken aufzufangen. Um bezüglich dieser Frage zu belastbaren Daten zu kommen, wäre eine Befragung der derzeit tätigen Gesundheitsfachkräfte sinnvoll und notwendig.

Beinahe der gleiche Anteil der Kommunen (51,8 %) sieht in zu knapp bemessenen finanziellen Ressourcen eine Ursache für eine nur schleppend fortschreitende Ausweitung der Angebotskapazitäten. Damit zeigt sich, dass die bisherige Finanzierungspraxis in Kommunen, Ländern und durch die BIFH für eine Bedarfsdeckung nicht ausreicht. Zudem kann auch bei erhöhten personellen Kapazitäten nicht ausgeschlossen werden, dass der Bedarf an Fachkräften das Angebot weiterhin übersteigt: Die mit dem Aufbau der Frühen Hilfen einhergehende Sensibilisierung für familiäre Bedarfslagen und die seit einigen Jahren in immer mehr Kommunen aufgebauten Lotsensysteme (z.B. in Geburtskliniken oder pädiatrischen Praxen) können dazu führen, dass vermehrt Familien als unterstützungsbedürftig identifiziert werden.

Ein weiteres Problem hinsichtlich der Bedarfsdeckung stellen weite Anfahrtswege im Sozialraum dar. Dies trifft auf Flächenlandkreise mehr zu als auf Städte und Agglomerationsräume, die eine hohe Bevölkerungsdichte, kurze Wege und in der Regel eine gut ausgebaute Verkehrsinfrastruktur mit guten öffentlichen Anbindungen haben. Insgesamt gab beinahe jede zweite Kommune an, dass weite Anfahrtswege eine besondere Herausforderung für die Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen darstellen.

Positiv hervorzuheben ist, dass nur ein kleiner Teil der Kommunen (7 %) die Qualifikation der vorhandenen Fachkräfte als unzureichend bewertet. Dies kann als Beleg dafür gewertet werden, dass mit den Konzepten und Maßnahmen für die Qualifizierung der Hebammen und GKiKP die erforderlichen Kompetenzen vermitteln werden, um Familien in psychosozialen Belastungslagen ausreichend zu unterstützen.

### Wie wird der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung fachlich unterstützt und gesichert?

Neben Fragen zu Qualifikation und Beschäftigungsform, Einsatzbereichen und Bedarfsdeckung spielt auch die Sicherstellung und Weiterentwicklung der

TABELLE 3: Einschätzung von Problemen beim Ausbau des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen

| | n | % |
|---|---|---|
| Es sind nicht genügend Fachkräfte verfügbar | 293 | 56,8 |
| Die Mittel reichen nicht aus | 258 | 51,8 |
| Es bestehen weite Wege im Sozialraum | 258 | 49,3 |
| Unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung | 152 | 33,3 |
| Unterschiedliche Haltungen hinsichtlich des Auftrags | 86 | 18,0 |
| Die Qualifikation der vorhandenen Fachkräfte ist nicht ausreichend | 34 | 7,0 |

30.06.2015, Anteile der Kommunen mit Antworten 1 und 2 auf einer Skala von 1 (»trifft voll und ganz zu«) bis 5 (»trifft gar nicht zu«), N=498–523, Prozentwerte

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, dritte Erhebungswelle (2015)

Qualität bezüglich des Einsatzes der Gesundheitsfachkräfte eine wichtige Rolle für den Erfolg der Frühen Hilfen. Um auf dieser Ebene Impulse zu setzen, wurden in der Verwaltungsvereinbarung zur BIFH (vgl. Art. 2, Abs. 4) mehrere konkrete Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung als verbindliches Entwicklungsziel festgehalten. Die Verbreitung dieser Maßnahmen wurde im Rahmen der Kommunalbefragungen erhoben (vgl. Tab. 4).

In vier von fünf Kommunen, die Familienhebammen und FGKiKP in den Frühen Hilfen einsetzen, gibt es ein Angebot zur Fachberatung für die Gesundheitsfachkräfte. Diese Aufgabe wird überwiegend von den Netzwerkkoordinierenden oder den speziellen Koordinierungsstellen für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften wahrgenommen. Eine große Verbreitung haben auch Instrumente zur Falldokumentation: Neun von zehn Kommunen mit dem Angebot berichten von ihrem Einsatz, in gut einem Drittel der Kommunen kommt dabei die vom NZFH erstellte Dokumentationsvorlage zur Anwendung.

Fortbildungsangebote stehen mittlerweile ebenfalls in fast allen Kommunen zur Verfügung – inwieweit sie auch angenommen werden, wurde im Rahmen der Kommunalbefragung nicht erhoben. Einen Zuwachs gibt es seit Beginn der BIFH bei der supervisorischen Fallbegleitung zu verzeichnen: Der Anteil an Kommunen mit dieser Qualitätsmaßnahme ist um ca. 10 % gestiegen, wobei wiederum offen bleibt, welchen Umfang das Supervisionsangebot jeweils hat und in welchem Ausmaß es genutzt wird.

Inzwischen haben auch drei von vier Kommunen Arbeitshilfen und Empfehlungen erarbeitet und zur Verfügung gestellt, was zwischen 2013 und 2015 einem Zuwachs von fast 15 % entspricht. Schriftliche Konzepte für den Einsatz der Fachkräfte liegen ebenfalls in drei von vier Kommunen vor. Ein leichter Rückgang ist bei der Einbindung der Gesundheitsfachkräfte in multiprofessionelle Teams zu erkennen. Die Gründe für den Rückgang sind unklar. Veränderungen in den kommunalen Konzeptionen, sozialversicherungsrechtliche Hürden oder auch eine veränderte Einschätzung, was unter multiprofessionellen Teams subsumiert werden kann, könnten mögliche Erklärungen sein.

Grundsätzlich kann man festhalten, dass es ein ausgeprägtes Qualitätsbewusstsein in den Kommunen gibt, da die deutliche Mehrheit Maßnahmen zur Qualitätssicherung umsetzt. Unklar bleibt jedoch, wie diese im Einzelnen aussehen und in welchem Umfang sie angeboten und von den adressierten Fachkräften genutzt werden.

Mittlerweile hat sich ein neues Thema in der Qualitätsentwicklung Früher Hilfen herauskristallisiert: Über die reine Koordination von Netzwerken und Einsätzen von Fachkräften hinaus ist der Bedarf für ein systematischeres Casemanagement sichtbar geworden, um mehr Passgenauigkeit zwischen Angeboten und Bedarfen herzustellen. Dies beginnt bei der Kontaktaufnahme, sowohl von Fachkräften als auch von Familien selbst, geht über eine gemeinsame Problem- und Ressourcenanalyse sowie Bedarfsfeststellung bis hin zur Vermittlung in geeignete Angebote und Prüfung der Eignung und des Erfolgs der Hilfe.

Insbesondere angesichts der hohen Zahl von freiberuflich tätigen Fachkräften besteht hier ein besonderes Erfordernis für eine systematische Koordination des gesamten Hilfeprozesses. Teilweise wird dies bereits in der Praxis realisiert,

TABELLE 4: Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung beim Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen

| | 2013 | 2015 |
|---|---|---|
| Falldokumentation | 88,5 | 89,5 |
| Davon: Vorlage des NZFH | ./. | 41,4 |
| Fortbildungen | 82,8 | 87,9 |
| Fachberatung | 81,6 | 82,6 |
| Fallsupervision | 69,8 | 79,5 |
| Empfehlungen/Arbeitshilfen | 62,9 | 77,6 |
| Schriftliches Konzept für Einsatz | 72,1 | 74,9 |
| Einbindung in multiprofessionelles Team | 75,0 | 68,8 |

30.06.2013 und 30.06.2015, nur Kommunen, die Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen einsetzen (2013 N=348; 2015 N=478), Prozentwerte

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, erste (2013) und dritte Erhebungswelle (2015)

überwiegend von solchen Netzwerkkoordinierenden, die auch in die Fallarbeit involviert sind.[12] Dies ist aber (noch) kein Standard und erfordert zumeist zusätzliche Ressourcen und Personal. Es empfiehlt sich, dieses Thema wie auch die praktische Gestaltung fallbezogener multiprofessioneller Zusammenarbeit sowie generell die Nutzung von Qualitätsmaßnahmen in der weiteren Forschung zu berücksichtigen.

## Zusammenfassung und Ausblick

Der Einsatz von spezialisierten Gesundheitsfachkräften zur präventiven Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen ist ein Markenzeichen der Frühen Hilfen geworden. Überwiegend sind es Familienhebammen, die freiberuflich und im Auftrag des Jugendamts in diesem Feld tätig sind, jedoch ist der Anteil von FGKiKP im Tätigkeitsspektrum der Frühen Hilfen im Verlauf der BIFH deutlich gestiegen. Den Kern der Angebote, in denen die spezialisierten Gesundheitsfachkräfte eingesetzt werden, stellt die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf dar. In fast der Hälfte der Kommunen werden die Fachkräfte auch in ambulanten Hilfen zur Erziehung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern eingesetzt. Hierfür gibt es derzeit noch keine fachlichen Standards – weder für die Indikation in Abgrenzung zu einem aufsuchenden Angebot der Frühen Hilfen noch für die Gestaltung der Rahmenbedingungen des Einsatzes der Gesundheitsfachkräfte. Hier besteht nach wie vor ein dringlicher fachlicher Entwicklungsbedarf.

In geringerem Ausmaß werden Fachkräfte in Center-based-Angeboten, wie bspw. Sprechstunden, Kursen und Gruppen, eingesetzt und sind direkt für die Familien im Sozialraum ansprechbar. Auch in sogenannten Willkommensbesuchen für Eltern mit Neugeborenen werden spezialisierte Gesundheitsfachkräfte teilweise eingesetzt, hier vor allem FGKiKP. Dies ist insgesamt eher seltener der Fall, und der Informationsauftrag steht hier im Vordergrund. Dennoch können auch bei diesem Angebot erste Wahrnehmungen von Problemlagen stattfinden und in eine Hilfeanbahnung münden.

Systematischere Zugänge zu den Unterstützungs- und Hilfeangeboten der spezialisierten Gesundheitsfachkräfte können besonders gut über Einrichtungen und Dienste geschaffen werden, die im Rahmen von medizinischen Regelleistungen Kontakt mit beinahe allen (werdenden) Eltern haben. Dies sind vor allem Geburts- und Kinderkliniken, gynäkologische und pädiatrische Praxen sowie Hebammen in der regulären Geburtsnachsorge. Hilfreich zur Fallfindung ist dabei der Einsatz von Screeninginstrumenten zur Einschätzung von psychosozialen Belastungen, diese werden jedoch nach wie vor nur in knapp der Hälfte der befragten Kommunen eingesetzt. Des Weiteren bedarf es gut organisierter Vermittlungsdienste, wie bspw. der »Babylotsen«, um Familien bei Bedarf die Übergänge zwischen medizinischem Versorgungssystem und psychosozialen Hilfen zu erleichtern. Diese weisen inzwischen einen hohen Verbreitungsgrad auf.

Eine zentrale Frage der Evaluation und Dokumentation der BIFH ist die nach der Deckung des Bedarfs mit den mittlerweile flächendeckend implementierten Angeboten. Diese Frage ist derzeit

12 Bspw. von den Koordinierenden Kinderschutzstellen in Bayern. Vgl. http://www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/koki/kokibay.php

nur sehr eingeschränkt zu beantworten, da es bislang keinen fachlichen Konsens bzw. keine auf objektiven Parametern fußende Definition von Bedarfen und Bedarfsdeckung gibt. Auch ist die Datenlage zu Fallzahlen und Betreuungsvolumina sehr unbefriedigend. Daten aus der Prävalenzstudie des NZFH geben jedoch Anlass zur Vermutung, dass weitaus mehr Familien einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben (ca. 7 % aller Familien mit Kindern unter einem Jahr), als bislang mit den vorhandenen Fachkräften und zur Verfügung stehenden Mitteln aus der BIFH abgedeckt werden können (2015 ca. 1 % der Familien mit Kindern bis drei Jahren). Subjektive Einschätzungen der Befragten bestätigen dies: In mehr als der Hälfte der Kommunen besteht eine Unterversorgung mit Kapazitäten der spezialisierten Gesundheitsfachkräfte. Der Fehlbedarf wird auf ca. 1.500 Fachkräfte bzw. 400 Vollzeitäquivalente geschätzt.

Positiv hervorzuheben ist das Qualitätsbewusstsein auf kommunaler Ebene: Etwa vier von fünf Kommunen mit dem entsprechenden Angebot haben ein schriftliches Konzept für den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte und bieten Fachberatung, Fortbildungen, Arbeitshilfen und/oder Fallsupervision für die Fachkräfte an, auch die Anwendung von Dokumentationssystemen ist weit verbreitet. Inwieweit diese Qualitätsentwicklungsmaßnahmen von den Fachkräften auch wahrgenommen werden, ist jedoch unklar. Die Einbindung in multiprofessionelle Teams ist leicht rückgängig.

Es zeichnet sich ein neuer Schwerpunkt im Bereich der Praxisentwicklung ab: So wurde im Verlauf der Implementierung der BIFH ein Bedarf an Kontaktstellen für Familien und Fachkräfte deutlich, die den Zugang zu Unterstützung und Hilfe vereinfachen könnten. Darüber hinaus stellen Fachdienste zur Koordination und Qualifizierung der Fallarbeit einen wichtigen Baustein im Hinblick auf eine passgenaue und effektive Hilfeleistung dar. Dafür gilt es, gute Praxismodelle zu finden bzw. zu entwickeln. Das Gleiche gilt für Modelle zur Arbeit in multiprofessionellen Teams, die mit ihrem breiteren Spektrum an Fachkompetenz angemessener auf individuelle Bedarfslagen eingehen können als einzelne Fachkräfte.

In Bezug auf die Beurteilung der Bedarfsdeckung besteht ein umfassender Forschungsbedarf: Zunächst sollte das Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch spezialisierte Gesundheitsfachkräfte klarer definiert werden, um mehr Vergleichbarkeit der in der Fläche bestehenden Konzepte zu ermöglichen. Besonders dringlich ist jedoch die standardisierte Erfassung der Fallzahlen sowie der Dauer und Intensität der Betreuung, um den Umfang der erbrachten Leistungen quantifizieren zu können. Perspektivisch sollte dies auch eingehen in eine Weiterentwicklung der amtlichen Statistik zur Kinder- und Jugendhilfe.

Dem Fachkräftemangel in den Frühen Hilfen zu begegnen, wird in den nächsten Jahren eine zentrale Herausforderung der politischen und fachlichen Steuerung sein. Da das Tätigkeitsfeld für die Grundprofessionen mit vielen Herausforderungen verbunden ist, sollte vor allem an den Rahmenbedingungen des Beschäftigungsfeldes angesetzt werden. Darüber hinaus sollte für die durchaus sinnstiftende Tätigkeit mehr geworben werden. Zudem sollte geprüft werden, ob die aktuell eingesetzten Fachkräfte in größerem Umfang in den Frühen Hilfen tätig sein könnten.

Unter Umständen wäre es zudem sinnvoll, das Portfolio der Grundprofessionen zu öffnen und einen breiteren Zugang zur Spezialisierung als »Familienbegleiter/-in« in den Frühen Hilfen zu ermöglichen, auch wenn dies neue Fragen bezüglich Vergütung und Ressourceneinsatz aufwirft. Dies könnte auch im Sinne einer breiteren multiprofessionellen Basis positive Auswirkungen auf die zur Verfügung stehenden Fachkompetenzen haben, die notwendig sind, um den komplexen Lebenslagen der betreuten Familien gerecht zu werden. Notwendig, gerecht und sozial-normativ verpflichtend ist auf jeden Fall, dass alle Familien in belastenden Lebenslagen die bedarfsgerechte Unterstützung bekommen können, die sie benötigen und wollen.

## Literatur


Albrecht, M./Loos, S./Sander, M./Schliwen, M./Wolfschütz, A. (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Hrsg. vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES). Berlin

Barth, M. (2016): Das pädiatrische Elterngespräch und Frühe Hilfen. Eine Übersicht über Grenzen der Belastungsansprache in Früherkennungsuntersuchungen. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Heft 10, 1315–1322

Barth, M./Mall, V. (2015): Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3-U6). Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Barth, M./Renner, I. (2014): Kindermedizin und Frühe Hilfen – Entwicklung und Evaluation des Pädiatrischen Anhaltsbogens. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

(BMFSFJ) Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2012): Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_zur_Bundesinitiative.pdf (23.05.2017)

Bowlby, J. (2008): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München

(DIJuF) Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (2015): Fragen und Antworten zu den Rechtsgutachten. Online-Ergänzung zu »Rechtsgutachten zu Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern«. www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehehilfen/familien-gesundheits-und-kinderkrankenpflegerinnen-und-pfleger/rechtsgutachten (08.10.2017)

Eickhorst, A./Brand, C./Lang, K./Liel, C./ Neumann, A./Schreier, A./Renner, I./Sann, A. (2015): Die Prävalenzstudie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3« zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern. Studiendesign und Analysepotential. In: Soziale Passagen, Jahrgang 7, Heft 2, S. 381–387

Fisch, S./Keller, T./Nazmy, N./Stasun, U./Kell, T./Klapp, C. (2016): Evaluation des Babylotse-Plus-Screeningbogens. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Heft 10, S. 1300–1309

Geene, R. (2014): Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen. Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Impulse_Netzwerk_Raimund_Geene.pdf (08.10.2017)

Hahn, M./Sandner, E. (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Hahn, M./Sandner, E. (2014) Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Hartmann, M. (2010) Armutsprävention durch Empowerment. Interdisziplinäre Frühe Förderung von Familien. In: Holz, G./Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. München, S. 128–137

Kindler, H. (2008) Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen, T. u.a. (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim, S. 173–243

Küster, E.-U./Mengel, M./Pabst, C./Sann, A. (2015) Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen. In: Datenreport Frühe Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)/Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) und TU Dortmund. Köln, S. 22–39

Lang, K./Brand, C./Renner, I./Neumann, A./Schreier, A./Eickhorst, A. /Sann, A. (2015) Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt? In: Datenreport Frühe Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)/Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) und TU Dortmund. Köln, S. 6–21

Lange, U./Liebald, C. (2012) Der Einsatz von Familienhebammen in den Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014) Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2016) Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016. 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

Pawils, S./Schwinn, A./Koch, U./Metzner, F./Reiß, F. (2010): Endbericht Babylotse Hamburg. Modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit Stiftung SeeYou, Hamburg. Unveröffentlichter Bericht

Pawils, S./Wendt, C./Metzner, F./Härter, M. (2013): Endbericht Ambulanter Babylotse Hamburg. Modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems im ambulanten Setting. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Universitätsklinkum Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit Stiftung SeeYou. Hamburg. Unveröffentlichter Bericht

Renner, I./Scharmanski, S. (2016): Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Hat sich ihr Einsatz bewährt? In: Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Heft 10, S. 1323–1331

Schürmann-Ebenfeld, S./Kindler, H. (2015): Evaluation des Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (EvalLupE) in Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht. Deutsches Jugendinstitut e.V., München. www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/Bericht_EvalLupE_final_kg.pdf (08.10.2017)

Weiß, H. (2010): Was brauchen Kinder? Lebens- und Entwicklungsbedürfnisse von Kindern. In: Holz, G./Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. München, S. 12–19

CHRISTOPHER PABST UND ALEXANDRA SANN

# Die Vermessung Früher Hilfen

## Welche Anforderungen muss eine standardisierte Erfassung der Leistungen von Gesundheitsfachkräften erfüllen?

Der umfassende Auf- und Ausbau des neuen Versorgungselements Frühe Hilfen (NZFH 2016, S. 5) im Rahmen politischer Förderprogramme[1] hat in den vergangenen Jahren zu einer mittlerweile flächendeckenden Verbreitung von Netzwerken und Angeboten Früher Hilfen in Ländern und Kommunen geführt (vgl. NZFH 2014, 2016). Die im Rahmen der Evaluation und Dokumentation der BIFH durchgeführten Erhebungen zeigen, dass im Bereich der aufsuchenden Frühen Hilfen sowohl die personellen Ressourcen aufgestockt wurden als auch Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität hinsichtlich ihrer Verbreitung zunahmen (vgl. Küster u.a. 2017; Pabst u.a. in diesem Band).

Um den bislang geschaffenen Stand aufrechtzuerhalten, sind nachhaltige Investitionen erforderlich: Der Bund finanziert nach Ablauf der BIFH auch weiterhin unterschiedliche Maßnahmen in den Frühen Hilfen mit jährlich 51 Millionen Euro, die seit 2018 über eine Bundesstiftung zur Verfügung gestellt werden. Vorrangiges Ziel ist die Stärkung entwicklungsförderlicher Bedingungen des Aufwachsens in Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, insbesondere bei psychosozial belastenden Lebenslagen. Eine zentrale Fragestellung der Evaluation ist daher, ob mit den bereitgestellten Mitteln und den damit finanzierten Aktivitäten die Zielgruppen erreicht und effizient unterstützt werden können.

Neben dem Zugang (vgl. Neumann/Renner 2016) und der Wirksamkeit (vgl. Renner/Sann 2010) stellt sich mit Blick auf die gesamtdeutsche Versorgungssituation dabei auch die Frage, ob die verfügbaren Kapazitäten, die für das Kernangebot der Frühen Hilfen – die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien durch Gesundheitsfachkräfte – zur Verfügung stehen, ausreichen, um die bestehenden Unterstützungsbedarfe in der Bevölkerung abzudecken. Um Antworten auf diese Frage geben zu können, müssen unterschiedliche Daten erhoben und zueinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. Pabst u.a. in diesem Heft): Zum einen muss der geschätzte Bedarf in der Bevölkerung quantifiziert werden.

1 Exemplarisch wird an dieser Stelle auf das Programm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« und die »Bundesinitiative Frühe Hilfen« (BIFH) verwiesen.

2 Ungeachtet dessen können regionale Bedarfe davon stark abweichen, im selben Maße wie auch Bevölkerungsstruktur und Infrastruktur für Familien sich regional sehr unterschiedlich darstellen.

Dies erfordert sowohl eine allgemeingültige und im Hinblick auf andere Hilfen hinreichend trennscharfe Definition eines erhöhten Unterstützungsbedarfs, dem mit präventiven Maßnahmen der Frühen Hilfen angemessen zu begegnen wäre, als auch Daten zur Verbreitung eines so bestimmten Bedarfs. Zum anderen werden Daten zur Verbreitung und Nutzung der spezifischen Unterstützungsmaßnahmen benötigt.

Inzwischen liegen Daten zur Verbreitung von psychosozialen Belastungen bei (werdenden) Eltern von Säuglingen und Kleinkindern aus der repräsentativen Prävalenzstudie des NZFH vor (vgl. Salzmann u.a. in diesem Heft) und erlauben eine Schätzung des bundesweiten Bedarfs.[2] Die Datenlage in Bezug auf die zahlenmäßige Verbreitung des Kernangebots der Frühen Hilfen, der längerfristigen aufsuchenden Betreuung von Schwangeren und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter drei Jahren durch Gesundheitsfachkräfte (vgl. Abb. 1), ist jedoch noch unzureichend.

ABBILDUNG 1: Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung in den Frühen Hilfen durch Gesundheitsfachkräfte

**Die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte ist eine der zentralen Unterstützungsformen im Leistungsspektrum der aufsuchenden Frühen Hilfen.**

**ZIELGRUPPE**

Werdende Familien und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter drei Jahren in psychosozialen Belastungslagen bzw. mit erhöhten Unterstützungsbedarfen (z.B. Alleinerziehende ohne familiäres Netzwerk oder Familien mit psychisch kranken Eltern). Die Zielgruppe kann von Kommunen weiter spezifiziert werden, bspw. Frühe Hilfen für alleinerziehende junge Mütter oder für Familien mit Fluchterfahrung.

**PERSONAL**

Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen sowie Personen aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation.

**INHALTE**

Die Familien der Zielgruppe erhalten Unterstützung in Fragen der frühkindlichen Versorgung und in der Alltagsbewältigung. Dabei geht es z.B. um die Vermittlung grundlegender Erziehungs- und Versorgungskompetenzen, den Aufbau einer stabilen Bindung zwischen Kind und Hauptbezugspersonen, Hilfe bei der Bewältigung von z.B. Behördengängen und um die Befähigung zur Selbsthilfe. Ziel ist es, dem Kind trotz der vorliegenden Belastungen in der Familie ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen.

Derzeit liegen aus den Kommunalbefragungen im Zuge der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen Daten zur Verbreitung über sämtliche Jugendamtsbezirke in Deutschland vor, nicht jedoch über die quantitative Ausgestaltung dieser Angebote. Zwar wurde wiederholt versucht, in den Befragungen Fallzahlen zu diesem Angebot zu erheben, die Ergebnisse waren jedoch nicht zufriedenstellend: Es zeigte sich, dass die in den Kommunen zu diesem Bereich Befragten noch nicht in der Lage sind, valide, reliable und vergleichbare Zahlen zu liefern. Dies ist unter anderem auf die noch sehr heterogene Ausgestaltung des Angebots und den laufenden Aufbauprozess zurückzuführen.

Der vorliegende Beitrag stellt zunächst unterschiedliche Ausgestaltungen des Angebots und Herangehensweisen zu seiner Erfassung vor, die derzeit auf kommunaler Ebene vorzufinden sind. In einem zweiten Schritt werden die Erfahrungen analysiert, die bei den Versuchen, Fallzahlen zu diesen Angeboten zu ermitteln, gewonnen wurden. Abschließend werden notwendige Entwicklungsschritte zur Operationalisierung der Fallzahlen in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung aufgezeigt, um perspektivisch eine verlässliche statistische Erfassung zu ermöglichen.

## Unterschiede bei der Ausgestaltung und Erfassung der aufsuchenden Angebote

Angebote der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf durch speziell fortgebildete Gesundheitsfachkräfte im Rahmen Früher Hilfen sind in der Praxis sehr unterschiedlich ausgestaltet. Dies ist sowohl auf landesspezifische Förderpraxen, kommunalspezifische Konzepte als auch gewachsene Traditionen vor Ort zurückzuführen. Darüber hinaus spielen auch professionsspezifische Aspekte bei den eingesetzten Fachkräften eine Rolle (vgl. Lange/Liebald 2012). Zwar hielten 2015 bereits 86,1 %

der über die BIFH geförderten Kommunen solche Unterstützungsangebote mit Einsatz entsprechender Fachkräfte vor, bislang gibt es allerdings kaum verbindliche Standards, was genau unter einem solchen Angebot zu verstehen und wie es von anderen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens abzugrenzen ist (vgl. Steuerungsgruppe der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2016; Horschitz u.a. 2015).

In vielen Einzelheiten war und ist es den Praktikerinnen und Praktikern vor Ort überlassen, diese Form der Familienunterstützung zu gestalten. Dies ist nicht grundsätzlich negativ zu bewerten, da hier zum einen oft langjährige Erfahrungen in spezifischen Formaten ihren Ausdruck finden, zum anderen auf diese Weise auch besser auf lokale und individuelle Erfordernisse eingegangen werden kann. Probleme ergeben sich eher bei der einheitlichen Erfassung der geleisteten Unterstützung und damit vor allem hinsichtlich der Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zwischen Kommunen und Regionen.

Zu den 2015 im Rahmen der Kommunalbefragung erhobenen Daten zu den Fallzahlen bezüglich der aufsuchenden Frühen Hilfen konnten die in den Kommunen für die Frühen Hilfen verantwortlichen Personen die in ihrem Jugendamtsbezirk ermittelten Zahlen erläutern. Dabei zeigten sich Unterschiede in verschiedenen Dimensionen:

- *Alter des Kindes der betreuten Familien*
  Es gibt Kommunen, die den Fokus ausschließlich auf Familien mit Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres legen. Andere Kommunen fassen die Zielgruppe weiter und beziehen Kinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres ein.
- *Beginn der Betreuung*
  Einige Kommunen wiesen ausdrücklich darauf hin, dass zu ihrer Zielgruppe für aufsuchende Frühe Hilfen auch werdende Eltern gehören. Demnach kann eine Betreuung bereits in der Schwangerschaft angeboten werden. Das Gros der Angebote setzt jedoch nach der Geburt eines Kindes ein.
- *Dauer der Betreuung*
  Der Zeitraum, über den eine Familie Unterstützung durch eine Gesundheitsfachkraft erhält, unterscheidet sich teils deutlich: Einige Kommunen haben diesbezüglich keine klaren Vorgaben aufgestellt – eine Betreuung wird beendet, wenn der akute Anlass zur Unterstützung abgemildert werden konnte. Andere Kommunen sehen einen fest definierten Zeitraum der Hilfeleistung vor. Dieser fällt sehr unterschiedlich aus, in der Regel beträgt die Betreuungsdauer sechs oder zwölf Monate.
- *Intensität der Betreuung*
  Eine zweite Dimension der zeitlichen Ausgestaltung besteht in der Betreuungsintensität, also in der Zahl der Stunden, die eine betreute Familie pro Woche von einer Gesundheitsfachkraft aufgesucht wird. Diese kann von Familie zu Familie stark variieren, da sich die Betreuungsintensität nach dem individuellen Unterstützungsbedarf der Familien richtet. Bei einer hohen Zahl von Stunden, die pro Familie aufgebracht werden, können die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen nur in einer relativ geringen Zahl von Familien eingesetzt werden. Im Falle einer vergleichsweise geringeren Betreuungsintensität ist eine deutlich höhere Fallzahl bei sonst gleichen personellen Kapazitäten möglich.

Zu den unterschiedlichen Interpretationen und Ausgestaltungen dieses Angebotes der Frühen Hilfen kommen noch uneinheitliche Erfassungsmethoden als erschwerender Faktor hinzu:

- *Falldefinition*
  Die Frage, was als Betreuungsfall zu zählen ist, wird von den Kommunen unterschiedlich ausgelegt. Die Spannweite reicht von der Zählung ausschließlich abgeschlossener Betreuungsfälle (inklusive Fällen, die in andere Hilfen übergeleitet wurden) bis hin zur Berücksichtigung einzelner Beratungsanlässe »im Rahmen von Sprechstunden, Hausbesuchen und telefonisch«. Die genannten Zählverfahren führen im Ergebnis zu stark abweichenden Fallzahlen, die nicht miteinander verglichen werden können.
- *Professionsbezug*
  Für einige Kommunen ist von Bedeutung, welche Qualifikation die Gesundheitsfachkraft hat, die die Betreuung durchführt. Es werden bspw. nur Fälle berücksichtigt, in denen die Betreuungen von Familienhebammen durchgeführt wurden. Von Angehörigen vergleichbarer Gesundheitsberufe erbrachte Leistungen wurden statistisch nicht erfasst. In den meisten Kommunen werden die bearbeiteten Fälle jedoch unabhängig von der Profession der Gesundheitsfachkraft gezählt.

Vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Ausgestaltung aufsuchender Unterstützungsangebote Früher Hilfen und der heterogenen Erfassungsmethoden aufseiten der Kommunen liefert die standardisierte bundesweite Erfassung

der Fallzahlen im Rahmen der Kommunalbefragung zur BIFH im Moment Daten, die nur eingeschränkt interpretierbar und aussagekräftig sind. Die Ergebnisse geben jedoch wertvolle Hinweise auf die Erfordernisse einer zukünftigen Erfassung und Dokumentation der Fallzahlen im Bereich der aufsuchenden Frühen Hilfen.

## Erkenntnisse aus bisherigen Erhebungen

Ein Blick auf die Fallzahlen, die durch das NZFH 2014 und 2015 (jeweils für den Stichtag 30. Juni) erhoben wurden, zeigt, dass 353 (73,8%) der 478 Kommunen, die 2015 ein solches Angebot aufgebaut hatten, laut eigener Aussage eine Fallstatistik für die unter einjährigen Kinder führen. Allerdings ändert diese recht weite Verbreitung von kommunalen Erfassungssystemen nichts an den bestehenden Problemen einer überregionalen standardisierten Erhebung: Die Aussagekraft der aggregierten Daten, die sich aus diesen (äußerst heterogenen) kommunalen Datenerfassungssystemen speisen, ist durch die Unschärfen dessen, was gezählt wird, stark beeinträchtigt.[3]

Weiterhin zeigt sich, dass es in den Kommunen, die eine solche statistische Erfassung der bei ihnen aufkommenden Fallzahlen vornehmen, oft zu Fehlern bzw. Inkonsistenzen in der Zählung kommt. Das NZFH erfasste im Jahr 2014 und 2015 die Fallzahlen jeweils zum Stichtag 30. Juni des Vorjahres und des Erhebungsjahres. Somit lagen für denselben Stichtag 30.06.2014 Angaben aus zwei Befragungen vor, die im Abstand von einem Jahr übermittelt wurden und deckungsgleich sein müssten. Ein Blick auf die Differenz der Angaben zeigt jedoch, dass die Angaben in den meisten Fällen stark voneinander abweichen. Nur 23,1 % der Kommunen gaben zu beiden Erhebungszeitpunkten identische Werte an. Bei weiteren 5,3 % ergaben sich Werte, die bis zu 5 % auseinanderlagen – und damit zumindest in dieselbe Größenordnung fallen. In den verbleibenden über 70 % der Fälle ergab sich ein Fehlerwert von über 5 % (vgl. Tab. 1).

Die Auswertung der Fallzahlen im interkommunalen Vergleich für den Stichtag 30.06.2015 zeigt eine sehr große Streuung der Ausprägungen über alle Kommunen hinweg: Der Wertebereich erstreckt sich über die Spannweite von 0 bis 575 (n=433)[4], wobei Nennungen größer als 162 Fälle entsprechend der Häufigkeitsverteilung als statistische Ausreißer einzuordnen sind. Weiterhin ist die Verteilung auffallend linkssteil: Der Großteil der befragten Kommunen hat relativ wenige Fälle angegeben (60 % mit höchstens 21 Fällen). Die übrigen

TABELLE 1: Differenz der Fallzahlen zum Stichtag 30.06.2014 zwischen den 2014 und 2015 angegebenen Werten

| Relative Größe des Fehlers | | n | % |
|---|---|---|---|
| Angaben 2015 höher als 2014 | über 20 % | 77 | 25,4 |
| | über 5 bis 20 % | 25 | 8,2 |
| | bis 5 % | 10 | 3,3 |
| Identische Angaben 2014 und 2015 | keine Abweichung | 70 | 23,1 |
| Angaben 2014 höher als 2015 | bis 5 % | 6 | 2,0 |
| | über 5 bis 20 % | 39 | 12,9 |
| | über 20 % | 76 | 25,1 |
| **Gesamt** | | **303** | **100,0** |

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, zweite und dritte Erhebungswelle (2014, 2015; n=303)

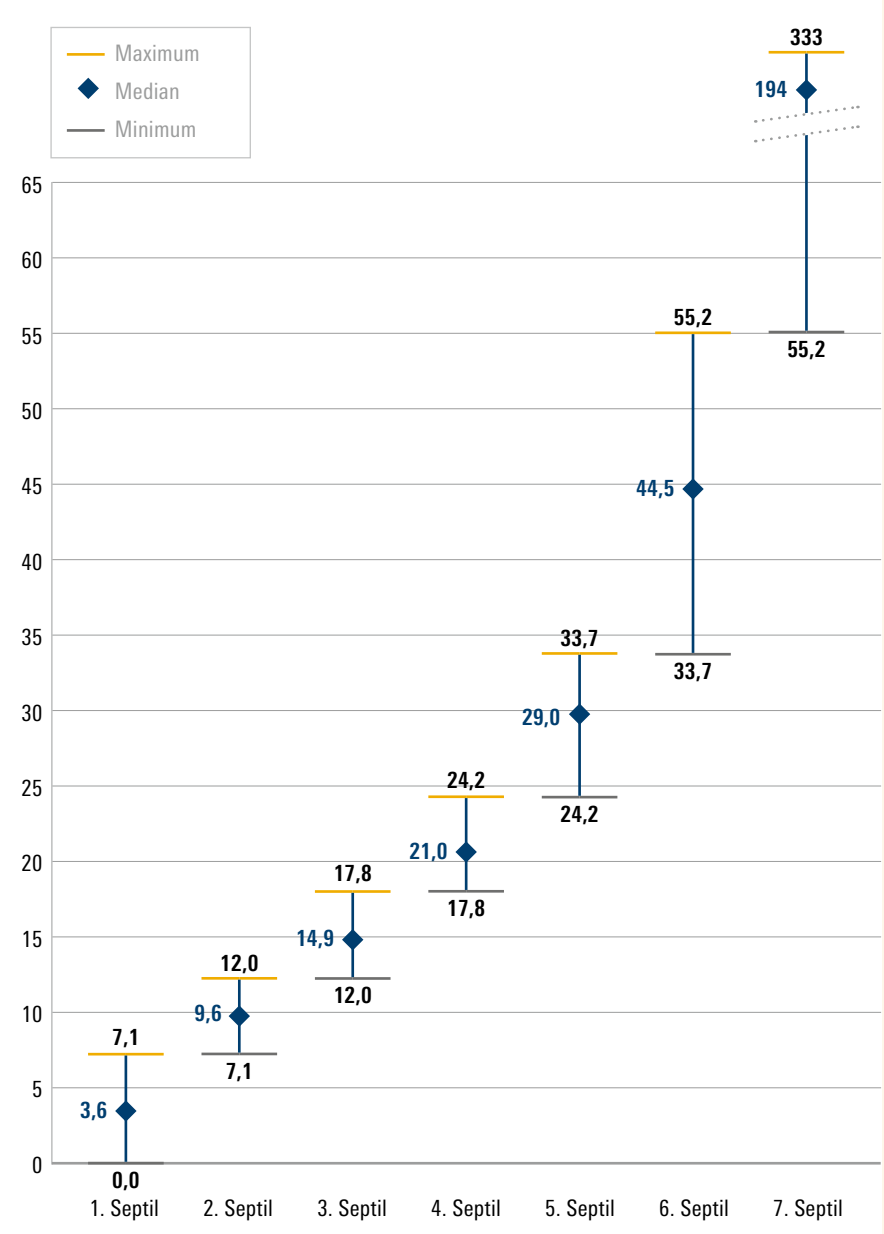
3 Positiv ist, dass jene Kommunen, die eine eigene Zählung der Fälle in den aufsuchenden Frühen Hilfen durchführen, die bei ihnen vorliegende Entwicklung der Nachfrage und der Versorgungsquote in den aufsuchenden Frühen Hilfen in einer Zeitreihe dokumentieren können – eine wichtige Voraussetzung für eine empirisch basierte kommunale Bedarfsmessung und Planung der Frühen Hilfen.

4 Von den 478 Kommunen, die angaben, Gesundheitsfachkräfte in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung einzusetzen, konnten 45 keine Angabe machen. 20 Kommunen hatten zum Stichtag keinen Fall, 413 Kommunen zwischen einem Fall und 575 Fällen.

40 % weisen Fallzahlen zwischen 22 und knapp 575 auf. Der Mittelwert beträgt 30,2 Fälle und wird von der Standardabweichung (50,2) weit übertroffen (Standardfehler 2,41) – ein weiterer Hinweis auf eine stark ausgeprägte Heterogenität (vgl. Wittenberg/Cramer 1998).

Eine mögliche Erklärung für die großen Unterschiede könnte die Einwohnerstärke der jeweiligen Kommunen liefern. Eine danach differenzierte Auswertung schärft das Bild, das sich bislang abzeichnet: Grundsätzlich besteht zwar ein starker positiver Zusammenhang der gemeldeten Fallzahlen mit der Einwohnerzahl. Jedoch gibt es auch zahlreiche einwohnerschwache Kommunen, die die Fallzahl von einwohnerstarken Kommunen erreichen bzw. sogar (deutlich) überschreiten. Gleichzeitig gibt es Großstädte, die Fallzahlen im einstelligen Bereich gemeldet haben – und damit (teils weit) hinter vielen mittelgroßen und kleinen Kommunen liegen. Dieses Ergebnis untermauert die Vermutung, dass in Deutschland sehr unterschiedliche Konzepte der längerfristigen Betreuung und Begleitung bestehen, die zudem in nicht vergleichbarer Weise erfasst werden.

ABBILDUNG 2: Verteilung der Fallzahlen zum 30.06.2015 pro Vollzeitäquivalent (Gesundheitsfachkräfte) anhand von Septilen




Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen, dritte Erhebungswelle (2015; n=433)

Setzt man in einem weiteren Schritt die angegebenen Fallzahlen in Beziehung zu den in der Kommune eingesetzten Fachkräften (umgerechnet in Vollzeitäquivalente), so ergibt sich ein Betreuungsschlüssel (Betreuungsfälle pro Vollzeit-Fachkraft pro Jahr), der auch Rückschlüsse auf die Betreuungsintensität zulässt. Diese unterscheidet sich in der Fläche deutlich, sodass nicht in jedem gezählten Fall von einer längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung einer Familie ausgegangen werden kann (vgl. Abb. 2).

Geht man davon aus, dass eine Familienhebamme (Vollzeit) bei einer Dauer von etwa sechs bis zwölf Monaten pro Betreuungsverhältnis zwischen zehn bis 15 Familien (bei durchschnittlich zwölf Monaten Betreuungsdauer) bzw. 20 bis 30 Familien (bei durchschnittlich sechs Monaten Betreuungsdauer) im Jahr längerfristig intensiv begleiten kann (vgl. NZFH 2014), so befinden sich die Werte

der zweiten bis fünften Septile (ca. 57 % der Kommunen mit aufsuchenden Frühen Hilfen) in Bereichen, die eine solche längerfristige und intensive Familienunterstützung vermuten lassen. In den übrigen 43 % der Kommunen ergab sich ein Betreuungsschlüssel, der darauf hinweist, dass hier auch andere, wesentlich längere/intensivere (z.B. Begleitung über das erste Lebensjahr hinaus) bzw. wesentlich kürzere/weniger betreuungsintensive Angebote mit Einsatz von Gesundheitsfachkräften in die Zählung eingeflossen sind (bspw. Willkommensbesuche, Einzelberatungen oder ggf. Gruppenangebote).

Die im Rahmen der Kommunalbefragungen durchgeführte Analyse zu den ermittelten Fallzahlen in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien durch Gesundheitsfachkräfte bestätigen, dass eine überregionale Auswertung und Interpretation dieser Fallzahlen derzeit mit einigen Unwägbarkeiten verbunden ist. Eine zukünftige valide Erfassung im Rahmen des Monitorings zur Bundesstiftung Frühe Hilfe muss einige wichtige methodische Fragen klären und bedarf vieler vorbereitender Schritte, bevor auf Basis dieser Daten eine belastbare Beurteilung der Versorgungslage möglich wird.

## Meilensteine auf dem Weg zu einer validen Erfassung der Fallzahlen

Die bislang unternommenen Versuche zur bundesweiten Erhebung von Fallzahlen in den aufsuchenden Frühen Hilfen sind – trotz der Mängel bei der Vergleichbarkeit der lokalen Angebotskonzepte und Erfassungssysteme – gerade aufgrund der so gewonnenen Einblicke nicht als ergebnislos zu bewerten: Einerseits konnten im Zuge der Erhebungen Kommunen identifiziert werden, die bereits sehr fortgeschrittene Erhebungs- und Dokumentationsmethoden entwickelt haben und damit als Vorbilder für die weitere Entwicklung fungieren können.

Andererseits wird das Feld durch solche Erhebungen zunehmend für notwendige methodische Erfordernisse sensibilisiert, bspw. die vorhandenen Angebote und Maßnahmen der Frühen Hilfen inhaltlich und definitorisch zu schärfen und ebenso einheitlich wie verlässlich zu dokumentieren. Weiterhin geben die bisherigen Ergebnisse trotz der bestehenden Unschärfen einen ersten Orientierungsrahmen über das quantitative Ausmaß der Fallzahlen in der längerfristigen Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte auf kommunaler Ebene. Um sich einer validen Erfassung der Fallzahlen weiter anzunähern, empfehlen sich konkret folgende Entwicklungsschritte:

1. *Normierung des Angebots*
   Eine wichtige Voraussetzung für eine valide Erhebung wäre eine weitergehende Standardisierung des Angebots, um die vorhandene große Heterogenität zu reduzieren. Hier ist an Vorgaben zu denken, die einerseits Mindeststandards schaffen, bspw. hinsichtlich der Ziele, der Dauer und der Betreuungsintensität des Angebots. Andererseits sollten Freiheitsgrade in der Ausgestaltung möglich sein, um den Bedarfen der jeweils betreuten Familien gerecht zu werden, z.B. hinsichtlich der Zielgruppe: Sollen auch werdende Familien betreut werden? Richtet sich das Angebot an Familien mit Kindern unter einem Jahr oder auch an Familien mit Kindern bis drei Jahren?
   Im Weiteren sollten die das Angebot kennzeichnenden Parameter (z.B. Merkmale der betreuten Familien, Betreuungsanlass, Betreuungsdauer, Betreuungsintensität, Profession der betreuenden Fachkräfte, Betreuungsende inkl. Anschlusshilfen) definiert und operationalisiert werden. Konzeptionelle Varianten und die damit verbundenen jeweils unterschiedlichen Ausprägungen der einzelnen Parameter können dann erfasst und bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden. Dies erlaubt die Darstellung von Vielfalt und ermöglicht dennoch Vergleichbarkeit — dabei muss aber in Kauf genommen werden, dass sich die Komplexität des Erhebungsinstruments erhöht und damit ein zusätzlicher Bearbeitungsaufwand aufseiten der befragten Personen einhergeht.
2. *Identifizierung von praktikablen und bewährten Modellen der Fallzahlerfassung*
   Zunächst sollten weitere (qualitative und quantitative) Untersuchungen zu den vorhandenen Einsatzmodellen und Erfassungsmethoden in den Kommunen durchgeführt werden. Dabei sollten vor allem jene Kommunen einbezogen werden, die ihr Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung hinreichend definiert und die ein ausgereiftes statistisches Erfassungssystem entwickelt haben und einsetzen. Das NZFH sichtet derzeit die bundesweit bestehenden kommunalen Erfassungssysteme, um auf dieser Grundlage die Entwicklung einer Vorlage zur einheitlichen Fallzahldokumentation voranzutreiben.

3. *Entwicklung und Erprobung eines Prototyps zur Fallzahlerfassung*
   Ein auf dieser Basis erstellter Prototyp zur Erfassung der Fallzahlen sollte in einer Testphase in Kommunen eingesetzt werden, die bereits über ein gut entwickeltes Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung verfügen und Erfahrung in der Erfassung der entsprechenden Fallzahlen gesammelt haben. So kann das Erhebungsinstrument auf seine Eignung für die Erfordernisse der Praxis überprüft werden. In einem weiteren Schritt kann der Prototyp zu einem in der Fläche einsetzbaren statistischen Erhebungsinstrument für Fallzahlen in den aufsuchenden Frühen Hilfen weiterentwickelt werden.
4. *Schaffung von Verbindlichkeit bei der Erhebung der Fallzahlen*
   Um eine aussagekräftige Datenqualität zu gewährleisten, ist eine verbindliche Regelung zum Einsatz des Erhebungsinstruments notwendig. Dies könnte im Rahmen der Förderregularien der Bundesstiftung Frühe Hilfen geregelt werden. Nur so ist eine verlässliche Berechnung der mit den Mitteln der Bundesstiftung Frühe Hilfen erzielten Versorgung möglich.

## Zusammenfassung und Ausblick

Um die Bedarfsdeckung der anvisierten Zielgruppen mit aufsuchenden Angeboten Früher Hilfen beurteilen zu können, bedarf es valider Daten zum quantitativen Umfang und zur qualitativen Ausgestaltung solcher Angebote in den geförderten Kommunen. Eine bundesweit einheitliche Erfassung der Fallzahlen und des Leistungsumfangs der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf durch spezialisierte Gesundheitsfachkräfte ist derzeit nur eingeschränkt möglich, und die Daten sind schwer interpretierbar, da sowohl die Gestaltung der Angebote als auch die Erfassung derselben in den Kommunen sehr heterogen ausfallen. Dies bestätigen die Analysen der Daten aus den Fallzahlerhebungen im Rahmen der Kommunalbefragungen zur BIFH, die sowohl eine hohe Inkonsistenz des Antwortverhaltens als auch eine (zu) große Spreizung des Fallaufkommens pro Vollzeitäquivalent der Fachkräfte ergaben.

Um zukünftig belastbare Daten generieren zu können, die auch Grundlage der Berichterstattung zur Bundesstiftung Frühe Hilfe sein können, bedarf es zunächst einer weitergehenden Normierung des hier behandelten Angebotstyps der Frühen Hilfen und einer Benennung und Operationalisierung seiner kennzeichnenden Parameter. Dazu sind weitere kleinräumige, explorative Studien notwendig, auf deren Basis ein Prototyp eines standardisierten Erhebungsinstruments entwickelt und erprobt werden kann. Mit einer solchen Grundlagenarbeit würde gewährleistet, dass dieser sehr komplexe Untersuchungsgegenstand bei allen Untersuchungseinheiten (hier: Kommunen) standardisiert und mit der gleichen Präzision erfasst werden kann (vgl. Bortz/Döring 2002). Erst dann ist eine einheitliche Erfassung möglich, die Vergleiche zwischen unterschiedlichen Regionen und Kommunen zulässt. Gleichzeitig blieben Gestaltungsspielräume auf kommunaler Ebene bestehen, um auf bestehenden Einsatzmodellen und Spezifikationen aufzubauen.

Unter diesen noch zu schaffenden Voraussetzungen ließen sich mittelfristig quantitative Datenerhebungen realisieren, die eine Beurteilung des Versorgungsgrades und der Ressourcennutzung kommunaler Früher Hilfen zulassen. In einigen Jahren, wenn sich das Feld stabilisiert hat und die Daten eine verlässliche Qualität erreicht haben, wäre es zielführend, die Datenerhebung zu den aufsuchenden Frühen Hilfen in die amtliche Statistik zur Kinder- und Jugendhilfe zu integrieren, um langfristige Entwicklungen unabhängig von gesonderten Feldstudien abbilden zu können.

## Literatur


Bortz, J./Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin

Horschitz, H./Meysen, T./Schaumberg, T./Schönecker, L./Seltmann, D. (2015): Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Küster, E.-U./Pabst, C./Sann, A. (2017): Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt 7 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Lange, U./Liebald, C. (2012): Der Einsatz von Familienhebammen in den Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2016): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016. Köln

Neumann, A./Renner, I. (2016): Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Heft 10, S. 1281–1291

Renner, I./Sann, A. (2010): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Steuerungsgruppe der Bundesinitiative Frühe Hilfen (Hrsg.) (2016): Gesundheitsorientierte Familienbegleitung in den Frühen Hilfen (GFB). Leistungsprofil. Beschlossen am 10.05.2016. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Leistungsprofil_Gesundheitsorientierte_Familienbegleitung_in_den_Fruehen_Hilfen.pdf (15.10.2017)

Wittenberg, R. (1998): Computerunterstützte Datenanalyse. Stuttgart

ILONA RENNER UND SARA SCHARMANSKI

# Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz

Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften war ein Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen (vgl. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz). Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (FGKiKP) unterstützen insbesondere Mütter und Väter in psychosozial belastenden Lebenslagen. In einer längerfristigen, aufsuchenden Betreuung und Begleitung können Gesundheitsfachkräfte dazu beitragen, dass Eltern basale Lebens- und Erziehungskompetenzen entwickeln und erweitern – wie beispielsweise einen feinfühligen Umgang mit dem Kind oder eine sinnvolle Organisation des Haushalts (vgl. Paul/Renner 2014).

Inzwischen wird dieses Unterstützungsangebot von der überwiegenden Mehrzahl der Kommunen in Deutschland vorgehalten (vgl. Küster/Pabst/Sann 2017) und von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit psychosozialem Hilfebedarf in Anspruch genommen (vgl. Eickhorst u.a. 2016). Aktuelle Befunde belegen zudem eindrücklich die ausgesprochen hohe Akzeptanz der Unterstützung durch die betreuten Familien selbst (vgl. Renner/Scharmanski/Neumann/Paul 2017).

Wirkungsstudien haben erste Hinweise dafür geliefert, dass die Inanspruchnahme einer aufsuchenden Gesundheitsfachkraft die Situation psychosozial belasteter Familien in Deutschland verbessern kann. Belegt sind positive, wenn auch kleine Effekte auf Parameter der kindlichen Entwicklung und der Familiensituation (vgl. Sidor/Fischer/Cierpka 2015). In einer Stichprobe mit psychosozial belasteten Familien konnte zudem eine leichte, aber signifikante Erweiterung von Lebens- und Elternkompetenzen nach einer (maximal) einjährigen Betreuungsphase nachgewiesen werden (vgl. Renner/Scharmanski 2016).

Eine Studie auf der Basis von Falldokumentationen von Gesundheitsfachkräften zeigte jedoch, dass deren Einsatz in den Frühen Hilfen nicht bei allen Eltern gleichermaßen wirksam ist (vgl. Renner/Scharmanski 2016). Familien mit mittlerem Belastungsniveau profitieren am meisten von der Betreuung. Familien, die einen sehr hohen Hilfebedarf haben, sind mit der Inanspruchnahme einer aufsuchenden Gesundheitsfachkraft tendenziell unterversorgt: Sie benötigen – aus Sicht der Fachkräfte – oftmals zusätzliche und weitaus intensivere Hilfen, insbesondere dann, wenn es darum geht, eine drohende Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Diesen Familien, immerhin ein Viertel aller in dieser Studie untersuchten Familien, gelingt es auch nicht, ihre zu Beginn schwach ausgeprägten Lebens- und Elternkompetenzen im Betreuungsverlauf zu erweitern. Aufgabe der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen ist in diesen Fällen, in denen Gefahr für das Kind besteht, »…den Übergang zu den Hilfen, die das Kindeswohl sichern, zu gestalten« (NZFH 2016, S. 9).

Um Familien bedarfsgerecht zu unterstützen, ist es notwendig, mehr über Indikatoren für eine tendenzielle Unterversorgung zu erfahren. Welche Belas-

tungslagen sind so schwerwiegend, dass – aus Sicht der Gesundheitsfachkräfte – zusätzliche, intensivere Maßnahmen notwendig sind, um eine drohende Kindeswohlgefährdung abzuwenden? Welche zusätzlichen und weiterführenden Maßnahmen werden ergriffen?

## Methode

Basis der im Folgenden präsentierten Daten und Analysen sind die bereits erwähnten Falldokumentationen von Gesundheitsfachkräften. Das Sample wurde durch eine Online-Erhebung gewonnen, an der 190 Gesundheitsfachkräfte teilgenommen haben. Der Erhebungsbogen entspricht weitgehend der Dokumentationsvorlage des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (vgl. NZFH 2013). Zwischen Dezember 2013 und März 2015 übermittelten die Familienhebammen und FGKiKP in anonymisierter Form Daten zu insgesamt 937 betreuten Familien. Die Daten bezogen sich auf Belastungen, Ressourcen und Hilfebedarfe der jeweiligen Familien, die jeweils zu drei Erhebungszeitpunkten dokumentiert wurden.[1] Damit ist eine längsschnittliche Auswertung der Daten und die Abbildung von Betreuungsverläufen möglich.

Zunächst soll das Belastungsniveau der betreuten Familien dargestellt werden. Dann wird untersucht, welche dieser Belastungen in einem signifikanten Zusammenhang zur Einschätzung der Gesundheitsfachkraft stehen, dass die Familie tendenziell unterversorgt ist. Unterversorgung meint, dass die Unterstützung, die sie als Familienhebamme oder FGKiKP anbietet, nicht ausreichend ist, sondern weitere, intensivere Hilfen hinzugezogen werden müssen. Zuletzt wird der Frage nachgegangen, welche nachsorgenden Hilfen nach der Beendigung der Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft geplant waren.

1 Die verwendeten Skalen wurden in einem aufwendigen Prozess der Konsensbildung mit Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis entwickelt (vgl. Renner/Hammes 2016). Für die Skalen konnte eine hohe Qualität (Konstruktvalidität und Reliabilität) empirisch nachgewiesen werden (vgl. Scharmanski/Renner 2016).

TABELLE 1: Soziale Lage und Belastungsmerkmale der betreuten Familien

| Belastungsmerkmal | % | N[1)] |
|---|---|---|
| Niedriger Bildungsstand[2)] | 49,8 | 914 |
| Armut[3)] | 46,5 | 918 |
| Die finanzielle Situation wird subjektiv als belastend erlebt | 46,6 | 918 |
| Stark belastende Erfahrungen in der eigenen Kindheit der Hauptbezugsperson | 49,9 | 899 |
| Anzeichen für häusliche Gewalt | 9,6 | 900 |
| Starke Einschränkung der Hauptbezugsperson durch Erkrankung (körperlich oder seelisch) | 27,9 | 896 |
| Psychische Belastung der Hauptbezugsperson | | |
| Ist stark erschöpft | 38,7 | 888 |
| Zeigt Anzeichen für eine psychische Erkrankung | 25,6 | 898 |
| Ist niedergeschlagen, antriebslos | 8,2 | 883 |
| Ist emotional instabil, chaotisch | 12,3 | 884 |
| Zeigt Ausbrüche intensiven Ärgers | 10,2 | 884 |

1) Gültige Antworten, inklusive Angaben »nicht sicher erkennbar«
2) Kein Schulabschluss oder Hauptschulabschluss der Hauptbezugsperson
3) Der Familie stehen sozialstaatliche Transferleistungen und/oder Stiftungsgelder (Mutter-Kind-Stiftung) zu oder sie war verschuldet bzw. privatinsolvent. Der Composite Score wurde nur im Fall eindeutiger Angaben gebildet (»nicht sicher erkennbar« wurde in diesem Falle als fehlender Wert definiert). Aus methodischen Gründen kann nicht ausgeschlossen werden, dass Transferleistungen, die allen Eltern zustehen (z.B. Elterngeld) berücksichtigt wurden.
Angaben in Prozent, bezogen auf unterschiedliche N
Quelle: NZFH Online-Studie zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (2013–2015)

## Welche Belastungen kommen bei den betreuten Familien vor?

Ein hoher Anteil der Familien, die an der Studie teilgenommen haben, hat einen niedrigen sozioökonomischen Status: In nahezu der Hälfte aller Familien ist der Bildungsstand der Hauptbezugsperson niedrig (Hauptschulabschluss oder fehlender Schulabschluss). Viele Familien befinden sich zudem in gravierenden

Armutslagen (vgl. Tab. 1). In der vorliegenden Untersuchung wird Armut mit drei Indikatoren gemessen, die von der Gesundheitsfachkraft in den Familien leicht beobachtet oder im Kontext der Anamnese erfragt werden können: Berechtigung des Erhalts von Sozialleistungen, Verschuldung sowie der subjektive Eindruck einer finanziell belastenden Situation.

Neben den Belastungen, die sich aus der sozialen Lage der Familie ergeben, erhöhen weitere Faktoren den individuellen Hilfebedarf. So berichten fast 50 % der Hauptbezugspersonen (meist die leiblichen Mütter) von stark belastenden Erfahrungen in der eigenen Kindheit, und in nahezu jeder zehnten Familie sieht die Gesundheitsfachkraft Anzeichen von häuslicher Gewalt. Fast 40 % der Hauptbezugspersonen sind nach Einschätzung der Gesundheitsfachkraft »stark erschöpft«, bei etwas mehr als einem Viertel sieht die Familienhebamme oder FGKiKP Anzeichen für eine psychische Erkrankung, bei 27,9 % gibt sie an, dass die Hauptbezugsperson durch eine psychische oder körperliche Erkrankung »stark eingeschränkt« ist.

## Welche familialen Belastungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft nicht (mehr) ausreicht?

Die Mehrzahl der betreuten Familien profitiert von der Unterstützung durch eine Familienhebamme oder FGKiKP. Diesen Eltern gelingt es, Lebens- und Erziehungskompetenzen im Betreuungsverlauf zu erweitern. Bei einem Teil der Familien ist diese Betreuungsform jedoch nicht hinreichend: In 24,8 % der Fälle geben die Gesundheitsfachkräfte an, dass aus ihrer Sicht ihre Hilfeleistung nicht (mehr) ausreicht, um eine drohende Kindeswohlgefährdung in der betreuten Familie abzuwenden.[2]

Im Folgenden werden die Belastungslagen der Familien, für die eine Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte aus Sicht der Fachkraft selbst nicht (mehr) hinreichend ist, genauer in den Blick genommen. Zunächst werden Aspekte der sozialen Lage von Familien mit und ohne Bedarf an zusätzlichen Maßnahmen zur Gefährdungsabwendung miteinander verglichen. Anschließend wird die Bedeutung weiterer Belastungsfaktoren dargestellt.

Bildungsstand und Armut sind Indikatoren für die soziale Lage einer Familie in der Gesellschaft. Für die Analyse wurden Familien, denen entweder – aus Sicht der Gesundheitsfachkraft – sozialstaatliche Transferleistungen und/oder Stiftungsgelder zustehen oder Familien, die verschuldet bzw. privatinsolvent sind, als objektiv »materiell arm« kodiert.[3] Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl ein niedriger Bildungsstand als auch Merkmale, die auf eine gravierende Armutslage hinweisen, die Wahrscheinlichkeit leicht erhöhen, dass die Gesundheitsfachkraft subjektiv an ihre professionellen Grenzen stößt (vgl. Abb. 1). So sind Familien, die nach Einschätzung der Gesundheitsfachkraft einen stark erhöhten Unterstützungsbedarf zur Abwendung einer drohenden Kindeswohlgefährdung haben, etwas häufiger materiell arm (53,4 %) als Familien ohne Bedarf an zusätzlichen, intensiven Hilfen (44,2 %[4]). Gleiches gilt für den Bildungsstand (58,9 % vs. 46,7 %[5]). Beide Indikatoren sind jedoch für sich genommen wenig bedeutsam hinsichtlich der

2 Die Gesundheitsfachkräfte haben zu einem der Erhebungszeitpunkte folgendes Item bestätigt: »Eine einzelne Belastung oder mehrere Belastungen in der Familie/Lebensgemeinschaft sind so stark ausgeprägt, dass **zusätzliche Unterstützung** notwendig ist, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden« (Hervorhebung im Original). Diese Einschätzung bedeutet nicht, dass eine Kindeswohlgefährdung tatsächlich vorliegt. Es ist von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen, wenn eine konkrete Gefahr für ein Kind vorhanden ist, diese Gefahr eine erhebliche Schädigung für die Entwicklung des Kindes sehr wahrscheinlich nach sich zieht und zudem die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind, diese Gefährdung abzuwenden bzw. die Hilfe zu akzeptieren, die diese Gefährdung abwenden kann.

3 Nicht gezählt wurden Familien, für die aus Sicht der Gesundheitsfachkraft ausschließlich die Variable für subjektive Armut zutrifft: »Die Familie erlebt ihre finanzielle Situation als stark belastend«.

4 $X^2(2)=14{,}955$, p=0,001, 2-seitig, OR=1,45. Alle Odds Ratio beziehen sich auf eine 2x2-Kreuztabelle mit der Faktorkodierung »Ja, Belastung ist vorhanden« und »Nein, Belastung ist nicht vorhanden bzw. nicht sicher erkennbar«.

5 $X^2(2)=10{,}654$, p=0,005, 2-seitig, OR=1,63

6 Exakter Fisher $X^2$-Test, p=0,000, 2-seitig, OR=1,95

7 $X^2(2)=75{,}539$, p=0,000, 2-seitig, OR= 3,88

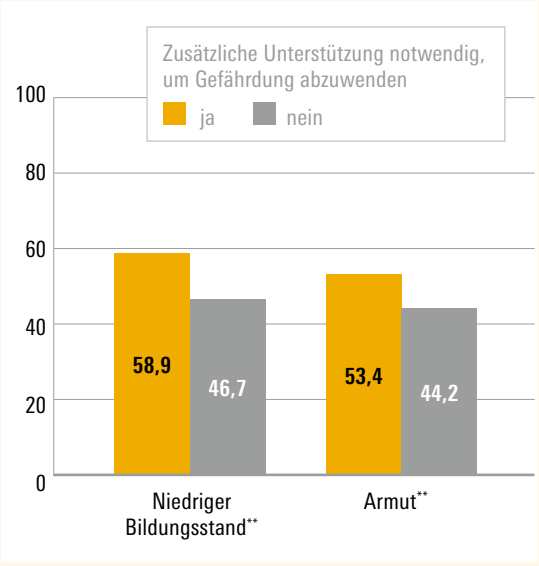
8 Exakter Fisher $X^2$-Test, p=0,000, 2-seitig, OR=3,05

Wahrnehmung einer drohenden Kindeswohlgefährdung durch die Gesundheitsfachkraft.

Weitaus bedeutsamere Prädiktoren für die Einschätzung der Gesundheitsfachkraft, dass zusätzliche Hilfen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung benötigt werden, sind andere psychosoziale Belastungsfaktoren, wie beispielsweise belastende Erfahrungen in der eigenen Kindheit (62,2 % vs. 45,7 %[6]), das Erleben häuslicher Gewalt (19,8 % vs. 6,0 %[7]) oder eine sehr starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson (58,6 % vs. 31,7 %[8]) (vgl. Abb. 2). Von besonderer Bedeutung ist hierbei die »häusliche Gewalt«, d.h. die Gewalt zwischen der Hauptbezugsperson und einer anderen Person im Haushalt. Wenn die Gesundheitsfachkraft in einer Familie Anzeichen für häusliche Gewalt sieht, ist die Wahrscheinlichkeit, dass aus ihrer Sicht zusätzliche intensivere Hilfen zur Abwehr einer drohenden Kindeswohlgefährdung notwendig sind, um fast das 4-fache erhöht im Vergleich zu Familien ohne Anzeichen häuslicher Gewalt bzw. in Familien, für die dies nicht sicher einzuschätzen ist.

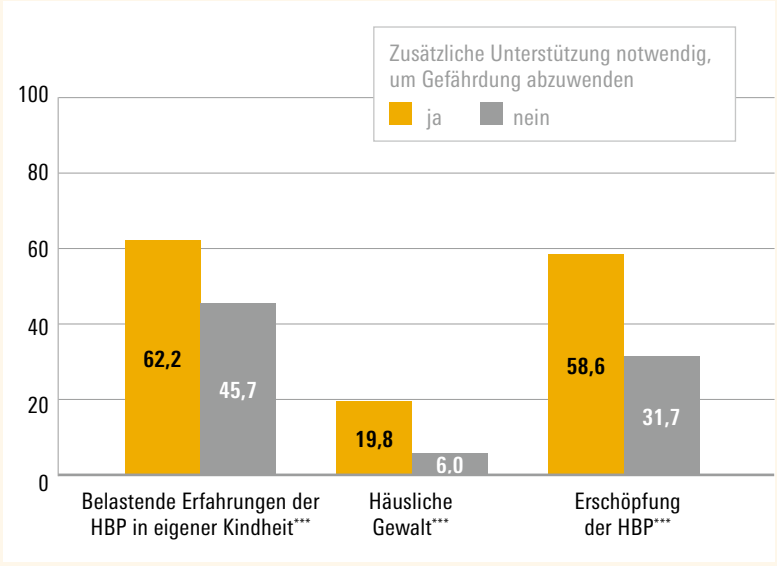
Besonders kritisch sind auch »Anzeichen für eine psychische Erkrankung der Hauptbezugsperson« (vgl. Abb. 3): In 36,8 % der Familien, die aus Sicht der Gesundheitsfachkraft zusätzliche Hilfe benötigen, erkennt die Familienhebamme oder FGKiKP gleichzeitig Anzeichen einer psychischen Erkrankung der Hauptbezugsperson (36,8 % vs. 21,7 %, $X^2(2)=43,897$, p=0,000, 2-seitig, OR=2,10). Bei Familien, die aus Sicht der Gesundheitsfachkraft keine zusätzliche Hilfe zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung benötigen, ist der Anteil von Familien mit Anzeichen einer psychischen Erkrankung der Hauptbezugsperson deutlich niedriger. Er beträgt jedoch auch in dieser Gruppe noch 21,7 %. Von besonders hoher Bedeutung ist die Wahrnehmung von Niedergeschla-

ABBILDUNG 1: Soziale Lage und zusätzlicher Unterstützungsbedarf




Angaben in Prozent, N=914 und 918; Beurteilung des Bildungsstandes »nicht sicher erkennbar« = 9,2 %; Beurteilung von Armut »nicht sicher erkennbar« = 30,7 %
** p < 0,01 (Chi-Quadrat-Test, 2-seitig)
Quelle: NZFH Online-Studie zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (2013–2015)

ABBILDUNG 2: Psychosoziale Belastungsfaktoren und zusätzlicher Unterstützungsbedarf



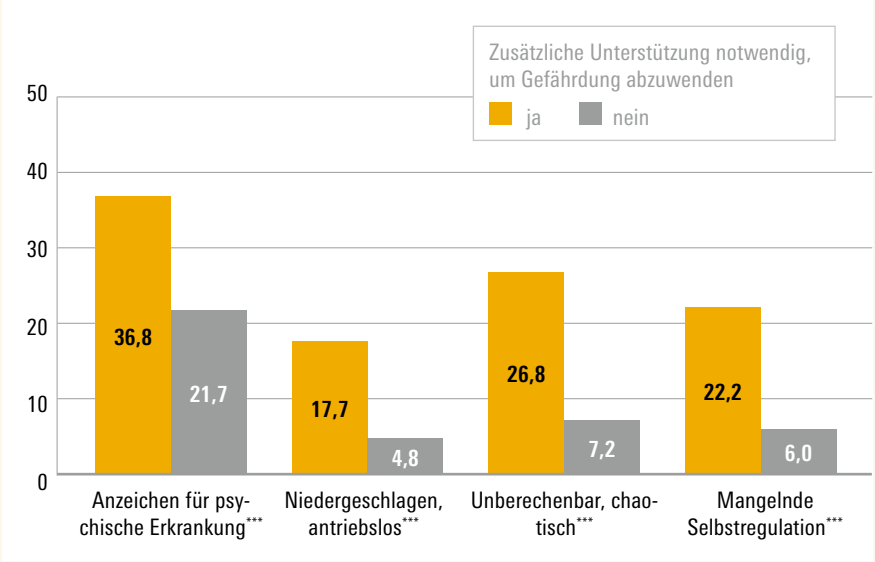

HBP = Hauptbezugsperson
Angaben in Prozent, N=888 bis 900; Beurteilung von häuslicher Gewalt »nicht sicher erkennbar« = 26,0 %
*** p < 0,001 (Chi-Quadrat-Test bzw. exakter Chi-Quadrat-Test nach Fischer, 2-seitig)
Quelle: NZFH Online-Studie zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (2013–2015)

genheit/Antriebslosigkeit (17,7 % vs. 4,8 %, $X^2(2)=53{,}600$, p=0,000, 2-seitig, OR=4,73), Unberechenbarkeit (26,8 % vs. 7,2 %, $X^2(2)=82{,}247$, p=0,000, 2-seitig, OR=5,69) und mangelnder Selbstregulation (22,2 % vs. 6,0 %, $X^2(2)=70{,}889$, p= 0,000, 2-seitig, OR=4,49).

Dieser Befund wird bekräftigt durch die in einem zweiten Schritt abgefragte Begründung der Einschätzungen: Die von den Gesundheitsfachkräften mit großem Abstand am häufigsten genannten Gründe für die Notwendigkeit zusätzlicher, intensiver Hilfen beziehen sich auf die psychische Gesundheit bzw. auf eine psychische Disposition der Hauptbezugsperson (oder einer anderen Person im Haushalt).

Sehr wichtig ist der Befund, dass vielen familiären Belastungen *keine* Bedeutung hinsichtlich der als notwendig erachteten Hinzuziehung zusätzlicher Maßnahmen zur Abwendung einer drohenden Kindeswohlgefährdung zukommt (vgl. Abb. 4): Es konnten beispielsweise keine signifikanten Zusammenhänge mit Belastungen gefunden werden, die sich aufgrund eines Migrationshintergrundes ergeben könnten (»Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse«). Es gab auch keine Hinweise darauf, dass ein Alleinerziehendenstatus oder kindbezogene Belastungen (beispielsweise Erkrankung oder Behinderung des Säuglings, Mehrlings- oder Frühgeburtlichkeit) eine Rolle spielen könnten.

ABBILDUNG 3: Psychische Gesundheit und zusätzlicher Unterstützungsbedarf




Bezogen auf die Hauptbezugsperson, Angaben in Prozent, N=883 bis 900; Beurteilung von Niedergeschlagenheit »nicht sicher erkennbar« = 10,4 %; Beurteilung von Unberechenbarkeit »nicht sicher erkennbar« = 12,6 %; Beurteilung von Selbstregulation »nicht sicher erkennbar« = 14,0 %.
*** p < 0,001 (Chi-Quadrat-Test, 2-seitig)
Quelle: NZFH Online-Studie zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (2013–2015)

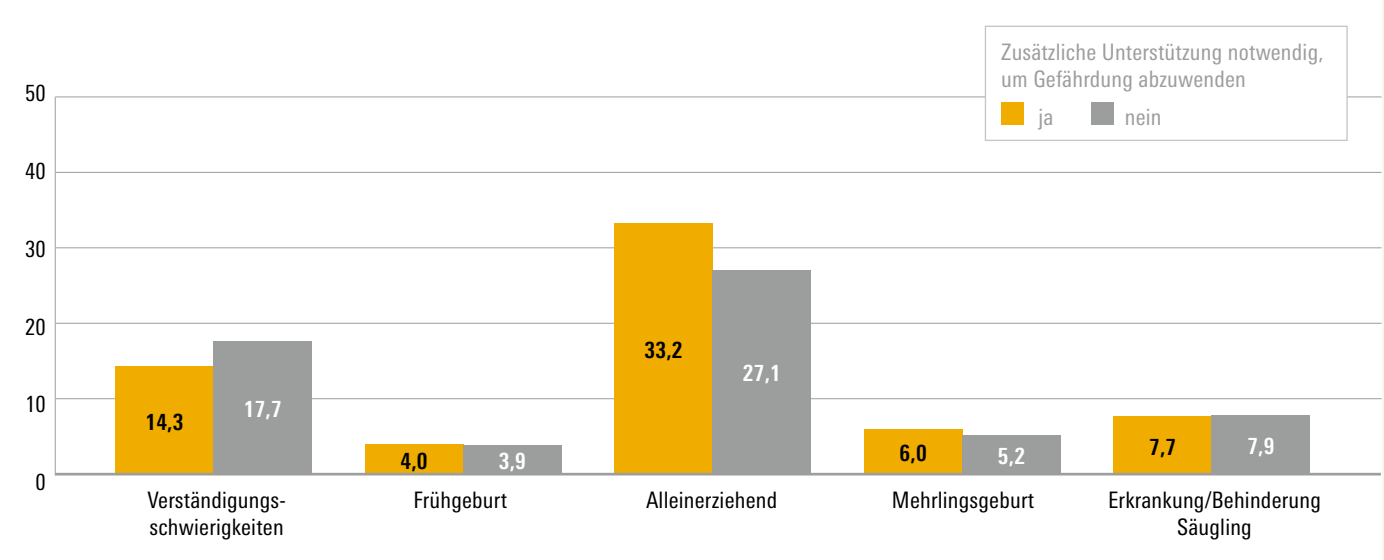
## Welche Unterstützung für Familien mit Bedarf an zusätzlichen, intensiven Hilfen war geplant?

Jede vierte Familie, die aus Sicht der Gesundheitsfachkraft einen hohen Bedarf an zusätzlichen, intensiveren Hilfen hatte, wurde bis zum ersten Geburtstag des Kindes von der Familienhebamme oder FGKiKP weiter betreut (24,9 %).[9] Dies entspricht dem regulär vorgesehenen zeitlichen Betreuungsrahmen.

Die Gesundheitsfachkräfte wurden gebeten, bei Familien, deren Betreuung vorzeitig beendet wurde, Gründe für die Beendigung anzugeben (vgl. Abb. 5). Bei 17,8 % der Familien mit erhöhtem Bedarf an zusätzlichen, intensiven Hilfen wurde die Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft beendet, weil es – aus Sicht der Familienhebamme oder FGKiKP – keinen weiteren Bedarf an dieser Hilfe

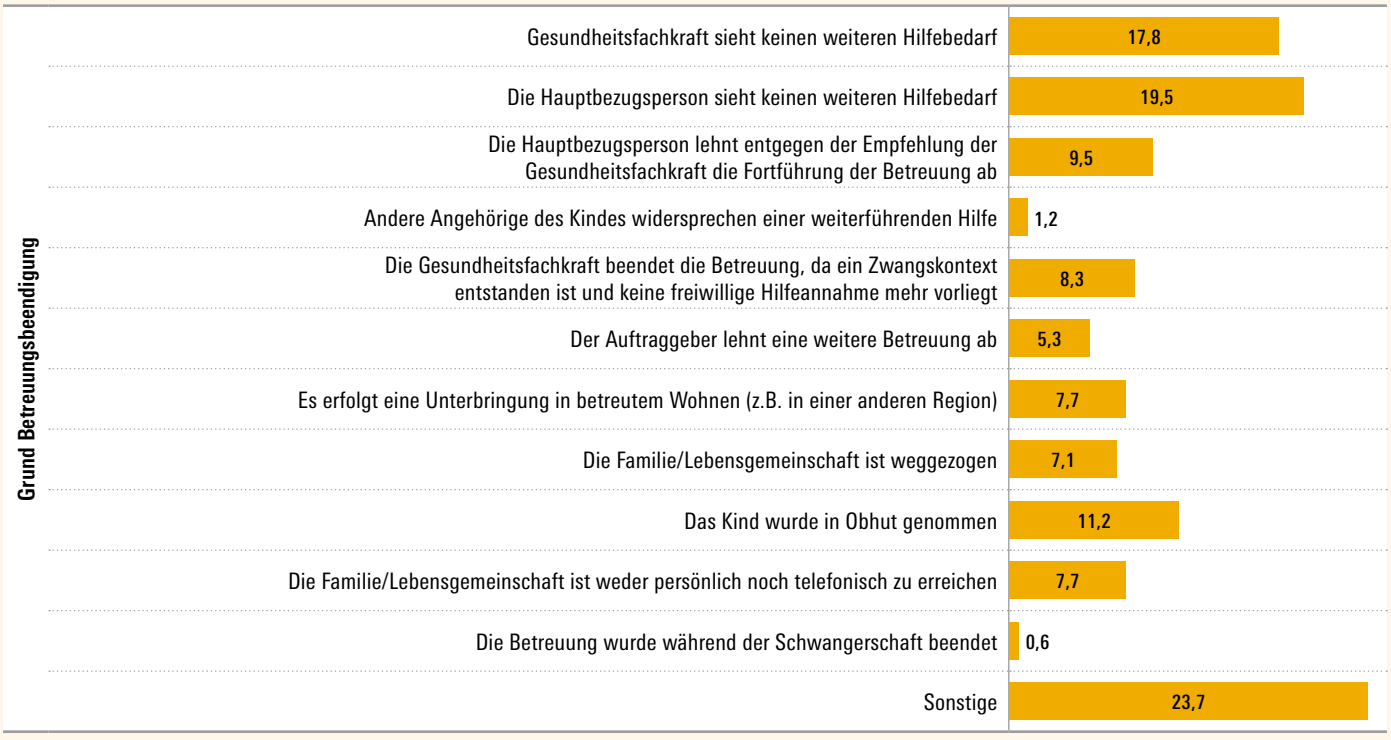
9 Diese Auswertungen basieren auf n=169 Familien, für die Angaben zu den Gründen, eine Betreuung zu beenden, vorliegen. Quelle: NZFH Online-Studie zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (2013–2015).

## ABBILDUNG 4: Belastungen ohne Bedeutung für die Intensivierung der Hilfe




Angaben in Prozent, N=891 bis 937; Beurteilung von Erkrankung/Behinderung des Säuglings »nicht sicher erkennbar« = 7,6 %
Quelle: NZFH Online-Studie zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (2013–2015)

## ABBILDUNG 5: Gründe für die Beendigung der Betreuung




Nur Familien mit Bedarf an zusätzlichen, intensiven Hilfen, um eine drohende Kindeswohlgefährdung in der betreuten Familie abzuwenden. Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, N=169
Quelle: NZFH Online-Studie zum Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (2013–2015)

gab. 19,5 % der Familien sahen nach Angaben der Gesundheitsfachkraft selbst keinen Hilfebedarf mehr, 9,5 % der Familien lehnten eine weitere Hilfe entgegen der Empfehlung der Gesundheitsfachkraft aktiv ab. Nach Informationen der Gesundheitsfachkräfte lehnte in 5,3 % der Fälle der Mittelgeber eine Fortführung der Betreuung ab. In 13,4 % aller Familien hat die Gesundheitsfachkraft die Betreuung nicht fortgeführt, weil in der Familie ein Zwangskontext entstand, der im Widerspruch zu der gewünschten Freiwilligkeit der Hilfeannahme stand, und/oder das Kind in Obhut genommen wurde.

Bei 81 % (n=158) der Familien, bei denen die Gesundheitsfachkräfte im Verlauf der Betreuung zur Einschätzung gelangten, dass ein Bedarf besteht, um eine drohende Kindeswohlgefährdung in der betreuten Familie abzuwenden, bestand nach Abschluss der Betreuung weiterhin ein Hilfebedarf. In 68,8 % dieser Fälle sollte die Familie durch den Allgemeinen Sozialdienst des Jugendamtes weiter unterstützt werden.

## Resümee

Bei häuslicher Gewalt, extremer Erschöpfung und Anzeichen für psychische Erkrankungen geben Gesundheitsfachkräfte besonders häufig an, dass die betreuten Familien zusätzliche Unterstützung benötigen, um nach ihrer Einschätzung eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Weniger häufig bedeutsam sind Belastungen, die sich allein aus der sozialen Lage der Familie ergeben, wie beispielsweise Armut und niedriger Bildungsstand. Keine Bedeutung haben hingegen kindbezogene Belastungen der Familie und auch einige weitere familiäre Charakteristika. Beispielsweise erhöht der Alleinerziehendenstatus oder ein Migrationshintergrund die Wahrscheinlichkeit nicht, dass die Gesundheitsfachkraft zusätzliche Maßnahmen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung als dringend notwendig einschätzt. Etwa ein Viertel der Familien mit Bedarf an zusätzlicher Unterstützung wird bis zum ersten Geburtstag des Kindes weiter von der Familienhebamme oder FGKiKP betreut, was einer regulären Betreuungsdauer entspricht. In 13,4 % der Fälle entstand ein Zwangskontext, der dazu führte, dass die Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft beendet wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass Gesundheitsfachkräfte insbesondere dann die Vermittlung zusätzlicher und intensiver Hilfen für notwendig halten, wenn sie in der Familie Anzeichen für häusliche Gewalt und/oder für eine psychische Erkrankung bzw. eine psychische Disposition mit einer Tendenz hin zu Niedergeschlagenheit, Impulsivität und emotionaler Instabilität wahrnehmen. Der Umgang mit solchen Belastungslagen, das Erkennen und feinfühlige Thematisieren zusätzlichen Hilfebedarfs, sowie die Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote und weitere Betreuung oder auch die »Abgabe« der Familie, verlangt Kompetenzen aufseiten der Gesundheitsfachkraft, die besonders geschult, reflektiert und supervidiert werden sollten.

Auch wenn Gesundheitsfachkräfte selbst angeben, dass ihre Unterstützungsmöglichkeiten für Familien in sehr stark ausgeprägten Belastungslagen nicht ausreichend sind, dass diese Familien also tendenziell unterversorgt sind, so bedeutet dies nicht, dass der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in diesen Familien nicht hilfreich war: Möglicherweise konnte erst dadurch der Familie ein Zugang zu intensiveren, passgenaueren Hilfen eröffnet werden. Ohne (anfängliche) Betreuung durch eine Familienhebamme oder FGKiKP wäre der zusätzliche Hilfebedarf womöglich gar nicht aufgefallen. Hier setzt ein weiterer Auftrag der Frühen Hilfen ein, auch Familien mit hohen Belastungen bedarfsgerecht zu versorgen.

## Literatur


Eickhorst, A./Schreier, A./Brand, C./Lang, K./Liel, C./Renner, I./Neumann, A./Sann, A. (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Heft 10, S. 1271–1280. doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8

Küster, E.-U./Pabst, C./Sann, A. (2017): Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt 7 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013): Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich. Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2016): Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des Beirats. Köln. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf (22.10.2017)

Paul, M./Renner, I. (2014): Familienhebammen. In: Melzer, W./Hermann, D./Sandfuchs, U./Schäfer, M./ Schubarth, W./Daschner, P. (Hrsg.): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart, S. 380–384

Renner, I./Hammes, D. (2016): Die Dokumentationsvorlage für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Entwicklung und Qualitätssicherung. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Renner, I./Scharmanski, S. (2016): Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Hat sich ihr Einsatz bewährt? In: Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Heft 10, S. 1323–1331

Renner I./ Scharmanski, S./Neumann, A./Paul, M. (2018): Ergebnisse der NZFH-Elternbefragung: Wie bewerten Mütter den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen? Faktenblatt 2 zur Einschätzung von Effektivität und Nutzen der Angebote in den Frühen Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Scharmanski, S./Renner, I. (2016): Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Heft 118/119, S. 1–9. doi.org/10.1016/j.zefq.2016.10.009

Sidor, A./Fischer, C./Cierpka, M. (2015): The effects of the early intervention program »Nobody Slips Through the Net«. A longitudinal controlled study in an at-risk sample. In: Mental Health & Prevention, Volume 3, Issue 3, P. 103–116

MARIUS HILKERT

# Frühe Hilfen in Hagen

## Erkenntnisse und Empfehlungen aus einer Evaluation präventiver Angebote

In der Stadt Hagen wurde bereits seit 2008 in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Landesjugendamt Westfalen-Lippe verstärkt an einem Planungskonzept »Kinderschutz in Hagen« gearbeitet. Ziel der Erstellung dieses Konzeptes war es, eine umfassende und zentrale Übersicht hinsichtlich der Angebote, Ressourcen und Vernetzungsstrukturen im Kontext »Kinderschutz« zu schaffen und dahingehende Entwicklungsmöglichkeiten aufzuspüren (vgl. Stadt Hagen, Drs. 0747/2008). Im April 2008 wurde die Durchführung von »Willkommensbesuchen« für Hagener Familien mit neugeborenen Kindern in Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen begonnen (vgl. Stadt Hagen, Drs. 0747/2008). Aber erst mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen sowie einer gesetzlichen Normierung der Frühen Hilfen im Bundeskinderschutzgesetz 2012 war auch in Hagen eine finanziell breitere Aufstellung Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen möglich. Die Vorerfahrungen und die bereits erarbeiteten Konzepte haben dazu geführt, dass neue Unterstützungsleistungen für werdende und junge Familien in Hagen zeitnah eingeführt werden konnten.

Damit knüpft die Stadt Hagen an gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen an, in deren Zuge die frühe Kindheit eine neue Form der Geordnetheit, Geplantheit und Normierung erhält, die insbesondere durch Hilfeleistungen und Unterstützung begründet ist (vgl. bspw. Mierendorff 2013). Im 14. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (vgl. Deutscher Bundestag 2013, S. 300ff.) wird diese Entwicklung mit der Erkenntnis repräsentiert, dass die Kinder- und Jugendhilfe in der Mitte der Gesellschaft angekommen sei und die Implementierung der Frühen Hilfen in den Kommunen erstmals eine breite vorgeburtliche Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe mit sich bringt.

Neben der Förderung über die Bundesinitiative Frühe Hilfen investiert die Stadt Eigenmittel zur Implementierung flächendeckender, sozialräumlicher Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen mit dem Ziel, Kindern und Familien in schwierigen Lebenssituationen frühzeitige und wirksame Hilfen anzubieten, die unterschiedlichen Arbeitsbereiche der Jugendhilfe und des Gesundheitsbereichs miteinander zu vernetzen und wirkungsvolle und aufeinander ab-

1 Da in beiden Angebotsformen mit Fachkräften im Erhebungszeitraum ausschließlich Frauen tätig waren, wird nachfolgend nur die weibliche Form verwendet.

gestimmte Maßnahmen zu initiieren und weiterzuentwickeln, um langfristig weitergehende Hilfen (zur Erziehung) zu vermeiden. Um die Erreichung dieser Ziele zu überprüfen, hat Hagen im Juli 2014 eine knapp zweieinhalbjährige Untersuchung der lokalen Frühen Hilfen beim ISS-Frankfurt a.M. in Auftrag gegeben.

## Die untersuchten Angebote

Im Fokus des Evaluationsprojektes standen im Wesentlichen drei aufsuchende Angebote der Frühen Hilfen, deren Wechselwirkungen untereinander und mit dem System der Hilfen zur Erziehung: Gesundheitsfachkräfte (Familienhebammen sowie Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen), sozialpädagogische Familienbegleiter/-innen sowie ehrenamtliche Familienpatinnen und -paten.[1] Weitere Angebotsformen wie die Willkommensbesuche oder etwa die Schwangerschaftsberatungsstellen sollten in dieser Evaluation nicht mit einbezogen werden.

Der Einsatz von *Familienhebammen* und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften ist ein wichtiges Element der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Dabei handelt es sich um staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, die es ermöglicht, Familien sowohl psychosozial als auch medizinisch-fachlich zu begleiten (vgl. Hahn/Sandner 2013). Ebenso können Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit entsprechender Zusatzqualifikation (FGKiKP) eingesetzt werden (vgl. Hahn/Sandner 2014).

In Hagen sind die Evangelische Jugendhilfe Iserlohn-Hagen sowie der Caritasverband Hagen e.V. etablierte Träger, die hinsichtlich des Einsatzes dieser Gesundheitsfachkräfte seit 2013 miteinander kooperieren und sich auf ein übergreifendes Vertretungskonzept verständigt haben, um eine ausnahmslose Betreuung für alle Familien gewährleisten zu können. Zu Beginn des Aufbaus des Netzwerks Frühe Hilfen und der entsprechenden Angebote in Hagen waren zwei Familienhebammen mit einem Beschäftigungsumfang von jeweils 30 Wochenstunden tätig, wobei 20 Stunden durch das Gesundheitswesen finanziert wurden. Eine weitere Stelle war mit einem Stellenumfang von 20 Wochenstunden besetzt. Durch die zur Verfügung gestellten Mittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen wurde die Einrichtung von zwei weiteren halben Stellen möglich, für eine Familienhebamme und für eine FGKiKP. Zum aktuellen Zeitpunkt sind zwei Familienhebammen und drei FGKiKP mit einem gemeinsamen Stellenumfang von insgesamt 117,5 Wochenstunden im Einsatz, davon 2,5 Vollzeitäquivalente (VZÄ) in den Frühen Hilfen.

Der Begriff der *Familienbegleitung* ist nicht neu. In vielen Kommunen versteht man darunter jedoch beispielsweise den Einsatz von ehrenamtlich bzw. freiwillig Tätigen, die Familien in ihrem Alltag unterstützen. Auch gibt es den Begriff »Elternbegleiter« im Rahmen des Familienbildungsprogramms des Bundes »Elternchance ist Kinderchance« in Form eines Weiterbildungskurses, was anfangs im Hagener Bezug zu Verwechslungen führte. Hagen setzt hingegen 16 sozialpädagogische Fachkräfte, überwiegend Diplom-Sozialpädagoginnen, als Familienbegleiterinnen mit unterschiedlichen Stundenkontingenten verteilt auf 13 Stadtbezirke ein. Sie sind bei freien Trägern angestellt, die jeweils eine als Familienzentrum erweiterte Kindertagesstätte unterhalten.

Die Stundenkontingente bemessen sich an den Sozialraumdaten der einzelnen Sozialräume. Entgegen der ursprünglichen Idee der Anbindung an ein Familienzentrum arbeiten die Sozialpädagoginnen heute eigenständiger in ihren Zuständigkeitsbezirken. Sie ergänzen das Grundangebot der auf die Altersgruppe der bis Dreijährigen beschränkten »klassischen Frühen Hilfen« insofern, als dass ihr Angebot nicht nur »früh« in der Biografie des jeweiligen Kindes ansetzt, sondern unabhängig vom Alter des Kindes oder Jugendlichen auch »frühzeitig« bei auftretenden Belastungsanzeichen. Die Familienbegleiterinnen nehmen eine zentrale Lotsenfunktion im Hilfesystem der Stadt ein. Ihre Zielgruppe ist breit definiert und schließt schwangere Frauen und werdende Eltern sowie Familien mit Kindern bis zur Volljährigkeit ein.

Aufgaben und Ziele dieses Angebotes sind die niedrigschwellige, frühzeitige, kostenlose und freiwillige Erstberatung zu sämtlichen Familienthemen (z.B. Gesundheit, Erziehung, Behördenkontakte), die Lotsenfunktion im Rahmen der umfassenden Unterstützungsangebote und eine dahingehende Begleitung der Zielgruppen sowie die Netzwerkarbeit. Darüber hinaus sollen die Familienbegleiterinnen auch eine Lotsenfunktion für Mitarbeitende anderer Dienste und Angebote wahrnehmen und Bedarfe im Stadtteil erkennen.

Um Familien mit kleinen Kindern eine niedrigschwellige Alltagsunterstützung bieten zu können, setzen der Caritasverband Hagen e.V. sowie der Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SkF) im Rahmen der Frühen Hilfen auf ehren-

amtliche *Familienpatinnen und -paten*. Sie unterstützen die beteiligten Familien beispielsweise bei der Inanspruchnahme einer intensiveren Kinderbetreuung, dem Aufbau von sozialen Kontakten und der Suche nach einer sinnvollen Freizeitgestaltung oder beraten bei alltagsnahen hauswirtschaftlichen Themen. Darüber hinaus begleiten sie die Familien bei Behördengängen, um ihnen Sicherheit zu geben und ihnen gegebenenfalls auch Gehör zu verschaffen.

Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe, um Familien in ihren Alltagssituationen zu stärken, Überforderungen entgegenzuwirken und vorhandene Potenziale zu fördern. Weiterhin ist es Ziel, den Familien den Zugang bzw. Kontakt zu bestehenden Bildungs-, Kultur- und Freizeitangeboten aufzuzeigen, um eine mögliche soziale Isolation der Familien zu vermeiden bzw. zu verringern. Die Familien nehmen dazu Kontakt zu den hauptamtlichen, sozialpädagogischen Koordinatorinnen und Koordinatoren auf, die zugleich als Fachberatung und Unterstützung für die freiwillig Engagierten fungieren. Das Angebot richtete sich zunächst an Familien mit Kindern bis zum sechsten Lebensjahr sowie deren Geschwisterkinder. Seit Oktober 2015 können in begründeten Einzelfällen auch Familien mit Kindern bis zehn Jahren Unterstützung erhalten.

## Evaluationsfragen und methodisches Design

Der Auftrag des Evaluationsprojektes zur »Wirksamkeit der Frühen Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen« zielt auf zwei Ebenen: Zum einen war es Ziel, die Effekte der neuen Angebote auf die Auslastung und Intensität der Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff SGB VIII zu ermitteln, zum anderen, Einflüsse auf die Adressatinnen und Adressaten herauszuarbeiten. Die Adressaten-Perspektive der Evaluationsstudie konkretisierte sich in der Frage nach dem Erreichen der Zielgruppen, der Nutzung der neuen Angebote und den Betreuungsverläufen. Insbesondere ging es auch um das Erreichen von Familien, die als hoch belastet gelten. Darüber hinaus wurde nach den Inhalten der Betreuung und eventuellen Verbesserungsbedarfen in der Ausgestaltung der Unterstützung gefragt.

In der Untersuchung wurde ein mehrschichtiger Studienaufbau verfolgt. Neben einer qualitativen Explorationsphase, die unterschiedliche Akteursgruppen berücksichtigte und die Durchführung von Entwicklungs- sowie Informationsworkshops beinhaltete, wurden eine ausführliche Aktenanalyse in zwei Erhebungswellen und ein Fall-Monitoring[2] der Frühen Hilfen und der Hilfen zur Erziehung durchgeführt. Eigene, quantitative Datenerhebungen adressierten die Fachkräfte der neuen Angebote und des Allgemeinen Sozialen Dienstes sowie Leitungskräfte. Eltern wurden über eine nicht-repräsentative Telefonbefragung in zwei Wellen erreicht.

In diesem Beitrag werden zentrale Ergebnisse der Untersuchung – orientiert am Abschlussbericht – dargestellt (vgl. Hilkert 2016).[3] Dabei werden insbesondere die Fallzahlenentwicklungen in den untersuchten neuen Angeboten und den Hilfen zur Erziehung fokussiert.[4] Dazu wurden in beiden Bereichen über den Berichtszeitraum hinweg Daten erhoben. Die Datensätze ab dem 01.06.2015 enthalten darüber hinaus auch Angaben

2 Bei den Fall-Monitorings handelte es sich um Sekundärdatenanalysen. Für die Frühen Hilfen wurde dazu das bereits vor dem Evaluationsprojekt implementierte Excel-Dokumentationssystem ausgewertet. Für die Hilfen zur Erziehung wurde auf die lokale Kinder- und Jugendhilfestatistik zurückgegriffen.

3 Der Abschlussbericht des Projektes ist verfügbar unter: www.hagen.de/web/media/files/fb/fb_55/ueberuns/fruehehilfen-evaluation-abschlussbericht-2016.pdf (23.10.2017).

4 Besonderer Dank gilt Bettina Thiede, Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen am Fachbereich Jugend und Soziales Hagen, für ihre hilfreichen und kritischen Hinweise zu diesem Text.

5 OK.JUG ist eine Jugendhilfesoftware des Anbieters AKDB – Anstalt für kommunale Datenverarbeitung in Bayern (www.akdb.de/loesungen/oksoziales/okjug/uebersicht).

zu Frühen Hilfen, die durch eine durch das Evaluationsprojekt angestoßene, erweiterte Dokumentationsmöglichkeit in OK.JUG[5] generiert wurden. Für den Bereich der Hilfen zur Erziehung wurden zudem die Hagener Kennzahlen aus einem interkommunalen Vergleichsring mittlerer Großstädte zum Bereich Hilfen zur Erziehung und angrenzender Leistungen und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe hinzugezogen. Das Monitoring Frühe Hilfen bestand zu jedem Erhebungszeitpunkt aus Berichtstabellen jeder einzelnen Familienhebamme/FGKiKP, jedes Familienpaten-Trägers sowie jedes einzelnen Familienbegleiter-Standortes. Zu jedem Auswertungszeitpunkt waren somit ca. 20 einzelne Excel-Dateien zusammenzuführen und aufzubereiten.

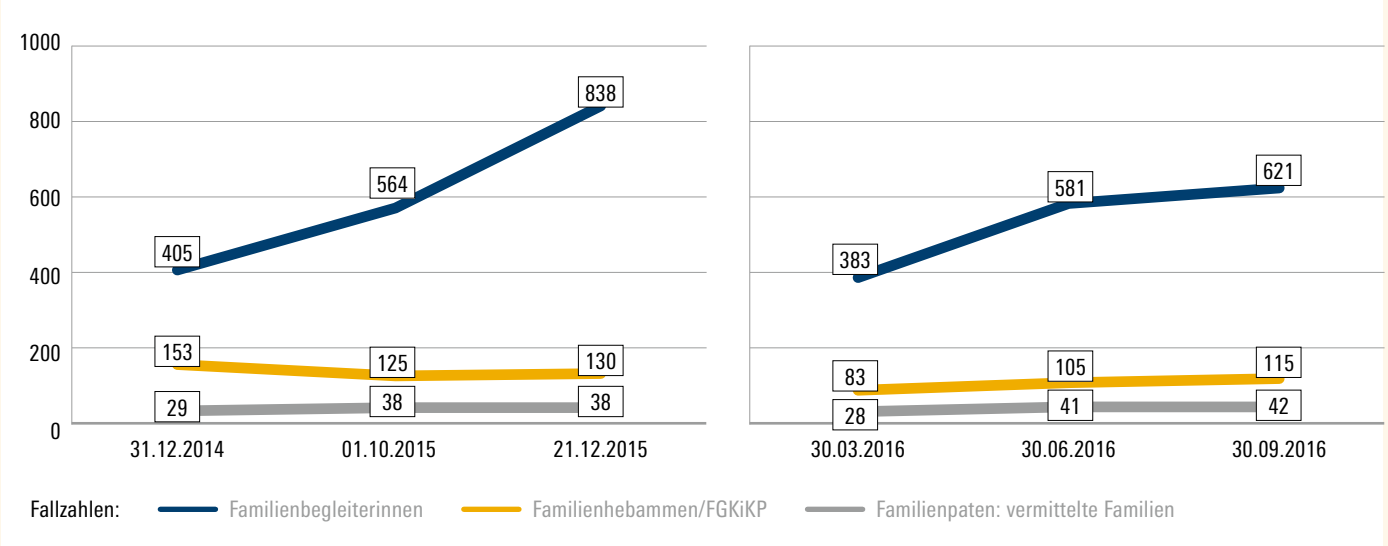
## Nutzung der Frühen Hilfen

Die Annahme von freiwilligen Unterstützungsleistungen im Kontext von Prävention ist die erste und wesentliche Gelingensbedingung (vgl. etwa Lenzmann u.a. 2010 zur Hilfebeziehung als Wirkfaktor in den Frühen Hilfen). Nachfolgend soll anhand der Monitoring-Daten der Hagener Frühe Hilfen-Akteure die Entwicklung der einzelnen Angebote hinsichtlich ihrer Nutzung nachgezeichnet werden.

Der Blick auf die Fallzahlenentwicklung vom Jahresbeginn 2015 bis zum Herbst 2016 (vgl. Abb. 1) verdeutlicht, dass die Familienbegleiterinnen mit Abstand die meisten Familien betreuen. Dies hat zum einen damit zu tun, dass ihr Angebot personell am stärksten ausgestattet ist, und zum anderen mit der konzeptionellen Ausrichtung des Angebotes, mit dem viele Familien erreicht und über dessen Lotsenfunktion sie gegebenenfalls zeitnah zu anderen Unterstützungsleistungen weitervermittelt werden sollen. Der Anstieg von 405 auf über 800 laufende und beendete Betreuungsverhältnisse im Jahr 2015 zeigt darüber hinaus die zunehmende Begleitung von Familien mit Fluchthintergrund und ihren Kindern. Ende 2015 wurden viele Kinder aus Zuwandererfamilien in Kindertagestätten/Familienzentren vermittelt.

Die Familienhebammen/FGKiKP erreichten im Berichtsjahr 2015 insgesamt 130 werdende und junge Eltern. Die leicht gesunkene Anzahl der laufenden und beendeten Betreuungen im Vergleich zum Vorjahr wird insgesamt auf zwei wesent-

ABBILDUNG 1: Fallzahlenentwicklung der untersuchten Angebote




Absolute Zahlen zu laufenden und seit Jahresbeginn jeweils beendeten Betreuungen; Leistungen der Familienhebammen und der FGKiKP sind zusammengefasst.
Monitoring-Daten aus dem Excel-basierten Dokumentationssystem der Frühen Hilfen Hagen
Lesebeispiel: Zum Stichtag 01.10.2015 wurden 564 Familien dokumentiert, die von Familienbegleiterinnen entweder gerade betreut werden oder deren Betreuung seit dem 01.01.2015 abgeschlossen wurde, unabhängig davon, wann die Betreuung begonnen hat.
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

liche Herausforderungen zurückgeführt. Zum einen sind zwei dieser Fachkräfte mit einem Teil ihrer Stundenkontingente im EHAP-Modellprojekt »BiBer«[6] eingesetzt, deren Betreuungsverhältnisse nicht in diese Untersuchung einfließen konnten. Zum anderen hatten die Familienhebammen/FGKiKP im Jahr 2015 den Weggang einer Kollegin aufzufangen. Bei der Fachkräftebefragung wurde einstimmig und mit voller Zustimmung angegeben, dass die Gesundheitsfachkräfte mit der gegenwärtigen Anzahl der Begleitungsfälle absolut ausgelastet sind.

In der Zeit vom 01.10.2015 bis zum 30.09.2016 zeigt sich bei den Familienbegleiterinnen eine steigende Anzahl der laufenden und beendeten Betreuungsverhältnisse. Zum 30.09.2016 wurden 621 laufende und seit Jahresbeginn beendete Fälle dokumentiert, 57 mehr als noch ein Jahr zuvor.

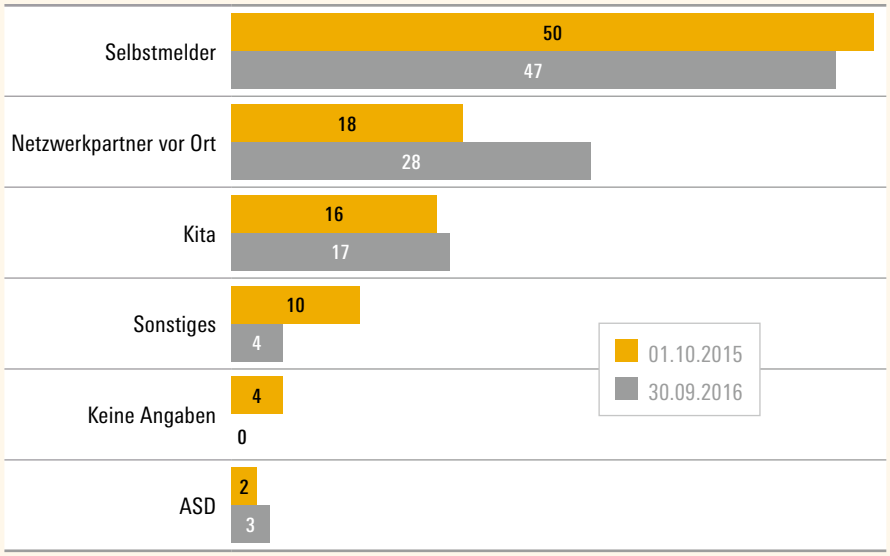
Das Angebot der Familienpatinnen und -paten konnte nach einem wechselhaften Projektstart zwischen 29 und 38 Familien für eine Unterstützung durch freiwillig Engagierte gewinnen. Es verzeichnet zum letzten Erhebungszeitpunkt am 30.09.2016 mit 42 laufenden und im Jahresverlauf beendeten Familienpatenschaften seine bisher höchste Anzahl an Betreuungsfamilien.

## Formen des Zugangs zur Familienbegleitung

Im Kontext der Nutzung der neuen präventiven Angebote sind insbesondere die Formen des Zugangs zu den Unterstützungsleistungen von Relevanz. Die präventiven Angebote richten sich an Familien, die den freiwilligen, selbstgewählten Weg in diese Angebote hinein finden sollen. Die Zugangswege werden im Excel-Dokumentationssystem nur bei den Familienbegleiterinnen erhoben, da sie die zentrale Lotsenfunktion innehaben. Bei diesem Angebot fällt auf (vgl. Abb. 2), dass der Zugang über sogenannte Selbstmelder über die Erhebungszeitpunkte hinweg kontinuierlich hoch und mit 44 bis 50 % die häufigste Zugangsform ist. Das verdeutlicht die funktionierende Niedrigschwelligkeit des Angebots. Der Zugang über die Kindertagesstätten und Familienzentren war besonders zu Beginn hoch; mit der Zeit hat jedoch der Zugang über Netzwerkpartner vor Ort an Bedeutung gewonnen. Der Zugang über den ASD liegt anhaltend sehr niedrig. Damit bestätigen sich die Hinweise aus dem

6 »BiBer« – Bildungs- und Beratungsangebot für neuzugewanderte EU-Bürgerinnen und -Bürger ist ein aus Geldern des Europäischen Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen (EHAP) sowie aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördertes Projekt in Trägerschaft der Caritas Hagen in Kooperation mit der Evangelischen Jugendhilfe Iserlohn-Hagen.

ABBILDUNG 2: Zugänge zur Familienbegleitung




Prozentwerte der zum jeweiligen Zeitpunkt laufenden oder von Familienbegleiterinnen seit Jahresbeginn jeweils beendeten Betreuungen im Berichtsjahr, N=564 (2015) und N=621 (2016)
Monitoring-Daten aus dem Excel-basierten Dokumentationssystem der Frühen Hilfen Hagen
Lesebeispiel: Zum 01.10.2015 wurden 50 % der 564 laufenden oder seit Jahresbeginn beendeten Betreuungen als Selbstmelder dokumentiert.
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

Gruppeninterview mit Leitungskräften des ASD und PKD, dass die wesentliche Kontaktrichtung von den Frühen Hilfen hin zum ASD geht und die umgekehrte Kontaktaufnahme von Seiten des ASD hin zu den Frühen Hilfen deutlich weniger genutzt wird.

Es hat sich gezeigt, dass sich die neuen präventiven Angebote in der Stadt Hagen trotz verschiedener Herausforderungen im kommunalen Hilfesystem etabliert haben und eine beachtliche Anzahl von Familien begleitet wird. Die stagnierende Fallzahlenentwicklung bei den Familienhebammen/FGKiKP geht auf personelle Engpässe zurück und darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Angebote der Frühen Hilfen unbearbeiteten Bedarfen gegenüberstehen. So liefern sowohl die Elternbefragung als auch die Fachkräftebefragung Hinweise, dass es Familien in der Zielgruppe gibt, die von den neuen Angeboten noch nicht erreicht werden konnten (vgl. Hilkert 2016, S. 54).

## Gründe für die Unterstützung durch Frühe Hilfen

Die Gründe, warum eine Familie Frühe Hilfen in Anspruch nimmt, und die entsprechenden Themen, die während der Betreuung bearbeitet werden, sind sehr vielfältig und variieren je nach Angebot. Bei der Auswertung der entsprechenden Daten aus dem Dokumentationssystem zeigt sich, dass die Veränderungsdynamik über alle sechs Erhebungszeitpunkte hinweg – mit kleinen Ausnahmen – vergleichsweise gering ist. Im Fall der Familienhebammen/FGKiKP (vgl. Abb. 3) wird deutlich, dass die Aspekte »Überforderung«, »finanzielle Schwierigkeiten« und »ungewollte Schwangerschaft« die drei zum ersten Erhebungszeitpunkt (31.12.2014) am häufigsten dokumentierten Unterstützungsgründe waren. Zum 01.10.2015 hat sich das Verhältnis verschoben, und eine »vorliegende Behinderung/psychische Erkrankung der betreuten Mutter« gehört nun an dritter Stelle zu den wichtigsten Unterstützungsgründen. Auch die Items »niedriges Bildungsniveau«, »schwierige Wohnverhältnisse«, »soziale Isolation« sowie »mangelnde Sprachkenntnisse« steigen in ihrem Anteil über den Berichtszeitraum hinweg kontinuierlich an. Deutlich ist der Rückgang involvierter Hilfen zur Erziehung in den Familien außerhalb der Präventionsleistung von 41 auf 24 % der betreuten Familien.

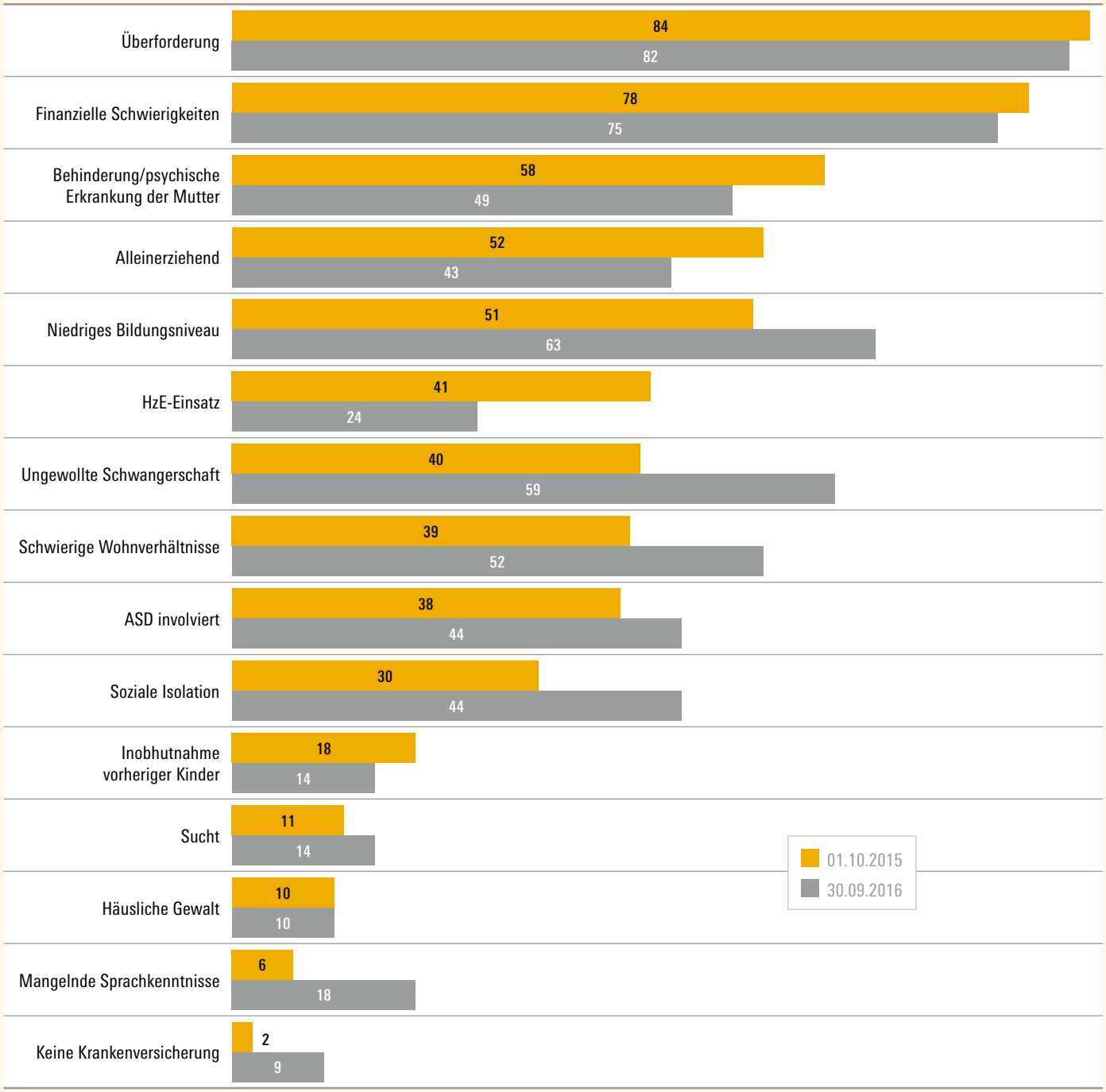
Vor dem Hintergrund der Erfassung von Unterstützungsgründen auf Familienseite fallen die Merkmale »ASD involviert«, »HzE-Einsatz« oder auch »Inobhutnahme vorheriger Kinder« auf. Diese Aspekte verweisen auf zusätzliche, institutionelle Begründungen der Betreuung, ergänzend zu den familienbezogenen Begründungen. Beim »HzE-Einsatz« geht es beispielsweise um eine parallele Betreuung durch z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe und eine Gesundheitsfachkraft. Damit folgt das Dokumentationssystem der Praxislogik vor Ort, das in Hagen zunächst Steuerungsbelange der Netzwerkkoordination bediente und nicht ausschließlich zum Zweck der Evaluation des Projektes von außen implementiert wurde. Nichtsdestoweniger wurden – angestoßen durch das Evaluationsprojekt – entsprechende Themen der Erfassung und Beobachtung der Praxis diskutiert und Weiterentwicklungen angeregt.

Bei dem Angebot der Familienbegleitungen nahmen im ersten Erhebungszeitpunkt (31.12.2014) die Aspekte »Anträge«, worunter sich jegliche behördenbezogene Tätigkeiten subsumieren, »Sonstiges« und »Finanzen« die drei häufigsten Unterstützungsgründe ein (vgl. Abb. 4). Mit Blick auf das Aufgabenprofil der Familienbegleiterinnen zeigt sich hier die auftragsgerechte Ausgestaltung der Unterstützung, da sie Familien insbesondere auch in formalen Aufgabenstellungen unterstützen und dies als »Türöffner«-Funktion zu ggf. darüber hinaus benötigten Unterstützungsleistungen nutzen sollen.

Die Angaben im Item »Sonstiges« waren besonders zu Beginn des Berichtszeitraumes hoch und wiesen auf eine unzureichende Passung des Dokumentationsinstrumentes hin. Nachdem hier im dritten Erhebungszeitpunkt nachgesteuert wurde, ging der Anteil der nicht näher beschriebenen Hilfeinhalte deutlich zurück. Der schon zu Beginn viel genannte Aspekt »Finanzen« – bzw. finanzielle Situation – hat weiter an Bedeutung gewonnen. In der zweiten Hälfte des Berichtszeitraumes wurden die Items »Migration/Integration« und »Wohnen« in das Dokumentationsdokument aufgenommen. Ihre Bedeutung in den Unterstützungsverläufen nimmt seitdem eine wichtige Rolle in den Begleitungsleistungen ein. Zum aktuellsten Erhebungszeitpunkt (30.09.2016) wird somit deutlich, dass »Anträge«, »Finanzen«, »Migration/Integration« und »Wohnen« die zum Teil mit Abstand häufigsten dokumentierten Unterstützungsgründe bzw. Problemlagen aufseiten der Eltern darstellen.

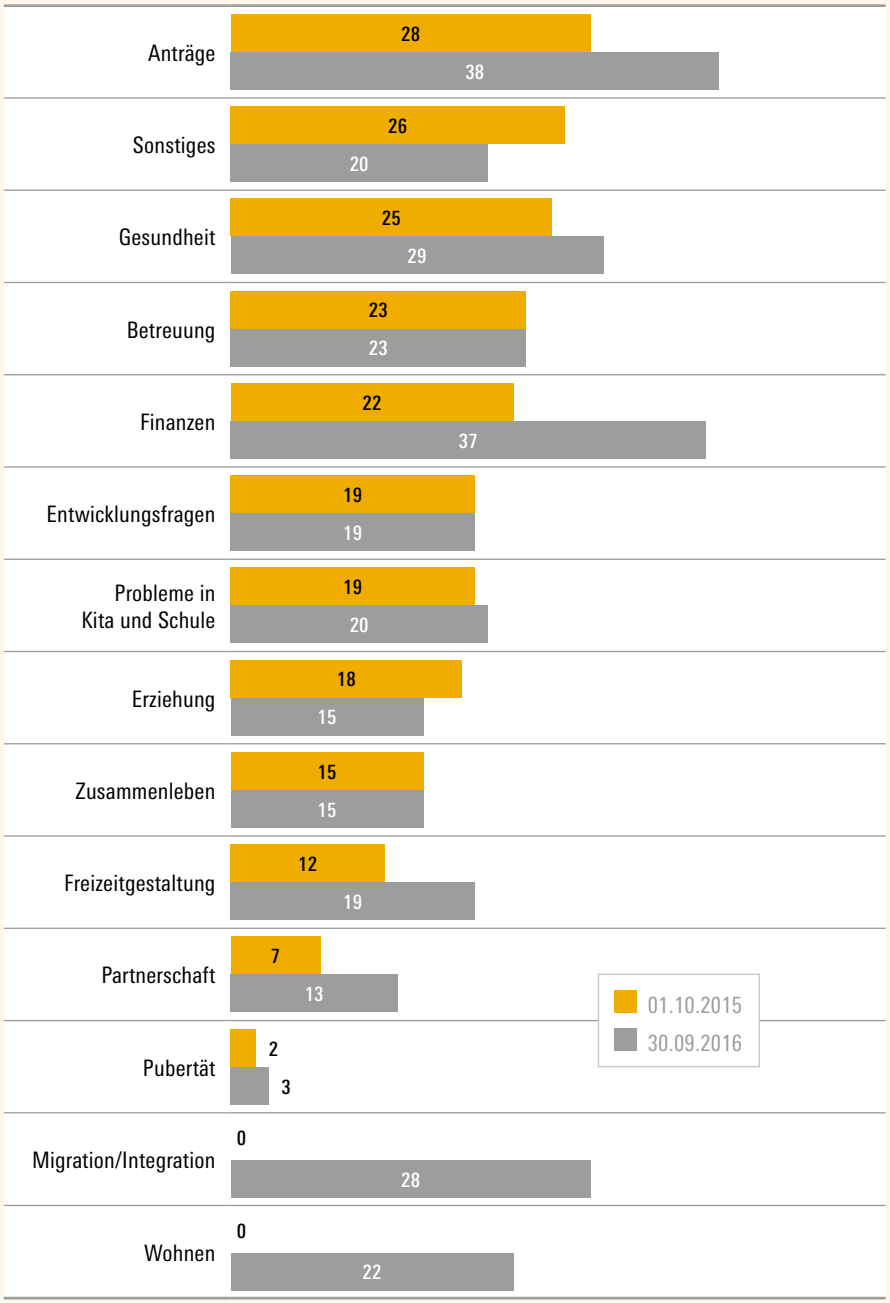
Im Angebot der Familienpatinnen und -paten werden die Unterstützungsgründe (o. Abb.) »Fragen zur Entwicklung«, »Stärkung der Alltagskompetenz« sowie »Hilfestellung in der Vernetzung/

ABBILDUNG 3: Gründe der Unterstützung von Eltern durch Familienhebammen/FGKiKP




Prozentwerte der zum jeweiligen Zeitpunkt laufenden oder seit Jahresbeginn beendeten Betreuungen, Mehrfachantworten, N=125 (2015) und N=115 (2016)
Monitoring-Daten aus dem Excel-basierten Dokumentationssystem der Frühen Hilfen Hagen
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

ABBILDUNG 4: Gründe der Unterstützung von Eltern durch Familienbegleiterinnen




Prozentwerte der zum jeweiligen Zeitpunkt laufenden oder seit Jahresbeginn beendeten Betreuungen, Mehrfachantworten, N=564 (2015) und N=621 (2016)
Monitoring-Daten aus dem Excel-basierten Dokumentationssystem der Frühen Hilfen Hagen
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

Orientierung« zu Beginn der Untersuchung am häufigsten dokumentiert. In den letzten beiden Erhebungszeitpunkten zeigt sich, dass insbesondere migrations- und integrationsbezogene Fragestellungen an Bedeutung gewonnen haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die häufigsten Unterstützungsgründe, die auch als Bedarfslagen aufseiten der Eltern gesehen werden können, im Berichtszeitraum vergleichsweise konstant sind. Gleichwohl gewinnen Mütter mit Behinderung/psychischer Erkrankung sowie beispielsweise Bedarfe, die sich aus einer sozialen Isolation der Zielgruppen ableiten, im Angebot der Familienhebammen/FGKiKP an Bedeutung. Bei den Angeboten der Familienbegleiterinnen und Familienpatinnen und -paten zeigt sich, dass insbesondere migrationsspezifische Bedarfe wichtiger werden. Das spiegelt auch die Experten-Berichte aus dem Feld wider. Im Überblick wird deutlich, dass die Unterstützungsverläufe von der Bearbeitung einer breiten Bedarfslage pro Fall gekennzeichnet sind und dass die neuen Angebote vielfältige Unterstützungsgründe bearbeiten. Auf methodischer Ebene zeigt sich hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Angebote untereinander die Grenze des bis dato verwendeten Excel-basierten Dokumentationssystems. Vor dem Hintergrund der damaligen Dokumentations- und Steuerungsbelange der Kommune sowie des explorativen Charakters der Untersuchung sind die erhobenen Aspekte sehr unterschiedlich und begrenzen einen direkten Vergleich der Eltern-Bedarfe unmittelbar. In zukünftigen Untersuchungen wie auch in der Entwicklung von Dokumentationssystemen

in Kommunen kann daran anschließend auf eine integriertere Dokumentation hingearbeitet werden.

### (Hoch)belastete Eltern – Erreichung und Rolle

Eine Frage der Evaluation der Frühen Hilfen in Hagen war, ob mit den neuen Angeboten auch (hoch) belastete Eltern bzw. von hoher Belastung bedrohte Eltern erreicht werden. Die Begriffe der (hoch)belasteten Eltern bzw. Familien oder auch der Multiproblem- bzw. multiproblembelasteten Familien sind in den Fachdiskursen der Kinder- und Jugendhilfe nicht eindeutig geklärt. Die unter diese Begriffe subsumierten Familien stellen eine besondere Problemgruppe für die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitssystem hinsichtlich ihrer Erreichung, Motivierung und Unterstützung dar. Gemeinhin sind mit diesen Bezeichnungen familiäre Lebenskontexte gemeint, in denen sich eine Summe und das Zusammenwirken von verschiedenen, komplexen Belastungen bündeln, die zusammenwirken. Entsprechende Merkmale können sein: materielle Probleme, beengte Wohnverhältnisse, häufige Wohnortwechsel, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, Sucht, häusliche Gewalt, problematische, generationenübergreifende Beziehungs- und Interaktionsmuster, instabile Beziehungen u.v.m. Oft sind Familien, denen eine hohe Belastung bzw. multiple Probleme zugeschrieben werden, schon längere Zeit (ggf. über mehrere Generationen) Adressaten von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe. Für die Institutionen sozialer Unterstützung ist diese Zielgruppe eine besondere Herausforderung, da die Beziehungs- und Hilfegestaltung in besonderer Weise auf den Prüfstand gestellt wird (vgl. Darimont 2010; BRK 2010). Frühe Hilfen erheben für sich den Anspruch, neben einer primärpräventiven Ausgestaltung für alle Familien auch sekundärpräventive Angebote für hochbelastete Familien umsetzen zu können. Nichtsdestoweniger ist zu beachten, dass frühe, niedrigschwellige und präventive Angebote, wenn überhaupt, nur ein Baustein unter anderen Hilfen für diese Adressaten sein können (vgl. Darimont 2010).

Ob Familien, die mit den zuvor genannten Attributen adressiert werden, mit den neuen Hilfen erreicht werden, kann nur indirekt beantwortet werden. Die oben dargestellten Monitoring-Daten zu den Unterstützungsgründen lassen sich jedoch hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Anzahl pro Familie betrachten. Im Arbeitsbereich der Familienhebammen/FGKiKP werden mit steigender Tendenz über die Erhebungszeitpunkte durchschnittlich je Familie zwischen 5,5 (31.12.2014) und 6,4 (30.06.2016) von insgesamt 15 möglichen Unterstützungsgründen dokumentiert. Bei den Familienbegleiterinnen sind es zwischen 2,5 (31.12.2014) und 3,0 (30.09.2016) Gründe aus 14 möglichen. Auch hier ist eine leicht steigende Tendenz in der durchschnittlichen Anzahl an Unterstützungsgründen pro Familie zu erkennen. Die Familienpatinnen und -paten haben über den Berichtszeitraum hinweg zwischen 4,0 (31.12.2014), 3,5 (30.03.2016) und erneut 4,0 zum 30.09.2016 eine demgegenüber anhaltende durchschnittliche Anzahl an Unterstützungsgründen pro Familie dokumentiert.

Insbesondere, aber nicht nur mit Blick auf die Familienpatinnen und -paten wurde in Hagen immer wieder darüber diskutiert, ob die Art der Unterstützungsgründe sowie ihre dokumentierte Anzahl dem Angebot angemessen sind. Letztendlich ist die Frage nicht abschließend beantwortet, mit welchen Unterstützungsgründen und mit welcher Komplexität von Bedarfen speziell freiwillig Engagierte konfrontiert werden sollten. Klar ist, dass im Dreieck der hier untersuchten Angebote die Familienpatinnen und -paten gemäß ihrem Profil einen Bereich der eher niedrigschwelligen Problemlagen abdecken sollten. Nicht unerheblich erscheint hier jedoch der Aspekt des individuellen Aushandlungsprozesses zwischen Familie, freiwillig engagierter Person und Paten-Koordination, in dem ein Betreuungsverhältnis vereinbart wird oder nicht.

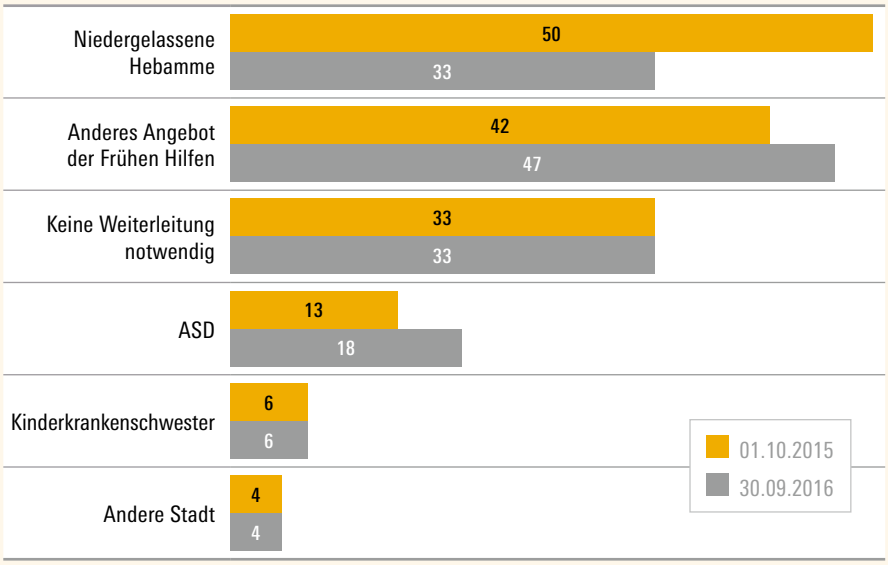
### Lotsenfunktion der Angebote und Weiterleitungspraxis

Die untersuchten Angebote sind aufgrund ihrer Lotsenfunktion insbesondere hinsichtlich ihrer Weiterleitungspraxen zu betrachten. Daran lassen sich auch weitergehende Hilfebedarfe, die durch die neuen Angebote oft erstmalig in den Familien ermittelt worden sind, ableiten. Die Familienhebammen/FGKiKP haben die Möglichkeit, Weiterleitungen zu niedergelassenen Hebammen, zu anderen Angeboten der Frühen Hilfen, zum Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), zu einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder (bei Umzug) zu einem Dienst in einer anderen Kommune zu dokumentieren. Darüber hinaus kann angegeben werden, wenn keine Weiterleitung notwendig ist (vgl. Abb. 5). Die drei am häufigsten dokumentierten Weiterleitungsziele sind über den Berichtszeit-

raum vergleichsweise konstant und zeigen sich zum 01.10.2015 insbesondere zu einer niedergelassenen Hebamme, zu einem anderen Angebot der Frühen Hilfen oder in Form von keiner notwendigen Weiterleitung. Diese drei häufigsten Ziele sind auch ein Jahr später noch die am meisten genutzten Vermittlungsinhalte. Zu einer niedergelassenen Hebamme wird nun jedoch deutlich weniger weitervermittelt. Auffällig ist, dass die Fachkräfte dieses Angebotes vermehrt zu anderen Frühe Hilfe-Angeboten und zum ASD verweisen. Dass eine Weitervermittlung nicht notwendig ist, wird mit 33 % unverändert oft angegeben.

Die Familienbegleiterinnen haben in Bezug auf Weiterleitungen zum 01.10.2015 und zum 30.09.2016 am häufigsten angegeben, dass kein Kontakt zum ASD notwendig sei (vgl. Abb. 6). Darüber hinaus sind die Weitervermittlungen zu sonstigen Stellen und keine Weitervermittlung in beiden dargestellten Erhebungszeitpunkten hoch. Auffällig ist, dass der nicht benötigte Kontakt zum ASD und nicht notwendige sonstige Weiterleitungen sogar noch an Bedeutung gewonnen haben. Das weist darauf hin, dass die Familienbegleiterinnen offenbar deutlich mehr Bedarfslagen selbst bearbeiten können. In den unteren Weiterleitungszielen sticht insbesondere die Migrationsberatung hervor. Die Steigerung der Weitervermittlungsrate zu dieser Institution um sieben Prozentpunkte lässt darauf schließen, dass erhöhte migrationsspezifische Bedarfslagen auf die Angebote der Familienbegleiterinnen treffen. Auch die so gut wie nie vorkommenden Bedarfslagen, die eine Weiterleitung zum ASD hinsichtlich einer Hilfe zur Erziehung, der Kinderschutzambulanz oder der Fallabgabe wegen Kindeswohlgefährdung (KWG) notwendig machen, sind beachtenswert.

ABBILDUNG 5: Weiterleitungen von betreuten Familien durch Familienhebammen/FGKiKP

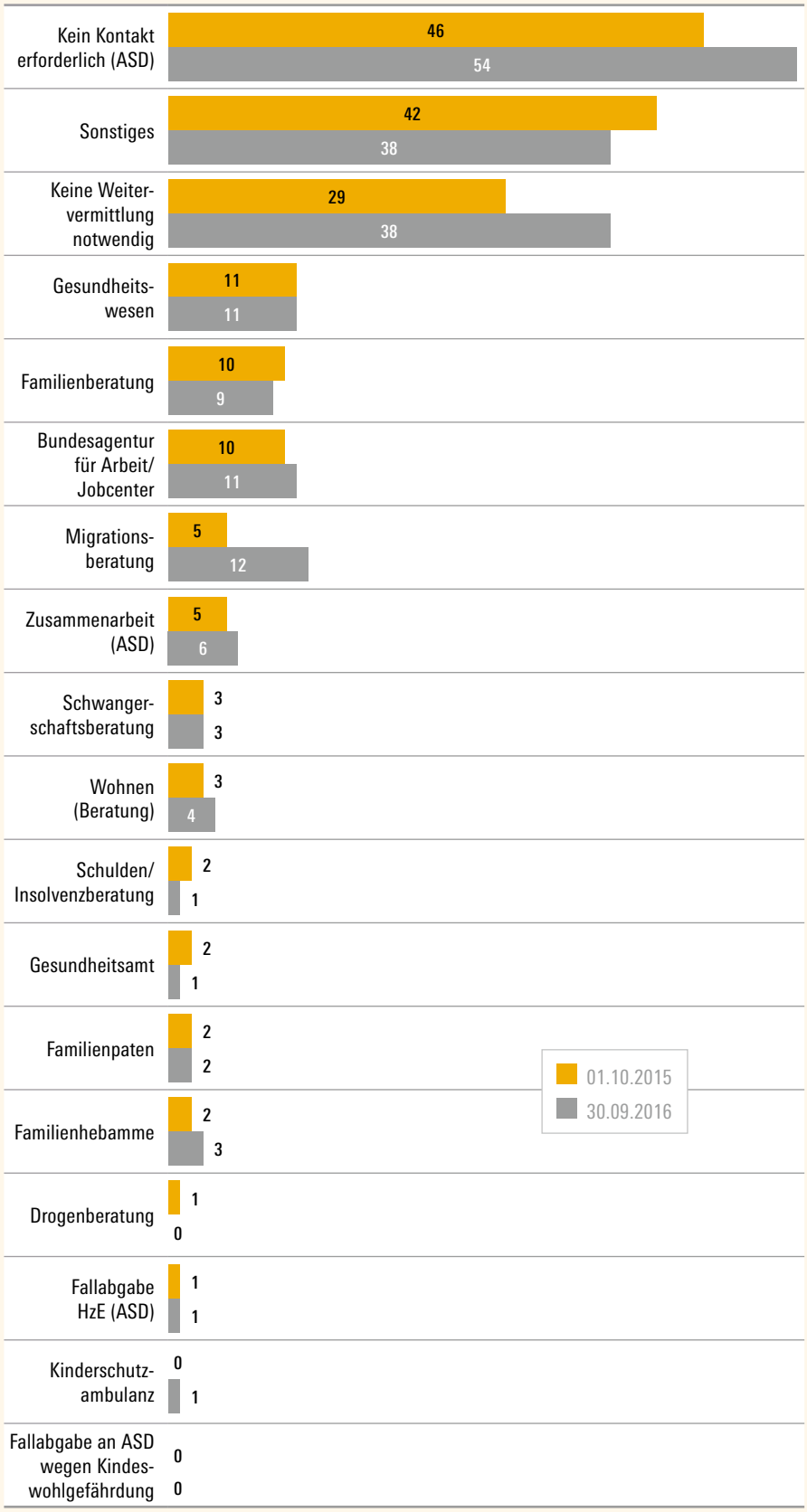



Prozentwerte der zum jeweiligen Zeitpunkt laufenden oder seit Jahresbeginn beendeten Betreuungen,
Mehrfachantworten, N=125 (2015) und N=115 (2016)
Monitoring-Daten aus dem Excel-basierten Dokumentationssystem der Frühen Hilfen Hagen
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

Neben den Familienhebammen/FGKiKP und den Familienbegleiterinnen haben auch die Familienpatinnen und -paten diverse Möglichkeiten, im Dokumentationssystem Weitervermittlungsmöglichkeiten zu vermerken (vgl. Abb. 7). In der Weiterleitungspraxis der Familienpatinnen und -paten ist besonders bedeutsam, dass die Vermittlung der begleiteten Familien zum Angebot der Familienbegleiterinnen enorm zugenommen hat. Auch die Hinweise auf Angebote des familienunterstützenden Dienstes und insbesondere der Migrationsberatungsstellen sind angestiegen. Im Kontext der Weiterleitungen innerhalb der Frühen Hilfen ist neben dem Anstieg der Adressierung der Familienbegleiterinnen auch ein Anstieg der Familienhebammen/FGKiKP zu verzeichnen. Deutlich ist auch ein Rückgang der Angaben darüber, dass keine Weiterleitung notwendig sei. Das gibt einen Hinweis darauf, dass auch die Familienpatinnen und -paten stärker als Lotsen auftreten und vorliegende Bedarfe über die Vermittlung zu anderen Angeboten bearbeiten.

In der Gesamtschau weist die Dokumentation der Weiterleitungspraxis darauf hin, dass insbesondere andere Frühe Hilfen oder diesen nahe Angebote für

ABBILDUNG 6: Weiterleitungen von betreuten Familien durch Familienbegleiterinnen




Prozentwerte der zum jeweiligen Zeitpunkt laufenden oder seit Jahresbeginn beendeten Betreuungen, Mehrfachantworten, N=564 (2015) und N=621 (2016)
Monitoring-Daten aus dem Excel-basierten Dokumentationssystem der Frühen Hilfen Hagen
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

die vorliegenden Bedarfe angemessen erscheinen. Darüber hinaus nehmen Weiterleitungen zu migrationsspezifischen Angeboten zu. Die hohen und zum Teil gesteigerten Angaben über nicht notwendige Weiterleitungen zeigen, dass die neuen Angebote viele Bedarfe selbst decken können. Die generell niedrigen Verweisungsquoten zu höherschwelligen Unterstützungsinstitutionen wie dem ASD zeigen, dass die neuen Angebote Hilfebedarfe auffangen, die sonst womöglich auf diese Dienste treffen würden. Das wird auch durch Angaben der interviewten ASD-Leitungskräfte gestützt, die von konkreten Fallbeispielen berichteten, in denen die neuen Angebote zumindest intensivere Hilfen zur Erziehung durch ihre enge Begleitung vermeiden konnten.

### Der Einfluss von Frühen Hilfen auf die Praxis der Gewährung von Hilfen zur Erziehung

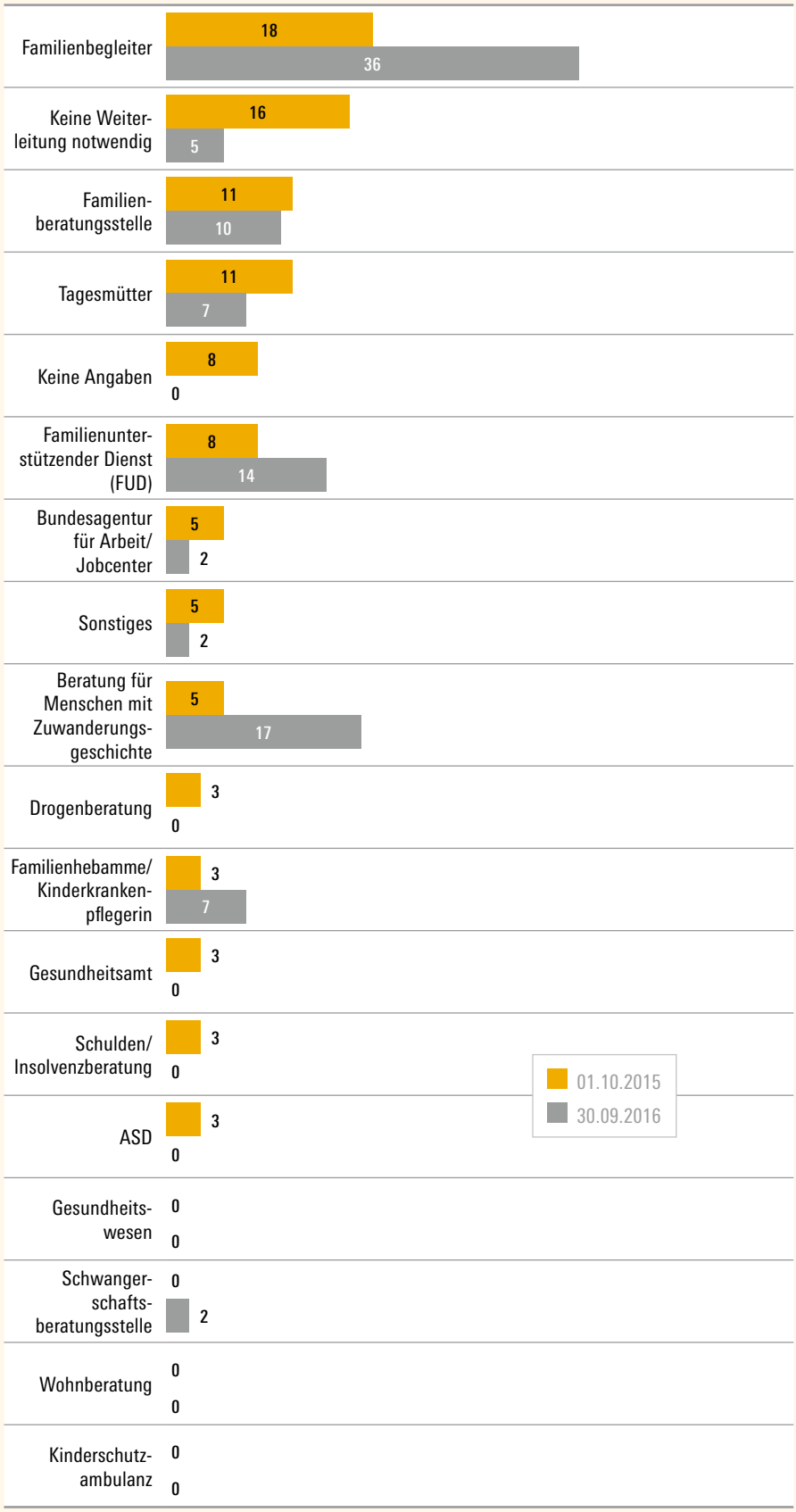
Inwieweit sich dieser Effekt der neuen präventiven Angebote verallgemeinern lässt und sich auch in der Entwicklung der Hilfen zur Erziehung in Hagen dokumentiert findet, soll im Folgenden untersucht werden. Dazu werden die Angaben aus dem interkommunalen Vergleichsring (IKO-Kennzahlen der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement KGSt) herangezogen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Hilfearten nach § 27,2 und § 34 SGB VIII. Die sogenannten »27,2er-Hilfen« haben in Hagen traditionell eine beachtliche Bedeutung. Unter

7 Datengrundlage: Laufende Hilfen zur Erziehung zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres.

diesem Titel werden Hilfeleistungen verstanden, die ausgehend von der Kritik an einer vermeintlich »versäulten« Erziehungshilfelandschaft außerhalb der klassischen Leistungsparagrafen §§ 28 bis 35 SGB VIII angesiedelt sind. Die 27,2er-Hilfen formulieren den Anspruch, maßgeschneiderter und flexibler in ihrer Ausgestaltung zu sein. Es können jedoch auch niedrigschwellige Leistungen wie etwa Hausaufgaben- oder Freizeithilfen darunter fallen (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2016, S. 62; Plankensteiner 2014). Insbesondere die potenziell niedrigschwellige Ausgestaltung dieser Hilfeart macht sie im Kontext Früher Hilfen besonders relevant. Es ist denkbar, dass die konkrete Ausgestaltung einer 27,2er-Hilfe sich im Vergleich zu den anderen Formen der Hilfen zur Erziehung am wenigsten von einer frühen bzw. frühzeitigen Hilfe durch bspw. eine Familienbegleiterin unterscheidet. Darüber hinaus können die 27,2er-Hilfen in Hagen auch als »Eintrittskarte« in die Erziehungshilfen interpretiert werden, bei denen nicht zwangsläufig ein erheblicher erzieherischer Bedarf oder schwerwiegende Entwicklungsproblematiken bearbeitet werden.

Mit Blick auf die Ergebnisse des interkommunalen Vergleichsrings von 2011 bis 2015[7] wird deutlich, dass die 27,2er-Hilfen bis zum Jahr 2014 die am häufigsten gewährte Hilfe in Hagen waren (vgl. Abb. 8). Von 2013 auf 2014 sanken die Fallzahlen von 243 auf 190, und zugleich stieg die Anzahl der Vollzeitpflegen nach § 33 SGB VIII von 169 auf 197 und führte damit den Fallzahlenvergleich an. Ein deutlicher Anstieg ist auch bei den Heimerziehungen (§ 34 SGB VIII) zu erkennen. Von 2014 auf 2015 stiegen die institutionellen Fremdunterbringungen von

ABBILDUNG 7: Weiterleitungen von betreuten Familien durch Familienpatinnen und -paten



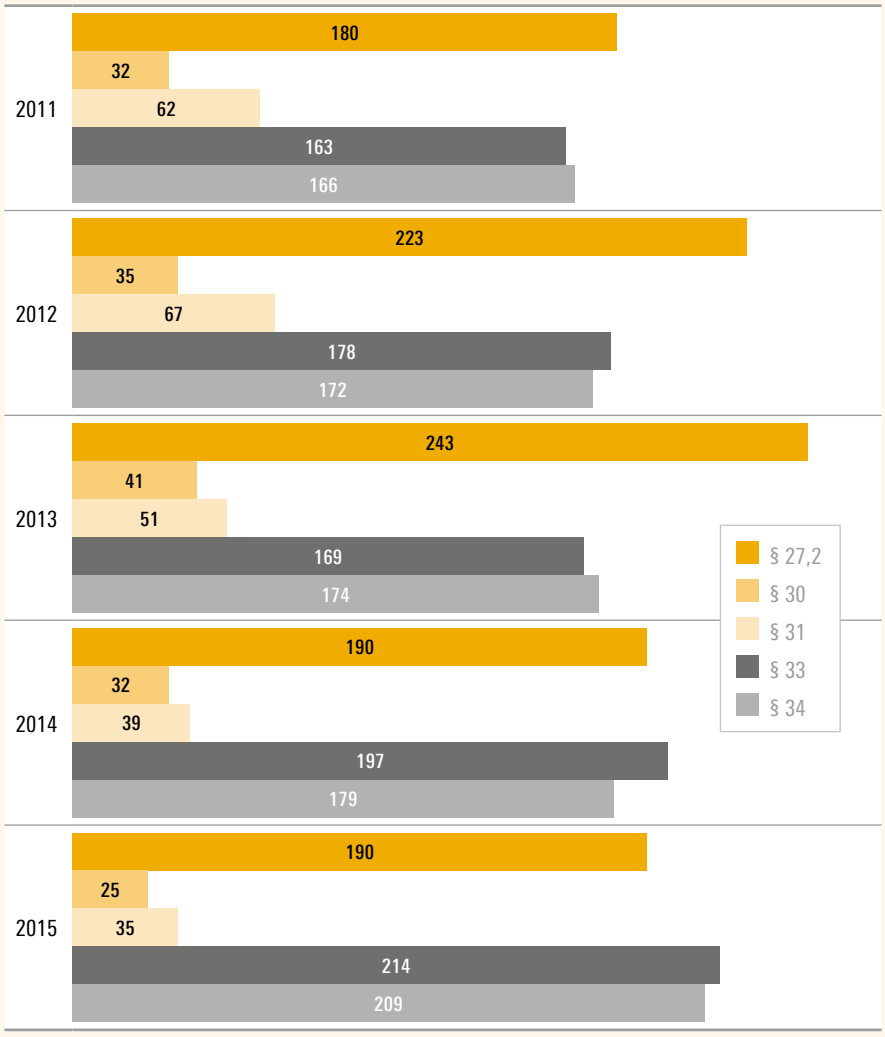

Prozentwerte der zum jeweiligen Zeitpunkt laufenden oder seit Jahresbeginn beendeten Betreuungen,
Mehrfachantworten, N=38 (2015) und N=42 (2016)
Monitoring-Daten aus dem Excel-basierten Dokumentationssystem der Frühen Hilfen Hagen
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

179 auf 209 an und bilden damit unter anderem die Unterbringung unbegleiteter ausländischer Minderjähriger ab. Erziehungsbeistandschaften nach § 30 SGB VIII und die klassische Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII spielt in diesem Kontext eine eher untergeordnete Rolle. Die Fallzahlen dieser Hilfearten sinken nach einem kurzen Anstieg der Erziehungsbeistandschaften in den Jahren 2012 und 2013 kontinuierlich.

Um den Blick auf die Erziehungshilfen stärker im Kontext der Frühen Hilfen betrachten zu können, soll im Folgenden die Fallzahlenentwicklung altergruppenspezifisch dargestellt werden. Hierzu wurden die Anteile der 27,2er-Hilfen in drei Altersgruppen für Kinder bis zum Alter von unter neun Jahren aufgeteilt und zudem in einzelfallorientierte und familienorientierte 27,2er-Hilfen unterschieden (vgl. Abb. 9). Die einzelfallorientierten Maßnahmen in dieser Hilfeart der unter Dreijährigen, der Drei- bis unter Sechsjährigen sowie der Sechs- bis unter Neunjährigen sanken nach kurzem Anstieg des Anteils der Sechs- bis unter Neunjährigen im Jahr 2013 konstant. Demgegenüber unterliegt der prozentuale Anteil der familienorientierten 27,2er-Hilfen einer diskontinuierlichen Entwicklung. Die Prozentuierungsbasis für diese Angaben sind die Gesamtzahlen der 27,2er-Hilfen, d.h. 2015 entfielen 83 % aller 27,2er-Hilfen auf die familienorientierte Ausgestaltung. Da bei den familienorientierten 27,2er-Hilfen keine Altersgruppen erfasst werden, kann hierzu keine Angabe gemacht werden. Die jeweils fehlenden Werte im Berichtsjahr beziehen sich auf die einzelfallorientierten 27,2er-Hilfen der Neun- bis unter 27-Jährigen. Es liegt nahe, den Rückgang der einzelfallorientierten Hilfen und die diskontinuierliche Entwicklung der familienorientierten Hilfen mit auf die konkrete Gewährungspraxis der ASD-Mitarbeitenden zurückzuführen. Mit der Einführung der Frühen Hilfen bzw. der frühzeitigen Hilfen für ältere Kinder im Rahmen des Ausbaus des kommunalen Netzwerkes hat sich die Angebotsstruktur in Hagen erheblich verändert. Es ist im Rahmen der Untersuchung für die Stadt Hagen anhand dieser Daten davon ausgegangen worden, dass insbesondere im Rückgang der einzelfallorientierten 27,2er-Hilfen deutlich wird, dass die Überbrückungsfunktion dieser Hilfeart kontinuierlich an Bedeutung verliert.

Fremdunterbringungen und hier insbesondere die Heimerziehungen nach § 34 SGB VIII bilden gewissermaßen den Gegenpol an Intensität zu den 27,2er-

ABBILDUNG 8: Entwicklung der Fallzahlen in den Hilfen zur Erziehung




Absolute Zahlen der laufenden Hilfen zum 31.12. des jeweiligen Jahres. Bei den Angaben zur Sozialpädagogischen Familienhilfe § 31 (SPFH) handelt es sich um die Anzahl der Kinder in der Familie.
IKO-Kennzahlen der KGSt 2011 bis 2015 für die Stadt Hagen
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

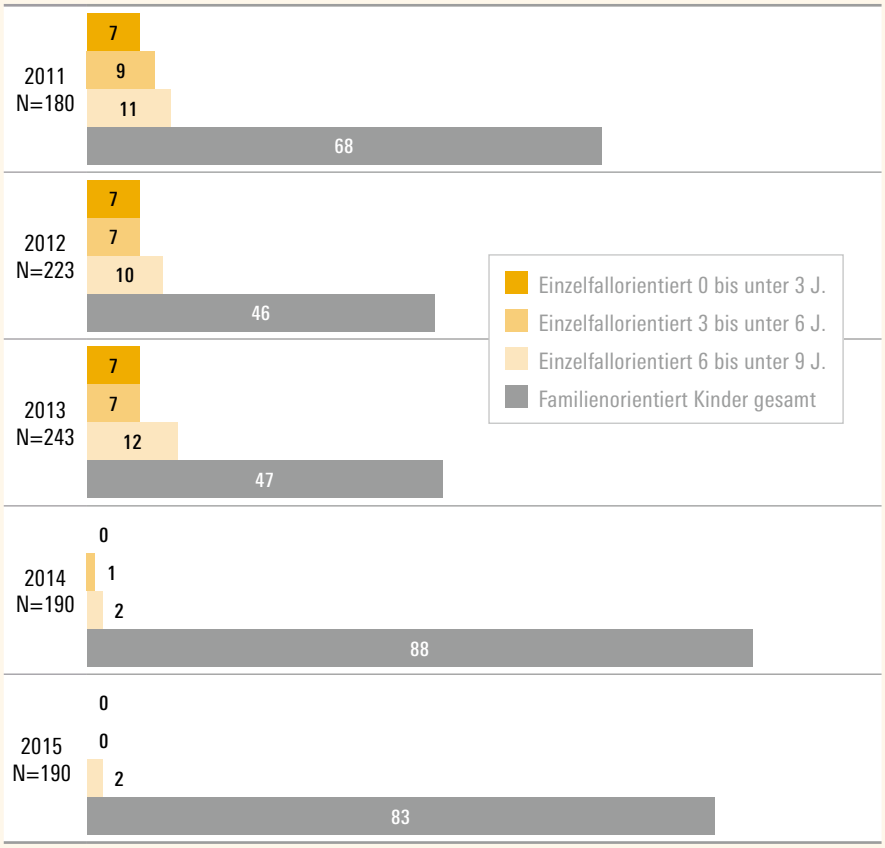
Hilfen im Leistungskanon der Hilfen zur Erziehung. Sie haben einen sehr viel höheren bzw. mit den höchsten Interventionsgrad. Hier lohnt insbesondere der Blick auf die Veränderungen zwischen 2014 und 2015, also die Fallzahlensteigerung um 30 auf 209 der am Jahresende 2015 andauernden Hilfen. Zusammen mit der Zunahme der Hilfen in diesem Leistungsbereich um 17 % zeigen sich aber auch Veränderungen beim prozentualen Altersaufbau der jungen Menschen in der Heimerziehung. Für Kinder im Alter von unter neun Jahren heißt das im Einzelnen, dass die Quoten für die Drei- bis unter Sechsjährigen sowie für die Sechs- bis unter Neunjährigen zwischen 2014 und 2015 unverändert geblieben bzw. nur geringfügig um zwei Prozentpunkte gestiegen sind.

Für die unter Dreijährigen hat sich hingegen der Anteil auf null reduziert (vgl. Abb. 10). Mit Blick auf die Etablierung der Frühen Hilfen seit spätestens 2012 ergeben sich hier einige Fragen. Die positive Hypothese zu dieser Entwicklung wäre, dass die neuen Angebote hier bereits Heimerziehungen bei den unter Sechsjährigen verhindert haben. Hinsichtlich der methodischen Ausgestaltung dieser explorativen Untersuchung lässt sich diese Behauptung jedoch nicht zuverlässig abstützen. Insbesondere die Entwicklung der institutionellen Fremdunterbringung im Bereich der unter Dreijährigen ist jedoch für eine zukünftige Beobachtung lohnenswert. Hier stellt sich auch die Frage, inwieweit diese Form der Unterbringung in dieser Altersgruppe konkret mit den lokal vorhandenen Angeboten in Zusammenhang steht. Die Heimunterbringung von Kindern in dieser Altersgruppe ist mit besonderen Anforderungen verbunden (vgl. LVR 2016). Besonders für die hier angesprochenen Schnittstellen zwischen Frühen Hilfen und ASD können nur über langfristigere Beobachtungen zuverlässige Aussagen über die wechselseitigen Effekte getroffen werden. Dazu hat die vorliegende Untersuchung erste Hinweise gegeben. Daran anschließend erscheint vor allem eine gemeinsame (integrierte) Planung von Erziehungshilfen und Frühen Hilfen nützlich zu sein, in der die jeweiligen Schnittstellen konzeptionalisiert und damit »beobachtbar« werden.

## Ausgestaltung der Schnittstelle Frühe Hilfen und Hilfen zur Erziehung

Die Entwicklung der Hilfen zur Erziehung muss neben den quantitativen Entwicklungen auch hinsichtlich ihrer Ausgestaltung und der Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen betrachtet werden. Dazu hat die Aktenanalyse wertvolle Hinweise gegeben. Die Analyse von HzE-Fallakten in zwei Wellen fokussierte im Wesentlichen zwei zentrale Perspektiven: zum einen die Perspektive der Erhellung »typischer« Fallverläufe von Fällen, bei

ABBILDUNG 9: Entwicklung der Fallzahlen in den Hilfen zur Erziehung nach § 27,2 SGB VIII




Prozentwerte der laufenden Hilfen zum 31.12. des jeweiligen Jahres in den jeweils ausgewiesenen Altersgruppen. Die Prozentuierungsbasis ist die Gesamtzahl der Hilfen in allen Altersgruppen bis unter 27 Jahren. IKO-Kennzahlen der KGSt 2011 bis 2015 für die Stadt Hagen

Lesehinweis: Die in der Abbildung dargestellten Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Zahl der am 31.12. eines Berichtsjahres andauernden »27,2er-Hilfen«. So waren von den 190 am 31.12.2015 andauernden Leistungen 83 % familienorientierte Hilfen sowie jeweils 2 % einzelfallorientierte Hilfen mit Kindern im Alter von drei bis unter sechs bzw. sechs bis unter neun Jahren.

Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

denen Frühe Hilfen und Hilfen zur Erziehung beteiligt sind oder waren, zum anderen die Perspektive potenzieller Veränderungen in der Bearbeitung von Hilfen zur Erziehung mit zunehmender Etablierung der Frühen Hilfen. In der ersten Welle wurden in lediglich vier von 66 untersuchten Fällen Hinweise auf Frühe Hilfen gefunden. Drei der vier identifizierten Fälle sind mit den Hilfearten §§ 27,2 und 31 SGB VIII im Bereich der niedrigschwelligen bzw. ambulanten Hilfen angesiedelt. Mit nur vier in den Akten repräsentierten Angeboten der Frühen Hilfen in Fällen der Hilfen zur Erziehung lassen sich kaum gewinnbringende Aussagen treffen. Der Gewinn der ersten Aktenanalyse bestand vielmehr darin, dass ein differenziertes Bild der Gestaltung von erzieherischen Hilfen in Hagen gewonnen werden konnte. Daraufhin wurde die zweite Erhebungswelle in ihren Untersuchungsaspekten verändert. Persönliche Rückmeldungen und insbesondere die Auswertung der ersten Fachkräftebefragung lieferten Hinweise, dass die Frühen Hilfen bei den ASD-Mitarbeitenden sehr gut bekannt sind und fallbezogen diskutiert, jedoch noch wenig differenziert dokumentiert werden.

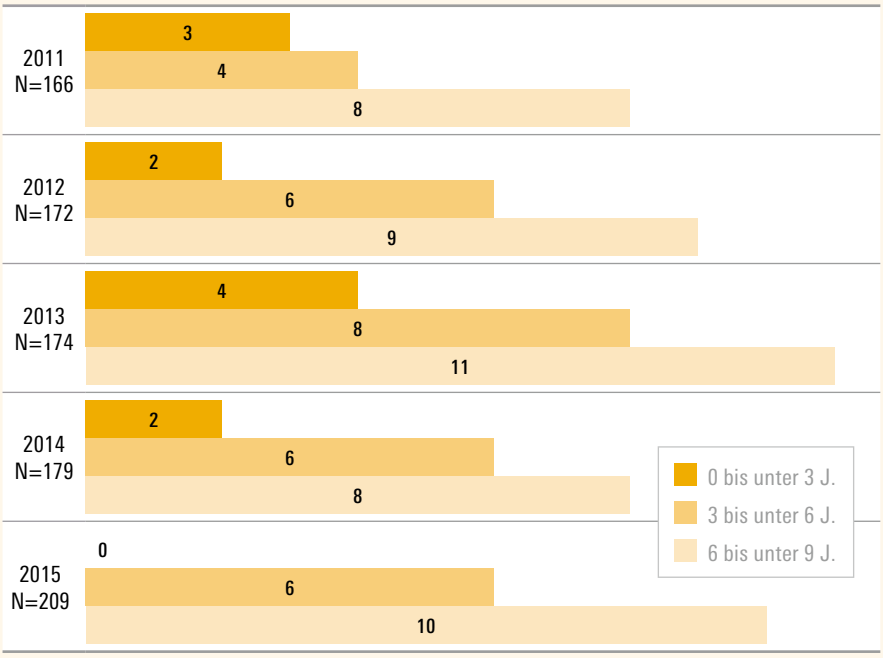
In der zweiten Untersuchungswelle konnten in 41 erhobenen Akten acht zuvor involvierte und dokumentierte Frühe Hilfen gefunden werden (vgl. Abb. 11). Besonders bedeutsam ist, dass in elf Fällen eine Frühe Hilfe in der Falleingangsphase diskutiert (und vor allen Dingen dokumentiert) worden ist. Darüber hinaus ist in einem Fall verzeichnet, dass die laufende Hilfe zur Erziehung nach Beendigung in eine Unterstützung durch das Angebot einer Familienbegleiterin überführt werden soll. In den Fällen mit Frühe-Hilfen-Beteiligung handelte es sich erwartungsgemäß um sehr junge Kinder (sechs Fälle unter einem Jahr, ein Fall mit zweijährigem Kind, ein Fall mit vierjährigem Kind), und es zeigt sich, dass eine Frühe Hilfe im weiteren Verlauf diskutiert wird, wenn bereits vor der Hilfe zur Erziehung eine Frühe Hilfe involviert war.

Die Erkenntnisse aus der Aktenanalyse decken sich auch mit den Angaben in OK.JUG. Dort haben die ASD-Mitarbeitenden im Zeitverlauf der Evaluation die Möglichkeit erhalten, involvierte Frühe Hilfen quantitativ zu erfassen. Die Daten geben jeweils die zum Zeitpunkt des Abrufs am Monatsende laufenden ASD-Fälle mit einem dokumentierten Frühe Hilfen-Bezug wider (vgl. Abb. 12).

In der zweiten Leitungskräftebefragung und dem Interview mit dem Fachbereichsleiter Jugend und Soziales wurde die wichtige Schnittstellenrolle des ASD in Bezug auf die Frühen Hilfen bestätigt. Es wurde herausgestellt, dass die ASD-Mitarbeitenden die zentrale Schaltstelle sind, wenn es darum geht, einen Hilfebedarf in eine Hilfe zur Erziehung oder in eine eventuelle Frühe Hilfe zu überführen. ASD-Mitarbeitende müssen aus diesem Grund dezidierte Kenntnisse über die gesamte Angebotspalette in ihrem Sozialraum haben. In den Bezirken, in denen die Kooperationsbeziehung ausgereift ist, werden gute Erfahrungen diesbezüglich gemacht. Zentral dafür erscheint ein Selbstverständnis des ASD als *Allgemeiner* Sozialer Dienst entgegen der Ausgestaltung eines Fachdienstes für erzieherische Hilfen.

In den Leitungsinterviews wurde darüber hinaus verdeutlicht, dass die Nut-

ABBILDUNG 10: Entwicklung der Fallzahlen in den Hilfen zur Erziehung nach § 34 SGB VIII




Prozentwerte der laufenden Hilfen zum 31.12. des jeweiligen Jahres in den jeweils ausgewiesenen Altersgruppen.
Die Prozentuierungsbasis ist die Gesamtzahl der Hilfen in allen Altersgruppen bis unter 27 Jahren. IKO-Kennzahlen der KGSt 2011 bis 2015 für die Stadt Hagen
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

zungs- bzw. Berücksichtigungspraxis in den fünf ASD/PKD-Gruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Hier wurde angeführt, dass eine Zusammenarbeit von ASD/PKD und Frühen Hilfen in hohem Maße von der gegenseitigen persönlichen Bekanntheit der beteiligten Fachkräfte abhängig ist (»Wir kennen unsere Familienbegleiterin und rufen da auch öfter mal an«). Nichtsdestoweniger ist darauf zu achten, dass die Frühen Hilfen in der Wahrnehmung nicht in die Rolle einer weiteren, »beauftragbaren« Hilfeleistung neben dem HzE-Kanon geraten. Aus dem qualitativen Gruppeninterview mit den Vertreterinnen und Vertretern der freien Träger geht hervor, dass es in der Vergangenheit zum Teil noch zu Missverständnissen über die Form der Zusammenarbeit und über das, was geleistet werden kann, kam. Es ist zu beachten, dass die präventiven Angebote der Frühen Hilfen ein eigener Leistungsbereich mit einem eigenen Leistungsprofil sind. Frühe Hilfen sollen aus Sicht der Beteiligten auch durch den ASD angefragt werden, jedoch darf nicht der Eindruck entstehen, dass die Präventionsangebote eine (weitere) »Serviceeinheit für den ASD« bilden.

Warum ist es wichtig, in Bezug auf die Fallzahlenentwicklung in den Hilfen zur Erziehung auf die Formen der Zusammenarbeit zwischen ASD und Frühen Hilfen zurückzukommen? Aus Sicht der Evaluation liegt hier der konkrete Anknüpfungspunkt in der fachlich begründeten Vermeidung von Leistungsfällen nach § 27 SGB VIII und der breiteren Nutzung sozialer Unterstützungsleistungen durch den ASD. Gleichwohl muss die Form der Zusammenarbeit zwischen ASD und Frühen Hilfen in Form einer differenzierten Schnittstellengestaltung

ABBILDUNG 11: Fälle Hilfen zur Erziehung mit Bezug zu Frühen Hilfen

| | |
|---|---|
| **Was war die vorangegangene Frühe Hilfe?** | |
| Familienbegleiterinnen | 1 |
| Familienhebammen | 7 |
| **Wurde die Frühe Hilfe im Vorfeld beendet oder läuft sie parallel zur erzieherischen Hilfe weiter?** | |
| Läuft parallel | 3 |
| Im Vorfeld beendet | 2 |
| Nicht ersichtlich | 3 |
| **Sind bisherige Lösungsversuche dokumentiert?** | |
| Familienhebamme | 2 |
| Keine Nennung | 6 |
| **Wird im Fachgespräch/in der Falleingangsphase eine Frühe Hilfe diskutiert? (Mehrfachantwort)** | |
| Familienbegleiterin | 1 |
| Familienhebamme | 7 |
| Verschiedene Hilfen | 3 |
| **Wird eine Frühe Hilfe im Hilfeplan thematisiert?** | |
| Familienhebamme | 3 |
| Keine Nennung | 5 |
| **Ist nach Beendigung der Hilfe eine Überleitung in eine Frühe Hilfe dokumentiert? (Nachbegleitung)** | |
| Familienbegleiterin | 1 |
| Keine Nennung | 7 |

Absolute Fallzahlen
Aktenanalyse, 2. Welle, Stichtag 30.11.2015, N=41, Fälle mit Bezug zu Frühen Hilfen n=8
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

ABBILDUNG 12: Vom ASD dokumentierte Fälle mit Kontakt zu Frühen Hilfen

| Monat | Dokumentierte Fälle mit Kontakt Frühe Hilfen | Davon: mit Leistungsbezug Hilfen zur Erziehung |
|---|---|---|
| Juni 2015 | 13 | 6 |
| Oktober 2015 | 18 | ./. |
| März 2016 | 27 | 7 |
| Juli 2016 | 6 | 6 |
| September 2016 | 8 | 8 |

Absolute Fallzahlen
Über die Jugendhilfesoftware OK.JUG von ASD-Mitarbeitenden dokumentierte Fälle mit Frühe Hilfen-Kontakt. Laufende Fälle zum jeweiligen Monatsende. §§ 19, 27,2, 29-35, 41, 42
Quelle: Projekt »Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in der Stadt Hagen«, 2014–2016

eigens konzeptionalisiert und ausgehandelt werden, da es nicht dienlich erscheint, die gewohnten Formen der Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und freiem Träger im Bereich der Erbringung von Hilfen zu Erziehung schlicht zu übertragen.

Was sich je nach Perspektive noch nicht vollumfänglich in der Fallzahlenentwicklung abbilden lässt, zeigt sich deutlicher in den Formen der Zusammenarbeit zwischen ASD/PKD und Frühen Hilfen. Über den Untersuchungsverlauf wurde die gestiegene Präsenz der neuen Angebote deutlich, die sich einerseits in der persönlichen Bekanntheit von Fachkräften aus beiden Bereichen und andererseits in veränderten Dokumentationsmöglichkeiten zeigt. Aus Sicht der Evaluation ist hier ein wesentlicher Grundstein erfolgreich auf den Weg gebracht worden, der jedoch weiter bearbeitet und ausgeweitet werden muss. Es könnte nützlich sein, die Aufgabenbereiche des ASD und der Frühen Hilfen auch planerisch stärker gemeinsam zu betrachten und die Möglichkeiten dessen auszuloten (vgl. Nieberg 2017).

## Resümee und Empfehlungen zur Weiterentwicklung

Die Evaluation hat gezeigt, dass die gegenwärtigen Situationen der Hilfen zur Erziehung sowie der Frühen Hilfen zwar analytisch getrennt voneinander betrachtet und dargestellt werden können, dass sie jedoch ineinandergreifen und als voneinander beeinflusst und abhängig gesehen werden müssen. Darauf weisen die Entwicklungsprozesse innerhalb der Angebote hin, die oftmals in Bezug auf das jeweils andere System vorgenommen wurden. Diesbezüglich sind etwa die Weiterentwicklung von Anamneseformularen im ASD zur Berücksichtigung der Frühen Hilfen, die erweiterte Programmierung der Jugendhilfe-Software OK.JUG oder die voranschreitende Vernetzung von Familienbegleiterinnen mit dem ASD zu nennen.

Besonders auffällig im Hagener Kontext ist sicher die Ausweitung der Zielgruppe auf die über dreijährigen Kinder bis zur Volljährigkeit speziell im Angebot der Familienbegleiterinnen. Diese Ausweitung Früher Hilfen macht den Blick auf die Schnittstelle zum ASD noch bedeutsamer. Hier zeigt sich, wie in der Ausgestaltung der Angebote umfassend zwischen Prävention und ASD-Leistungen (jeder Art) unterschieden wird. Der Fokus liegt hier nicht auf einer speziellen Altersgruppe, sondern auf der frühzeitigen Erreichung von (potenziellen) Adressatinnen und Adressaten. Es stellt sich die Frage, welche Form der Ausgestaltung der Sozialen Dienste und welcher Blick auf diese dazu anleitet, umfassende, nicht nur auf die klassischen Altersgruppen der Frühen Hilfen fokussierte Angebote zu implementieren. Die vorliegende Untersuchung hat Hinweise darauf gegeben, dass ein wesentlicher Gewinn in der Niedrigschwelligkeit der Angebote zu liegen scheint und insbesondere die Familienbegleiterinnen deutlich stärker im Sozialraum verwurzelt sind, als es der ASD leisten kann. Das führt dazu, dass die Schnittstellen zwischen ASD und den Familienbegleiterinnen in diesem Beispiel nicht personenabhängig sein dürfen und die Profilbildung von ASD und Frühen Hilfen gemeinsam und ausdifferenziert umgesetzt werden muss.

Die vorliegende Evaluationsstudie war eher explorativ angelegt, da einerseits versucht wurde, einen möglichst umfangreichen Überblick zu gewinnen, und andererseits die zu beobachtenden Wechselverhältnisse (etwa zwischen ASD und Frühen Hilfen) noch nicht lange bestehen und fraglich war, welche Effekte sich überhaupt abbilden lassen würden.

Der große Gewinn dieser Untersuchung liegt sicher auch in der Vor-Ort-Erprobung verschiedener Dokumentations- und Erhebungstools, die durch die lokalen Akteure selbstständig genutzt wurden bzw. werden. Dazu gehört das Excel-Dokumentationssystem der Frühe-Hilfen-Akteure oder verschiedene Schnittstellen-Dokumentationen durch den ASD (OK.JUG, Anamneseformular), die es nun weiter aufeinander abzustimmen und zu schärfen gilt, auch vor dem Hintergrund ihrer Praktikabilität und Praxistauglichkeit. Denn auch die Schulung der dokumentierenden Fachkraft und die Verlässlichkeit ihrer Dokumentationspraxis – insbesondere außerhalb laufender Untersuchungsvorhaben – sind wesentliche Gelingensbedingungen hinsichtlich der Weiterentwicklung einer belastbaren Datenbasis.

Vor dem Hintergrund der sich als relevant herauskristallisierten persönlichen Bekanntheit der Akteursgruppen untereinander sollte in Evaluationsvorhaben ein gewisser Ressourcen-Anteil auf Praxisbegleitung und -entwicklung entfallen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Beobachtung vergleichsweise neuer Angebote und ihrer ebenso neuen Schnittstellen.

Aus den Erkenntnissen, die mit der Evaluation gewonnen werden konnten, wurden Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Hilfesystems in der Stadt Hagen abgeleitet. Es hat sich ge-

zeigt, dass die drei untersuchten Angebote der Frühen Hilfen in Hagen eine breite und große Zielgruppe erreichen und die bisherigen Entwicklungen zu einer hohen Auslastung der Angebote geführt haben. Insbesondere die professionellen Leistungen der Familienhebammen/FGKiKP und der Familienbegleitungen sollten daher weiter ausgebaut und als Regelangebote etabliert werden.

Im Anschluss an die weitere Etablierung der professionellen Leistungssegmente der Frühen Hilfen bildet auch das freiwillige Engagement im Hinblick auf ein breit ausdifferenziertes und somit zukunftssicheres Unterstützungsnetzwerk eine wichtige Rolle. Zudem zeigt sich, dass die neuen Angebote anscheinend auch (hoch-)belastete Eltern erreichen. Hierbei ist zu beachten, dass diese Zielgruppe auch für hochschwellige Hilfeleistungen eine besondere Herausforderung darstellt.

Die vorliegende Studie hat neben den alleine auf die Frühen Hilfen bezogenen Fragestellungen insbesondere die Wirkung der neuen Angebote auf Auslastung und Intensität der Hilfen zur Erziehung im Blick. Es hat sich gezeigt, dass eine profilierte Zusammenarbeit und eine differenzierte Kenntnis der neuen Angebote im Allgemeinen Sozialen Dienst notwendig und hilfreich sein können. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Chancen und Grenzen der Leistungen der Frühen Hilfen noch nicht vollumfänglich bekannt sind und die Formen der Zusammenarbeit nach wie vor ausgehandelt werden müssen. Mit dem Ziel eines ausdifferenzierten und ineinandergreifenden Unterstützungsnetzwerkes erscheint es notwendig, dass Frühe Hilfen und ASD ihre Aufgabenprofile, Grenzen und Schnittstellen gemeinsam abstimmen und darüber auch die persönliche Bekanntheit der beteiligten Fach- und Führungskräfte der beiden Systeme untereinander gefördert wird.

Die Evaluation hat vielfältige Methoden und Perspektiven vereint, die als Basis vertiefender Untersuchungen eine gute Grundlage bieten können. So könnten spätere Projekte etwa eine pointiertere Begleit- und Entwicklungsperspektive einnehmen (»formative Evaluation«). Darüber hinaus sind ausdifferenziertere Nutzer-Untersuchungen denkbar, die am vorliegenden Material anknüpfen und Einzelaspekte mithilfe anderer Methoden vertiefen. Ebenso ist vorstellbar, an bereits vorliegende und eher grundlagenorientierte Untersuchungen anzuknüpfen (vgl. z.B. Rettig/Schröder/Zeller 2017) und etwa die eigenständigen Formen der Professionalisierung von Familienhebammen/FGKiKP und Familienbegleiterinnen zu betrachten.

## Literatur


(BRK) Belgisches Rotes Kreuz Deutschsprachige Gemeinschaft (2010): Multiproblemfamilien – Familien mit vielfältiger Problembelastung. Eupen

Darimont, F. (2010): Nachhaltige Erreichbarkeit von psychosozial hochbelasteten Familien. Eine Literaturexpertise im Auftrag des IzKK. Deutsches Jugendinstitut e.V. München. www.dji.de/fileadmin/user_upload/izkk/Darimont_Nachhaltige_Erreichbarkeit.pdf (12.12.2017)

Deutscher Bundestag (2013): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 14. Kinder- und Jugendbericht. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 17/12200. Berlin

Fendrich, S./Pothmann, J./Tabel, A. (2016): Monitor Hilfen zur Erziehung 2016. Hrsg. von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. Dortmund

Hahn, M./Sandner, E. (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Hahn, M./Sandner, E. (2014): Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Hilkert, M. (2016): Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in Hagen. Abschlussbericht. Frankfurt a.M.

Lenzmann, V./Bastian, P./Lohmann, A./Böttcher, W./Ziegler, H. (2010): Hilfebeziehungen als Wirkfaktor aus professionstheoretischer Perspektive. In: Renner, I./Sann, A./NZFH (Hrsg.): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Köln, S. 128–146

(LVR) Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2016): Junge Kinder in den Angeboten der stationären Erziehungshilfe. Köln

Mierendorff, J. (2013): Normierungsprozesse von Kindheit im Wohlfahrtsstaat. Das Beispiel der Regulierung der Bedingungen der frühen Kindheit. In: Kelle, H./Mierendorff, J. (Hrsg.): Normierung und Normalisierung der Kindheit. Weinheim und Basel, S. 38–57

Nieberg, H. (2017): Frühe Hilfen als Planungsaufgabe. Ein Beispiel aus Hannover. In: Sozialextra, Heft 5, S. 34–37

Plankensteiner, A. (2014): § 27, 2 SGB VIII: Flexible Hilfen – Konzept, Implikationen, Praxis, In: Macsenaere, M./Esser, K./Knab, E./Hiller, S. (Hrsg.): Handbuch der Hilfen zur Erziehung. Freiburg i.B., S. 85–91

Rettig, H./Schröder, J./Zeller, M. (2017): Familienhebammen als Mütterhebammen. In: Soziale Passagen, Heft 2, S. 365–380

SANDRA FENDRICH UND JENS POTHMANN

# Weniger begonnene Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kleinkindern

## Leistungsgewährung zwischen Bedarfslagen aufgrund unterschiedlicher familiärer Bedarfslagen und der Problemwahrnehmung Sozialer Dienste

Laut der Kommunalbefragungen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ist der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) in fast 85 % der Netzwerke Frühe Hilfen in der fallübergreifenden Kooperation eingebunden (vgl. Küster/Mengel/Pabst/Sann 2015, S. 24). Zudem ist er in den zahlreichen kommunalen Steuerungsgruppen für Frühe Hilfen einer der wichtigsten Akteure. In etwa jedem zweiten Jugendamtsbezirk hat sich ein solches Gremium institutionalisiert, in ca. 78 % dieser Steuerungsgruppen ist der ASD vertreten (vgl. Küster/Pabst/Sann 2017). Darüber hinaus gibt es in über 63 % der Jugendamtsbezirke neben aufsuchenden Frühen Hilfen auch auf Säuglinge und Kleinkinder spezialisierte ambulante Erziehungshilfen (vgl. NZFH 2014a, S. 48). Diese Befunde können als Hinweise darauf verstanden werden, dass sich auf der kommunalen Ebene Schnittstellen und Überlappungsbereiche zwischen den Hilfen zur Erziehung, die auf der örtlichen Ebene maßgeblich vom ASD organisiert und vermittelt werden, und den Frühen Hilfen herausgebildet haben. In die gleiche Richtung weisen Ergebnisse auf Basis der Analysen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik (vgl. Fendrich/Pothmann 2015).

Angesichts dieser schon längst nicht mehr nur konzeptionell gedachten, sondern auch der empirisch sichtbaren Schnittstellen zwischen Frühen Hilfen und Hilfen zur Erziehung werden im nachfolgenden Beitrag Analysen zur Gewährung und Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfen zur Erziehung bei Kindern im Alter von unter drei Jahren im Vergleich zu den Minderjährigen insgesamt dargestellt.

Dabei werden in einem ersten Teil zentrale Auswertungen zu den Fallzahlenentwicklungen in den Hilfen zur Erziehung aus dem Datenreport Frühe Hilfen 2015 weiter fortgeschrieben

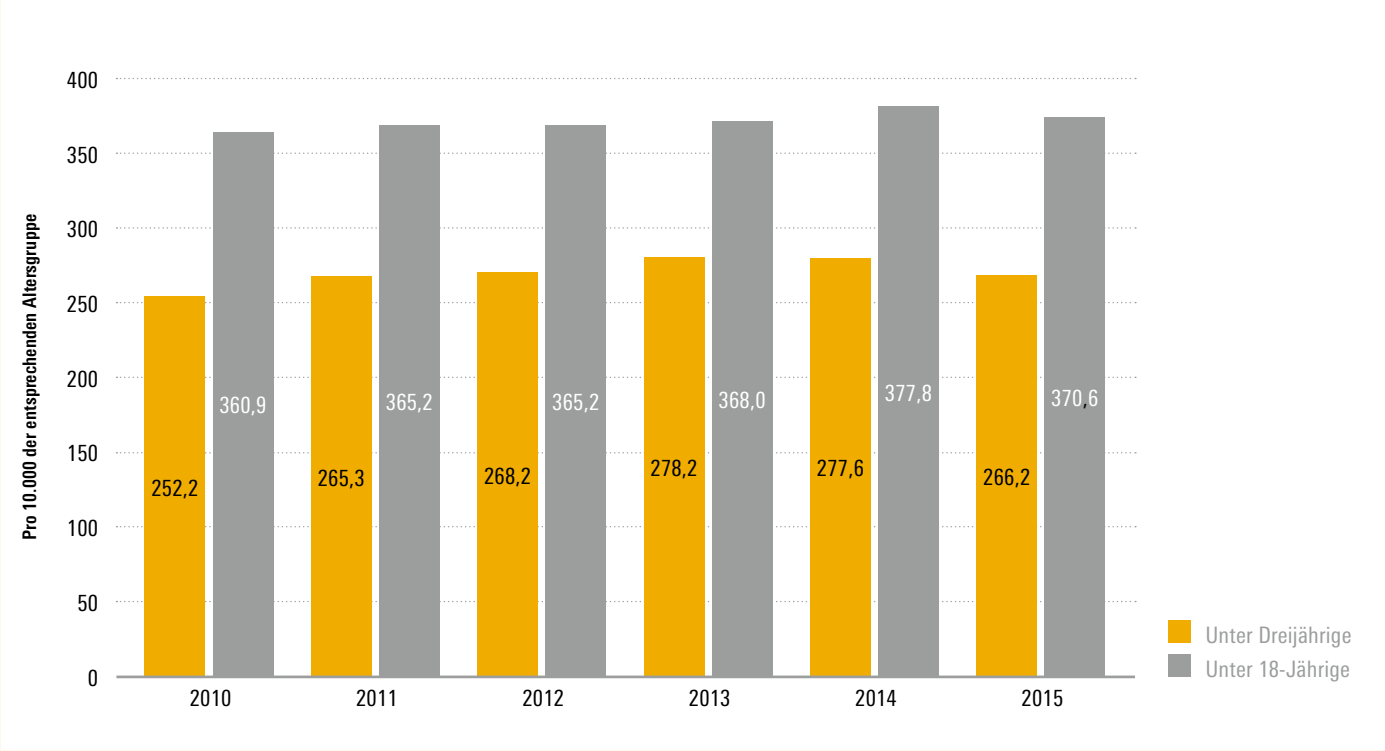
1 Die sogenannte Gewährungsquote bezeichnet hier und im Folgenden die Zahl der begonnenen Leistungen der Hilfen zur Erziehung pro 10.000 einer Bevölkerungsgruppe, also z.B. der unter Drei- oder auch der unter 18-Jährigen.

und vor dem Hintergrund der aktuellen Fachdebatten kommentiert. In einem zweiten Teil werden die Lebenslagen von Familien mit Kindern im Alter von unter drei Jahren, die Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen, eingehender betrachtet. Dabei werden exemplarisch für den Bereich der Fremdunterbringungen die von den Sozialen Diensten angegebenen Gründe für die Einrichtung einer solchen Hilfe zur Erziehung beleuchtet. Konkret werden hinsichtlich der Lebenslagen von Familien Angaben zum Migrationshintergrund, zum Transfergeldbezug und zur Familienkonstellation analysiert. Datengrundlage der Analysen sind jeweils die Ergebnisse der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik (KJH-Statistik) bis einschließlich des Berichtsjahres 2015.

## Keine weitere Zunahme bei der Gewährung von Hilfen zur Erziehung

Für das Jahr 2015 ist erneut zu konstatieren, dass die Zahl der jährlich begonnenen Leistungen der Hilfen zur Erziehung bei den unter Dreijährigen im Verhältnis zur altersentsprechenden Bevölkerung deutlich geringer ausfällt als für die unter 18-Jährigen insgesamt. (vgl. Abb. 1). Die Gewährung[1] von Hilfen zur Erziehung für unter Dreijährige ist also unterdurchschnittlich im Vergleich zu allen Minderjährigen. Darüber hinaus hat sich die Gewährungsquote bei den Klein- und Kleinstkindern mit ihren Familien zwischen 2014 und 2015 reduziert, nachdem sie insbesondere zwischen 2010 und 2013 zugenommen hatte.

ABBILDUNG 1: Begonnene Hilfen zur Erziehung bei Kindern im Alter von unter drei Jahren und unter 18 Jahren




Methodischer Hinweis: Bis einschließlich des Jahres 2013 greifen die Auswertungen auf die Fortschreibung der Bevölkerungszahlen auf der Basis der Volkszählung des Jahres 1987 bzw. auf die fortgeschriebene Auswertung des zentralen Einwohnerregisters der ehemaligen DDR zurück. Für die Jahre 2014 und später beziehen sich die Angaben zur Bevölkerung auf die Fortschreibung des Zensus 2011. Die Veränderungen in der Abbildung sollten nur vor dem Hintergrund der Fallzahlenergebnisse aus Tab. 1 interpretiert werden.
Deutschland 2010–2015, Angaben pro 10.000 der altersentsprechenden Bevölkerung
Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfe, verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnungen

Der zwischen 2014 und 2015 abzulesende Rückgang der begonnenen Hilfen insgesamt im Verhältnis zur jeweils altersentsprechenden Bevölkerung ist allerdings auch einem demografischen Effekt geschuldet, und zwar einem Anstieg der Zahl der Kinder und Jugendlichen in der Bevölkerung. So ist die Zahl der Minderjährigen zwischen 2013 und 2014 bereits um knapp 36.500 auf 13,1 Mio. gestiegen, und diese Zahl hat sich 2015 um weitere fast 213.700 Minderjährige auf über 13,3 Mio. gesteigert. Bei den unter Dreijährigen zeigt sich ebenfalls eine Bevölkerungszunahme zwischen 2014 und 2015, und zwar um rund 93.700 Kinder bzw. etwas mehr als 4 %. Auch wenn die absoluten Fallzahlen bei den neu gewährten Hilfen für unter Dreijährige im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr marginal gestiegen sind, ist doch die Zunahme bei der altersentsprechenden Bevölkerung deutlich höher ausgefallen, sodass die anteiligen Werte sinken (vgl. auch Tab. 1).

Betrachtet man die Entwicklung zwischen 2010 und 2015 insgesamt, so wird für die unter Dreijährigen deutlich, dass die für das Jahr 2015 in der KJH-Statistik ausgewiesenen 58.582 neu begonnenen Hilfen zur Erziehung deutlich über dem Wert von 2010 mit 51.428 liegen (vgl. Tab. 1). Während 2010 bevölkerungsrelativiert für 252 pro 10.000 Kinder dieser Altersgruppe eine erzieherische Hilfe neu begonnen wurde, hat sich dieser Wert auf 266 pro 10.000 dieser Altersgruppe im Jahre 2015 erhöht, nachdem die Gewährungsquote zwischenzeitlich – 2013 und 2014 – bereits einmal 278 Punkte erreicht hatte. Die Zunahme im Vergleich der Jahre 2010 und 2015 fällt bei der Gewährungsquote für die Gruppe der unter Dreijährigen höher aus als bei den neu gewährten Hilfen zur Erziehung für Min-

TABELLE 1: Entwicklung der Hilfen zur Erziehung nach Leistungssegmenten und Altersgruppen bei Kindern unter drei Jahren und unter 18 Jahren

| | Angaben absolut | | | | Angaben pro 10.000 der Bevölkerung (Gewährungsquote) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hilfen zur Erziehung | Erziehungsberatung | Ambulante Hilfen | Fremdunterbringungen | Hilfen zur Erziehung | Erziehungsberatung | Ambulante Hilfen | Fremdunterbringungen |
| **Unter drei Jahren** | | | | | | | | |
| **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 |
| **2014** | 58.483 | 28.137 | 23.654 | 6.692 | 277,6 | 133,6 | 112,3 | 31,8 |
| **2015** | 58.582 | 29.235 | 22.993 | 6.354 | 266,2 | 132,9 | 104,5 | 28,9 |
| **Unter 18 Jahren** | | | | | | | | |
| **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 |
| **2014** | 495.432 | 292.509 | 150.047 | 52.876 | 377,8 | 223,1 | 114,4 | 40,3 |
| **2015** | 493.807 | 286.714 | 145.158 | 61.935 | 370,6 | 215,2 | 108,9 | 46,5 |

Methodischer Hinweis: siehe auch den Hinweis zu den Bevölkerungsdaten für die Bildung der Gewährungsquote aus Abbildung 1

Deutschland 2010–2015, begonnene Hilfen, Angaben absolut und pro 10.000 der altersentsprechenden Bevölkerung

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

derjährige insgesamt. Es ist somit, alles in allem, für die erste Hälfte der 2010er-Jahre von einem überproportionalen Anstieg bei den unter Dreijährigen mit Blick auf die neu begonnenen Hilfen zur Erziehung auszugehen (vgl. Abb. 1).

Eine Differenzierung der Ergebnisse für die Hilfen zur Erziehung nach den einzelnen Leistungssegmenten zeigt, dass sich das Fallzahlenvolumen bei den Neufällen für Erziehungsberatungen, ambulante Hilfen und Fremdunterbringungen unterschiedlich entwickelt hat (vgl. Tab. 1):

- Die Zunahme der begonnenen Hilfen zwischen 2010 und 2015 fällt – absolut betrachtet – für die Altersgruppe der unter Dreijährigen mit rund 14 % gegenüber den minderjährigen jungen Menschen unter 18 Jahren mit knapp 3 % erheblich stärker aus.
- Dabei ist der Anstieg der Fälle mit Kindern im Alter von unter drei Jahren weniger auf die ambulanten Leistungen (+ 3 %) oder die Fremdunterbringungen zurückzuführen (+ 3 %) als vielmehr auf die Fallzahlenzunahme bei der Erziehungsberatung (+ 27 %). Möglicherweise ist diese Zunahme an Fällen für die Erziehungsberatung mit Kindern in ihren ersten Lebensjahren samt Familien ein Hinweis auf Schnittstellen zu Frühen Hilfen. So haben Erziehungsberatungen bereits ab den 2000er-Jahren ihr Leistungsspektrum um die Unterstützung von Familien mit Kleinkindern und Säuglingen erweitert und die Beratungskompetenzen entsprechend in den Einrichtungen aufgebaut (vgl. NZFH 2014b, S. 40).
- Für die gesamte Altersgruppe der unter 18-Jährigen ist die deutlichste Zunahme der Neufälle hingegen bei den Maßnahmen der Fremdunterbringung zu konstatieren (+ 30 %), gefolgt von den ambulanten Leistungen (+ 2 %). Dies ist sicherlich ein Effekt der Anfang der 2010er-Jahre vermehrt nach Deutschland unbegleitet eingereisten Minderjährigen (vgl. Fendrich/Tabel 2017). Demgegenüber zeigt sich für die Erziehungsberatung zwischen 2010 und 2015 bei allen Minderjährigen im Unterschied zu den unter Dreijährigen ein Rückgang der Fallzahlen (- 2 %).

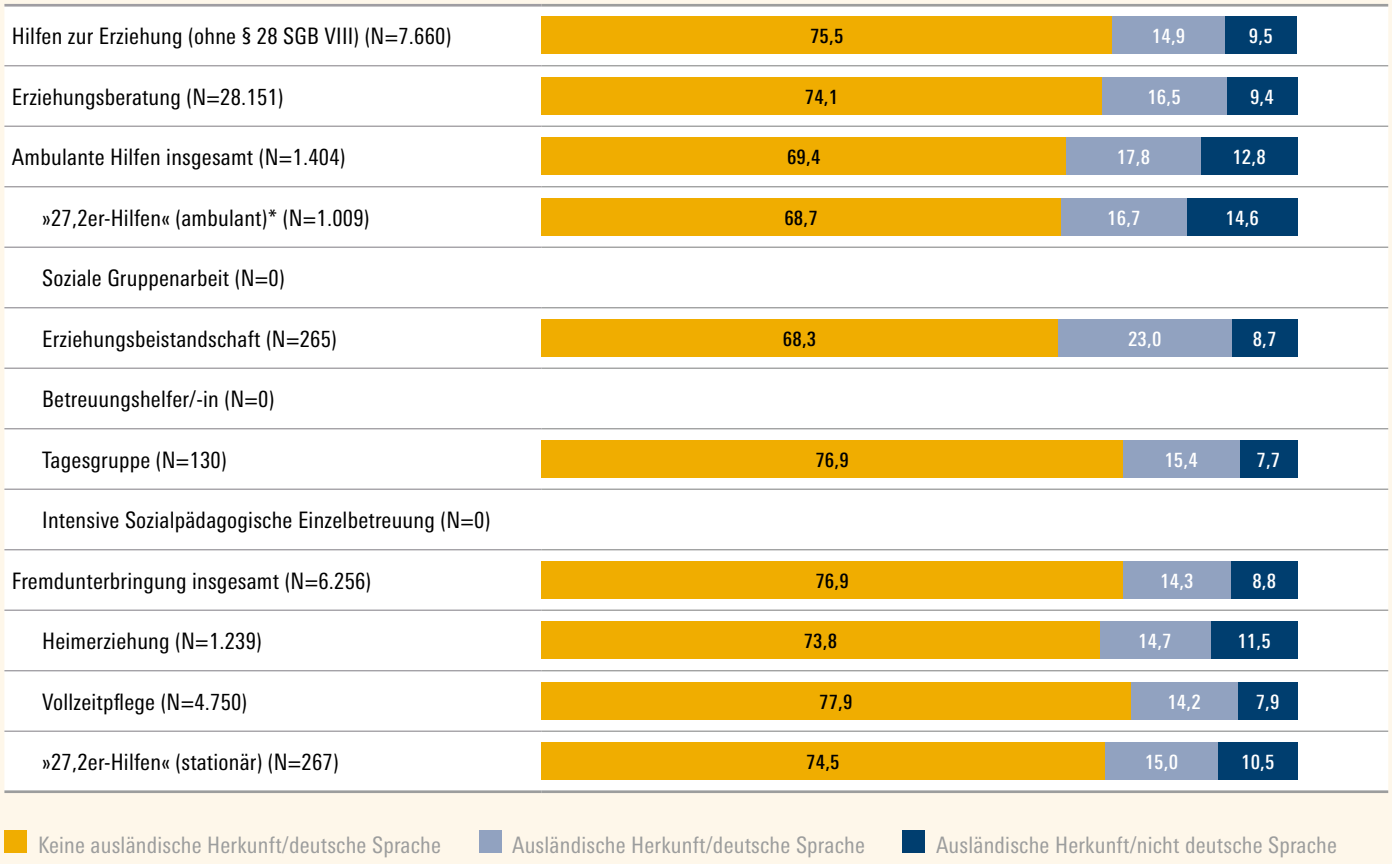
Für den Bereich der Fremdunterbringungen bei den unter Dreijährigen (o. Abb.) fallen die Zunahmen für den Zeitraum 2010 bis 2015 bei den begonnenen Hilfen zwischen Vollzeitpflegehilfen (+ 3 %) und Maßnahmen der stationären Hilfen (+ 2 %) vergleichbar aus.[2] Über die Jahre hinweg zeigt sich die Verteilung bezogen auf die Unterbringung der unter Dreijährigen in Pflegefamilien und stationären Settings konstant: Etwa drei von vier neu begonnenen Fremdunterbringungen sind – wenig überraschend in diesem Alter – Vollzeitpflegehilfen.

### Lebenslagen von Familien mit Kleinkindern in den Hilfen zur Erziehung

Die familiären Lebensbedingungen haben einen großen Einfluss auf das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Familienform (insbesondere Alleinerziehende), sozioökonomische Lage (insbesondere Armutsgefährdung) sowie Migrationsstatus sind Merkmale, die nicht nur soziale Unterschiede beschreiben, sondern auch Risikolagen darstellen können (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016) bzw. gehäuft mit

2 Hier mit eingerechnet sind die sogenannten »27,2er-Hilfen« im Rahmen eines stationären Unterbringungssettings. Für das Jahr 2015 werden für die Altersgruppe der unter Dreijährigen 271 Hilfen über die KJH-Statistik erfasst und für 2010 226 Hilfen. Diese Angaben werden bei den Darstellungen in Abbildung 1 und Tabelle 1 jeweils mitberücksichtigt.

ABBILDUNG 2: Hilfen zur Erziehung für unter Dreijährige nach der Herkunft der Eltern und Hilfearten



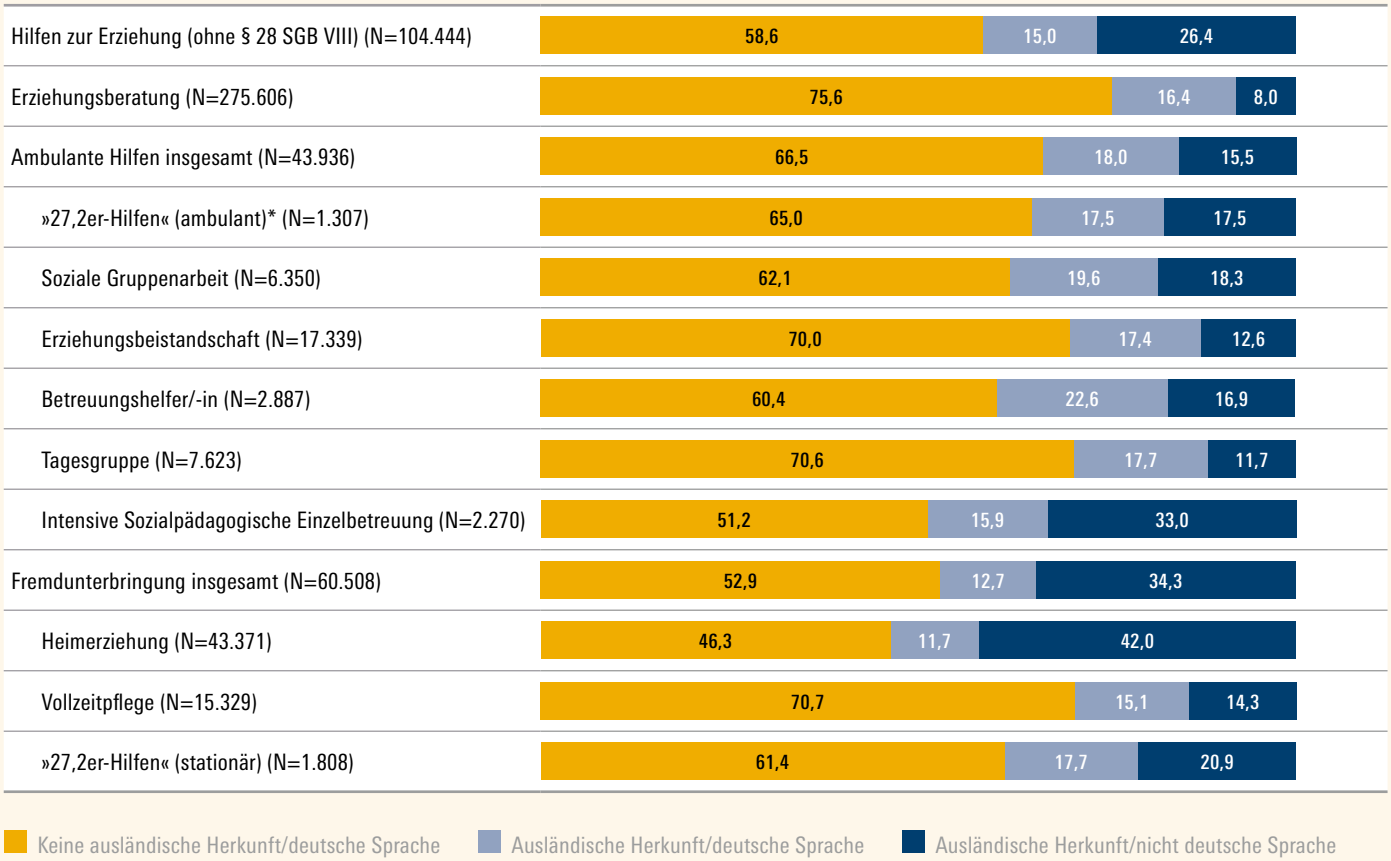

* Einschließlich der sonstigen Hilfen
Deutschland 2015, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent
Hinweis: In der Statistik wird auch die Gruppe der jungen Menschen ausgewiesen, die keine ausländische Herkunft haben und zu Hause vorrangig nicht die deutsche Sprache sprechen. Diese Gruppe spielt eine marginale Rolle in den Hilfen zur Erziehung, sodass sie hier nicht mitberücksichtigt wird.
Folgende Hilfearten werden nicht mitberücksichtigt: familienorientierte »27,2er-Hilfen« und die Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII.
Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2015; eigene Berechnungen

weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren einhergehen (siehe Salzmann u.a. in diesem Band). Dies gilt ganz besonders für Familien mit kleinen Kindern, da die frühkindliche Entwicklung äußerst vulnerabel gegenüber sozialen Einflussfaktoren ist und sich Beeinträchtigungen in der frühen Kindheit langfristig negativ auf die Entwicklungs- und Teilhabechancen der Kinder auswirken. Im Folgenden werden die drei genannten Dimensionen anhand der in der KJH-Statistik erfassten Daten näher betrachtet.

## Weniger begonnene Hilfen bei unter Dreijährigen mit Migrationshintergrund

Die Begleitung und Unterstützung von (jungen) Menschen mit Migrationshintergrund werden als Herausforderungen für die Einrichtungen der Sozialen Arbeit diskutiert. Fragen des migrationssensiblen sozialpädagogischen Handelns, der interkulturellen Kompetenzen oder auch der Öffnung von Einrichtungen für diese Zielgruppen sind zentrale Themen. Aktuell ist die Kinder- und Jugendhilfe diesbezüglich nicht nur hinsichtlich unbegleiteter ausländischer Minderjähriger, sondern auch aufgrund der nach Deutschland geflüchteten Familien mit ihren zum Teil noch sehr jungen Kindern besonders gefordert (vgl. Kopp/Meiner-Teubner/Pothmann 2016). Ein Migrationshintergrund stellt jedoch nicht per se eine Belastung oder einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar; dazu sind die Lebenslagen in dieser Bevölkerungsgruppe viel zu heterogen. Allerdings kann ein Migrationshinter-

ABBILDUNG 3: Hilfen zur Erziehung für unter 18-Jährige nach der Herkunft der Eltern und Hilfearten




* Einschließlich der sonstigen Hilfen
Deutschland 2015, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent
Hinweis: In der Statistik wird auch die Gruppe der jungen Menschen ausgewiesen, die keine ausländische Herkunft haben und zu Hause vorrangig nicht die deutsche Sprache sprechen. Diese Gruppe spielt eine marginale Rolle in den Hilfen zur Erziehung, sodass sie hier nicht mitberücksichtigt wird.
Folgende Hilfearten werden nicht mitberücksichtigt: familienorientierte »27,2er-Hilfen« und die Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII.
Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2015; eigene Berechnungen

grund mit spezifischen Belastungen einhergehen, wie bspw. Sprach- und Verständigungsproblemen oder kulturellen Hürden bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (siehe auch Salzmann u.a. in diesem Band).

In der KJH-Statistik wird mit Blick auf den Migrationshintergrund abgefragt, ob mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde oder ob zu Hause vornehmlich eine andere Sprache als Deutsch gesprochen wird. Beide Merkmale lassen sich kombinieren. Allerdings kann die Gruppe der nach Deutschland geflüchteten Familien nicht unmittelbar über die Merkmale der KJH-Statistik dargestellt werden. Zudem ist davon auszugehen, dass diese Adressatengruppe zumindest im Jahr 2015 quantitativ noch keine so große Rolle gespielt hat, wie für die Folgejahre anzunehmen ist.

Rund 25 % der Kinder unter drei Jahren, denen 2015 eine vom ASD organisierte erzieherische Hilfe gewährt wurde, haben mindestens ein Elternteil mit ausländischer Herkunft (vgl. Abb. 2). Im Rahmen der Erziehungsberatung ist der Anteil mit 26 % ähnlich hoch.

Bei einem differenzierten Blick auf das Leistungsspektrum zeigen sich allerdings Unterschiede. Ambulante Hilfen (bei denen die Sozialpädagogische Familienhilfe sowie die familienorientierten »27,2er-Hilfen« aus methodischen Gründen für dieses Merkmal nicht mitberücksichtigt werden können) weisen bei den unter Dreijährigen mit 31 % einen höheren Anteil an Familien mit Migrationshintergrund auf als die Fremdunter-

bringungen. Dies betrifft vor allem Erziehungsbeistandschaften und ambulante »27,2er-Hilfen«. Bei letzterer Hilfeart ist der Anteil derjenigen, die zu Hause nicht die deutsche Sprache sprechen, mit 15 % im Vergleich zu anderen Hilfearten hoch.

Im Vergleich zu allen Minderjährigen in den erzieherischen Hilfen nehmen unter Dreijährige, die einen Migrationshintergrund aufweisen, mit dem besagten Anteil von 25 % quantitativ eine geringere Bedeutung ein (vgl. Abb. 2). Für die Gruppe der unter 18-Jährigen in den erzieherischen Hilfen, bei denen ein oder beide Elternteil(e) eine ausländische Herkunft hat/haben, liegt die Quote bei über 40 % (vgl. Abb. 3). Zum Vergleich: Bei Familien mit (ledigen) Minderjährigen beträgt der Anteil der Familien mit ausländischer Herkunft laut Mikrozensus 2015 rund 32 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2016).

Blickt man auf einzelne Hilfearten und stellt die Ergebnisse der unter Dreijährigen und der unter 18-Jährigen gegenüber, so zeigen sich bei den ambulanten Hilfen keine großen Unterschiede zwischen den beiden genannten Altersgruppen (vgl. Abb. 2 und Abb. 3). Anders verhält es sich bei den Fremdunterbringungen. Bei den 2015 von den Jugendämtern neu gewährten Heimunterbringungen haben über 50 % der Kinder und Jugendlichen insgesamt einen sogenannten Migrationshintergrund, während für die unter Dreijährigen dieser Anteil bei 26 % liegt. Detailanalysen für die Gruppe der Jugendlichen zu unterschiedlichen Merkmalen zeigen hierbei im Übrigen, dass in diesem Kontext unbegleitete ausländische Minderjährige (umA), die im Anschluss an eine Inobhutnahme eine Hilfe zur Erziehung erhalten, als Adressatengruppe der stationären Hilfen wichtiger geworden sind (vgl. Fendrich/Tabel 2017).

## Familien mit Kleinkindern in prekären Lebenslagen erhalten überproportional häufig Hilfen zur Erziehung

Armut und die damit verbundenen prekären Lebenslagen können Risiken für die Entwicklung von Kindern darstellen, auch weil sie gehäuft mit weiteren Belastungen einhergehen (siehe Salzmann u.a. in diesem Band); hierauf hat auch der 14. Kinder- und Jugendbericht hingewiesen (vgl. Deutscher Bundestag 2013, S. 107ff.). In der KJH-Statistik kann als Indikator für prekäre Lebenslagen der Bezug von Transferleistungen abgebildet werden. Berücksichtigt werden hierbei das Arbeitslosengeld II, auch in Verbindung mit dem Sozialgeld (für Kinder), die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe oder auch der Kinderzuschlag. Diese Angaben liefern Hinweise zur ökonomischen Lage, konkreter zu zumindest drohenden Armutslagen von Familien, die Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen.[3]

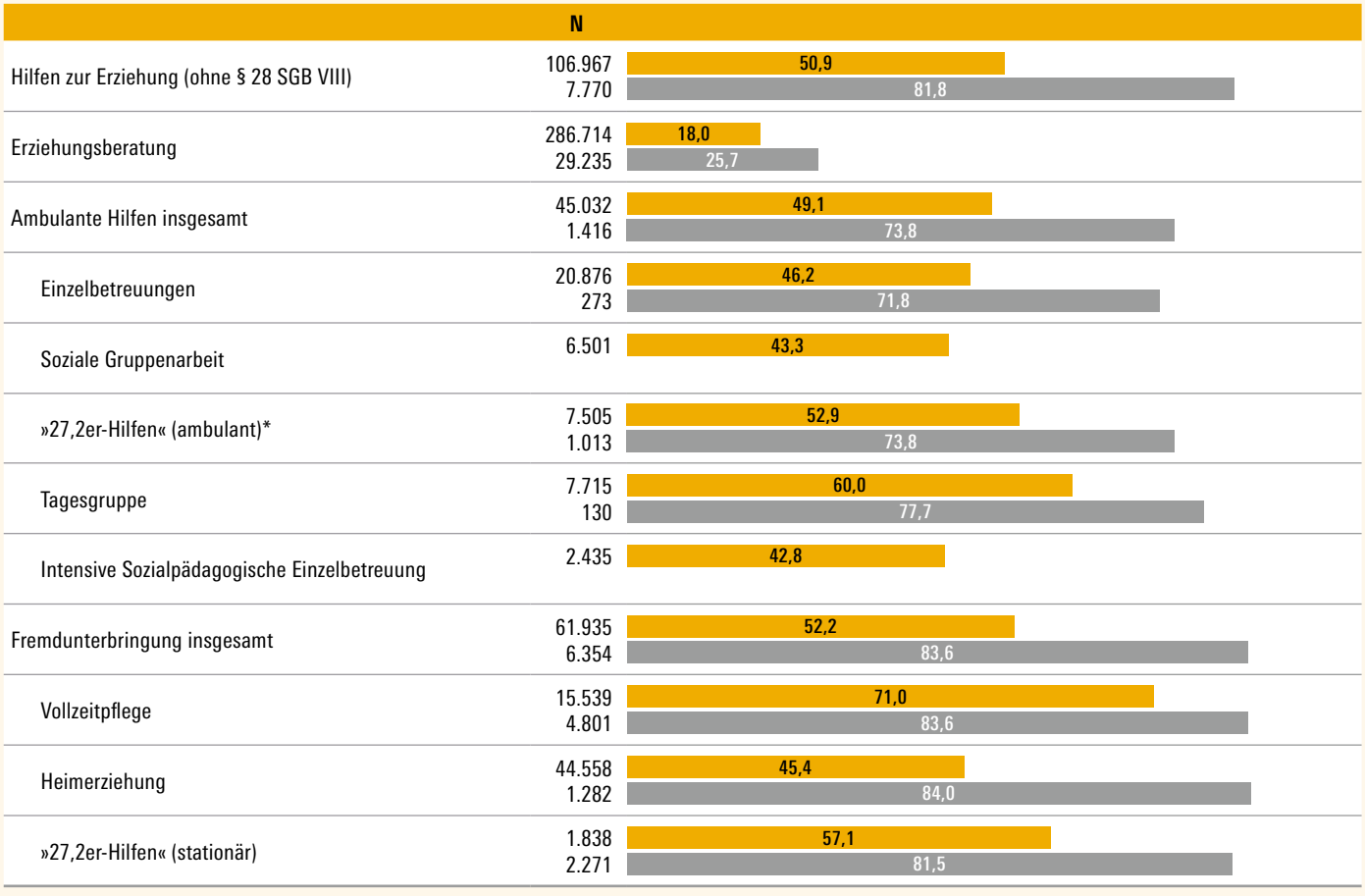
Im Ergebnis bestätigen die Daten der KJH-Statistik auch auf der Ebene der Einzelfälle die Hypothese, dass es einen Zusammenhang von Armutslagen und einem erhöhten Bedarf an Leistungen der Hilfen zur Erziehung gibt. Anders formuliert: Familien, die Hilfen zur Erziehung erhalten, sind besonders von sozioökonomisch prekären Lebenslagen betroffen. Dies gilt für die Altersgruppe der unter dreijährigen Kinder und ihre Familien in besonderer Weise. Der Anteil der Familien, die zumindest teilweise

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

ökonomisch auf den Bezug von Transferleistungen angewiesen sind, ist für diese Altersgruppe mit einem Wert von 82 % noch einmal deutlich höher als für die unter 18-Jährigen insgesamt mit einem Wert von 51 % (vgl. Abb. 4).

Die Analyse der Daten zeigt, dass von den Familien mit minderjährigen Kindern, die 2015 eine erzieherische Hilfe (ohne Erziehungsberatung) erhielten, 51 % auf Transferleistungen angewiesen waren. Bei der Erziehungsberatung traf das nicht einmal auf jede fünfte Familie zu (vgl. Abb. 4). Differenziert nach den einzelnen Hilfearten jenseits der Erziehungsberatung variiert die ausgewiesene Quote für die unter 18-Jährigen zwischen 43 % (Soziale Gruppenarbeit) auf der ei-

ABBILDUNG 4: Hilfen zur Erziehung für unter Drei- und unter 18-Jährige nach Transferleistungsbezug und Leistungsart




* Einschließlich der sonstigen Hilfen

Deutschland 2015, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent

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

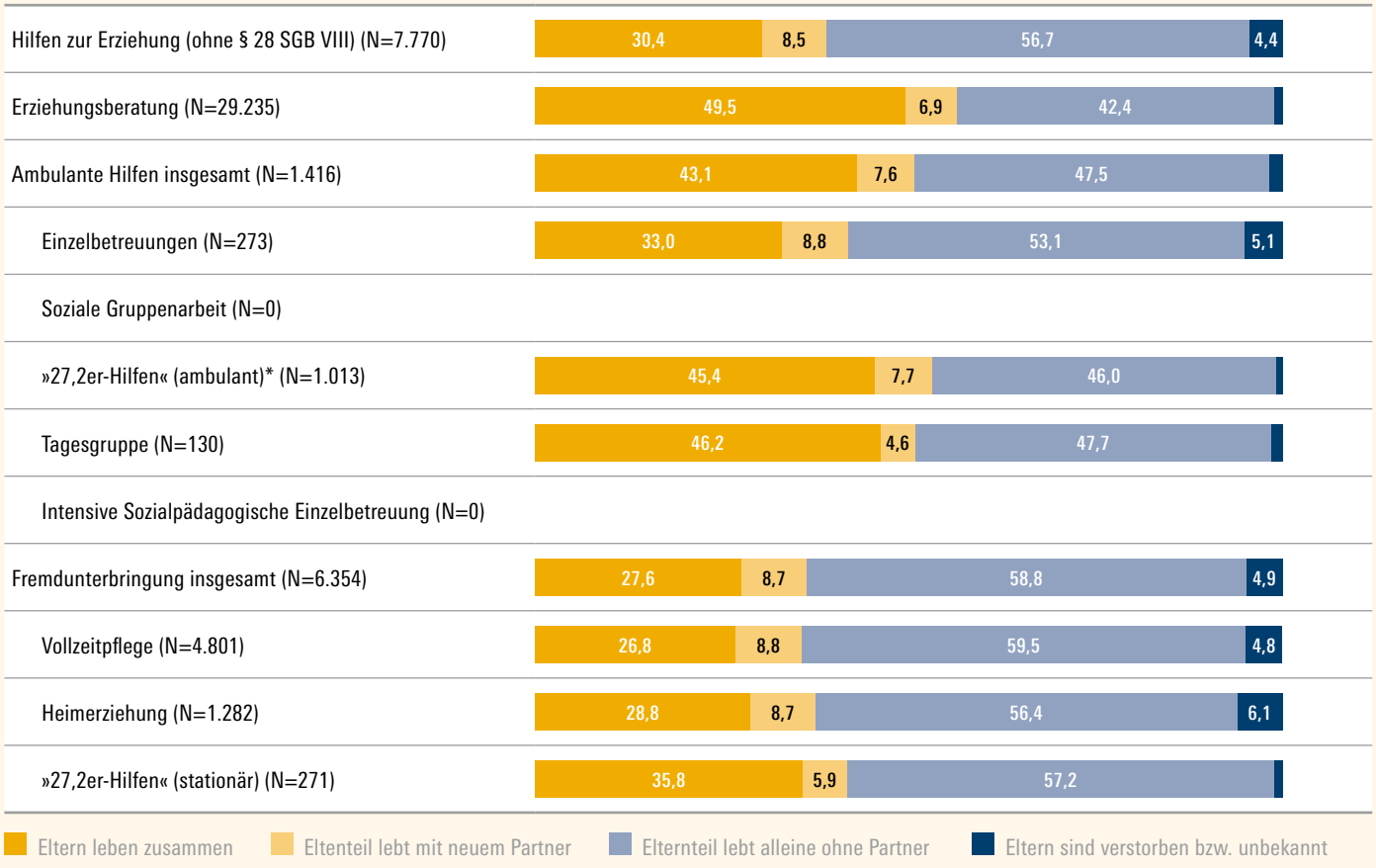
Lesebeispiel: Bei rund 18 % der Fälle mit Minderjährigen und ihren Familien, für die im Jahre 2015 eine Erziehungsberatung begonnen wurde, handelt es sich um den Anteil der Hilfen zur Erziehung, bei denen die Leistungsbezieher/-innen gleichzeitig Transferleistungen erhalten, für die Altersgruppe der unter Dreijährigen liegt dieser Anteil bei knapp 26 %.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2015; eigene Berechnungen

nen und 71 % (Vollzeitpflege) auf der anderen Seite. Im ambulanten Hilfesetting ist für die Tagesgruppe mit 60 % der höchste Anteil festzustellen.

Nochmals deutlich höher ist der Anteil von Familien mit Transferleistungsbezug bei Familien mit Kindern unter drei Jahren. Dies gilt einerseits für die Erziehungsberatung mit knapp 26 %, trifft aber insbesondere auf die anderen Leistungen der Hilfen zur Erziehung zu. Hier liegt die Quote bei knapp 82 % und damit knapp 31 Prozentpunkte höher als bei den unter 18-jährigen Adressatinnen und Adressaten von erzieherischen Hilfen insgesamt; das sind schon eindrücklich hohe Werte (vgl. Abb. 4). Ein Bedarf an Leistungen der Hilfen zur Erziehung geht somit nicht nur im Allgemeinen mit prekären sozioökonomischen Lebenslagen einher, sondern je nach Altersgruppe scheint ein solcher Zusam-

ABBILDUNG 5: Hilfen zur Erziehung für unter Dreijährige nach Familiensituation und Leistungsarten

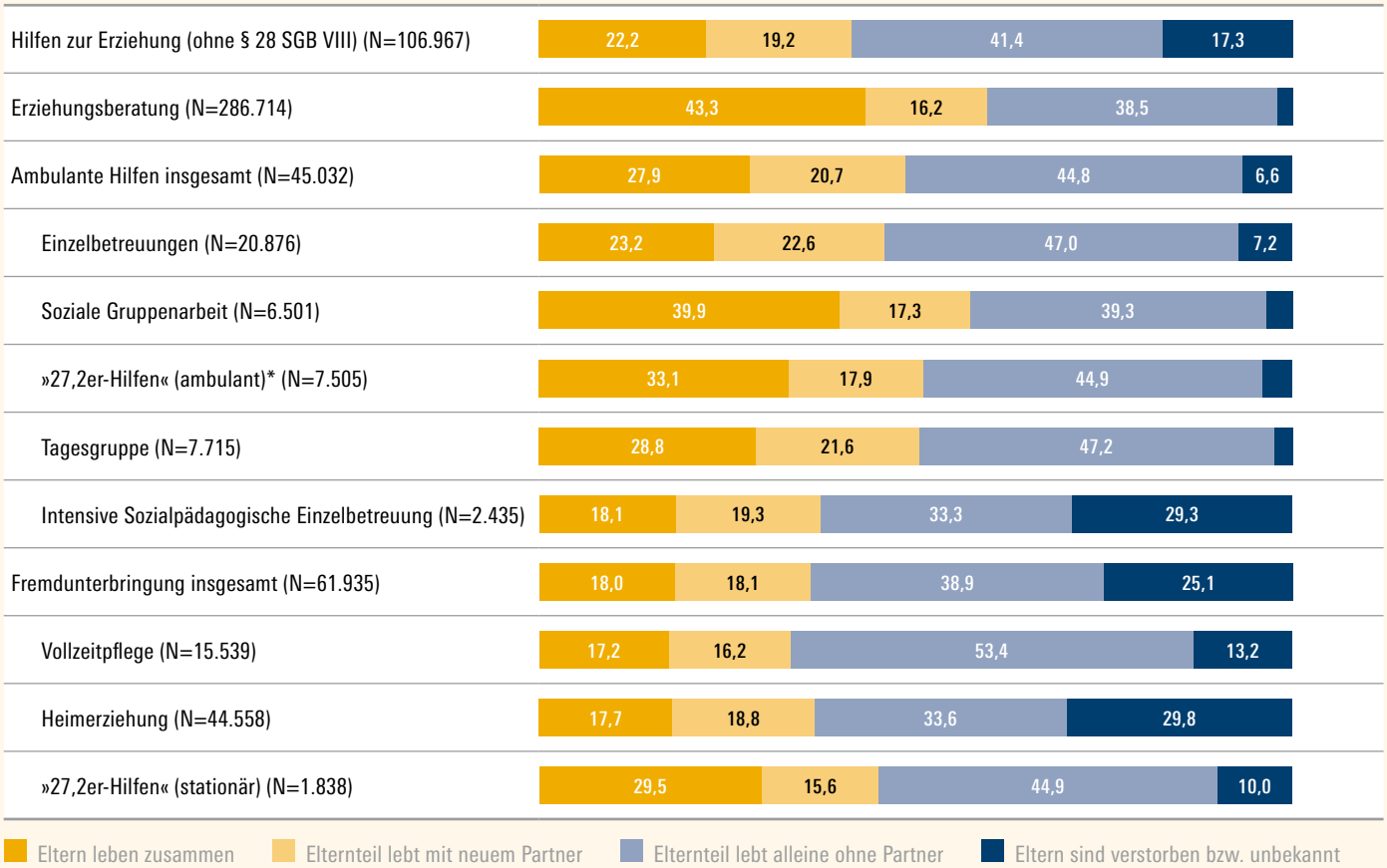



* Einschließlich der sonstigen Hilfen
Deutschland 2015, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent
Folgende Hilfearten werden nicht mitberücksichtigt: familienorientierte »27,2er-Hilfen« und die Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII.
Lesebeispiel: Bei rund 57 % der Fälle mit unter dreijährigen Kindern und ihren Familien, für die im Jahre 2015 eine Hilfe zur Erziehung begonnen wurde, handelt es sich um Alleinerziehendenfamilien.
Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2015; eigene Berechnungen

menhang bei Familien mit sehr jungen Kindern noch einmal deutlich stärker ausgeprägt als insgesamt für Minderjährige.

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 72 % bei den Einzelbetreuungen sowie nicht ganz 78 % bei Tagesgruppenerziehung 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 im Jahr 2015 neu fremduntergebracht wurden, liegt bei der Vollzeitpflege wie bei der Heimerziehung bei jeweils ca. 84 %.

ABBILDUNG 6: Hilfen zur Erziehung für unter 18-Jährige nach Familiensituation und Leistungsarten




* Einschließlich der sonstigen Hilfen
Deutschland 2015, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent
Folgende Hilfearten werden nicht mitberücksichtigt: familienorientierte »27,2er-Hilfen« und die Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII.
Lesebeispiel: Bei rund 41 % der Fälle mit unter 18-Jährigen und ihren Familien, für die im Jahre 2015 eine Hilfe zur Erziehung begonnen wurde, handelt es sich um Alleinerziehendenfamilien.
Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, 2015; eigene Berechnungen

Der Wert liegt auch hier für die Heimerziehung bei knapp 39 Prozentpunkten und bei der Vollzeitpflege nicht ganz 13 Prozentpunkte über dem Wert für alle Minderjährigen. Das zeigt einmal mehr, welche hohe Bedeutung prekäre ökonomische Lebenslagen von Familien für die Gewährung von Hilfen zur Erziehung in den allerersten Lebensjahren haben.

### Alleinerziehendenfamilien mit Kleinkindern erhalten überproportional häufig Hilfen zur Erziehung

Bezogen auf den Familienstatus können über die derzeit vorliegenden Daten der KJH-Statistik vor allem Aussagen über die Situation in der Herkunftsfamilie gemacht werden. Mit Blick auf die Eltern des jungen Menschen bzw. den Elternteil, bei dem das junge Kind bzw. der Jugendliche lebt, wird unterschieden zwischen zusammenlebenden Eltern, Alleinerziehenden und Elternteilen, die mit einem neuen Partner bzw. einer neuen Partnerin zusammenleben. Diese Konstellationen werden im Folgenden als »Patchworkfamilien« bezeichnet.

Bleibt man zunächst bei der Familienkonstellation von unter Dreijährigen in den Hilfen zur Erziehung (ohne Erziehungsberatung), so leben rund 57 % dieser Kinder in Alleinerziehendenfamilien (vgl. Abb. 5); etwa 30 % wachsen bei beiden Elternteilen und 9 % in sogenannten Patchworkfamilien auf. Zum Vergleich: Der Anteil Alleinerziehender an allen Familien mit unter Dreijährigen liegt laut den Ergebnissen des Mikrozensus im Jahr 2015 bei 12 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2016). Vor diesem Hintergrund wirft der hohe Anteil von Alleinerziehendenfamilien in den Hilfen zur Erziehung Fragen auf: Inwiefern belastet die Lebenslage »alleinerziehend« das alltägliche Erziehungsgeschehen, sodass vermehrt Hilfe notwendig ist? Welchen Einfluss haben bei Alleinerziehenden aber auch bestimmte Filter- und Zuweisungsprozesse in der Wahrnehmung der Fachkräfte in den Sozialen Diensten?

Mit Blick auf die einzelnen Leistungssegmente zeigen sich Unterschiede zwischen den Familienkonstellationen: Erziehungsberatung erhalten in fast 50 % der Fälle zusammenlebende Eltern; das ist für diese Gruppe die häufigste Hilfeart. Auf Alleinerziehende entfallen demgegenüber nur 42 %. Im Vergleich dazu wird bei den ambulanten Hilfen fast jede zweite Hilfe für Alleinerziehende gewährt. Differenziert man hier weiter nach der spezifischen Hilfeart, so sind Alleinerziehende im ambulanten Hilfesetting mit 46 % am geringsten bei den ambulanten »27,2er-Hilfen« vertreten, während für die Einzelbetreuungen nach § 30 SGB VIII mehr als 53 % ausgewiesen werden.

Bei Fremdunterbringungen wird aktuell insgesamt ein Anteil von 59 % an Alleinerziehendenfamilien bei unter Dreijährigen ausgewiesen (vgl. Abb. 5). Bei Vollzeitpflegehilfen liegt dieser mit 60 % etwas über dem in den stationären Hilfen mit 56 %. Für beide familienersetzenden Formen der Hilfen zur Erziehung liegt damit der prozentuale Anteil der Alleinerziehenden bei den Familien mit unter Dreijährigen über dem entsprechenden Wert für die ambulanten Hilfen.

Vergleicht man die Gruppe der unter Dreijährigen mit der Familiensituation aller Minderjährigen in den Hilfen zur Erziehung, die über den ASD organisiert werden, so wird deutlich, dass Alleinerziehendenfamilien mit kleinen Kindern eine besondere Rolle als Adressatengruppe einnehmen (vgl. Abb. 5 und Abb. 6). Während hier rund 57 % aller Nutzer neu begonnener Hilfen Alleinerziehendenfamilien sind, liegt deren Anteil bei allen Minderjährigen nur bei 41 %. Dieser Unterschied macht sich vor allem an dem Leistungssegment der Fremdunterbringung fest und ist zum Teil auch auf die aktuellen Aufgaben und besonderen Herausforderungen der Kinder- und Jugendhilfe mit Blick auf die nach Deutschland geflüchteten jungen Menschen zurückzuführen, insbesondere die unbegleiteten ausländischen Minderjährigen.

Das bedeutet in Zahlen: Während bei unter Dreijährigen in Fremdunterbringung der Anteil der Alleinerziehendenfamilien 59 % beträgt, liegt dieser Wert bei unter 18-Jährigen insgesamt nur bei 39 %. Das weist zunächst einmal darauf hin, dass die Kinder- und Jugendhilfe die Schwelle zur Fremdunterbringung bei Alleinerziehenden mit kleinen Kindern niedriger verortet als bei vergleichbaren Familienkonstellationen mit Jugendlichen. Allerdings muss man einschränken, dass sich die Quote der Alleinerziehendenfamilien 2015 für die Minderjährigen insgesamt im Vergleich zu den Vorjahren erheblich verringert hat: Lag diese 2013 und 2014 noch bei knapp 50 % und war damit ähnlich hoch wie bei den ambulanten Hilfen in dieser Altersgruppe, ist sie 2015 auf unter 40 % gefallen.

Stattdessen sind, bleibt man noch einmal bei den Minderjährigen insgesamt, Lebensumstände, bei denen die Eltern junger Menschen verstorben oder unbekannt sind, seit 2015 bei Hilfen mit Minderjährigen mehr in den Fokus gerückt. Das trifft mittlerweile immerhin

auf mehr als 25 % aller im Jahr neu begonnenen Fremdunterbringungen zu. Bei der Heimerziehung gilt dies sogar für 30 % aller Hilfen. Zum Vergleich: Im Jahre 2013 lagen diese Quoten noch bei 10 % bzw. 11 %. Es kann angenommen werden, dass diese Veränderungen auf die nun größere Adressatengruppe der unbegleiteten ausländischen und zumeist jugendlichen Minderjährigen und deren Lebensumstände zurückgehen (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2017).

## Gründe für die Initiierung einer Fremdunterbringung von kleinen Kindern unterscheiden sich nach Lebenslagen

Hilfen zur Erziehung sollen in Anspruch genommen werden, wenn eine dem »Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist« (§ 27 SGB VIII). Die konkreten Lebenslagen und Einschränkungen bzw. Belastungen, die sich hinter einer dem Wohl des Kindes nicht entsprechenden Erziehung verbergen, sind weitaus vielfältiger, als es der Gesetzestext auf den ersten Blick vermuten lässt. Die Gründe für eine solche Bewertung der Erziehungssituation lassen sich jedoch zumindest grob über die Daten der KJH-Statistik 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).

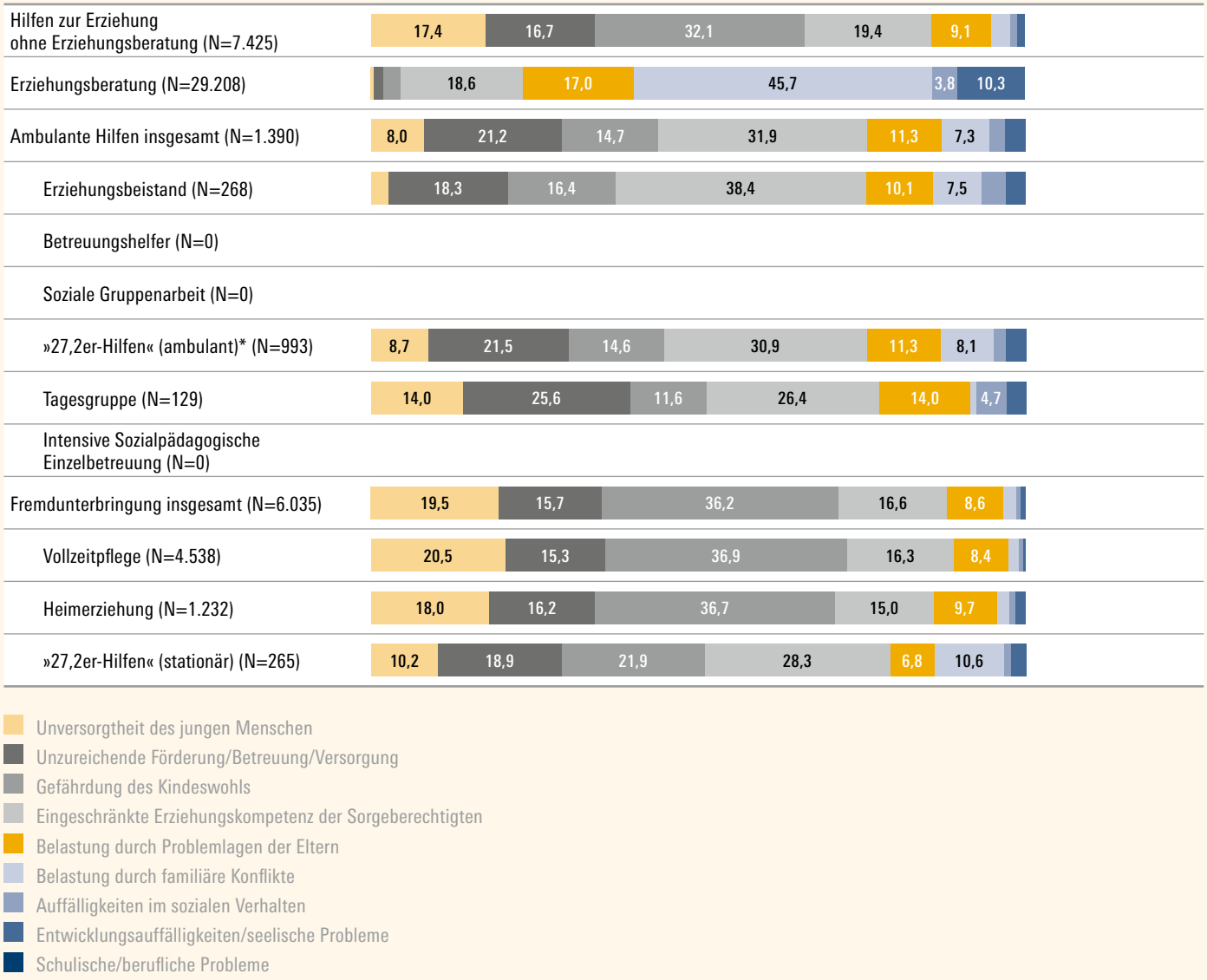
Im Durchschnitt werden zwei Gründe pro Hilfe angegeben. Zur Auswahl stehen neun Merkmalsausprägungen, die von individuellen über familiäre Problemlagen bis hin zu einer unzureichenden Förderung, Betreuung, Versorgung des jungen Menschen reichen. Darüber hinaus kann die Übernahme von einem anderen Jugendamt 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. In Anbetracht dessen wird dieser »Grund« in den folgenden Auswertungen nicht berücksichtigt.

Schaut man zunächst 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. 7):

- Hilfen zur Erziehung, die über den ASD organisiert werden, werden am häufigsten aufgrund einer Gefährdung des Kindeswohls initiiert (32 %). Wenn man nach Hilfearten differenziert, ist dies vor allem bei Fremdunterbringungen in Form von Vollzeitpflege und Heimerziehung relevant, die prozentuale Anteile von jeweils 37 % für diesen Hilfegrund aufweisen.
- An zweiter Stelle der Gründe für eine akute familienersetzende Hilfe zur Erziehung (ohne Erziehungsberatung) bei kleinen Kindern steht die eingeschränkte Erziehungskompetenz der Sorgeberechtigten (19 %).
- An dritter Stelle folgen »Unversorgtheit des jungen Menschen« sowie eine »unzureichende Förderung, Betreuung, Versorgung des Kleinkindes«. Auf beide genannten Gründe entfallen Anteile von jeweils 17 %. In den letzten zwei Jahren hat sich der Anteil der Klein- und Kleinstkinder, für die eine »Unversorgtheit« als Hauptgrund für die Hilfegewährung angegeben wurde, im Leistungssegment der Fremdunterbringungen etwas erhöht. Dies gilt für Vollzeitpflegehilfen und Heimunterbringungen gleichermaßen (vgl. Fendrich/Pothmann 2015).
- Bei neu begonnenen Erziehungsberatungen sind es 2015 vor allem Belastungen durch familiäre Konflikte, mit denen Familien mit Kleinkindern unter drei Jahren in die Beratungsstellen kommen (46 %), 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 bedeutende Rolle (31 % bzw. 38 %). Eine Tagesgruppe kommt ebenfalls aus diesem Grund sowie bei einer unzureichenden Förderung, Versorgung, Betreuung des unter dreijährigen Kindes zum Einsatz (26 %).

Betrachten wir noch einmal genauer die Fremdunterbringungen bei Familien mit unter dreijährigen Kindern: Schaut man sich in diesem Zusammenhang zusätzlich zu den Gründen für eine Vollzeitpflege oder Heimerziehung die Familiensituation sowie die finanzielle Situation der Herkunftsfamilie an, so zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Alleinerziehenden einerseits sowie den zusammenlebenden Eltern andererseits. Das heißt im Einzelnen (vgl. Abb. 8):

## ABBILDUNG 7: Hauptgründe für die Gewährung von Hilfen zur Erziehung nach Hilfearten für unter Dreijährige




Deutschland 2015, begonnene Hilfen, Angaben in Prozent

* Nur einzelfallbezogene Hilfen, einschließlich der sonstigen Hilfen

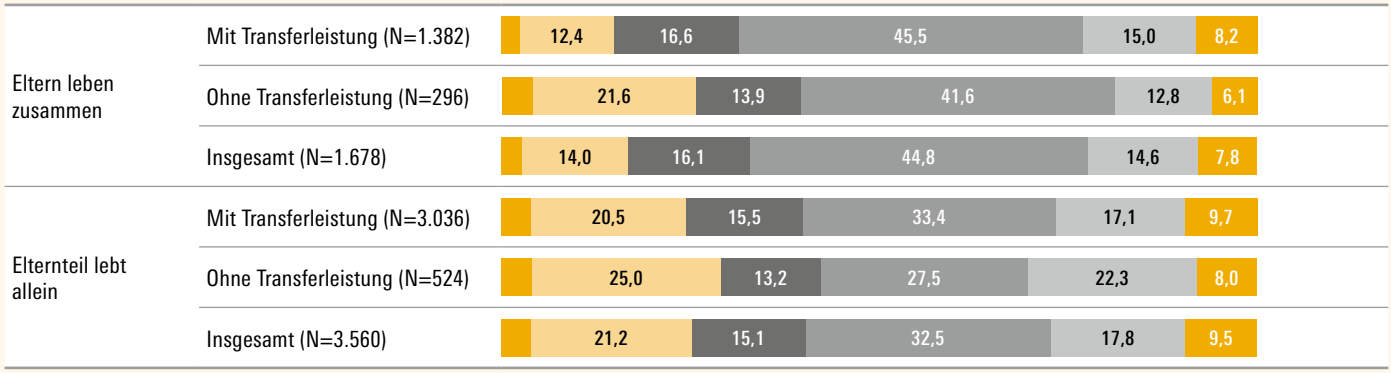
Hilfen, die aufgrund eines Zuständigkeitswechsels begonnen wurden, sind hier nicht berücksichtigt. Die Angabe von N bezieht sich auf die Hauptgründe und damit auf die Anzahl der Hilfen.

Folgende Hilfearten werden nicht mitberücksichtigt: 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

ABBILDUNG 8: Hauptgründe für die Gewährung von Fremdunterbringungen bei unter Dreijährigen nach Familiensituation und Transferleistungsbezug




* Einschließlich der sonstigen Hilfen
Deutschland 2015, begonnene Leistungen, Angaben in Prozent
Fremdunterbringungen: Vollzeitpflege, Heimerziehung sowie stationäre »27,2er-Hilfen«
Hilfen, die aufgrund eines Zuständigkeitswechsels begonnen wurden, werden hier nicht berücksichtigt. Bei der Angabe von N wird Bezug genommen auf die Hauptgründe und damit auf die Anzahl der Hilfen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden einzelne Hauptgründe zu einer Kategorie zusammengefasst, sodass sich die Bezeichnung der Kategorien von der in Abbildung 7 unterscheidet.
Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige – Einzeldatenauswertung; 2015; eigene Berechnungen

- Kindeswohlgefährdungen sind sowohl bei Alleinerziehendenfamilien als auch bei zusammenlebenden Eltern der Hauptgrund für die erzieherische Hilfe außerhalb des Elternhauses. Jedoch unterscheidet sich dieser Grund anteilmäßig je nach Familienkonstellation: Bei Alleinerziehendenfamilien wird die Gefährdung des Kindeswohls in einem Drittel der Fälle als Hauptgrund notiert, in Zwei-Eltern-Familien betrifft dies 45 % aller neu begonnenen Hilfen. Darüber hinaus spielt der Bezug von Transferleistungen in beiden Familienkonstellationen insofern eine Rolle, als dass bei beiden der hier näher betrachteten Familienkonstellationen der Anteil der Fremdunterbringungen aufgrund einer Kindeswohlgefährdung bei Familien in ökonomisch prekären Lebenslagen jeweils etwas höher ist als für Familien, auf die das nicht zutrifft.
- Demgegenüber ist die Unversorgtheit der Kinder in Alleinerziehendenfamilien in etwas mehr als einem Fünftel der Fälle der Grund für die Unterbringung in einer Pflegefamilie oder einem Heim, bei zusammenlebenden Eltern betrifft dies lediglich 14 % der Neuhilfen. Hierbei sind die Anteile in beiden Familienformen jeweils hö-

her, wenn keine Transferleistungen bezogen werden, wenngleich dies bei Alleinerziehendenfamilien weniger deutlich zum Tragen kommt.
- Lebt das Kind nur bei einem Elternteil, ist die eingeschränkte Erziehungskompetenz häufiger ausschlaggebend für die Fremdunterbringung.

## Resümee

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich der über mehrere Jahre zu beobachtende Anstieg bei den Hilfen zur Erziehung für unter Dreijährige zuletzt nicht weiter fortgesetzt hat. Das heißt, während bis 2014 die Fallzahlen für Familien mit Kindern im Alter von unter drei Jahren noch gestiegen sind, hat sich 2014 und 2015 diese Entwicklung nicht weiter fortgesetzt. Vielmehr zeigt sich das Volumen der pro Jahr neu gewährten Hilfen gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert. Dahinter verbirgt sich allerdings eine Zunahme der Erziehungsberatungsfälle bei einem gleichzeitigen Rückgang der ambulanten Hilfen zur Erziehung jenseits der Erziehungsberatung sowie der Vollzeitpflegehilfen und der Heimunterbringungen. Berücksichtigt man die zuletzt wieder steigenden Bevölkerungszahlen, so ist die Gewährung von Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kindern im Alter von unter drei Jahren sogar rückläufig.

Derartige Entwicklungen können mithilfe der amtlichen Statistik zwar aufgezeigt werden, hinsichtlich der Ursachen lassen sich aber bestenfalls Hypothesen formulieren. Diese könnten wiederum dazu dienen, weitere empirische Analysen anzustellen. So könnte beispielsweise näher untersucht werden, ob für die zugewanderten Familien mit Kindern im Alter von unter drei Jahren angemessene Zugangsmöglichkeiten zu Leistungen der Hilfen zur Erziehung bestehen. Ebenfalls zu klären wäre, inwiefern Rückgänge bei den Hilfen zur Erziehung in einem Zusammenhang stehen mit den Angeboten der Frühen Hilfen vor Ort (vgl. auch Hilkert in diesem Band). Dabei sollte die Rolle der Erziehungsberatung in den Hilfen zur Erziehung und den Frühen Hilfen auch angesichts ihrer weiter steigenden Inanspruchnahme eingehender betrachtet werden.

Ungeachtet der insgesamt rückläufigen Zahl an neu begonnenen Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kindern im Alter von unter drei Jahren zeigt sich darüber hinaus, dass vor allem diese Altersgruppe im Vergleich zu älteren Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien besonders häufig auf Transferleistungen wie Arbeitslosengeld und Sozialhilfe angewiesen ist. Dies deutet auf die oftmals sozioökonomisch prekären Lebenslagen dieser Familien hin. Darüber hinaus weist der hohe Anteil von Alleinerziehenden auf mitunter schwierige Familienkonstellationen und besondere Herausforderungen bei Alltagsorganisation und Erziehung hin. Dies zeigen auch die Analysen auf Basis amtlicher Daten zu den Gründen für die Fremdunterbringung von dreijährigen Kindern aus Alleinerziehenden- und Zwei-Eltern-Familien bzw. aus Familien mit ökonomisch mindestens schwierigen Bedingungen für einen finanziell auskömmlichen Alltag.

Auf der einen Seite weisen die statistischen Befunde auf Belastungen und damit auch auf Herausforderungen für diese Familien und einen möglichen Bedarf an Hilfen hin, die Familien unterstützen, ergänzen oder zum Teil auch ersetzen. Auf der anderen Seite ist aber auch zu berücksichtigen, dass Verfahren der Sozialen Dienste sowie Filter- und Zuweisungsprozesse der dort tätigen Fachkräfte aufgrund bestimmter Lebenslagenmerkmale von Familien einen möglichen Bedarf an Hilfen zur Erziehung zumindest häufiger thematisieren könnten als bei Familien, die ihren Lebensunterhalt ohne Transferleistungen bestreiten und bei denen die Eltern zusammenleben.

## Literatur


Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) (2016): Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Unterrichtung durch die Bundesregierung und Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission. Drucksache 17/12200. Berlin

Fendrich, S./Pothmann, J. (2015): Hilfen zur Erziehung für Familien mit Kleinkindern. In: Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2015. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V./TU Dortmund. Köln, S. 50–61

Fendrich, S./Pothmann, J./Tabel, A. (2017): Monitor Hilfen zur Erziehung 2017. Herausgegeben von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. http://hzemonitor.akjstat.tu-dortmund.de/3-lebenslagen/31-familienstatus (03.11.2017)

Fendrich, S./Tabel, A. (2017): Erwartbarer Ausbau der Heimerziehung – junge Geflüchtete als wichtige Adressat(inn)en. In: KOMDAT Kinder- und Jugendhilfe, Heft 1, S. 15–18

Kolvenbach, F.-J./Taubmann, D. (2006): Statistik der erzieherischen Hilfen neu konzipiert. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 10, S. 1048–1054

Kopp, K./Meiner-Teubner, C./Pothmann, J. (2016): Datenlage zu minderjährigen Flüchtlingen – viele Fragen bleiben offen. In: Forum Jugendhilfe, Heft 1, S. 18–24

Küster, Ernst-Uwe/Mengel, Melanie/Pabst, Christopher/Sann, Alexandra (2015): Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen. In: Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2015. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V./TU Dortmund. Köln, S. 22–39

Küster, Ernst-Uwe/Pabst, Christopher/Sann, Alexandra (2017): Frühe Hilfen in der kommunalen Planung und Steuerung. Faktenblatt 2 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014a): Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014. Mit Stellungnahme der Bundesregierung. Köln

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014b): Der Beitrag der Erziehungsberatung zu den Frühen Hilfen. Köln

Statistisches Bundesamt (2016): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien 2015. Ergebnisse des Mikrozensus. Wiesbaden

THOMAS MÜHLMANN UND GUDULA KAUFHOLD

# Kommunale Unterschiede bei den Einschätzungen von Kindeswohlgefährdungen durch Jugendämter

Die Einführung einer amtlichen Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter gemäß § 8a Abs. 1 SGB VIII[1] im Jahr 2012 hat die Wissensbasis zum institutionellen Kinderschutz deutlich vergrößert. Das zeigen sowohl die Forschungsarbeiten zur Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (vgl. Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015, S. 107ff.) als auch die Beiträge im Rahmen der Forschung zum institutionellen Kinderschutz (vgl. z.B. Münder 2017). Anhand der amtlichen Daten kann nun beziffert werden, wie häufig Jugendämter aufgrund gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ein 8a-Verfahren durchführen und wie häufig sie dabei Gefährdungen von Minderjährigen oder Hilfebedarfe von Familien feststellen. Bei insgesamt 130.000 durchgeführten 8a-Verfahren im Jahr 2015 traf in etwa 45.000 Fällen, also in jedem dritten Verfahren, die Diagnose einer Kindeswohlgefährdung zu.

Allerdings beziehen sich bisherige Analysen der Ergebnisse, bis auf wenige Ausnahmen (vgl. z.B. Kaufhold/Pothmann 2015a, 2015b), weitgehend auf bundesweite Entwicklungen sowie auf Unterschiede zwischen Bundesländern. Der nachfolgende Beitrag setzt an dieser Leerstelle an und rückt die Unterschiede bei den Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter auf *kommunaler* Ebene in den Mittelpunkt. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den Fällen, in denen eine Gefährdung festgestellt wurde.

Anlass für diese vertiefte Analyse ist die Beobachtung, dass in den bisherigen Erhebungsjahren sowohl die Anzahl als auch die Ergebnisse der Verfahren deutschlandweit sehr heterogen ausgefallen sind (vgl. Kaufhold/Pothmann 2015a). Auch unterscheidet sich das Verhältnis von gemeldeten Verdachtsfällen und festgestellten Kindeswohlgefährdungen. Die Gründe hierfür sind bislang weitestgehend unklar, auch weil sich die vorhandenen Daten auf kommunaler Ebene nur mit Einschränkungen vergleichen lassen. So bildet die 8a-Statistik ausschließlich die Tätigkeit der Jugendämter ab und erfasst dabei nur Fälle, die erstens den Jugendämtern bekannt und zweitens durch sie als 8a-Fälle klassifiziert werden. Die kommunalen Unterschiede der 8a-Statistik setzen sich demzufolge zusammen aus Disparitäten hinsichtlich tatsächlich vorhandener Gefährdungslagen in einer Region sowie aus Differenzen bezüglich der professionellen Wahrnehmung der Gefährdungen und Reaktionen darauf. So kann die Sensibilität aufseiten der Fachkräfte für mögliche Gefährdungen variieren. Auch der heterogene Umgang mit Verdachtsfällen durch Akteure jenseits der Kinder- und Jugendhilfe, etwa aus Gesundheitssystem oder Schule, und ihre Kooperation mit dem Jugendamt sowie das Handeln des Jugendamtes selbst können auf kommunaler Ebene unterschiedliche Ergebnisse begründen.

Leider lässt sich weder das tatsächliche Ausmaß von Gefährdungen in den Zuständigkeitsbereichen der Jugendämter statistisch bestimmen, noch kann die Komplexität örtlicher Kooperations-,

Hilfe- und Präventionsstrukturen zufriedenstellend quantitativ abgebildet werden. Für diesen Beitrag werden jedoch erstmals die vorhandenen Daten zueinander in Beziehung gesetzt, indem Ergebnisse der 8a-Statistik auf Jugendamtsebene[2] mit den amtlichen Bevölkerungsdaten, der Statistik der Bundesagentur für Arbeit und weiteren Daten der Kinder- und Jugendhilfestatistik zusammengeführt werden. Dies ermöglicht zumindest eine Annäherung an die unterschiedlichen Ausgangslagen der Kommunen.

Die Ergebnisse zeigen zwar deutlich die Grenzen dieser Analyseperspektive zur Erklärung der Unterschiede auf, darauf aufbauend können aber weitere Hypothesen formuliert werden, die zur Reflexion lokaler Verfahren und Hilfestrukturen anregen. Im Folgenden werden dazu zunächst die vorhandenen regionalen Unterschiede in der Statistik beschrieben, danach folgt eine Darstellung des Forschungsstandes zu möglichen strukturellen Ursachen. Die daraus abgeleiteten Hypothesen werden anschließend statistisch geprüft und diskutiert.

1 Die Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen in Jugendämtern (nachfolgend »8a-Statistik« genannt) erfasst die in Jugendämtern durchgeführten Verfahren der Gefährdungseinschätzung (nachfolgend »8a-Verfahren« oder »8a-Fälle« genannt) im Fall von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung nach § 8a Absatz 1 SGB VIII.

2 Hierbei wurden aufgrund der Anonymisierungsvorschriften der Statistischen Ämter für Mikrodatenauswertungen einige Gebietskörperschaften mit zu geringen Fallzahlen bei den Ergebnissen des 8a-Verfahrens mit benachbarten Regionen zusammengefasst. Zudem lagen für die 25 Jugendämter kreisangehöriger Städte außerhalb Nordrhein-Westfalens keine Daten der Statistik der Bundesagentur für Arbeit vor, sodass diese für einige Auswertungen mit dem jeweiligen Landkreis zusammengefasst wurden. Die teilweise niedrigen Fallzahlen führen auch dazu, dass im Folgenden nicht auf etwaige, gerade für Frühe Hilfen interessante Unterschiede zwischen Altersgruppen der betroffenen Kinder und Jugendlichen eingegangen werden kann.

3 Die bei der Klasseneinteilung angewandte Methodik entspricht dem Vorgehen im »Monitor Hilfen zur Erziehung« (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2017).

## Regionale Unterschiede in der Statistik

Die bevölkerungsrelativierte Anzahl der 8a-Verfahren in den Jugendämtern – im Folgenden kurz »Verfahrensquote« genannt – variiert in Deutschland sehr stark. So verzeichnen einige Jugendämter im Jahr 2015 weniger als zehn Verfahren pro 10.000 Minderjährige in der Bevölkerung, bei anderen sind es mehr als 500 Verfahren. Selbst wenn – um Verzerrungen durch Extremwerte auszuschließen – jeweils die 20 Jugendämter mit den höchsten und niedrigsten Werten nicht berücksichtigt werden, ergibt sich eine Spannweite zwischen zehn und 260 Verfahren pro 10.000 Minderjährige. Die höhere Verfahrensquote entspricht mehr als dem 20-fachen der niedrigeren. Unterteilt man die 560 Jugendämter nach der Verfahrensquote in fünf Klassen[3], so wird deutlich, dass fast die Hälfte der ersten Klasse zuzuordnen ist und eine Quote von maximal 70 Verfahren pro 10.000 Minderjährige aufweist (vgl. Tab. 1). Ein weiteres Drittel der Jugendämter führt zwischen 70 und 140 Verfahren durch. Die in drei Klassen unterteilten Jugendämter mit mehr als 140 Verfahren

TABELLE 1: 8a-Verfahrensquote in Jugendamtsbezirken nach Klassen

| 8a-Verfahrensquote | Anzahl der Jugendamtsbezirke | % an allen | Median | Arithmetisches Mittel | Variationskoeffizient |
|---|---|---|---|---|---|
| Bis unter 70 | 269 | 48 | 38 | 39 | 0,47 |
| 70 bis unter 140 | 184 | 33 | 98 | 100 | 0,19 |
| 140 bis unter 210 | 75 | 13 | 170 | 171 | 0,11 |
| 210 bis unter 280 | 19 | 3 | 253 | 252 | 0,07 |
| 280 und mehr | 13 | 2 | 342 | 380 | 0,22 |
| **Insgesamt** | **560** | **100** | **73** | **92** | **0,81** |

Deutschland 2015, 8a-Verfahrensquote entspricht Verfahren pro 10.000 unter 18-Jährige in der Bevölkerung

Lesebeispiel: In Deutschland wird für 269 Jugendamtsbezirke eine Quote von unter 70 8a-Verfahren pro 10.000 dort lebende Minderjährige ausgewiesen. Das sind etwa 48 % der Jugendämter in Deutschland. Der Medianwert liegt für diese Klasse bei einer Verfahrensquote von 38, der Mittelwert bei 39. Der Variationskoeffizient von 0,47 (Standardabweichung/Mittelwert) ist ein skalenunabhängiges Maß für die Streuung der Daten und zeigt, dass die Angaben der einzelnen Jugendämter in dieser Klasse stärker variieren als in den anderen Klassen.

Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2015; eigene Berechnungen

pro 10.000 Minderjährige stellen entsprechend mit insgesamt 18 % eine deutliche Minderheit dar.

Noch stärker variiert die »Gefährdungsquote« auf der Ebene der Jugendamtsbezirke, also die Zahl der in den 8a-Verfahren festgestellten Gefährdungen (einschließlich latente Gefährdungen) bezogen auf die minderjährige Bevölkerung.[4] Hier reicht die Spannweite von 0 bis über 500 festgestellten Gefährdungen pro 10.000 Minderjährige. Ohne die jeweils 20 Jugendämter mit den höchsten und niedrigsten Angaben schwanken die Quoten immer noch um das 22-Fache zwischen vier und 88. Die Jugendämter verteilen sich ähnlich wie bei der Anzahl der Verfahren – auch hier bilden die Jugendämter mit sehr hohen Gefährdungsquoten eine deutliche Minderheit (vgl. Tab. 2).

## Mögliche Erklärungen für Unterschiede bei Gefährdungen

Es stellt sich die Frage, inwieweit Anhaltspunkte dafür bestehen, dass zumindest ein Teil dieser Unterschiede durch unterschiedliche regionale Lebensbedingungen bzw. die Sozialstruktur der Bevölkerung erklärt werden kann. Um dies zu messen, liegen Indikatoren über die Bevölkerungsdichte sowie zu von Armut betroffenen Kindern vor.[5] Der Forschungsstand besagt allerdings, dass nur ein indirekter Zusammenhang solcher Strukturvariablen mit Gefährdungssituationen besteht: Zwar treffen Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst der Jugendämter bei der Bearbeitung von Gefährdungsfällen ebenso wie bei der Gewährung intensiver Hilfen zur Erziehung überwiegend auf Familien, die mit Transfereinkommen auskommen müssen (vgl. z.B. Münder/Mutke/Schone 2000[6]; Fendrich/Pothmann/Tabel 2017; Mühlmann 2017, S. 4ff.), dennoch erlebt die überwiegende Mehrheit der Kinder, die unter diesen Umständen aufwachsen, keine Kindeswohlgefährdung (vgl. Reinhold/Kindler 2006, S. 19-1ff.).

Armut stellt also für sich genommen noch keinen hinreichenden Risikofaktor für Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung dar. Ergebnisse aus der Prävalenzforschung zeigen jedoch, dass die Verbreitung objektiver familiärer Belastungen, wie eine psychische Erkrankung, eigene Gewalterfahrungen oder eine ungeplante Schwangerschaft, in deutlichem Zusammenhang mit der sozialen Lage der Familie stehen (vgl. NZFH 2016, S. 7; siehe auch den Beitrag von Salzmann u.a., in diesem Band). Und wenn belastende Bedingungen gehäuft im Lebensumfeld eines Kindes auftreten, so steigt auch das Risiko für Vernachlässigung und Misshandlung. Die Prävalenzstudie des NZFH konnte zeigen, dass bei Familien mit vier oder mehr Belastungsfaktoren die statistische Wahrscheinlichkeit für das Vorkommen von Gewalt gegen das Kind um das Vierzehnfache erhöht ist (vgl. ebd.).

In der Forschung wird heute überwiegend ein multifaktorielles, ökologisches Modell der Entstehung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung vertreten (vgl. Bronfenbrenner 1981; Sabates/Dex 2015; Kindler 2009, S. 768ff.), welches die wechselseitige Beeinflussung multipler Belastungsfaktoren von unterschiedlichen Ebenen annimmt (Eltern-Kind-Beziehung, familiäres Umfeld, soziales Umfeld, Gesellschaft). Vor allem der Wechselwir-

TABELLE 2: 8a-Gefährdungsquote in Jugendamtsbezirken nach Klassen

| 8a-Gefährdungsquote | Anzahl der Jugendamtsbezirke[1)] | % an allen | Median | Arithmetisches Mittel | Variationskoeffizient |
|---|---|---|---|---|---|
| Bis unter 20 | 254 | 50 | 11 | 11 | 0,42 |
| 20 bis unter 40 | 152 | 30 | 28 | 28 | 0,21 |
| 40 bis unter 60 | 53 | 10 | 48 | 49 | 0,11 |
| 60 bis unter 80 | 25 | 5 | 67 | 68 | 0,08 |
| 80 und mehr | 27 | 5 | 106 | 131 | 0,64 |
| **Insgesamt** | **511** | **100** | **20** | **29** | **1,19** |

1) Aufgrund von Anonymisierungsvorschriften mussten einige Jugendämter mit geringen absoluten Fallzahlen mit umliegenden zusammengefasst werden.
Deutschland 2015, 8a-Gefährdungsquote entspricht Verfahren pro 10.000 unter 18-Jährige in der Bevölkerung mit dem Ergebnis Kindeswohlgefährdung – einschließlich latenter Kindeswohlgefährdung
Lesebeispiel: s. Tabelle 1.
Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2015; eigene Berechnungen

kung von distalen Faktoren, die indirekt auf die Entwicklung des Kindes wirken (z.B. Armut, beengte Wohnverhältnisse, Elternteil alleinerziehend, eigene Misshandlungserfahrungen der Bezugsperson, psychische Erkrankung mindestens eines Elternteils), mit proximalen Risikofaktoren, die direkt auf die Entwicklung wirken (elterliche Stressbelastung, Regulationsstörung oder massive Verhaltensstörung beim Kind), kommt zur Erklärung der Entstehung von Kindeswohlgefährdung eine wichtige Rolle zu.

Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn Armut gekoppelt ist mit sozialer Isolation und Depression eines Elternteils und daraus infolgedessen eine geringe Zuwendung zum Kind resultiert, was zur Entwicklung von Verhaltensstörungen beim Kind führt, die ihrerseits wiederum die Stressbelastung beim Elternteil erhöhen. Auch internationale Befunde belegen die Vorhersagestärke kumulierter Belastungen für das Auftreten von Vernachlässigung und Misshandlung (z.B. Wu u.a. 2004; eine Forschungsübersicht hierzu findet sich bei Kindler 2009).

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass die vorhandenen Daten zu Einwohnerdichte und Kinderarmut allenfalls indirekte Anhaltspunkte für Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen darstellen können.

Darüber hinaus stehen auch Ergebnisse der amtlichen Statistik zu den Hilfen zur Erziehung gem. §§ 27 ff. SGB VIII für Regionalvergleiche zur Verfügung. Diese Hilfen werden gewährt, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung (aktuell) nicht gewährleistet ist und die Hilfe als Reaktion auf den sich daraus ergebenden »erzieherischen Bedarf« der Familie geeignet und notwendig ist. Mit solchen Unterstützungsleistungen soll die Erziehung in den Familien gefördert werden; außerdem können Hilfen zur Erziehung auch insofern präventiv wirken, als sie die Zuspitzung familiärer Belastungssituationen und ggf. auch eine Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen zu verhindern versuchen.

Zugleich kann eine festgestellte Gefährdung auch selbst Anlass für eine Hilfe zur Erziehung sein. Es ist also sowohl ein positiver als auch ein negativer statistischer Zusammenhang zwischen festgestellten Gefährdungen (nach § 8a) und gewährten Hilfen (nach §§ 27 ff.) möglich, je nachdem, ob man eher von einem präventiven oder einem reaktiven Effekt der Hilfen zur Erziehung im Verhältnis zu festgestellten Gefährdungssituationen ausgeht. In jedem Fall liefern die Statistiken zu Hilfen zur Erziehung die besten vorhandenen Daten über schwierige Erziehungssituationen in Familien. Für sie ist daher ein Zusammenhang mit den Ergebnissen der Gefährdungseinschätzung zu prüfen, auch wenn diese Daten ebenfalls auf Jugendamtsebene stark variieren und ein großer Teil der Varianz bei den Hilfen zur Erziehung bisher nicht erklärt werden kann (vgl. Mühlmann 2017).

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass die vorhandene Datenbasis nicht ausreicht, um einige weitere, theoretisch mögliche Erklärungsansätze für die unterschiedlichen Gefährdungsquoten zu testen. Hierzu gehören im Einzelnen

- die Frage, inwieweit die regionalen Unterschiede bei den Gefährdungsquoten auch durch statistische Effekte beeinflusst werden, z.B. durch Unterschiede im Umgang mit der amtlichen Statistik sowie durch unterschiedliche

4 Nach erfolgter Gefährdungseinschätzung obliegt den Fachkräften des Jugendamts die das Verfahren abschließende Bewertung, ob es sich im geprüften Fall um eine Kindeswohlgefährdung handelt. Hiervon ist auszugehen, wenn »eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes oder Jugendlichen bereits eingetreten ist oder mit ziemlicher Sicherheit erwartet wird« (Statistisches Bundesamt: Erläuterungen zum Fragebogen). Besteht der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung, kann jedoch die Frage nach der tatsächlich bestehenden Gefahr nicht eindeutig beantwortet werden, so ist von einer »latenten Kindeswohlgefährdung« auszugehen. Wird eine Gefährdung ausgeschlossen, aber weiterer Hilfe- oder Unterstützungsbedarf festgestellt, ist dies ebenfalls anzugeben. Die vierte Antwortmöglichkeit ist auszuwählen, wenn weder eine Gefahr für das Kind/den Jugendlichen noch ein Unterstützungsbedarf besteht.

5 Dabei handelt es sich um Daten, für die bereits ein Zusammenhang mit Hilfen zur Erziehung im Rahmen der Forschung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJStat) festgestellt worden ist (vgl. z.B. Mühlmann 2017). Auf die Zusammenstellung dieser Daten durch das Projekt wird im Folgenden zurückgegriffen.

6 Laut der Studie von Münder u.a. (2000) bezogen 60 % der Familien, für die ein Verfahren nach § 1666 anhängig war, Lohnersatzleistungen (ALG, Sozialhilfe), mehr als 70 % der Kinder lebten nur mit einem Elternteil zusammen. In den untersuchten Vernachlässigungsfällen wurden teilweise bis zu 90 % der Familien als arm eingeschätzt.

Interpretationen der Kategorie »latente Kindeswohlgefährdung«[7],
- die Möglichkeit, dass unterschiedliche Handlungslogiken der Jugendämter oder institutionelle Vorgaben die Gefährdungsquoten beeinflussen (vgl. Bode/Turba 2014) – dies lässt sich nur als implizite mögliche Begründung für Unterschiede heranziehen, für die keine anderen Erklärungen feststellbar sind,
- aber auch die Möglichkeit, dass es tatsächlich Unterschiede bei Gefährdungslagen gibt, die unabhängig von den hier einbezogenen Datenbeständen auftreten.

Insgesamt ermöglicht die Datenlage ein exploratives Überprüfen der Gefährdungsquote eines Jugendamtsbezirkes mit Daten zur soziodemografischen Situation einer Kommune und der Statistik zu den Hilfen zur Erziehung. Der Forschungsstand zeigt, dass nicht zu erwarten ist, dass ein einfaches Ursache-Wirkungs-Modell aufgestellt werden kann. Er begründet jedoch, die dargestellten möglichen Zusammenhänge dahingehend zu überprüfen, ob sie Hinweise zur Erklärung der Heterogenitäten liefern können. Dazu werden die oben dargestellten regionalen Unterschiede von 8a-Verfahrens- und Gefährdungsquoten zunächst kartografisch verglichen, danach erfolgt eine Prüfung der vorgenannten hypothetischen Zusammenhänge mit statistischen Korrelations- und Regressionsberechnungen.

### Kartografischer Vergleich

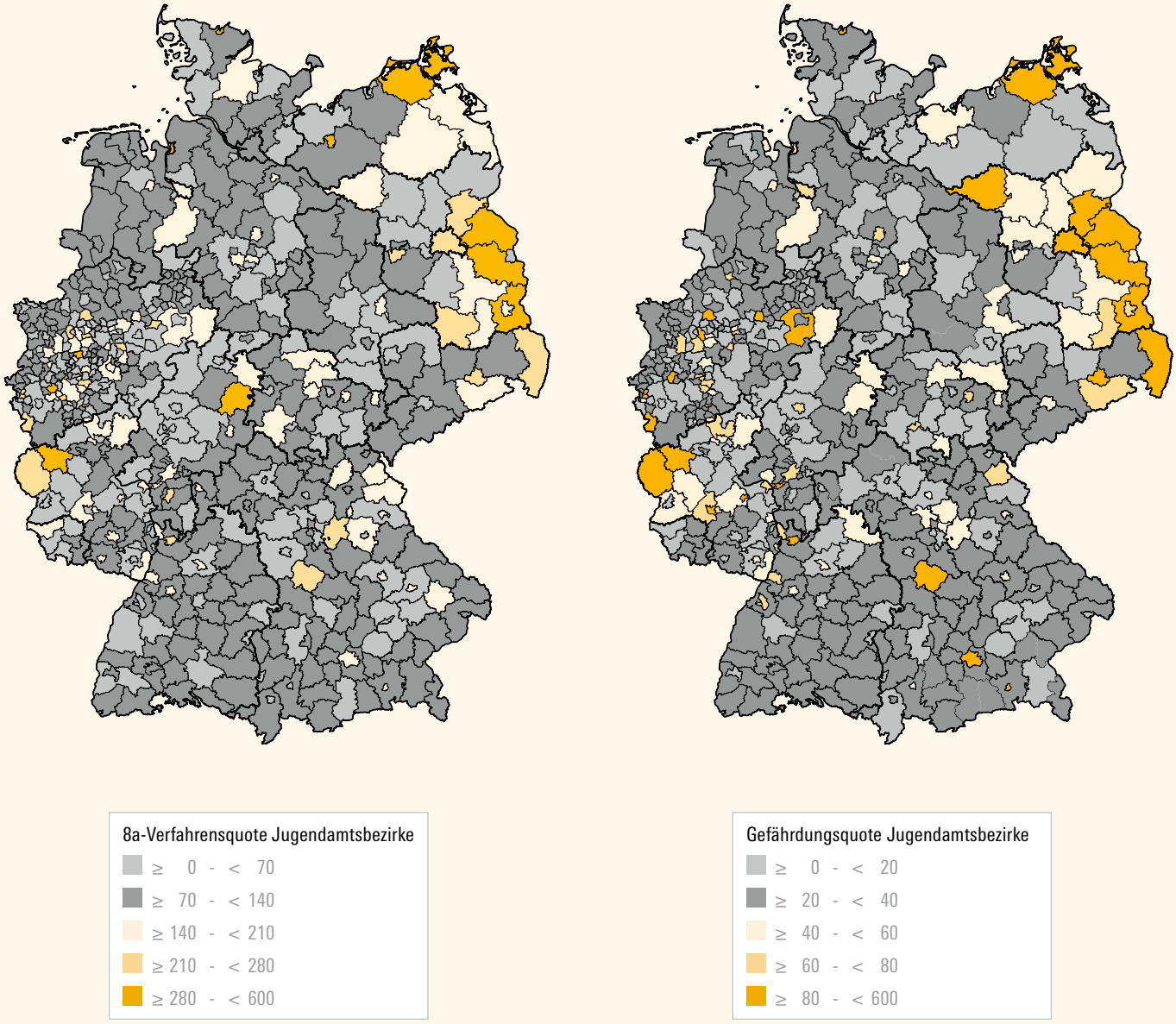
Um explorativ mögliche strukturelle Einflussfaktoren für regionale Unterschiede zu identifizieren, werden die Ergebnisse zu Verfahrens- und Gefährdungsquoten zunächst auf Grundlage ihrer geografischen Verteilung verglichen.

In beiden Fällen zeigen die Kartendarstellungen kaum Anhaltspunkte für systematische Hintergründe der Verteilung (vgl. Abb. 1). Die regionalen Unterschiede hinsichtlich der Verfahrens- und Gefährdungsquoten folgen augenscheinlich weder der Verteilung verdichteter Räume noch strukturschwacher Regionen. Berücksichtigt man, dass die Kartendarstellung die als Fläche großen, aber dünn besiedelten Landkreise im Osten Deutschlands grafisch überbetont, sind auch die Unterschiede nach Bundesländern kaum systematisch zu interpretieren. Lediglich Brandenburg fällt durch mehrere Kreise mit überdurchschnittlich hohen Verfahrens- und Gefährdungsquoten auf.

Einige der Regionen mit hohen Gefährdungsquoten liegen in der Nähe zur deutschen Außengrenze, so etwa in Sachsen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz. Zu erwähnen sind auch die Zuständigkeitsgebiete der Jugendämter der Städteregion Aachen, der Stadt Flensburg sowie der Städte München und Rosenheim. Dies legt die Vermutung nahe, dass zumindest einige der besonders hohen Gefährdungsquoten im Zusammenhang mit der Einreise von jungen Geflüchteten stehen. Allerdings weisen einige andere Regionen, in denen bekanntermaßen ebenfalls viele unbegleitete minderjährige Geflüchtete von Jugendämtern in Obhut genommen wurden (vgl. auch Jehles/Pothmann 2015, S. 15), keine erhöhten Gefährdungsquoten auf. Beispiele hierfür sind Passau, Dortmund und Hamburg. Auch zeigt ein kartografischer Vergleich

7 Aus Datenschutzgründen standen keine Einzeldaten auf Jugendamtsebene zur Verfügung, die eine getrennte Auswertung solcher »latenter« Fälle ermöglicht hätten.

ABBILDUNG 1: 8a-Verfahrensquote und 8a-Gefährdungsquote in Jugendamtsbezirken nach Klassen




Deutschland 2015
8a-Verfahrensquote entspricht Verfahren pro 10.000 unter 18-Jährige in der Bevölkerung
8a-Gefährdungsquote entspricht Verfahren pro 10.000 unter 18-Jährige in der Bevölkerung mit dem Ergebnis Kindeswohlgefährdung (einschließlich latente Kindeswohlgefährdung)
Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2015; eigene Berechnungen

mit den Ergebnissen des Jahres 2014, in dem deutlich weniger Minderjährige unbegleitet einreisten, dass sich die regionale Verteilung nur in Einzelfällen stark verändert hat und im Wesentlichen ein ähnliches Bild zeigt (ohne Abb.). Ein durchgängiger, systematischer Zusammenhang besteht demnach nicht.[8]

Gleichzeitig zeigen sich aber deutliche Ähnlichkeiten der Karten untereinander. Dass die Gefährdungsquoten mit den Verfahrensquoten zusammenhängen, zeigt auch eine Berechnung des Korrelationskoeffizienten dieser beiden Variablen: Der Wert von r = 0,83[9] entspricht einem sehr starken Zusammenhang. Nicht in allen, aber in vielen Jugendamtsbezirken geht mit einer hohen Zahl von Verfahren auch eine hohe Zahl festgestellter Gefährdungen einher – und umgekehrt.

### Statistischer Zusammenhang von 8a-Verfahren und möglichen erklärenden Merkmalen der Region

Mit weiteren statistischen Berechnungen wurden die oben genannten Hypothesen geprüft. Die hierfür hinzugezogenen Daten stehen in Zusammenhang mit den Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen in Familien bzw. liefern Hinweise auf das Volumen der in einem Jugendamt geleisteten Hilfen zur Erziehung:

- die Einwohnerdichte (Gesamtbevölkerung pro Gesamtfläche) zur Unterscheidung wenig dicht besiedelter von verdichteten Gebieten wie Städten,
- der Anteil der unter 15-Jährigen mit Bezug von SGB-II-Leistungen an der altersentsprechenden Bevölkerung als Indikator für »Kinderarmut« (vgl. Mühlmann 2017),

TABELLE 3: Korrelationen von 8a-Verfahrensdaten mit Strukturvariablen

| | 8a-Verfahrensquote | 8a-Gefährdungsquote |
|---|---|---|
| Anteil der unter 15-Jährigen mit Bezug von SGB-II-Leistungen an altersentsprechender Bevölkerung | ,38[3] | ,34[3] |
| Einwohnerdichte (Gesamtbevölkerung pro qkm Gesamtfläche) | ./.[1] | ./.[2] |

Alle dargestellten Rangkorrelationen (Spearman) sind bei einem Niveau von 0,01 signifikant. Korrelationskoeffizienten unter 0,30 werden nicht ausgewiesen.
[1] N=560 (alle Jugendamtsbezirke); [2] N=511 (einige Jugendamtsbezirke mussten zusammengefasst werden); [3] N=486 (weitere Jugendamtsamtsbezirke mussten zusammengefasst werden)
Deutschland 2015
Quellen: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2015; Statistische Ämter des Bundes und der Länder – Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung 2015; Statistik der Bundesagentur für Arbeit – Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, nicht erwerbsfähige sonstige Leistungsberechtigte und Kinder ohne individuellen Leistungsanspruch – unter 15 Jahren; Jahresdurchschnitt 2015; eigene Berechnungen

TABELLE 4: Korrelationen von 8a-Verfahrensdaten mit dem Volumen von Hilfen zur Erziehung

| | 8a-Verfahrensquote | Gefährdungsquote |
|---|---|---|
| Inanspruchnahme Hilfen zur Erziehung ambulant (ohne Erziehungsberatung) | ./.[1] | ,31[2] |
| Inanspruchnahme Hilfen zur Erziehung stationär | ,33[1] | ,35[2] |
| Ausgaben auf kommunaler Ebene für Hilfen zur Erziehung insgesamt | ,35[1] | ,35[2] |

Alle dargestellten Rangkorrelationen (Spearman) sind bei einem Niveau von 0,01 signifikant. Korrelationskoeffizienten unter 0,30 werden nicht ausgewiesen.
[1] N=560 (alle Jugendamtsbezirke); [2] N=511 (einige Jugendamtsbezirke mussten zusammengefasst werden)
Deutschland 2015
Quellen: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2015, Ausgaben und Einnahmen der öffentlichen Jugendhilfe 2015, Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige 2015; eigene Berechnungen

- die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Hilfen zur Erziehung (Aufsummierung innerhalb des Jahres 2015 beendeter und am 31.12.2015 laufender Hilfen, relativ zur unter 21-jährigen Bevölkerung) sowie die Summe der Auszahlungen auf kommunaler Ebene für Hilfen zur Erziehung als Messgrößen für das Volumen der Hilfen zur Erziehung. Dieses dient hier als Indikator für den in der Region aus Sicht der Jugendämter gemäß § 27 SGB VIII festgestellten erzieherischen Bedarf von Familien.

Der Indikator für Kinderarmut hängt zwar signifikant, aber mit einem Koeffizienten von 0,38 nur schwach mit der Zahl der 8a-Verfahren und noch weniger (0,34) mit der Zahl der festgestellten Gefährdungen zusammen (vgl. Tab. 3). Mit der Einwohnerdichte ist gar keine signifikante Korrelation festzustellen.

Auch der Zusammenhang von Gefährdungsquote und dem Volumen der Hilfen zur Erziehung als Indikator für das Reagieren auf erzieherische Bedarfe in Folge multipler Belastungssituationen oder als Indikator für das Reagieren auf bereits festgestellte Gefährdungen ist nur schwach (vgl. Tab. 4). Dies erscheint erklärungsbedürftig, könnten doch Hilfen zur Erziehung auch dazu beitragen, dass sich Belastungslagen nicht zu einer Kindeswohlgefährdung zuspitzen, was sich – als Indikator für die Wirksamkeit einer Erziehungshilfe – statistisch in einer negativen Korrelation von Hilfe-Volumen und Gefährdungsquote ausdrücken würde. Allerdings werden Hilfen zur Erziehung zugleich auch zur Intervention bei bereits festgestellter Gefährdung des Kindeswohls installiert – in dem Fall wäre eine positive Korrelation erwartbar gewesen.

Dass die Quote der vom Jugendamt bearbeiteten Kindeswohlgefährdungen nur schwach positiv mit dem Hilfevolumen einer Kommune korreliert, spricht weder für die Hypothese »Hilfen zur Erziehung als Prävention von Kindeswohlgefährdung« noch für die Hypothese »Hilfen zur Erziehung als Intervention bei Kindeswohlgefährdung«. Eine mögliche Erklärung für die fehlenden Zusammenhänge wäre jedoch, dass sich präventive und reaktive Effekte der Erziehungshilfen in Bezug auf die Gefährdungsquote nahezu gegeneinander aufheben.

Eine andere Interpretation dieses Befundes zielt auf den präventiven Einsatz von Hilfen zur Erziehung. Hier kann der »Surveillance-Effekt« (bestehende Gefährdungen werden durch Fachkraft-Kontakte erst bekannt) dazu führen, dass prinzipiell wirksame Hilfen zur Erziehung zwar zu einer Verringerung der Anzahl der unerkannten Kindeswohlgefährdungen führen, nicht aber zu einer Verringerung der bekannt werdenden Fälle (vgl. hierzu auch Kindler 2013, S. 58). Die 8a-Daten auf Bundesebene zeigen immerhin, dass in 14 % der 8a-Verfahren die Hinweise auf eine mögliche Gefährdung von Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe kamen.

Die Kindeswohlgefährdungsquote korreliert zwar stark mit der Quote der Verfahren in einem Jugendamtsbezirk, jedoch nur schwach mit Merkmalen der Sozialstruktur oder dem Hilfevolumen, die auf eine höhere Belastung der Familien schließen lassen. Dieser Befund wird auch durch eine lineare Regressionsrechnung bestätigt, in der die oben genann-

8 Zum Anstieg der 8a-Verfahren aufgrund der unbegleiteten Einreise minderjähriger Geflüchteter vgl. Kaufhold 2016, S. 14

9 Rangkorrelation nach Spearman. N=511 (einige Jugendamtsbezirke mussten zusammengefasst werden)

ten Variablen gleichzeitig berücksichtigt werden. Demnach erklärt allein die Verfahrensquote bereits einen großen Teil der Varianz bei den Gefährdungsquoten ($r^2$=0,6).[10] Die restliche Varianz bleibt unerklärt – keines der weiteren einbezogenen Merkmale kann einen signifikanten Beitrag dazu leisten, diese aufzuklären. Weder die Einwohnerdichte noch die Kinderarmut noch das Volumen von Hilfen zur Erziehung in einem Jugendamtsbezirk ist also nach diesem Modell geeignet, die kommunalen Unterschiede bei den festgestellten Gefährdungen zu erklären.

## Fazit

Die regionalen Unterschiede bei den 8a-Gefährdungsquoten können statistisch weder durch einzelne sozioökonomische Belastungsfaktoren noch über das Hilfevolumen einer Kommune erklärt werden. Gleichzeitig korrelieren sie stark mit der 8a-Verfahrensquote und können einen erheblichen Anteil der Varianz zwischen den Jugendämtern erklären. Dies kann zweierlei bedeuten: Entweder werden die Verfahrens- und Gefährdungsquoten von Faktoren beeinflusst, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, oder der bloße Umstand, dass eine Familie im Zuge eines 8a-Verfahrens intensiver in den Blick genommen wird, führt dazu, dass mehr Gefährdungen entdeckt werden.

Da keine Anhaltspunkte für andere systematische Einflussfaktoren vorliegen, muss die Möglichkeit ernsthaft in Betracht gezogen werden, dass die Jugendämter in Deutschland in unterschiedlichem Maße auf Gefährdungslagen aufmerksam werden. Die Ergebnisse deuten also darauf hin, dass gerade dann mehr Gefährdungen entdeckt werden, wenn häufiger entsprechend genau hingeschaut wird.

Die Analyse muss daher die kritische Frage aufwerfen, ob umgekehrt Jugendämter, die sehr selten Gefährdungen feststellen, ggf. nicht ausreichend zum Schutz von Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 8a SGB VIII tätig werden (können), u.a. weil sie von Dritten nicht ausreichend auf entsprechende Situationen hingewiesen werden. Dies könnte beispielsweise dann der Fall sein, wenn die Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen Institutionen, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen, noch nicht ausreichend ausgebaut ist. Vor diesem Hintergrund ist die Funktionalität der Netzwerke für Kinderschutz und für Frühe Hilfen, insbesondere aber die Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

Auch wenn aufgrund der methodischen Einschränkungen der vorliegenden Analyse nur eine Hypothese aufgestellt werden kann, ist daraus eine praktische Schlussfolgerung abzuleiten: Gerade wenn ein Jugendamt vergleichsweise wenige Kindeswohlgefährdungen feststellt, sollte dies zum Anlass genommen werden, die lokalen Bedingungen kritisch – wenn auch nicht vorverurteilend – dahingehend zu reflektieren, ob dies bedeutet, dass die Prävention besonders gut funktioniert oder ob im Gegenteil die örtlichen Hilfesysteme Defizite in der Reaktion auf Gefährdungslagen aufweisen.

10 Das $r^2$ ergibt sich bei einer linearen Regression der Verfahrensquote (unabhängige Variable) auf die Gefährdungsquote (abhängige Variable). Dass Einwohnerdichte, Kinderarmut und das Volumen der Hilfen zur Erziehung als weitere unabhängige Variablen nicht signifikant sind, zeigt sich sowohl unter Verwendung des Einschluss- als auch des »Beste Subsets«-Verfahrens. Regionen mit Extremwerten hinsichtlich der festgestellten Gefährdungen und der Zahl der Verfahren werden nicht berücksichtigt, da sie eine Regressionsberechnung überproportional beeinflussen. Für die Regressionsrechnung unter Berücksichtigung aller Variablen kann nur die Datensatzvariante mit den meisten Gebietszusammenfassungen verwendet werden (N=486).

## Literatur


Bode, I./Turba, H. (2014): Organisierter Kinderschutz in Deutschland. Strukturdynamiken und Modernisierungsparadoxien. Wiesbaden

Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürlich und geplante Experimente. Stuttgart

Fendrich, S./Pothmann, J./Tabel, A. (2017): Monitor Hilfen zur Erziehung 2017. Datenbasis 2015. Hrsg. von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. www.hzemonitor.akjstat.tu-dortmund.de (05.11.2017)

Jehles, N./Pothmann, J. (2015): Beschleunigter Anstieg der Inobhutnahmen – vor allem aufgrund unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge. In: KOMDAT Kinder- und Jugendhilfe, Heft 2, S. 12–15

Kaufhold, G. (2016): Gefährdungseinschätzungen 2015 – höhere Verfahrenszahlen wegen UMA? In: KOMDAT Kinder- und Jugendhilfe, Heft 3, S. 14

Kaufhold, G./Pothmann, J. (2015a): Gefährdungseinschätzungen – und was dann? In: KOMDAT Kinder- und Jugendhilfe, Heft 2, S. 8–12

Kaufhold, G./Pothmann, J. (2015b): Gefährdungseinschätzungen bei den Kleinsten. In: Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2015. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V./TU Dortmund. Köln, S. 62–78

Kindler, H. (2009): Kindeswohlgefährdung: Ein Forschungsupdate zu Ätiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58. Jg., Heft 10, S. 764–785

Kindler, H. (2013): Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz in Deutschland. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Münder, J. (Hrsg.) (2017): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Zur Entwicklung von Entscheidungsgrundlagen und Verfahren zur Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendämtern und Familiengerichten. Weinheim

Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster

Mühlmann, T. (2017): Wie hängen »Kinderarmut« und Ausgaben für Hilfen zur Erziehung zusammen? In: KOMDAT Kinder- und Jugendhilfe, Heft 1, S. 4–7

Mühlmann, T./Pothmann, J./Kopp, K. (2015): Wissenschaftliche Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung der Kooperationsplattform Evaluation Bundeskinderschutzgesetz. Dortmund. www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Aktuelles/Publikationen/Wissenschaftliche_Grundlagen_Eval_BKiSchG_Bericht_AKJStat_2015.pdf (05.11.2017)

(NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2016) Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016. Köln

Reinhold, C./Kindler, H. (2006): Was ist über familiäre Kontexte, in denen Gefährdungen auftreten, bekannt? In: Kindler u.a. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München, Kapitel 19

Sabates, R./Dex, S. (2015): The impact of multiple risk factors on young children's cognitive and behavioral development. In: Children & Society, Volume 29, P. 95–108

Wu, S. u.a. (2004): Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. In: Child Abuse & Neglect, Volume 28, P. 1253–1264

# Angaben zu den Autorinnen und Autoren

**Eickhorst, Andreas,** 1974, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Leiter der Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. 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: sandra.fendrich@tu-dortmund.de*

**Fullerton, Birgit,** 1976, Ph.D., wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Epidemiologie, Versorgungsforschung, Quantitative Methoden empirischer Sozialforschung. *Kontakt: fullerton@dji.de*

**Haas, Sabine,** 1963, Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Gesundheit Österreich GmbH; Leiterin des dort angesiedelten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH.at). Arbeitsschwerpunkte: Frühe Hilfen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Gesundheitsförderung, Public Health Governance. *Kontakt: sabine.haas@goeg.at*

**Hilkert, Marius,** 1985, B.A. Soziale Arbeit, B.A. Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt a.M. (ISS-Frankfurt a.M.), Forschungsstudierender am DFG-Graduiertenkolleg »Doing Transitions – Formen der Gestaltung von Übergängen im Lebenslauf«, Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendhilfe/Hilfen zur Erziehung, Übergänge, Fachkräfte. *Kontakt: marius.hilkert@iss-ffm.de*

**Kaufhold, Gudula,** 1967, Dipl.-Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung von Indikatoren für Frühe Hilfen, Institutioneller Kinderschutz und Hilfen zur Erziehung. *Kontakt: gudula.kaufhold@tu-dortmund.de*

**Kaufmann, Caroline,** 1975, Dr. phil., M.A. Germanistische Linguistik, Pädagogik, Theaterwissenschaft, Referentin für Fachpublikationen im Sozialpädagogischen Institut des SOS-Kinderdorf e.V. *Kontakt: caroline.kaufmann@sos-kinderdorf.de*

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

**Liel, Christoph,** 1973, M.A. Dipl.-Soz. Arb., wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Epidemiologie und Risikoforschung zu psychosozialen Belastungen in der frühen Kindheit, Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und Partnergewalt, Väter. *Kontakt: liel@dji.de*

**Lorenz, Simon,** 1990, M.A. Pädagogik, wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen

(NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Hilfen, frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. *Kontakt: slorenz@dji.de*

**Mühlmann, Thomas,** 1979, Dr. phil., M.A. Soziale Arbeit, Dipl.-Soz.-Päd. (FH), wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Strukturen und Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Analysen von Einzeldaten der Kinder- und Jugendhilfestatistik. *Kontakt: thomas.muehlmann@tu-dortmund.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: jens.pothmann@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*

**Salzmann, Daniela,** 1983, Dr. phil., MPH, wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Fachgruppe »Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)«. Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Methoden empirischer Sozialforschung, Epidemiologie, Berichtswesen und Sozialberichterstattung, Entwicklung von Indikatoren. *Kontakt: salzmann@dji.de*

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

**Scharmanski, Sara,** 1981, Dipl.-Psych., wissenschaftliche Referentin im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Arbeitsschwerpunkte: Forschung und Evaluation in den Frühen Hilfen, Methoden empirischer Sozialforschung, statistische Datenanalysen. *Kontakt: sara.scharmanski@nzfh.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*

**Sierwald, Wolfgang,** 1958, Dr. phil., Staatsexamen Schulpsychologie und Mathematik, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sozialpädagogischen Institut des SOS-Kinderdorf e.V. Arbeitsschwerpunkte: Praxisforschung und Evaluation in der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere in stationären Hilfen und familienstärkenden Angeboten, quantitative Methoden, Längsschnittforschung. *Kontakt: wolfgang.sierwald@sos-kinderdorf.de*

**Strobel-Dümer,** Claudia, 1981, Dr. phil., M.A. Pädagogik, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sozialpädagogischen Institut des SOS-Kinderdorf e.V. Arbeitsschwerpunkte: Praxisforschung und Evaluation, Kinder- und Jugendhilfe, Kinderdorffamilien, Leaving Care, Frühe Hilfen. *Kontakt: claudia.strobel-duemer@sos-kinderdorf.de*

**Walper, Sabine,** 1956, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Professorin für Pädagogik mit dem Schwerpunkt Jugendforschung; Forschungsdirektorin des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI). Arbeitsschwerpunkte: Familienforschung, Bildungs- und Armutsforschung, Wohlbefinden und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Familienformen. *Kontakt: walper@dji.de*

**Weigl, Marion,** 1967, Dipl.-Ing., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Gesundheit Österreich GmbH und des dort angesiedelten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH.at). Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Suchtprävention, Sucht, Frühe Hilfen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit. *Kontakt: marion.weigl@goeg.at*

# FAKTENBLÄTTER ZUR FORSCHUNG IM NATIONALEN ZENTRUM FRÜHE HILFEN

**Prävalenz- und Versorgungsforschung**

**Suchtanzeichen bei Eltern mit Kleinkindern**
Faktenblatt 4 von Birgit Fullerton, Andreas Eickhorst und Alexandra Sann

**Psychische Belastungen bei Eltern mit Kleinkindern**
Faktenblatt 5 von Andreas Eickhorst, Birgit Fullerton und Andrea Schreier

**Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen**

**Ziele und Methoden der Kommunalbefragungen**
Faktenblatt 1 von Christopher Pabst, Ernst-Uwe Küster und Alexandra Sann

**Frühe Hilfen in der kommunalen Planung und Steuerung**
Faktenblatt 2 von Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst, Alexandra Sann

**Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen**
Faktenblatt 3 von Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst und Alexandra Sann

**Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen**
Faktenblatt 4 von Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst und Alexandra Sann

**Vernetzung der stationären medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen**
Faktenblatt 5 von Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst und Alexandra Sann

**Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Kooperationspartner in den Frühen Hilfen**
Faktenblatt 6 von Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst und Alexandra Sann

**Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen**
Faktenblatt 7 von Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst und Alexandra Sann

**Schnittstelle von Frühen Hilfen zu Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung**
Faktenblatt 8 von Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst und Alexandra Sann

**Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen**
Faktenblatt 9 von Alexandra Sann, Ernst-Uwe Küster und Christopher Pabst

**Einschätzung von Effektivität und Nutzen der Angebote in den Frühen Hilfen**

**Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Möglichkeiten und Grenzen des professionellen Handelns**
Faktenblatt 1 von Ilona Renner, Sara Scharmanski, Mechthild Paul

**Ergebnisse der NZFH-Elternbefragung: Wie bewerten Mütter den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen?**
Faktenblatt 2 von Ilona Renner, Sara Scharmanski und Mechthild Paul

**Repräsentativbefragung zum Thema Schütteltrauma und (Umgang mit) Babyschreien**

**Babyschreien und Schütteltrauma: Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung**
Faktenblatt von Anna Neumann und Ilona Renner

Die Faktenblätter zur Forschung im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen werden fortlaufend ergänzt und auf den Internetseiten des NZFH online veröffentlicht unter: www.fruehehilfen.de/forschung/faktenblaetter-zur-forschung-im-nzfh

## IMPRESSUM

**Herausgeber:**
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit
dem Deutschen Jugendinstitut (DJI)
Maarweg 149–161
50825 Köln
Telefon: 0221-8992-0
www.fruehehilfen.de

Forschungsverbund Deutsches
Jugendinstitut (DJI) und TU Dortmund
Vogelpothsweg 78
44227 Dortmund
www.forschungsverbund.tu-dortmund.de

**Verantwortlich für den Inhalt:**
Prof. Dr. Thomas Rauschenbach

**Redaktion:**
Ernst-Uwe Küster, Dr. Jens Pothmann,
Alexandra Sann

**Autorinnen und Autoren:**
Dr. Andreas Eickhorst, Sandra Fendrich,
Dr. Birgit Fullerton, Sabine Haas, Marius Hilkert,
Gudula Kaufhold, Caroline Kaufmann,
Ernst-Uwe Küster, Christoph Liel,
Simon Lorenz, Dr. Thomas Mühlmann,
Christopher Pabst, Dr. Jens Pothmann,
Ilona Renner, Dr. Daniela Salzmann,
Alexandra Sann, Sara Scharmanski,
Dr. Andrea Schreier, Dr. Wolfgang Sierwald,
Dr. Claudia Strobel-Dümer,
Prof. Dr. Sabine Walper, Marion Weigl

**Gestaltung:**
Lübbeke | Naumann | Thoben, Köln

**Druck:**
Kunst- und Werbedruck
GmbH & Co KG Bad Oeynhausen
Hinterm Schloss 11
32549 Bad Oeynhausen
Auflage: 1.4.05.18

Alle Rechte vorbehalten.
Der Inhalt dieser Publikation gibt die
Meinung der Autorinnen und Autoren
wieder, die von dem Herausgeber nicht
in jedem Fall geteilt werden muss.

Diese Publikation wird von der BZgA
kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum
Weiterverkauf durch die Empfängerin
oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

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

Bestellnummer: 16000303

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

ISBN: 978-3-946692-42-3

Gefördert vom:
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Träger:
BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

in Kooperation mit:
DJI Deutsches Jugendinstitut

Mit herausgegeben vom:
Forschungsverbund tu DJI
Deutsches Jugendinstitut
Technische Universität Dortmund