Bundesinitiative Frühe Hilfen

BUNDESINITIATIVE FRÜHE HILFEN

ZWISCHENBERICHT 2014

Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes

MIT STELLUNGNAHME
DER BUNDESREGIERUNG

STELLUNGNAHME DER BUNDESREGIERUNG

zum Zwischenbericht zur Bundesinitiative Frühe Hilfen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes

Vorbemerkung

Die Bundesregierung nimmt den Bericht des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (im Folgenden »Bundesinitiative«) zur Kenntnis, den das NZFH in seiner Funktion als Koordinierungsstelle des Bundes für die Bundesinitiative erstellt hat.

Im Bundeskinderschutzgesetz ist die auf vier Jahre befristete Bundesinitiative gesetzlich verankert. Die zu deren Umsetzung zwischen Bund und Ländern im Jahr 2012 verabschiedete Verwaltungsvereinbarung regelt die Berichtslegung. Der Bericht basiert auf der begleitenden Evaluation der Bundesinitiative über die erreichten Wirkungen in Ländern und Kommunen und bildet eine wichtige Grundlage für notwendige Anpassungen mit Blick auf den Fonds, der ab 2016 gemäß § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien dauerhaft eingerichtet werden soll. Die Bundesregierung wird den Zwischenbericht zusammen mit den Ländern im Hinblick auf die Ausgestaltung des Fonds, insbesondere die Einhaltung des finanzverfassungsrechtlichen Rahmens, sorgfältig prüfen.

Einleitung

Es ist eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass Mädchen und Jungen von Anfang an eine gute Basis für eine gesunde Entwicklung haben und wirksam vor Gewalt und Vernachlässigung geschützt werden. Die gesetzliche Verankerung der Netzwerke Frühe Hilfen in der Bundesinitiative trägt durch bundeseinheitliche Rahmenbedingungen zu einem verbesserten Kinderschutz in ganz Deutschland bei. Damit tragen die Frühen Hilfen maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Der vorgesehene Übergang der Bundesinitiative in den oben genannten Fonds ist Ausdruck der hohen Priorität, die die Bundesregierung den Frühen Hilfen beimisst.

Dafür müssen Maßnahmen, die Hilfen und Schutz bieten, möglichst früh ansetzen.

Durch Frühe Hilfen sollen für Eltern bereits in der Phase der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren des Kindes niederschwellige Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Die Netzwerke Frühe Hilfen können das Zusammenwirken der mit Frühen Hilfen und Kinderschutz befassten Berufsgruppen und Institutionen verbessern und damit zum Ausbau bedarfsgerechter Hilfeangebote beitragen. Die Interdisziplinarität der Frühen Hilfen erfordert eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen und Akteuren, so auch zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen sowie den gemeinsamen Dialog von Bund mit Ländern, Kommunen, Verbänden und Expertinnen und Experten aus verschiedenen Systemen.

Mit dem durch das Bundeskinderschutzgesetz 2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) wurden bessere bundeseinheitliche Rahmenbedingungen im Kinderschutz geschaffen. Durch die Frühen Hilfen können familiäre Belastungen schon frühzeitig erkannt werden. Es wird sichergestellt, dass den Familien Unterstützung angeboten wird, um Risiken und Ge-

fahren für das Kind so weit wie möglich zu verringern. Ziel ist es, die notwendigen Hilfen bedarfsgerecht und aufeinander abgestimmt zur Verfügung zu stellen und so eine gute und effektive Versorgung zu gewährleisten. Dafür werden flächendeckend verbindliche Strukturen geschaffen und Netzwerke Frühe Hilfen auf- und ausgebaut. In diesen Netzwerken sollen sowohl öffentliche wie freie Einrichtungen und Dienste aus unterschiedlichen und für Familien relevanten Unterstützungssystemen beteiligt sein. Auch die Kooperation von Diensten des Gesundheitswesens mit den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe ist hier von besonderer Bedeutung. Das Gesundheitswesen hat einen guten Zugang zu allen Familien und die Kinder- und Jugendhilfe verfügt über die notwendigen psychosozialen Unterstützungsangebote.

Die Bundesinitiative fördert den Aus- und Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken Frühe Hilfen. Die Bundesinitiative dient der Vorbereitung eines gesetzlich verankerten Fonds, der die Netzwerke Frühe Hilfen, den Einsatz von Familienhebammen und die psychosoziale Unterstützung von Familien gemeinsam mit Ländern und Kommunen dauerhaft sicherstellen soll. Zur Erkenntnisgewinnung wird die Bundesinitiative durch eine umfassende Evaluation von der Koordinierungsstelle des Bundes, dem NZFH, mit Unterstützung von Ländern und Kommunen begleitet. Zu folgenden Themen soll die Bundesinitiative Erkenntnisse erbringen:

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

Dabei soll untersucht werden, ob und wie mit diesen Maßnahmen eine Verbesserung der Situation belasteter Eltern und ihrer Kinder im Sinne der Ziele des KKG erreicht werden kann.

Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen in Bund, Ländern und Kommunen

Die Bundesinitiative konnte auf allen föderalen Ebenen zeitnah und zielgerichtet umgesetzt werden, so dass nach der Aufbauphase in 2012 schon eine gute Ausschöpfung der Mittel in 2013 erreicht werden konnte. Für die Umsetzung und zielgenaue Steuerung und Sicherung der Qualität wurden auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene Koordinierungsstellen eingerichtet. Der Großteil der Mittel kam aber direkt in Form passgenauer Hilfen den Familien zugute. Durch eine stringente Förderlogik konnten Doppelförderungen vermieden und vor allem auf bereits vorhandene Strukturen der Länder in den Frühen Hilfen aufgebaut werden.

Netzwerke Frühe Hilfen

Der flächendeckende Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen ist bereits nach der ersten Hälfte der Bundesinitiative erreicht. Hinsichtlich der Profilschärfung und ihrer inhaltlichen Ausrichtung sowie der

Einbettung in die kommunale Kinder- und Jugendhilfe besteht noch Handlungsbedarf in den Netzwerken. Durch die in der Verwaltungsvereinbarung formulierten Anforderungen konnte ebenfalls erreicht werden, das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Qualitätsentwicklungen in den Netzwerken zu schärfen.

Insgesamt konnten relevante Netzwerkpartner zur Beteiligung gewonnen werden. Vor allem öffentlich finanzierte Institutionen wurden als aktive Partner im Netzwerk einbezogen, wobei sich eine gesetzliche Verpflichtung oder eine finanzielle Förderung positiv auf die Kooperationsbereitschaft ausgewirkt hat. Zentrale Partner aus dem Gesundheitswesen – und hier auch aus dem freiberuflichen Bereich – wurden für die Netzwerkarbeit gewonnen. Allerdings können die freiberuflichen Gesundheitsdienstleister, wie zum Beispiel niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeuten, nicht in gleicher Weise in die Netzwerkarbeit integriert werden wie die Partner aus der Kinder- und Jugendhilfe und aus anderen Bereichen wie der Schwangerschaftsberatung. Die im Zwischenbericht diesbezüglich vorgenommene kritische Bewertung wird von der Bundesregierung nicht uneingeschränkt geteilt. Denn es besteht weiter Erörterungsbedarf, welche Berufsgruppen unmittelbar an der fallübergreifenden Tätigkeit der Netzwerke Frühe Hilfen beteiligt sein sollten und welche anderen Berufsgruppen indirekt, d.h. als Empfänger regelmäßiger aktueller Informationen über die Netzwerke eingebunden werden können, um dann im Einzelfall zielgenauer unterstützen zu können. Zur Frage des diesbezüglichen Entwicklungsbedarfs muss daher geprüft werden, wie notwendige und effiziente Kooperationen ressourcenschonend realisiert und den betreffenden Berufsangehörigen vergütet werden können. In einigen Bundesländern konnten mit den Mitteln der Bundesinitiative einzelne Kooperationsmodelle bereits ausgebaut und gute Resonanzen für das Praxisfeld der Frühen Hilfen erzielt werden.

Familienhebammen

Der Ausbau der längerfristigen Begleitung durch Familienhebammen konnte mit der Bundesinitiative erreicht werden. Allerdings ist ein bedarfsgerechter Ausbau nach Einschätzung der Jugendamtsbezirke nur etwa in einem Drittel der Kommunen gelungen. Es fehlt weiterhin an Fachkräften, aber auch die Anbindung der Gesundheitsfachberufe an die für sie systemfremde Kinder- und Jugendhilfe bremsen den bedarfsgerechten Ausbau. Die Bundesregierung wird sich weiterhin dafür einsetzen, die Voraussetzungen für die weitere Qualifizierung von Fachkräften zu schaffen, damit der bedarfsgerechte Einsatz in den Kommunen gewährleistet werden kann. Auch hinsichtlich des Einsatzprofils der Fachkräfte bestehen mancherorts Unklarheiten. In den Frühen Hilfen sollen Familienhebammen als aufsuchende niedrigschwellige Familienunterstützung eingesetzt werden, jedoch nicht als erzieherische Hilfe, die bis in den Bereich der Tertiärprävention hineinreichen kann.

Ehrenamtliche

Gegenüber den o.g. Förderbereichen wurde dieser Bereich nachrangig gefördert. Somit wurde er nicht in allen Kommunen umfänglich im Rahmen der Bundesinitiative in Anspruch genommen. Wo dies erfolgt ist, wurden vor allem Patenmodelle von den Kommunen präferiert. Regelmäßig besteht besonderer Klärungsbedarf an der Schnittstelle zum Kinderschutz. Daher haben sich die Maßgaben, vor

allem qualitätssichernde Maßnahmen in Form von hauptamtlicher Koordination und Begleitung der Laien durch die Bundesinitiative zu fördern, bewährt. Hierauf sollte weiterhin besonderes Augenmerk gelegt werden.

Bisherige Wirkung der Bundesinitiative Frühen Hilfen

Zu allen genannten Bereichen kann festgestellt werden, dass die Bundesinitiative gut gestartet ist und die Mittel zweckentsprechend eingesetzt werden. Ein Umsteuerungsbedarf für die zweite Hälfte der Bundesinitiative besteht nicht. Durch die Bundesinitiative werden die strukturellen Voraussetzungen in Ländern und Kommunen geschaffen, damit belasteten Familien und ihren Kindern in ganz Deutschland besser und bedarfsorientiert geholfen werden kann.

Entwicklungsbedarf besteht zukünftig vor allem darin, die Netzwerk- und Angebotsstrukturen bedarfsgerecht und vor allem auch hinsichtlich ihres qualitativen Profils weiter auszubauen und in die Aufgaben der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe einzubetten.

Das Ziel der Bundesregierung ist, auch im Rahmen des Fonds dafür zu sorgen, dass starke Koordinierungsstrukturen vorgehalten werden, die den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Versorgung von Familien ab der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes unterstützen. Das Forschungsprogramm der Koordinierungsstelle des Bundes wird die Bundesinitiative weiter begleiten.

Bundesinitiative Frühe Hilfen

BUNDESINITIATIVE FRÜHE HILFEN

ZWISCHENBERICHT 2014

Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes

INHALTSÜBERSICHT

EINLEITUNG 12

TEIL I
BERICHT DER KOORDINIERUNGSSTELLE DES BUNDES

1. Aufgaben der Koordinierungsstelle des Bundes 20
1.1 Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen 21
1.2 Qualifizierung und Qualitätsentwicklung der Fachpraxis unterstützen 22
1.3 Interdisziplinärer und überregionaler Austausch 23
1.4 Stärkung der Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe 24
1.5 Unterstützung des länderübergreifenden Austauschs 24
1.6 Koordination und Ausgestaltung der Öffentlichkeitsarbeit 25

2. Grundlage, Höhe und Verwendung der Bundesmittel 26

3. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen 35
3.1 Zentrale Forschungsergebnisse auf einen Blick 36
3.2 Unterstützungsbedarfe von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland 39
3.3 Auf- und Ausbau von kommunalen Angeboten und Strukturen im Bereich Frühe Hilfen 46
3.4 Wirkungs- und Professionsforschung 79

4. Systematische Kooperation des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe 83
4.1 Notwendigkeit systemübergreifender Kooperation 85
4.2 Strukturelle Kooperationshemmnisse 86
4.3 Modelle einer gelingenden, sektorenübergreifenden Kooperation 90

5. Zusammenfassung und Resümee 94

TEIL II

BERICHT DER LÄNDER

Erfahrungsberichte der Länder als Beiträge für den Zwischenbericht 2014 gemäß Artikel 8 Abs. 1 der Verwaltungsvereinbarung »Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen«

Baden-Württemberg	**104**
Freistaat Bayern	**107**
Berlin	**110**
Brandenburg	**112**
Freie Hansestadt Bremen	**115**
Freie und Hansestadt Hamburg	**118**
Hessen	**121**
Mecklenburg-Vorpommern	**123**
Niedersachsen	**126**
Nordrhein-Westfalen	**129**
Rheinland-Pfalz	**131**
Saarland	**133**
Freistaat Sachsen	**136**
Sachsen-Anhalt	**138**
Schleswig-Holstein	**140**
Freistaat Thüringen	**143**

Stand: 30.06.2014

EINLEITUNG

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten und regelt die zeitlich auf vier Jahre befristete »Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen« (kurz: Bundesinitiative Frühe Hilfen). Damit unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) den Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen sowie den Einsatz von Familienhebammen. Hierbei werden auch ehrenamtliche Strukturen einbezogen. Im Gesetz ist darüber hinaus festgelegt, dass der Bund nach Ablauf dieser Modellphase einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten wird. Dieser Fonds wird auf der Grundlage der Erkenntnisse der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) ausgestaltet. Der vorliegende Zwischenbericht zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (Stand: 30.06.2014) basiert auf den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung sowie auf den Erfahrungen der Kommunen, Länder und des Bundes. Er bildet die Grundlage für die Beratungen zwischen Bund, Ländern und Kommunen über den ab 2016 einzurichtenden Fonds.

Frühe Hilfen – vom Modellprojekt in die Regelförderung

Zur frühen Unterstützung und Förderung von Müttern und Vätern mit Kleinkindern und um deren Entwicklungsbedingungen in den Familien zu verbessern, gab es in den letzten Jahren etliche Modellprojekte und Programme. Diese wurden sowohl von Ländern und Kommunen als auch vom Bund initiiert und finanziert. Insbesondere Familien in belastenden Lebenslagen sollen durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe frühzeitig erreicht und passgenau unterstützt werden. Das Gesundheitssystem bietet dabei vielfältige Zugangswege. Die Kinder- und Jugendhilfe verfügt wiederum über viele unterschiedliche Angebote, um gerade Eltern in belastenden Lebenslagen passgenaue Hilfen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation anzubieten. Aber auch weitere relevante Akteure wie bspw. Schwangerschaftsberatungsstellen und Frühfördereinrichtungen sind wichtige Partner in den kommunalen Netzwerken Frühe Hilfen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Entwicklungsschritte beim Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen skizziert. Sie zeichnen den Weg dieses Praxisfeldes von einem zeitlich befristeten Programm zu einem regelhaften Unterstützungsangebot für Familien nach, das mit der Bundesinitiative angestrebt wird und durch den Fonds vollendet werden soll.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – Motor auf Bundesebene

Das BMFSFJ hat bereits 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) im Rahmen des Aktionsplans auf den Weg gebracht. Es wurde vom BMFSFJ als zentrale Wissensplattform im Rahmen des Aktionsprogramms auf Bundesebene installiert. Das NZFH hat im März 2007 als Kooperationsprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI) seine Arbeit aufgenommen und seinen Sitz bei der BZgA in Köln. Mit dem Start der Bundesinitiative Frühe Hilfen im Jahr 2012 hat das BMFSFJ beim NZFH darüber hinaus die Koordination des Bundes für die Bundesinitiative bis Ende 2015 angesiedelt. Neben dem Schwerpunkt »Frühe Hilfen« bearbeitet das NZFH außerdem das Thema »Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen«[1].

1
Gemeinsamer Beschluss der Konferenz der Regierungschefs der Länder und der Bundeskanzlerin vom 12. Juni 2008.

Begriffsbestimmung Frühe Hilfen – Orientierung für das Praxisfeld

Die Arbeit des NZFH wird unterstützt durch die wissenschaftliche und fachliche Beratung eines multidisziplinär besetzten Beirats. Gemeinsam mit diesem Beirat hat das NZFH 2009 eine Begriffsbestimmung für das Verständnis der Frühen Hilfen verabschiedet, die auch der Bundesinitiative Frühe Hilfen zugrunde liegt:

»Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

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

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

Aktionsprogramm Frühe Hilfen – Wissensaufbau

Im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundes wurden von 2007 bis 2010 zehn Modellprojekte zu Frühen Hilfen gefördert, die in allen 16 Bundesländern verortet waren. Jedes Projekt bestand aus den beiden Komponenten »Praxisprojekt« und »wissenschaftliche Begleitung«. Das Praxisangebot Frühe Hilfen wurde in erster Linie von den beteiligten Ländern, Gebietskörperschaften sowie Stiftungen oder freien Trägern finanziert. Inhaltlich konzentrierten sich mehrere Projekte auf die Evaluation der Arbeit von Familienhebammen als niedrigschwelliges Angebot früher Unterstützung. Fast alle Modellprojekte untersuchten die Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen den Akteuren der

unterschiedlichen Leistungssysteme in den Frühen Hilfen. Die wissenschaftliche Begleitung und der fachliche Austausch zwischen den Forschungsprojekten wurden vom NZFH koordiniert. Es führte die Erfahrungen und Ergebnisse projektübergreifend zusammen.[2]

Die Erkenntnisse aus dieser ersten Förderphase wurden in Form von Publikationen, Arbeitshilfen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Fachpraxis genutzt. Außerdem fanden sie Eingang in die Beratungen zum Bundeskinderschutzgesetz und wurden auch bei der Ausgestaltung der Bundesinitiative Frühe Hilfen berücksichtigt. Drei zentrale Erkenntnisse[3] aus den Modellprojekten schlugen sich im Bundeskinderschutzgesetz nieder:

- Qualifiziert koordinierte kommunale Netzwerke sind eine notwendige Voraussetzung für die sektorenübergreifende Vermittlung von passgenauen Hilfen.
- Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen sind ein geeignetes niedrigschwelliges, zugehendes Unterstützungsangebot aus dem Gesundheitsbereich.
- Schwangerschaftsberatungsstellen und Geburtskliniken sind Kooperationspartner mit Schlüsselfunktion für den Zugang zum Netzwerk Frühe Hilfen.

Das Bundeskinderschutzgesetz – Normierung der Frühen Hilfen

Das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) hat Grundlagen für umfassende Verbesserungen im Kinderschutz in Deutschland geschaffen. Es stärkt Prävention und Intervention gleichermaßen und steht für bessere Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder sowie für mehr Zusammenarbeit der relevanten Akteure durch Netzwerke im Kinderschutz und in den Frühen Hilfen. Die zentralen Regelungen des BKiSchG beziehen sich auf vier Bereiche:

1) Frühe Hilfen und strukturelle Vernetzung auf örtlicher Ebene
2) Kooperation im Einzelfall sowie Qualifizierung des Schutzauftrags
3) Kontinuierliche Qualitätsentwicklung
4) Erweiterung der statistischen Datenbasis

Das Artikelgesetz enthält neben dem neu geschaffenen Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) unter anderem auch Änderungen des Achten Sozialgesetzbuches sowie des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Das KKG verfolgt das Ziel, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern. Der Gesetzgeber hat in § 1 Abs. 4 KKG erstmals Frühe Hilfen normiert: »[…] die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft [umfasst] insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).«

2 Renner, I./Heimeshoff, V. (2012): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom NZFH. Köln.

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

Verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz bilden das Fundament, um Mütter und Väter durch professionelle und ehrenamtliche Angebote bedarfsgerecht zu unterstützen (vgl. § 3 KKG). Deshalb sollen in den Ländern, vor allem durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe und insbesondere im Bereich Frühe Hilfen, flächendeckende und verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt werden, sich gegenseitig zu informieren, strukturelle Fragen zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen. Eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten werden als relevante Akteure in den zu schaffenden Netzwerken Frühe Hilfen angesehen. Dazu gehören insbesondere: die öffentliche und freie Jugendhilfe, Gesundheitsämter, Schwangerschafts-(konflikt-)beratungsstellen, Einrichtungen der Familienbildung und der Frühförderung sowie Krankenhäuser und Angehörige von Heilberufen (bspw. Hebammen, Ärztinnen und Ärzte).

Bundesinitiative Frühe Hilfen – Qualitätsentwicklung und flächendeckender Auf- und Ausbau

Die geschaffenen Netzwerke sollen zur Beförderung der Frühen Hilfen vor allem durch den Einsatz von Familienhebammen und vergleichbar qualifizierten Fachkräften aus dem Gesundheitswesen als aufsuchende, niedrigschwellige Unterstützung aus dem Gesundheitsbereich gestärkt werden. Zur Unterstützung des strukturellen Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen sowie der Weiterentwicklung der kommunalen Netzwerke hat der Gesetzgeber die »Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen« (§ 3 Abs. 4 KKG) in das Gesetz aufgenommen und deren Umsetzung dem BMFSFJ übertragen. Hierzu stellt der Bund 177 Mio. Euro für die Jahre 2012 bis 2015 zur Verfügung. Ab 2016 wird er einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Dessen Ausgestaltung wird durch eine Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern – wie bereits für die Bundesinitiative Frühe Hilfen – geregelt.

»Ziel ist eine Stärkung der Frühen Hilfen, die sich an alle Eltern ab der Schwangerschaft und an Eltern mit Kleinkindern wenden, um über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und insbesondere Eltern in belastenden Lebenslagen spezifische Hilfen anzubieten. Bund und Länder wollen faire Chancen und gute Lebensbedingungen von Anfang an für Kinder im gesamten Bundesgebiet sicherstellen«(Präambel VV BIFH).

Dieses Ziel erreicht die BIFH durch die Förderung der Bereiche:

1) Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen (Art. 2 Abs. 3 VV BIFH)
2) Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen im Kontext Frühe Hilfen (Art. 2 Abs. 4 VV BIFH)
3) Ehrenamtsstrukturen im Kontext Frühe Hilfen (Art. 2 Abs. 5 VV BIFH)
4) Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen, sofern die Strukturen und Angebote des ersten und zweiten Förderbereichs bedarfsgerecht zur Verfügung stehen (Art. 2 Abs. 6 VV BIFH)

Zwischenbericht zur Bundesinitiative – Grundlage der Beratungen über den Fonds

Der vorliegende Zwischenbericht gem. Art. 8 VV BIFH basiert auf den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung und den Erfahrungen der Kommunen, der Länder und der Bundesebene. Er bildet die Grundlage für die Beratungen zwischen Bund, Ländern und Kommunen über den ab 2016 einzurichtenden Fonds.

In den nachfolgenden Kapiteln werden folgende Inhalte vorgestellt:

I. Bericht der Koordinierungsstelle des Bundes

Dieser Berichtsteil enthält Angaben zu den Aufgaben und Ergebnissen der Koordinierungsstelle des Bundes sowie die Darstellung der Mittelverwendung durch Bund, Länder und Kommunen. Den Schwerpunkt bilden die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung zur Bundesinitiative. Darüber hinaus werden Modelle systematischer Kooperation des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe erörtert.

II. Bericht der Länder

Im Berichtsteil der Länder stellen die Bundesländer die Maßnahmenumsetzung auf Landesebene vor und berichten über die Erfahrungen ihrer Koordinierungsstellen.

I

BERICHT DER KOORDINIERUNGSSTELLE DES BUNDES

1

AUFGABEN DER KOORDINIERUNGSSTELLE DES BUNDES

1.1 Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen

1.2 Qualifizierung und Qualitätsentwicklung der Fachpraxis unterstützen

1.3 Interdisziplinärer und überregionaler Austausch

1.4 Stärkung der Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

1.5 Unterstützung des länderübergreifenden Austauschs

1.6 Koordination und Ausgestaltung der Öffentlichkeitsarbeit

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ist seit dem 01.07.2012 die Koordinierungsstelle des Bundes im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen (Art. 6 VV BIFH). Zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle gehören die **wissenschaftliche Begleitung der Bundesinitiative**, insbesondere die Evaluation des Strukturaufbaus in Ländern und Kommunen sowie Studien zur Weiterentwicklung der Frühen Hilfen in den Förderbereichen nach Art. 2 VV BIFH**,** um die **Qualitätsentwicklung und Qualifizierung der Fachpraxis** zu unterstützen. Des Weiteren werden Prozesse des **interdisziplinären und überregionalen Austausches** initiiert, wodurch insbesondere die Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe gestärkt werden soll. Zudem gehört die Unterstützung des **länderübergreifenden Austauschs** im Rahmen der Steuerungsgruppe der Bundesinitiative und der regelmäßigen Treffen der Landeskoordinierungsstellen sowie die Koordination und Ausgestaltung der **Öffentlichkeitsarbeit** im Rahmen der Bundesinitiative zu ihren Aufgaben.

1.1 BEGLEITFORSCHUNG ZUR BUNDESINITIATIVE FRÜHE HILFEN

Um nachzuweisen, ob und wie die Maßnahmen, die durch die Bundesinitiative gefördert werden, zu einer Verbesserung der Situation von Familien in belastenden Lebenslagen im Sinne des KKG führen, wurde eine umfassende Begleitforschung auf den Weg gebracht.

Mithilfe aufeinander aufbauender **Studien zu den Bedarfen von Familien** sollen aktuelle Erkenntnisse über Ressourcen und Belastungen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres in Deutschland sowie über daraus ableitbaren Unterstützungsbedarf gewonnen werden. Zudem wird ermittelt, von welchen öffentlichen Unterstützungsangeboten diese Familien Kenntnis haben bzw. welche ihnen angeboten werden und welche sie davon tatsächlich nutzen (Prävalenz- und Versorgungsforschung).

Die **Dokumentation und Evaluation des Aufbaus von Strukturen und Angeboten in den Kommunen** besteht im Kern aus einer jährlichen, standardisierten Befragung sämtlicher von der Bundesinitiative geförderten Jugendamtsbezirke. Erhoben werden Merkmale zur Verbreitung, konzeptionellen Ausrichtung, Ausstattung und Qualität von Netzwerken Frühe Hilfen in den Kommunen. Forschungsgegenstand ist ebenso das kommunale Spektrum von Maßnahmen und Angebotstypen psychosozialer Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres. Besondere Berücksichtigung finden der Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen sowie die Förderung ehrenamtlichen Engagements.

Im Rahmen der **Wirkungs- und Professionsforschung** wird erkundet, inwiefern Zielgruppen erreicht werden und Maßnahmen, die über die Bundesinitiative gefördert wurden, auch tatsächlich zu der intendierten Verbesserung der Lebenssituation von Familien und ihren Kinder führen. Über eine Online-Studie wird die berufliche Praxis von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen erforscht. Um ihre Tätigkeit zu der anderer Berufsgruppen, die

aufsuchend mit Familien arbeiten, besser abzugrenzen, untersucht eine Studie das professionelle Profil von (Familien-)Hebammen.

Eine ausführliche Darstellung – inklusive erster Ergebnisse – erfolgt in Kapitel 3 »Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen«.

1.2 QUALIFIZIERUNG UND QUALITÄTSENTWICKLUNG DER FACHPRAXIS UNTERSTÜTZEN

Um sicherzustellen, dass Fachkräfte, die eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen übernehmen, über die notwendigen Kompetenzen zur Erfüllung ihrer Aufgaben verfügen, wurden drei **tätigkeitsspezifische Kompetenzprofile** entwickelt: für Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren, für Familienhebammen sowie für Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Die darin beschriebenen personalen und fachlichen Kompetenzen bilden die Grundlage, um die Handlungsanforderungen im jeweiligen Tätigkeitsfeld adäquat erfüllen zu können. Kompetenzprofile ermöglichen die zielgerichtete Entwicklung von entsprechenden Fort- und Weiterbildungen. Zugleich unterstützen sie Fachkräfte bei der beruflichen Orientierung und Anstellungsträger bei der Beschreibung von Stellenprofilen und der Auswahl von Bewerberinnen und Bewerbern. Bereits zum Start der Bundesinitiative wurde das »Kompetenzprofil Familienhebammen« als Grundlage für die Förderfähigkeit der Qualifizierung und des Einsatzes von Familienhebammen gem. Art. 2 Abs. 4 VV BIFH vorgelegt. Alle entwickelten Kompetenzprofile orientieren sich am Deutschen Qualifikationsrahmen und wurden in Abstimmung mit den Ländern und unter Beteiligung von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie unter Einbezug der entsprechenden Berufsverbände bzw. Fachvertretungen erstellt.

Fortbildungsmodule zur Qualifizierung sollen die Umsetzung der fachlichen Empfehlungen durch die o. g. Kompetenzprofile und eine einheitliche Qualität in den Qualifizierungsangeboten fördern. Die Module können flexibel in bestehende Curricula oder Weiterbildungsangebote integriert werden und sollen den Ländern und den von ihnen beauftragten Weiterbildungsträgern konkrete methodisch-didaktische Ausgestaltungsmöglichkeiten von Qualifizierungsangeboten aufzeigen.

Durch **Arbeitshilfen und Vorlagen** wird die Tätigkeit von Fachkräften in den Kommunen unterstützt. So wurde zu Beginn der Bundesinitiative der Leitfaden für Kommunen »Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Frühe Hilfen« entwickelt, der sich an Jugend- und Gesundheitsämter, Koordinierungsstellen lokaler Netzwerke Frühe Hilfen, freie Träger und kommunale Ausschüsse oder Gremien wendet. Zur Unterstützung der Netzwerkarbeit wurden gemeinsam mit dem NZFH-Beirat »Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Frühe Hilfen« veröffentlicht. Weitere Materialien zur Unterstützung von Netzwerkbildung und zum Netzwerkmanagement befinden sich in der Entwicklung.

Die »Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich« ist ein Serviceangebot für diese Berufsgruppen. Mit der Vorlage können diese ihrer Dokumentationspflicht vollständig nachkommen, was ihnen auch Rechtssicherheit gibt. Zugleich dient die Dokumentationsvorlage unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen auch der begleitenden Studie (Online-Erhebung) zum Einsatz von Familienhebammen (s. Kapitel 3.4). Das umfassende Arbeitsmaterial »NEST« unterstützt Fachkräfte bei der aufsuchenden Arbeit mit leseungewohnten, bildungsfernen Familien.

Im Verlauf der ersten Förderphase der Bundesinitiative sind durch den verstärkten Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen vermehrt rechtliche Unklarheiten und Fragestellungen aufgetreten. Daher wurde in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe und den Koordinierungsstellen der Länder eine **Rechtsexpertise** zu Fragen des Einsatzes von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern beauftragt. Ziel der Expertise ist es, Rechts- und Handlungssicherheit für diejenigen Akteure herzustellen, die mit der Qualifizierung oder dem Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen befasst sind. Im Rahmen einer weiteren Expertise wird ein Gesamtüberblick über das vielschichtige Feld zivilgesellschaftlichen Engagements und seiner Strukturen in den Frühen Hilfen erstellt. Dazu gehört auch ein Überblick über vorhandene Daten, bereits vorliegende Erkenntnisse, Forschungslücken sowie kontroverse und offene Fragestellungen in diesem Bereich.

1.3 INTERDISZIPLINÄRER UND ÜBERREGIONALER AUSTAUSCH

Mit der **Auftaktveranstaltung** am 5. November 2012 startete ein kontinuierlicher Austausch der Akteure aus Bund, Ländern und Kommunen über die Bundesinitiative Frühe Hilfen. Dieser Dialog findet unter anderem in Workshops, auf Tagungen und auf der kommunalen Austauschplattform im Internet statt.

Durch »**Überregionale NetzwerkeKonferenzen Frühe Hilfen – Voneinander lernen**« wurde der interdisziplinäre Fachaustausch von Institutionen, Städten und Landkreisen über die vielfältigen regionalen Angebote unterstützt. Die Impulse zur Netzwerkbildung, die von diesen Konferenzen ausgingen, wurden von den beteiligten Ländern bzw. von den Koordinierungsstellen der Länder und den jeweiligen Kommunen aufgenommen und weiterentwickelt. Diese Konferenzreihe wird mit dem Fokus auf Netzwerkkoordinierende als Teilnehmerinnen und Teilnehmer fortgesetzt.

Über die internetbasierte »**Kommunale Austauschplattform Frühe Hilfen**« (www.fruehehilfen.de/kommunale-austauschplattform) kann deutschlandweit der fachliche Austausch über erfolgreiche kommunale Strategien zur Umsetzung der Bundesinitiative erfolgen. Die Plattform bietet Akteuren in Ländern und Kommunen die Möglichkeit zur Diskussion von Fachfragen, die im Zusammenhang mit der Bundesinitiative stehen, sowie zum Austausch von Erfahrungen, Wissen und Arbeitshilfen.

1.4 STÄRKUNG DER KOOPERATION VON GESUNDHEITSWESEN UND KINDER- UND JUGENDHILFE

Die Bundesinitiative soll für Bund und Länder insbesondere Erkenntnisse zu den strukturellen Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und der Ausstattung von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen liefern sowie zum systematischen Einbezug des Gesundheitswesens in Kooperationen. Wichtige Partner aus dem Gesundheitsbereich in den kommunalen Netzwerken Frühe Hilfen sind Geburtskliniken. Um diese stärker in die Netzwerkstrukturen einzubeziehen, fand im Januar 2014 die bundesweite Tagung »**Weil der Anfang zählt – Geburtskliniken und Frühe Hilfen**« statt.

Durch die Förderung des Weiterbildungsfilms »**Guter Start in die Familie – Frühe Hilfen verwirklichen (GuSTaF)**« soll die Schulung und Fortbildung zu einem feinfühligen Umgang mit Familien, respektvoller Gesprächsführung und der guten Zusammenarbeit im Netzwerk unterstützt werden. Der Film richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Auszubildende und Fachkräfte aus Kliniken und den Frühen Hilfen.

Um die Kooperation der Akteure des Gesundheitssystems mit der Kinder- und Jugendhilfe in einem interprofessionellen Netzwerk anzuregen, wurden in Kooperation mit Institutionen und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus dem Gesundheitswesen unterschiedliche Projekte auf den Weg gebracht. Dieser Aspekt wird ausführlich in Kapitel 4 »Systematische Kooperation des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe« vorgestellt und diskutiert.

1.5 UNTERSTÜTZUNG DES LÄNDERÜBERGREIFENDEN AUSTAUSCHS

Für die Bundesinitiative Frühe Hilfen wurde gem. Art. 7 VV BIFH eine Steuerungsgruppe eingerichtet. Sie konstituiert sich aus Vertretungen des Bundes, der Länder, der Kommunalen Spitzenverbände sowie Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen. Die Koordinierungsstelle des Bundes ist als ständiger Gast vertreten und unterstützt die Steuerungsgruppe in ihren fachlichen Beratungen. Sie befasst sich insbesondere mit den folgenden Themen:

- Festlegung des Katalogs förderfähiger Maßnahmen
- Qualitätssicherung im Rahmen der einzelnen Förderbereiche
- Struktur und Schwerpunktsetzung des Zwischen- sowie des Abschlussberichts an den Deutschen Bundestag
- Wissenschaftliche Begleitung der Bundesinitiative
- Praxisenwicklung und -unterstützung vor Ort
- Öffentlichkeitsarbeit

Auf der Ebene der Koordinierungsstellen sichern gemeinsame Austauschtreffen von Ländern und Bund den länderübergreifenden fachlichen Austausch über Modelle bewährter Praxis. Ebenso können darüber die Prozesse zur Evaluation und Dokumentation der Bundesinitiative Frühe Hilfen eng mit den Landeskoordinierungsstellen abgestimmt werden. Dieser regelhafte Austausch zwischen den Koordinierungsstellen der Länder und des Bundes hat sich bewährt und zu Synergien in der Qualitätsentwicklung Früher Hilfen geführt.

1.6 KOORDINATION UND AUSGESTALTUNG DER ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Das bestehende **Onlineangebot** zu Frühen Hilfen auf der Homepage www.fruehehilfen.de wurde durch spezifische Informationen zur Bundesinitiative ergänzt und um ein eigenes Erscheinungsbild erweitert. Über ein einheitliches Design (Logo, Farbgebung, Layout-Vorlagen), das von allen beteiligten Ebenen genutzt wird, werden Aktivitäten im Rahmen der Bundesinitiative deutlich und erreichen bundesweit einen hohen Wiedererkennungswert. Ein vierteljährlich erscheinender **Informationsdienst** »Bundesinitiative Frühe Hilfen aktuell« wendet sich an Personen mit Entscheidungsverantwortung und Fachkräfte in den Frühen Hilfen. Sämtliche Publikationen des NZFH stehen auf der Homepage zur Verfügung.

Um mehr Wissen darüber zu erwerben, wie potenzielle Zielgruppen der Frühen Hilfen – insbesondere Familien in belastenden Lebenssituationen – angesprochen und erreicht werden können, wurde ein Modellprojekt entwickelt und in einer Kommune realisiert. Dort erhalten Ratsuchende über das **Elterntelefon** anonym und kostenlos einen niedrigschwelligen Zugang zu den kommunalen Angeboten Frühe Hilfen. Unterstützt wird das Projekt durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit in Form von Flyern, Großflächenplakaten, Infokarten etc. Im Rahmen der begleitenden Evaluation wird der bundesweite Ausbau des Projekts geprüft.

2

GRUNDLAGE, HÖHE UND VERWENDUNG DER BUNDESMITTEL

Vier Fünftel der Mittel, die im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen vom Bund zur Verfügung gestellt werden, fließen in Maßnahmen und Angebote in den Kommunen. Dabei werden länderspezifische Ausgangslagen und konzeptionelle Besonderheiten berücksichtigt. Nach der Aufbauphase im Jahr 2012, in der vor allem die Grundlagen für die Umsetzung der Bundesinitiative in Bund, Ländern und Kommunen geschaffen wurden, liegt die Ausschöpfung der Mittel 2013 bereits bei über 90 %. Mit einer vergleichbar hohen Ausschöpfung ist auch für die Folgejahre 2014 und 2015 zu rechnen. Das Verhältnis der in den Kommunen verausgabten Mittel je Förderbereich entspricht der fachlichen Priorisierung der Bundesinitiative. Der Schwerpunkt der Förderung liegt im »Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« und dem »Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich«. Auf diese beiden Förderbereiche entfallen über 80 % der in den Kommunen verausgabten Mittel. Gefördert werden vor allem der Einsatz von Fachkräften mit spezifischen Kompetenzprofilen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Der Bund gewährt auf der Grundlage des § 3 Abs. 4 des KKG in Verbindung mit Art. 3 der Verwaltungsvereinbarung »Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015« (VV BIFH) die Finanzmittel zur Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen.

Diese Finanzmittel wurden erstmals im Bundeshaushalt 2012 im Einzelplan 17, Kapitel 1702, Titel 68413 (neu ab 2014: 68403) etatisiert. Für den Zeitraum 2012 bis 2015 stellt der Bund über die Jahre ansteigend Mittel in Höhe von insgesamt 177 Mio. Euro zur Verfügung (2012: 30 Mio. Euro; 2013: 45 Mio. Euro; 2014 und 2015: je 51 Mio. Euro).

Die Aufteilung der Bundesmittel auf die Länder erfolgt gemäß Art. 4 Abs. 2 VV BIFH nach Vorwegabzug der Kosten für die Koordination des Bundes (Festbetrag gem. Art. 6 Abs. 1) und der Länder (festgelegter Sockelbetrag, gestaffelt nach Landesgröße gem. Art. 5 Abs. 1) nach einem von den Ländern festgelegten Verteilerschlüssel. Dieser berücksichtigt zu je einem Drittel den Königssteiner Schlüssel, den Anteil der unter Dreijährigen insgesamt sowie den Anteil der unter Dreijährigen im SGB II-Leistungsbezug.

Jedes Bundesland hat 2012 ein mit dem BMFSFJ abgestimmtes Konzept für die landesspezifische Umsetzung der Bundesinitiative entsprechend den Vorgaben der Verwaltungsvereinbarung erstellt und darin seine Fördergrundsätze festgelegt. Auf dieser Grundlage erfolgt die Weiterleitung der Bundesmittel an die Kommunen (Art. 4 Abs. 3 VV BIFH).

Nach einer Aufbauphase in 2012 wird 2013 der Großteil der zur Verfügung gestellten Bundesmittel verausgabt.

Von den im Haushaltsjahr 2012 zur Verfügung gestellten Bundesmitteln in Höhe von 30 Mio. Euro sind rund 57 % in Maßnahmen zur Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen geflossen.[4] Die unvollständige Ausschöpfung der Bundesmittel im Jahr 2012 betrifft alle an der Umsetzung der Bundesinitiative beteiligten staatlichen Ebenen und ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass zunächst die organisatorischen und verwaltungsrechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung der Bundesinitiative auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene geschaffen werden mussten. Auf Länderebene gehörten hierzu insbesondere die Einbettung der Bundesinitiative in die jeweils landesspezifischen Konzepte und die Implementierung von Instrumenten zur verwaltungsrechtlichen Abwicklung. Dies erforderte vielschichtige Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse. In diese mussten auf kommunaler Ebene auch nicht-staatliche Akteure einbezogen werden, wie beispielweise freie Träger oder freiberuflich tätige Familienhebammen. Dazu mussten die für die Steuerung verantwortlichen Jugendämter zunächst Kooperationsvereinbarungen entwickeln und abschließen. Auch die im Zuge der Bundesinitiative auf allen Ebenen neu geschaffenen Personalstellen für Koordinierungsaufgaben konnten vielerorts nicht zeitnah besetzt werden. Darüber hinaus stand für die Verausgabung der Mittel 2012 lediglich ein Zeitraum von sechs Monaten zur Verfügung.

TABELLE 1: AUSSCHÖPFUNG DER BUNDESMITTEL 2013 IN DEN LÄNDERN

	2013
Baden-Württemberg	95,7
Bayern	88,8
Berlin	100,0
Brandenburg	89,2
Bremen	100,0
Hamburg	87,7
Hessen	98,7
Mecklenburg-Vorpommern	95,6
Niedersachsen	89,3
Nordrhein-Westfalen	99,3
Rheinland-Pfalz	98,7
Saarland	100,0
Sachsen	66,8
Sachsen-Anhalt	91,6
Schleswig-Holstein	95,4
Thüringen	91,4
Länder gesamt	**93,4**

Datengrundlage: vorläufiger Abschluss 2013 vor Rechnungslegung (Stand 12/2013), Prozentwerte.

4 Datengrundlage sind die Abschlüsse der Bundeskasse zum Mittelabfluss für 2012 (Stand 12/2012) und 2013 (vorläufiger Abschluss vor Rechnungslegung, Stand 12/2013). Rückzahlungen aus 2012 und 2013 aus den Ländern, die sich aus der Prüfung der Verwendungsnachweise ergeben, finden in diesem Bericht noch keine Berücksichtigung, da diese noch nicht abgeschlossen sind. (Quelle: BMFSFJ, eigene Berechnungen)

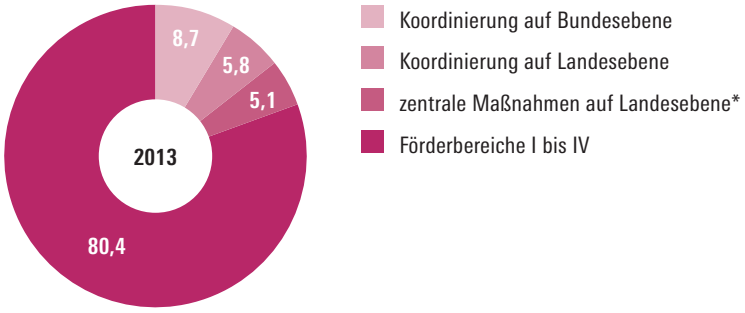
2013 standen seitens des Bundes 45 Mio. Euro im Rahmen der Bundesinitiative zur Verfügung. Davon entfielen vier Mio. Euro auf die Bundeskoordinierungsstelle, die zu 93 % für die länderübergreifenden Aufgaben der Qualitätsentwicklung, wissenschaftlichen Begleitforschung und Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt werden konnten. Auch die für die Landeskoordination und Maßnahmen auf kommunaler Ebene zur Verfügung stehenden Bundesmittel in Höhe von 41 Mio. Euro werden mit rund 93,4 % nahezu verausgabt, wobei jedoch Unterschiede zwischen den Ländern zu beobachten sind (s. Tab. 1). So ist die vollständige Ausschöpfung in einigen Bundesländern auf landesspezifische Vergabeverfahren zurückzuführen (Verteilung der Mittel auf die Kommunen nach einem festen Schlüssel).

Die deutliche Steigerung der Ausschöpfungsquote im Vergleich der ersten beiden Haushaltsjahre zeigt, dass es in der Startphase 2012 gelungen ist, die notwendigen Voraussetzungen für eine planmäßige Umsetzung der Bundesinitiative zu schaffen. In den Folgejahren 2014 und 2015 ist daher eine vergleichbar hohe Ausschöpfung der bereitgestellten Mittel wie in 2013 zu erwarten.

Der Großteil der Bundesmittel fließt direkt in die Kommunen.

2013 wurde der weitaus größte Teil der Bundesmittel – rund 80 % – für Maßnahmen in den Kommunen verausgabt (s. Abb. 1).[5] Weitere rund 5 % werden für sogenannte zentrale Maßnahmen auf Landesebene aufgewendet, wie die landesweite Umsetzung von bereits erprobten Modellprojekten, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung oder überregional durchgeführte Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte. Diese Maßnahmen kommen direkt oder indirekt ebenfalls der kommunalen Praxis zugute.

ABBILDUNG 1: VERTEILUNG DER BUNDESMITTEL 2013



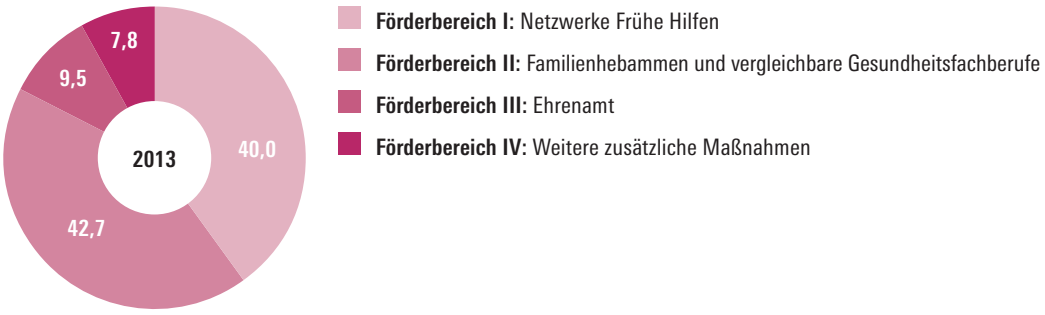
* Vom Land koordinierte/durchgeführte, landesweite Projekte und Maßnahmen
Datengrundlage: Maßnahmenpläne für 2013, Stand: 28.02.2014, Prozentwerte.

5 Die nachfolgenden Darstellungen der Mittelverwendung für das Haushaltsjahr 2013 beruhen auf den Maßnahmenplänen der Länder. Die Daten bilden den Stand zum 28.02.2014 ab. Es sind noch Änderungen zu erwarten, da die Maßnahmenpläne auf Planzahlen beruhen und nicht die tatsächlich verausgabten Mittel beziffern. (Quelle: BMFSFJ, eigene Berechnungen)

Im Zentrum der Förderung stehen der Auf- und Ausbau von kommunalen Netzwerkstrukturen sowie der Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen.

Die Verteilung der Bundesmittel auf die Förderbereiche der Bundesinitiative zeigt, dass die Schwerpunkte der Förderung im Förderbereich I »Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« sowie im Förderbereich II »Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich« liegen. Für den Auf- und Ausbau von Netzwerken werden 2013 ca. 40 % der Mittel, die den Kommunen zur Verfügung stehen, eingesetzt (s. Abb. 2). Das entspricht rund 32 % der gesamten Bundesmittel. Für den Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen liegt dieser Anteil noch etwas höher: Hierauf entfallen 2013 laut Maßnahmenplänen der Länder rund 43 % der von den Kommunen zu verausgabenden Mittel. Das entspricht etwa 34 % der gesamten Bundesmittel. Demgegenüber fällt der Mitteleinsatz im Förderbereich III »Ehrenamtsstrukturen und in diese Strukturen eingebundene Ehrenamtliche« mit 9,5 % und im Förderbereich IV »Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen« mit knapp 8 % deutlich geringer aus. Diese Schwerpunktsetzungen entsprechen der mit der Bundesinitiative angestrebten und in der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern grundgelegten fachlichen Ausrichtung und spiegeln die Priorisierung unter den einzelnen Förderbereichen wider.

ABBILDUNG 2: VERTEILUNG DER MITTEL 2013 IN DEN KOMMUNEN AUF FÖRDERBEREICHE



Datengrundlage: Maßnahmenpläne für 2013, Stand: 28.02.2014, Prozentwerte.

Gefördert werden vor allem der Einsatz von Fachkräften auf der Grundlage spezifischer Kompetenzprofile und Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

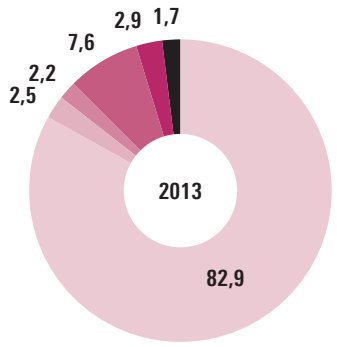
Der überwiegende Anteil (82,9 %) der für den Förderbereich I »Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« eingesetzten Fördermittel entfällt auf den Einsatz von Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren (s. Abb. 3). Damit werden die Netzwerkstrukturen in den Kommunen institutionalisiert und personell abgesichert und zugleich eine zentrale Qualitätsanforderung erfüllt. An diesem Bereich kann exemplarisch auch verdeutlicht werden, wie die Arbeit der Koordinierungsstellen von Bund, Ländern und Kommunen ineinandergreift: Die Bundeskoordinierungsstelle unterstützt die Arbeit der Netzwerkkoordinierenden durch die von ihr mit dem NZFH-Beirat herausgegebenen »Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Frühe Hilfen« und das »Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren«. Die Landeskoordinierungsstellen bieten entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen für die Fachkräfte an und sichern die Qualität in der Umsetzung.

Im Förderbereich II »Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich« zeigt sich ein ähnliches Bild: 91,1 % der Fördermittel in diesem Bereich fließen direkt in den Einsatz der Fachkräfte. Damit kommt ein erheblicher Anteil der Mittel der Bundesinitiative direkt den von den Fachkräften betreuten Familien zugute. Verbindliche Fördervoraussetzung ist die Qualifizierung der eingesetzten Fachkräfte aus Gesundheitsfachberufen gemäß dem Kompetenzprofil Familienhebammen der Bundeskoordinierungsstelle. Damit wurde ein bundesweit einheitlicher Qualitätsstandard geschaffen und umgesetzt. Entsprechende Schulungen werden ebenfalls von den Landeskoordinierungsstellen organisiert und qualitätsgeprüft.

Im Förderbereich III »Ehrenamtsstrukturen und in diese Strukturen eingebundene Ehrenamtliche« liegt der Schwerpunkt der Mittelverwendung in der fachlichen Absicherung der Laientätigkeit durch eine hauptamtliche Begleitung, der Qualifizierung dieser Fachkräfte und weiteren Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Zusammengenommen machen diese qualitätsbezogenen Fördergegenstände 88 % der Fördermittel in diesem Bereich aus.[6]

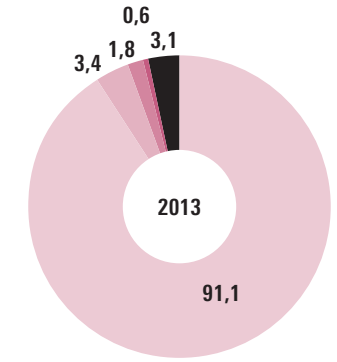
6
Für den Förderbereich IV wurden in der Verwaltungsvereinbarung keine Fördergegenstände festgelegt. Eine detaillierte Darstellung ist daher nicht möglich.

ABBILDUNG 3: VERTEILUNG DER MITTEL 2013 IN DEN KOMMUNEN AUF FÖRDERGEGENSTÄNDE



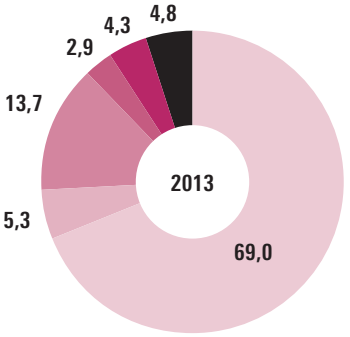
Förderbereich I: Netzwerke Frühe Hilfen

- Einsatz von Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren
- Qualifizierung/Fortbildung Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren
- Dokumentation/Evaluation Netzwerkprozesse
- Förderung der konkreten Arbeit von Netzwerkpartnern
- unterstützende Öffentlichkeitsarbeit
- sonstige Maßnahmen



Förderbereich II: Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsberufe

- Einsatz von Familienhebammen
- Qualifizierung, Fortbildung, Fachberatung, Supervision
- Qualitätssicherung/Dokumentation des Einsatzes in Familien
- Aufwendungen für Teilnahme an der Netzwerkarbeit
- sonstige Maßnahmen



Förderbereich III: Ehrenamt

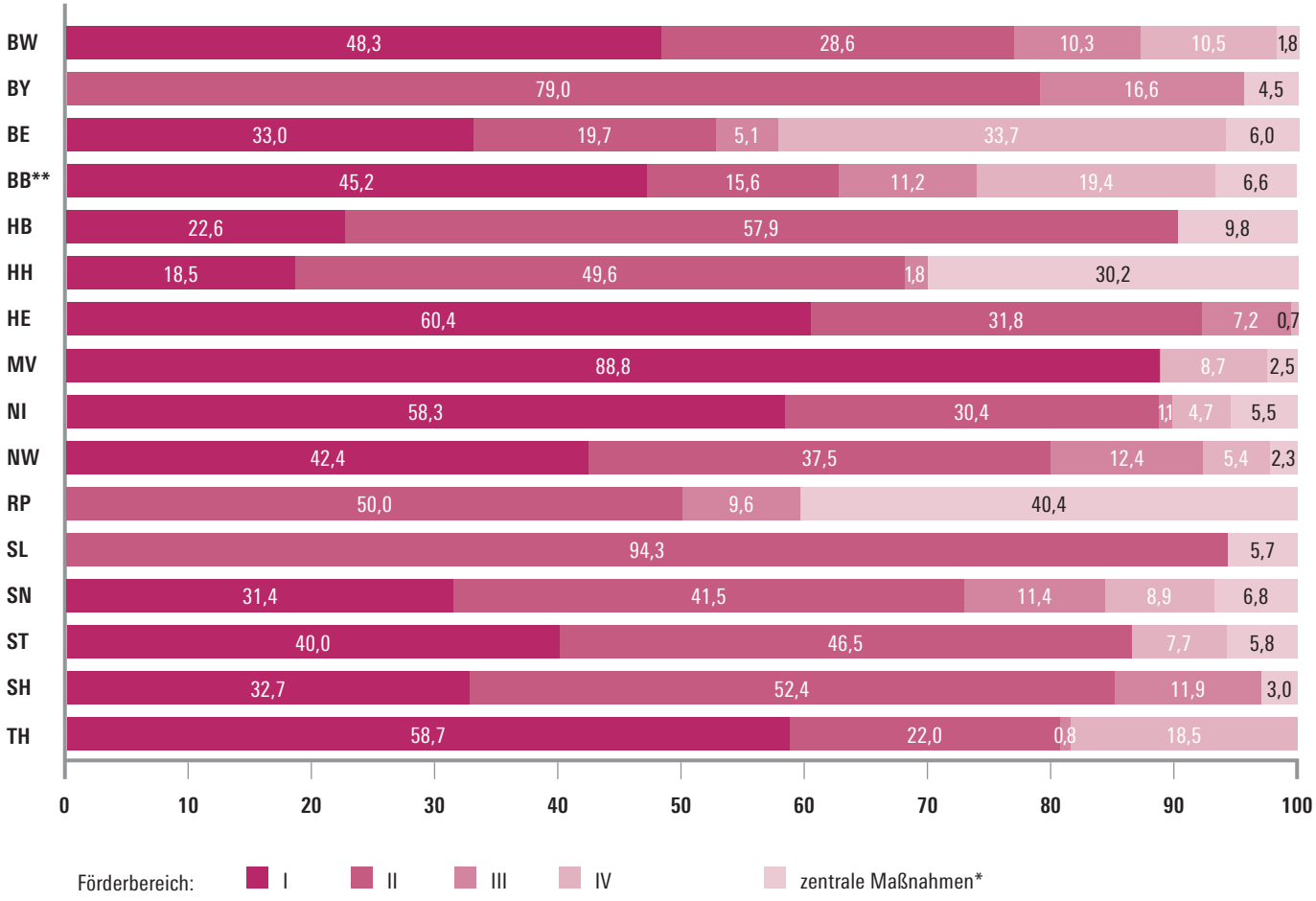
- Koordination/Fachbegleitung durch hauptamtliche Fachkräfte
- Qualifizierung von Ehrenamtskoordinatorinnen und -koordinatoren
- Qualitätssicherung
- Aufwendungen für Teilnahme an der Netzwerkarbeit (Koordinierende und Ehrenamtliche)
- Fahrtkosten für den Einsatz von Ehrenamtlichen
- sonstige Maßnahmen

Datengrundlage: Maßnahmenpläne für 2013, Stand: 28.02.2014, Prozentwerte.

Die Bundesinitiative ermöglicht länderspezifische Schwerpunktsetzungen, aufbauend auf den bereits bestehenden Strukturen.

Sowohl in der Verteilung der Fördermittel auf die einzelnen Förderbereiche als auch bezogen auf den Stellenwert von zentralen Maßnahmen zeigen sich 2013 deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern (s. Abb. 4).

ABBILDUNG 4: MITTELEINSATZ IN DEN LÄNDERN NACH FÖRDERBEREICHEN



* Vom Land koordinierte/durchgeführte, landesweite Projekte und Maßnahmen

** Brandenburg: Gesamtmittel gemäß Maßnahmenplan übersteigen den Höchstbetrag um rd. 64.000 Euro.

Datengrundlage: Maßnahmenpläne für 2013, Stand: 28.02.2014, ohne Kosten für Landeskoordination, Prozentwerte.

So werden bspw. in Bayern, Rheinland-Pfalz und dem Saarland die Netzwerkstrukturen ausschließlich mit Landesmitteln gefördert, sodass der Einsatz von Bundesmitteln entfällt. Ähnliches gilt für den Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in Mecklenburg-Vorpommern, der über ein landesweites Programm finanziert wird. Der verhältnismäßig hohe Anteil der Ausgaben für zentrale Maßnahmen in Hamburg und Rheinland-Pfalz ist auf die flächendeckende Ausweitung von Modellprojekten zur Fallvermittlung an Geburtskliniken zurückzuführen. Diese Unterschiede zeigen, dass die Bundesinitiative den Ländern und Kommunen Möglichkeiten bietet, auf bereits etablierten Strukturen aufzubauen. So können auch Doppelförderungen sowie die Verschiebung von bisherigen Förderungen auf Mittel der Bundesinitiative weitgehend vermieden werden.

Insgesamt gesehen ermöglicht die Förderpraxis der Bundesinitiative einerseits die Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Ausgangslagen und fachlichen Schwerpunktsetzungen in Ländern und Kommunen, andererseits setzt sie vielfache Impulse zur Qualitätsentwicklung in diesem noch jungen Praxisfeld.

3

ERGEBNISSE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITFORSCHUNG ZUR BUNDESINITIATIVE FRÜHE HILFEN

3.1 Zentrale Forschungsergebnisse auf einen Blick

3.2 Unterstützungsbedarfe von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland

3.3 Auf- und Ausbau von kommunalen Angeboten und Strukturen im Bereich Frühe Hilfen

3.4 Wirkungs- und Professionsforschung

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen hat das Ziel, bundesweit eine Verbesserung der Situation von (werdenden) Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres herbeizuführen (Art. 1 Abs. 2 VV BIFH). Dieses Ziel soll durch eine Verbesserung der Versorgung mit bedarfsgerechten, passgenauen Angeboten zur Information, Beratung und Unterstützung der Familien erreicht werden.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative ist die Ermittlung der Versorgungsqualität im Bereich Frühe Hilfen (Art. 6 Abs. 1 VV BIFH), die als Gegenüberstellung von ermittelten Bedarfen zu bestehenden Angeboten zu verstehen ist. Um eine Aussage zur Versorgungsqualität machen zu können, sind mehrere Untersuchungsschritte notwendig: Zunächst müssen die potenziellen Adressatinnen und Adressaten der Angebote nach ihrer Lebenssituation und ihrem jeweiligen Unterstützungsbedarf gefragt werden. Zudem werden Kenntnisstand und Nutzungsverhalten der Adressatinnen und Adressaten erhoben, um zu erfahren, ob die vorhandenen Angebote bei den Familien ankommen bzw. von ihnen angenommen werden (**Prävalenz- und Versorgungsforschung**). In einem weiteren Schritt werden die zuständigen Stellen für die Bereitstellung entsprechender Angebote nach dem lokalen Ausbaustand im Bereich Frühe Hilfen befragt, sowohl hinsichtlich der Quantität als auch der Qualität (**Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen**). Die Zusammenführung der Ergebnisse der verschiedenen Forschungszugänge soll Aufschluss über den Stand der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres in Deutschland geben. Auf dieser Wissensbasis können Unterstützungsangebote weiter zielgerichtet ausgebaut und auf die tatsächlichen Bedarfe von Eltern und Kindern zugeschnitten werden.

Um eine effektive und effiziente Gestaltung der Angebote zu erreichen, bedarf es zudem einer Überprüfung der Wirkung der eingesetzten Interventionsmodelle. Dazu werden die Ergebnisse der Modellprojekte aus dem zurückliegenden Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« weiter ausgewertet sowie einige ausgewählte Projekte weiter gefördert, um auch die Nachhaltigkeit der Interventionen zu untersuchen (**Wirkungsforschung**). Darüber hinaus liefern professionsbezogene Forschungsansätze Hinweise auf Qualifizierungsbedarfe seitens der Fachkräfte und zu notwendigen konzeptionellen Schärfungen bezüglich ihrer Einsatzformen und Aufgabenprofile im interprofessionellen Praxisfeld Frühe Hilfen (**Professionsforschung**).

Im Folgenden werden die aktuellen Befunde der jeweiligen Forschungsstränge dargestellt, dabei werden den Teilkapiteln resümierende Zusammenfassungen vorangestellt. Eine Übersicht zu allen wesentlichen Befunden liefert das nachfolgende Kapitel.

3.1 ZENTRALE FORSCHUNGSERGEBNISSE AUF EINEN BLICK

Aus Sicht der überwiegenden Mehrheit der in den Jugendamtsbezirken Befragten (ca. 76 %) leisten die Maßnahmen der Bundesinitiative einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Dazu tragen folgende Entwicklungen bei:

Auf- und Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen

In fast allen Jugendamtsbezirken wurden, ausgehend von unterschiedlichen Ausbauständen in den Ländern, im Zuge der Umsetzung der Bundesinitiative die strukturellen Voraussetzungen für einen bundesweiten flächendeckenden Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen geschaffen: 92,5 % der Befragten haben angegeben, dass in ihrem Jugendamtsbezirk eine Netzwerkstruktur mit Zuständigkeit für Kinderschutz und/oder Frühe Hilfen installiert ist. Zudem wurden Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen nahezu flächendeckend eingerichtet. Sie sind fast ausschließlich in Jugendämtern institutionell angesiedelt (92,6 %).

Dennoch wird in vielen Jugendamtsbezirken auch im Bereich »Auf- und Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen« nach wie vor ein (sehr) hoher fachlicher Entwicklungsbedarf gesehen. Dies ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Sensibilisierung der Fachpraxis in Bezug auf Qualitätsanforderungen an solche Netzwerke zurückzuführen. Zudem besteht zwischen den Ländern und in Kommunen nach wie vor eine große Heterogenität bezüglich der konzeptionellen Grundausrichtung der Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen und/oder Kinderschutz. Die Hälfte der Jugendamtsbezirke hält integrierte Netzwerke mit Zuständigkeit sowohl für Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen vor, fast ein Viertel der Jugendamtsbezirke haben unterschiedlich stark voneinander getrennte Netzwerke und 16,4 % der Jugendamtsbezirke haben entweder nur ein Netzwerk Kinderschutz oder nur ein Netzwerk Frühe Hilfen.

In vier von fünf Netzwerken sind vor allem öffentlich finanzierte Institutionen wie Gesundheitsamt, Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, der Allgemeine Soziale Dienst und Schwangerschaftsberatungsstellen als Partner beteiligt und prägen somit die Netzwerke Frühe Hilfen. Zentrale Partner aus dem Gesundheitswesen wie Kinderärztinnen und -ärzte (66,1 %), niedergelassene Hebammen (64,7 %), Geburtskliniken (62,2 %) und Kinderkliniken (49,2 %) sind seltener in den lokalen Netzwerken anzutreffen, obwohl sie in der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative als einzubindende Akteure ausdrücklich erwähnt werden. Besonders kritisch ist die geringe Beteiligung derjenigen Gesundheitsdienste zu bewerten, die in der Behandlung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen von Eltern tätig sind. Sozialpsychiatrische Dienste sind lediglich in jedem dritten Netzwerk vertreten, nur in 23,4 % der Netzwerke finden sich Abteilungen bzw. Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie und in nur 16,8 % der Netzwerke beteiligen sich psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen.

Sowohl eine finanzielle Förderung als auch eine gesetzliche Verpflichtung haben einen positiven Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und -qualität: Diejenigen Partner, die gesetzlich verpflichtet sind – wie die Schwangerschaftsberatungsstellen – oder deren Teilnahme am Netzwerk budgetiert ist – wie es bei den Familienhebammen der Fall ist –, sind besonders häufig in den Netzwerken vertreten. Auch die Qualität der Kooperation mit diesen Partnern wird von den befragten Jugendamtsbezirken besonders gut bewertet. Darüber hinaus übt die Form der Zusammenarbeit einen Einfluss auf die wahrgenommene Qualität der Kooperation aus: Sie wird positiver bewertet, wenn mit den Akteuren sowohl fallübergreifend als auch fallbezogen zusammengearbeitet wird.

Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen

Die Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen hat eine gezielte Steuerung der lokalen Angebotsentwicklung ermöglicht: 9,9 % der Kommunen haben das Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien durch Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen neu aufgebaut, fast 30 % haben dieses Angebot quantitativ ausgebaut und über 27 % haben es qualitativ verbessert. Erste Ergebnisse aus der Prävalenzforschung bestätigen die hohe Bedeutung dieses Angebotes im Kontext Frühe Hilfen. Mit ihm können überproportional häufig Eltern mit niedrigem Bildungsgrad erreicht werden. Angebote mit Komm-Struktur, wie bspw. Elternkurse, werden hingegen eher von Eltern mit hohem Bildungsgrad wahrgenommen.

Beim Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen besteht trotz der Ausweitung durch die Bundesinitiative weiterhin ein hoher Entwicklungsbedarf. Eine bedarfsgerechte Versorgung mit diesem Angebot besteht nach Einschätzung der Befragten lediglich in 34,1 % der Jugendamtsbezirke, wobei keine einheitliche Bezugsgröße vorgegeben war. Ein Grund ist das deutliche Fehlen von ausreichend fortgebildeten Fachkräften, der von 60 % der Jugendamtsbezirke als Haupthindernis genannt wird. Auch Differenzen bezüglich der Höhe der Vergütung, zudem die geringe Höhe der zur Verfügung stehenden Fördermittel, lange Anfahrtswege sowie Schwierigkeiten bei der Auftragsklärung mit dem öffentlichen Auftraggeber bremsen bislang den Ausbau einer bedarfsgerechten Versorgung.

84 % der Jugendamtsbezirke setzen Familienhebammen vor allem in längerfristigen, aufsuchenden Angeboten ein. Sie werden jedoch auch in anderen Angebotstypen tätig. Vor allem der Einsatz im Rahmen ambulanter Erziehungshilfen (in 27,4 % der Jugendamtsbezirke), die bis in den Bereich der Tertiärprävention hineinreichen können, ist aus Sicht der Frühen Hilfen kritisch zu bewerten und weist auf einen konzeptionellen Klärungs- und Profilierungsbedarf hin.

Einsatz von Ehrenamtlichen

Die Förderbereiche »Ehrenamtsstrukturen und in diese Strukturen eingebundene Ehrenamtliche« und »Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen« haben im Rahmen der Bundesinitiative insgesamt keinen großen Stellenwert. Im Feld der Frühen Hilfen findet sich ehrenamtliches Engagement vor allem in Angeboten mit sogenannten Familienpatinnen und -paten. Sie wurden in fast 60 % der Jugendamtsbezirke realisiert, jedoch nur in einem Viertel davon aus Mitteln der Bundesinitiative gefördert. Die Förderung durch die Bundesinitiative unterstützt vor allem die Qualitätsentwicklung im Bereich Ehrenamt. 84 % der Jugendamtsbezirke mit geförderten Projekten in diesem Bereich sichern die Qualität der Arbeit insbesondere durch die fachliche Begleitung und Koordination der Laien mit Fachkräften. Bei der Qualifizierung der Koordinierenden und der Ausgestaltung der Projekte zur Schnittstelle zum Kinderschutz besteht jedoch vielerorts noch Entwicklungsbedarf.

3.2 UNTERSTÜTZUNGSBEDARFE VON FAMILIEN MIT SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN IN DEUTSCHLAND

3.2.1 AUFBAU UND DESIGN DER PRÄVALENZ- UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

Mithilfe aufeinander aufbauender Studien sollen Erkenntnisse über die unterschiedlichen Lebenssituationen gewonnen werden, in denen Säuglinge und Kleinkinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres in Deutschland derzeit aufwachsen, sowie zu den Ressourcen und Belastungen ihrer Familien und zu dem daraus ableitbaren Unterstützungsbedarf. Zudem wird ermittelt, von welchen öffentlichen Unterstützungsangeboten die Familien Kenntnis haben bzw. welche ihnen angeboten wurden und welche davon sie tatsächlich nutzen. Diese Daten werden benötigt, um mit den Mitteln des Fonds die regionalen bzw. kommunalen Angebotsstrukturen zielgerichtet weiterentwickeln zu können.

Zunächst wurden mehrere Vorstudien (Pilotstudien) durchgeführt, um für die spätere Hauptstudie zum einen aussagefähige Forschungsinstrumente zu entwickeln und zum anderen verschiedene Zugangsmöglichkeiten zum Forschungsfeld zu testen. Ziel ist die Einbeziehung von Familien aus allen Schichten und Milieus, um möglichst zuverlässige Aussagen über das Vorkommen von Belastungsmerkmalen in der Bevölkerung treffen zu können. Parallel dazu wird eine kleine Stichprobe von Familien intensiver und zudem in ihrer häuslichen Umgebung untersucht (Vertiefungsstudie). Auf diese Weise soll geprüft werden, inwieweit Selbstaussagen, die die Familien in Telefoninterviews und Fragebögen treffen, mit ihrer realen Lebenssituation zusammenhängen. Zum anderen können in dieser Studie auch Einflüsse der familiären Lebenssituation auf die Entwicklung der Kinder betrachtet werden, da die Eltern und Kinder mehrmals befragt und untersucht werden. 2015 wird schließlich eine repräsentative, epidemiologische Studie (Hauptstudie) zum Vorkommen und zur Verteilung psychosozialer Belastungen in der Gruppe der Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland durchgeführt werden.

Pilotstudien zur Instrumentenentwicklung und Erprobung des Feldzugangs

Um ein realistisches Bild der Lebenswirklichkeiten von Familien mit Kindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres in Deutschland zu erhalten, ist es notwendig, dass Eltern aus unterschiedlichen sozialen Gruppen an den Studien teilnehmen. Erfahrungsgemäß sind diese Gruppen jedoch in sehr unterschiedlichem Maße bereit, an Umfragen teilzunehmen. In der Regel sinkt die Bereitschaft, wenn einer oder mehrere der folgenden Faktoren vorliegen: niedriger Bildungsstand, Migrationshintergrund, prekäre Einkommenssituation. Diese Merkmale stellen gleichzeitig einen Teil der Belastungen und Risikofaktoren dar, die in den Prävalenzstudien erhoben werden sollen. Vor diesem Hintergrund stellt die Gewinnung einer repräsentativen Stichprobe – als Voraussetzung für eine valide Einschätzung von psychosozialen Belastungen in der Untersuchungspopulation – eine große methodische Herausforderung dar. Es werden daher zunächst mehrere Methodenstudien mit dem Ziel durchgeführt, sowohl aussagekräftige Erhebungsinstrumente zu entwickeln als auch Wege der Ansprache und Mo-

tivierung der Familien für eine Studienteilnahme zu erproben. Um Vergleiche zu ermöglichen, sollen die eingesetzten Instrumente anschlussfähig sein an nationale und internationale wissenschaftliche Untersuchungen im Themenfeld.[7]

Im Rahmen einer Zusatzerhebung zu einer bereits bestehenden, repräsentativen nationalen Studie (KiföG[8]) wurde in einem ersten Schritt die grundsätzliche Bereitschaft von Eltern untersucht, über Belastungen im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes und in den ersten Lebensjahren Auskunft zu geben. Dabei konnte bereits eine Auswahl von Belastungsindikatoren erprobt werden. Erste Ergebnisse aus dieser Befragung zur Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Bereich Frühe Hilfen werden im nachfolgenden Kapitel 3.2.2 berichtet.

Die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten, Zugang zum Untersuchungsfeld zu erhalten, werden durch Erhebungen in vollständigen Geburtsjahrgängen in zwei soziostrukturell vergleichbaren Städten (Dortmund und Duisburg) untersucht: In der ersten Pilotstudie erfolgt die Erhebung in einem klassischen sozialwissenschaftlichen Design, indem Adressen aller Kinder unter drei Jahren ermittelt werden, die beim Einwohnermeldeamt in Dortmund registriert sind. Die Eltern werden im Anschluss telefonisch oder schriftlich kontaktiert. Dieses Vorgehen ist jedoch in der Regel mit den oben benannten Einschränkungen (Mittelschichtsbias) behaftet. Daher wird parallel in der zweiten Pilotstudie ein neuer Zugang über eine persönliche Ansprache der Eltern erprobt. Sie erfolgt im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen in kinderärztlichen Praxen in Duisburg. In dieser Studie werden auch die beteiligten Ärztinnen und Ärzte um eine Einschätzung der Lebenssituation des Kindes gebeten.

Neben der Ermittlung des erfolgversprechendsten Zugangs zu den Familien erfüllen die Pilotstudien noch einen weiteren Zweck: Aus der Gruppe der befragten Personen wird eine weitere Stichprobe gezogen, um die Auswirkungen psychosozialer Belastungen von Familien auf die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern vertiefend und längsschnittlich untersuchen zu können (Vertiefungsstudie). Dabei sollen überproportional viele Familien in belastenden Lebenslagen untersucht werden, zum Vergleich werden aber auch gering belastete Familien mit einbezogen. Die aus den Pilotstudien vorliegenden Daten zu den Familien dienen als Basis für eine gezielte Auswahl, die unter strenger Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen getroffen wird. Diese zusätzliche Funktion der Piloten begründet auch die Auswahl der Städte Duisburg und Dortmund, da hier aufgrund sozialstruktureller Merkmale der Bevölkerung von einem überproportional hohen Anteil von Familien in belastenden Lebenslagen ausgegangen werden kann.

Vertiefungsstudie zum Zusammenhang von psychosozialer Belastung und kindlicher Entwicklung

Die Durchführung der Vertiefungsstudie erfolgt in Kooperation mit der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen/Nürnberg, der Bergischen Universität Wuppertal sowie der Universität Bielefeld. Ab Juli 2014 werden mit den teilnehmenden Familien intensive Elterninterviews, Entwicklungstests der Kinder sowie videogestützte Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktion im häuslichen Umfeld

7 Studien, zu denen Anschlussfähigkeit hergestellt werden soll, sind z. B.: SOEP, Mikrozensus, PAIRFAM, AID:A, KiGGS (alle national), ISPCAN, NICHD, ALSPAC (international).

8 Es handelt sich um eine Erhebung in den Ländern zum Ausbaustand der Kindertagesbetreuung nach Inkrafttreten des Kinderförderungsgesetzes (KiföG).

durchgeführt. Erste Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen familiären Entwicklungsbedingungen, elterlichem Erziehungs- und Fürsorgeverhalten und kindlichem Entwicklungsverlauf werden im Frühsommer 2015 erwartet. Hieraus sollen Empfehlungen für die Bereitstellung passgenauer, entwicklungsadäquater Präventions- und Interventionsangebote abgeleitet werden. Der Einsatz von Beobachtungsverfahren ermöglicht auch ein vertieftes Verständnis der Befunde aus den Pilotstudien und der Hauptstudie, bei denen nur Selbstaussagen der Eltern erhoben werden können.

Hauptstudie zu Vorkommen und Verteilung von psychosozialen Belastungen bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland

Auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Pilotstudien soll zu Beginn des Jahres 2015 die bundesweit repräsentative Hauptstudie ins Feld gehen. Dabei sollen Familien mit Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres zu ihrer Lebenssituation befragt werden. Erhoben werden zudem ihre subjektiven und objektiven Belastungen, ihre Ressourcen, der von ihnen wahrgenommene Unterstützungsbedarf sowie ihre Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Hilfeangeboten. Mit ersten Ergebnissen wird im Herbst 2015 gerechnet. Auf dieser Basis sollen aussagekräftige und für die Planung benötigte Daten zum Unterstützungsbedarf von Familien mit kleinen Kindern bereitgestellt werden. Darüber hinaus ist es möglich, Veränderungen in der Bekanntheit und Nutzung von Unterstützungs- und Hilfeangeboten im Verlauf der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu untersuchen. Hierzu ist ein Vergleich der 2015 neu erhobenen Daten mit den Ergebnissen der früheren Erhebung aus dem Jahr 2012 (KiföG-Zusatzerhebung) vorgesehen.

3.2.2 KENNTNIS UND INANSPRUCHNAHME VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN FÜR FAMILIEN MIT SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN ZU BEGINN DER BUNDESINITIATIVE FRÜHE HILFEN

Erste Ergebnisse aus einer repräsentativen Vorstudie zu Beginn der Bundesinitiative Frühe Hilfen zeigen, dass Bekanntheit und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres zu Beginn der Bundesinitiative erheblich variieren. Besonders weit verbreitet und allgemein akzeptiert sind Gruppenangebote und Kurse für Eltern. Aufsuchende Angebote durch Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen sind hoch akzeptiert. Ob der geringere Verbreitungsgrad dem Bedarf entspricht, kann derzeit noch nicht beurteilt werden.
Kenntnis und Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote hängen auch mit sozialen Merkmalen wie bspw. dem Bildungsgrad der Eltern zusammen. Es zeigt sich, dass die fachliche Gestaltung der Angebote ausschlaggebend für die Nutzung bei spezifischen Zielgruppen ist: Aufsuchende Angebote erreichen überproportional häufig auch Eltern mit geringem Bildungsgrad, Angebote mit Komm-Struktur – wie bspw. Elternkurse – werden hingegen eher von Eltern mit hohem Bildungsgrad wahrgenommen.

Mittlerweile liegen Ergebnisse aus der ersten Pilotstudie vor.[9] Das NZFH beteiligte sich mit einer Zusatzerhebung zu Merkmalen psychosozialer familiärer Belastungen an der zweiten Welle der KiföG-Regionalstudie des Deutschen Jugendinstituts. Dabei wurden Ende 2012/Anfang 2013 über 13.000 Eltern von Kindern im Alter zwischen zwei und 35 Monaten telefonisch oder schriftlich zu Betreuungssituation und Betreuungswünschen in Kindertageseinrichtungen bzw. bei Tagespflegepersonen befragt.

Der Schwerpunkt der Zusatzerhebung lag auf der Erprobung von unterschiedlichen Belastungsindikatoren. Erhoben wurden sowohl objektive als auch subjektive Merkmale der allgemeinen Lebenssituation der Familie (Finanzen, Wohnen, Familienform usw.), der persönlichen Ressourcen der Eltern zur Übernahme der Erziehungsverantwortung (Bildungsstand, Berufstätigkeit, Partnerschaftsqualität, psychische Belastung usw.) und der Fürsorgeanforderungen durch das Kind (medizinische Komplikationen, Temperament, Regulationsschwierigkeiten[10] usw.). Auch externe Ressourcen (bspw. soziale Unterstützung), die der Familie zur Bewältigung von Belastungen zur Verfügung stehen, wurden ansatzweise erfasst. Die Daten wurden bis zum Frühjahr 2014 ausgewertet und liefern ein Bild von der Lebenssituation der Zielgruppen der Bundesinitiative Frühe Hilfen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass eine klassische sozialwissenschaftliche Umfrage eine geeignete und gut durchführbare Methode ist, um Belastungsmerkmale und Ressourcen von Familien mittels Selbstbericht der Eltern zu erheben. Wie erwartet, unterliegt die empirische Erfassung jedoch den typischen Verzerrungen. Einzelne Belastungsmerkmale – wie bspw. ein sehr junges Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes – kamen nur sehr selten vor (ca. 1 %). Andere – wie bspw. beengte Wohnverhältnisse – traten bei etwa einem Viertel der Stichprobe auf. Da für die Befragung jeweils nur ein geringes Zeitfenster von acht bis zehn Minuten zur Verfügung stand, konnten psychosoziale Belastungen nur unvollständig erfasst werden. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse dieser Studie zur Prävalenz von Belastungsfaktoren als vorläufig zu bewerten.

Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten variieren erheblich.

Ein weiterer Schwerpunkt der Erhebung war die Erfassung der Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Bereich Frühe Hilfen durch Eltern von Säuglingen und Kleinkindern. Zu diesem Teil der Befragung können bereits valide Ergebnisse berichtet werden, die eine erste Einschätzung der Reichweite der jeweiligen Angebote zu Beginn der Bundesinitiative erlauben (s. Abb. 5). Sowohl Kenntnis- als auch Nutzungsraten von Angeboten variieren beträchtlich unter den Befragten: Während Eltern-Kind-Gruppen und Elternkurse einer großen Mehrheit bekannt sind und auch von über der Hälfte der Befragten (58 %) genutzt werden, sucht nur eine relativ kleine Minderheit (ca. 9 %) die ebenfalls recht bekannten Beratungsstellen für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern auf. Familien- oder Stadtteilzentren stellen niedrigschwellige Anlaufstellen für Familien dar und sind auch etwas mehr als der Hälfte der Familien bekannt. Tatsächlich genutzt wird dieses Angebot jedoch von weniger als jeder fünften Familie (17 %).

9
Vgl. Brand, C./Bartels, V./Liel, C. (2013): Erhebung von Merkmalen psychosozialer familiärer Belastungen im Übergang zur Elternschaft. Zusatzerhebung des NZFH im Rahmen der KiföG Regionalstudie 2012. Unveröffentlichter Projektbericht. Deutsches Jugendinstitut, München.

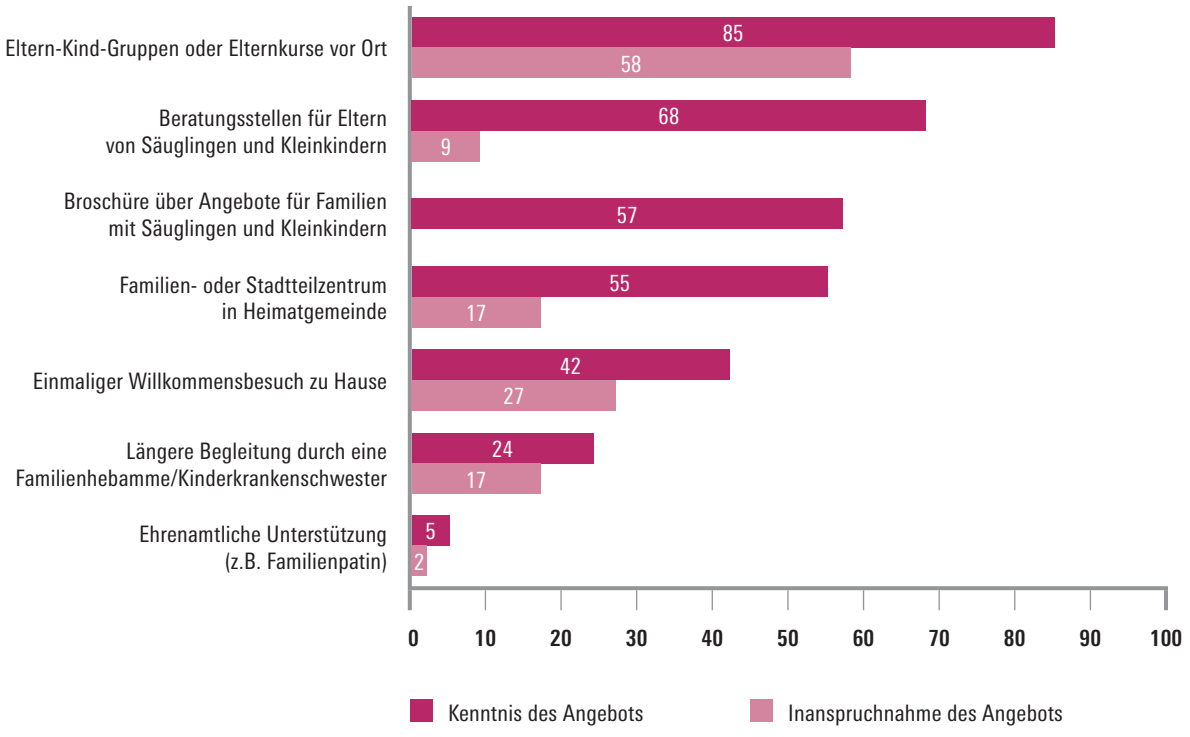
10
Regulationsschwierigkeiten bezeichnen Anpassungsprobleme des Säuglings in den ersten Lebensmonaten wie bspw. Probleme beim Einschlafen und Füttern, aber auch anhaltendes Schreien.

Schon zum Start der Bundesinitiative erhielten immerhin etwa drei von fünf Familien schriftliche Informationen über lokale Angebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern (nach der Inanspruchnahme wurde hier nicht gefragt). Zwei von fünf Familien mit Neugeborenen wurde zu diesem Zeitpunkt ein Willkommensbesuch angeboten, den zwei Drittel von ihnen auch in Anspruch nahmen. Die Gesamtreichweite dieses universell-präventiven Angebots liegt damit bei 27 %. Es könnte – je nach kommunalem Gesamtkonzept für Frühe Hilfen – noch weiter ausgebaut werden.

Fast ein Viertel der Familien erhielt das Angebot einer längerfristigen Unterstützung durch eine Familienhebamme oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin. Circa 70 % der Angesprochenen nahmen diese Option wahr, was auf eine hohe Akzeptanz hinweist. Die Reichweite dieses Angebots liegt zu Beginn der Bundesinitiative bei 17 %. Ob dies dem Bedarf entspricht, kann erst anhand der Ergebnisse der Hauptstudie beurteilt werden.

Die Verbreitung von ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten ist hingegen als sehr gering zu bezeichnen: Nur jeder zwanzigsten Familie wurde bspw. die Begleitung durch eine Familienpatin angeboten, fast die Hälfte dieser Familien nahm das Angebot auch an. Die Gesamtreichweite liegt hier jedoch bei nur 2 %. Die relativ gute Nutzung verweist darauf, dass ein Potenzial zum Ausbau dieser Angebote besteht.

ABBILDUNG 5: KENNTNIS UND INANSPRUCHNAHME VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN



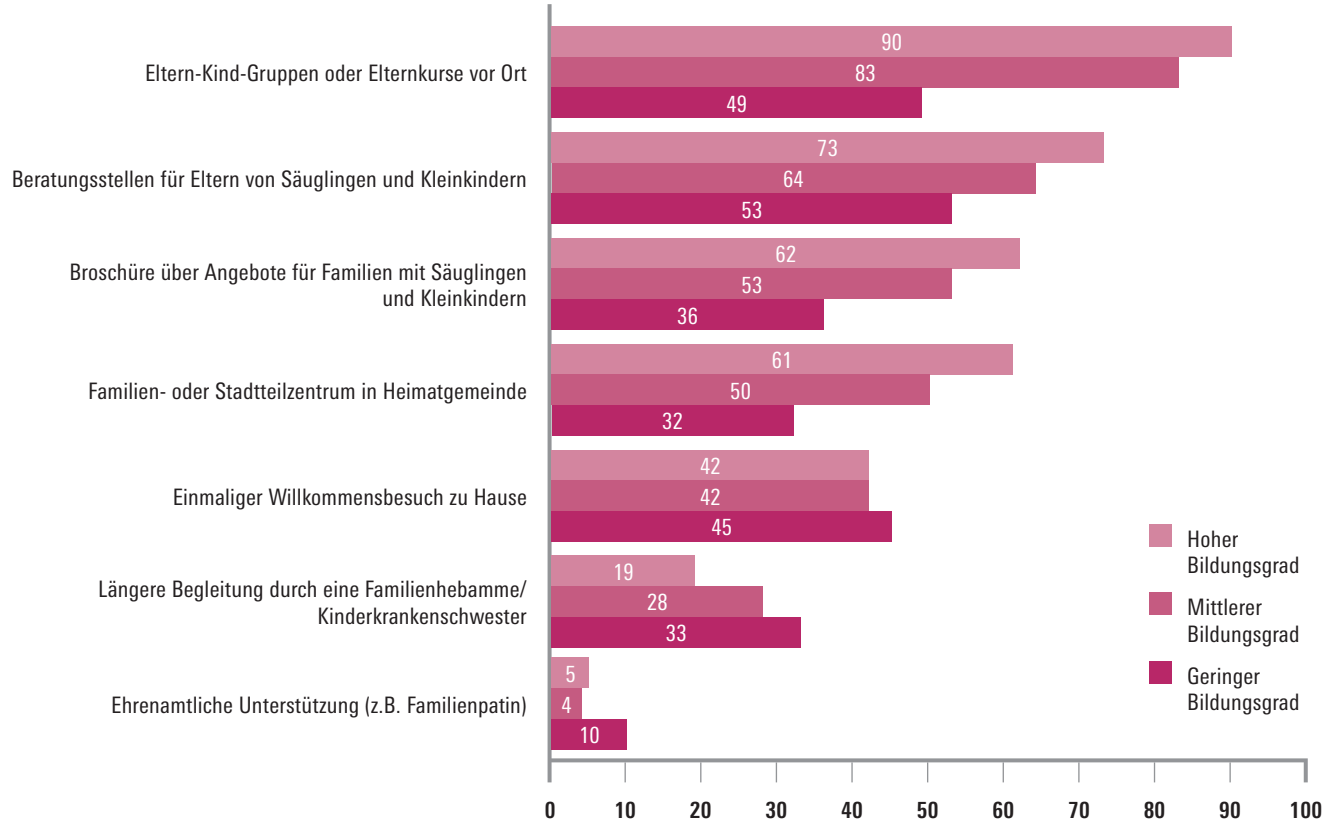
Quelle: KiföG-Zusatzerhebung, DJI 2014; N = 13.170 bis 13.421, gewichtete Prozentwerte.

Es lässt sich festhalten, dass Bekanntheit von spezifischen Unterstützungsmaßnahmen für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern und Nutzung derselben nicht gleichförmig verlaufen: Einen sehr hohen Grad an Bekanntheit und Nutzung erzielen Gruppenangebote und Kurse. Einen hohen Grad an Nutzung – bei zum Teil ausbaufähiger Bekanntheit – ist bei Willkommensbesuchen sowie bei längerfristigen aufsuchenden Angeboten durch Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen zu verzeichnen. Beratungsstellen und Familienzentren sind zwar noch relativ bekannt im Lebensumfeld der Familien, weisen aber eine relativ geringe Nutzungsrate auf. Angebote mit Ehrenamtlichen wiederum spielen zum Befragungszeitpunkt kaum eine Rolle, wenngleich auch sie prinzipiell einen guten Nutzungsgrad vorweisen können.

Die fachliche Gestaltung der Angebote bestimmt die Nutzung bei spezifischen Zielgruppen.

Eine differenzierte Betrachtung der Kenntnis und Inanspruchnahme von Angeboten im Kontext Frühe Hilfen entlang unterschiedlicher Belastungslagen der Familien ist derzeit nur sehr eingeschränkt möglich. Dies ist begründet in der unvollständigen Operationalisierung von Belastungen in der KiföG-Zusatzerhebung. Es wird daher im Folgenden ein Einzelindikator herangezogen, dem bei der Bestimmung von Belastungsindices eine besondere Aufmerksamkeit zukommt: der Bildungsgrad der Befragten.

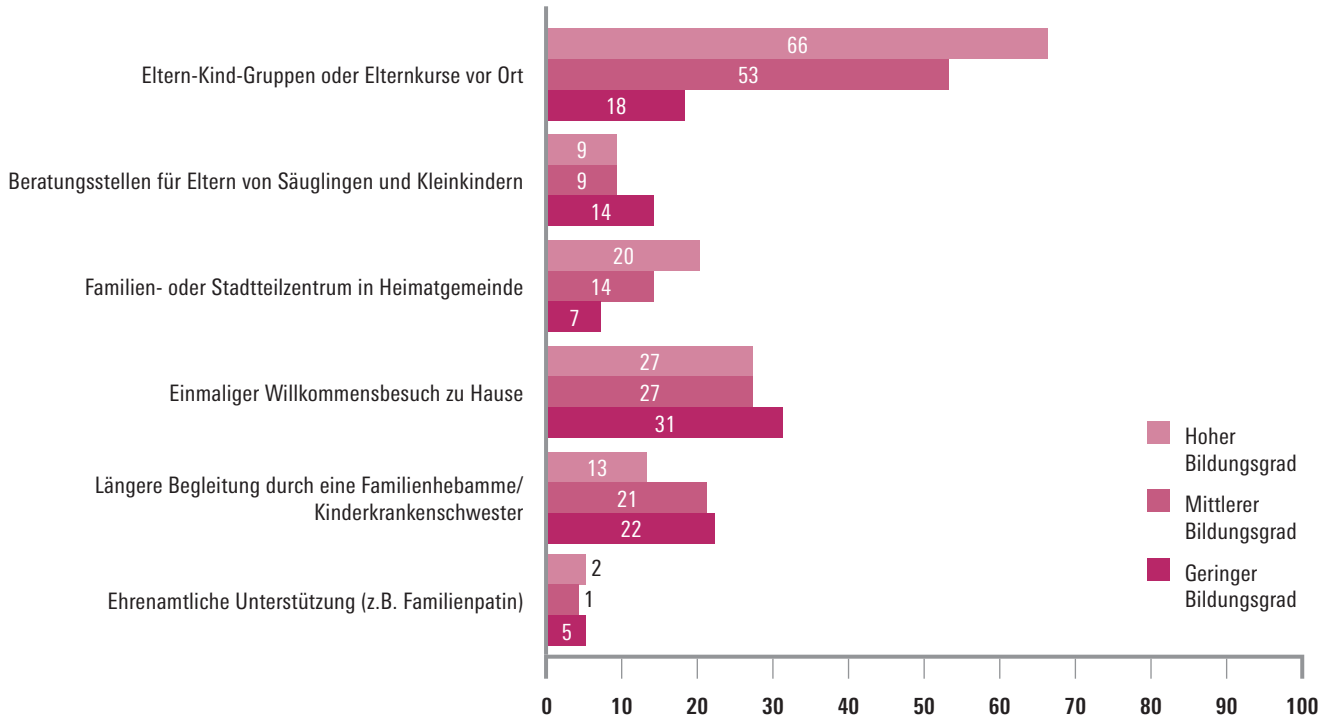
ABBILDUNG 6: KENNTNIS VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN NACH BILDUNGSGRAD



Quelle: KiföG-Zusatzerhebung, DJI 2014; N = 13.170 bis 13.421, gewichtete Prozentwerte, Bildung definiert nach ISCED 97 (0–2B, 2A–4, 5–6)

Die Kenntnis und Nutzung der verschiedenen Unterstützungsangebote hängt stark vom Bildungsgrad der Adressatinnen und Adressaten ab. Hier zeigt sich die große Bedeutung der methodischen Gestaltung des Angebots für den Zugang zu spezifischen Zielgruppen: Angebote mit einer »Geh-Struktur« – wie bspw. von Fachkräften, aber auch von Ehrenamtlichen durchgeführte aufsuchende Hilfen oder Unterstützungsangebote – werden eher Eltern mit einem niedrigem Bildungsabschluss angeboten und von diesen auch überproportional häufig genutzt. Die Kenntnis und Nutzung von Angeboten mit »Komm-Struktur« – wie bspw. Gruppenangebote und Kurse sowie Familien- und Stadteilzentren – nimmt mit dem Bildungsgrad der Eltern deutlich zu (s. Abb. 6 und Abb. 7). Eine Ausnahme bilden die Beratungsstellen: Sie sind zwar in Gruppen mit höherem Bildungsgrad deutlich bekannter, werden aber häufiger von Eltern mit geringerem Bildungsgrad in Anspruch genommen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in dieser Gruppe auch häufiger Probleme auftreten, die von den Eltern nicht allein bearbeitet werden können.

ABBILDUNG 7: INANSPRUCHNAHME VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN NACH BILDUNGSGRAD



Quelle: KiföG-Zusatzerhebung, DJI 2014; N = 13.170 bis 13.421, gewichtete Prozentwerte, Bildung definiert nach ISCED 97 (0–2B, 2A–4, 5–6)

Diese Befunde unterstreichen die große Bedeutung aufsuchender Hilfeangebote zur Versorgung schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen in belastenden Lebenslagen. Beratungsstellen sollten ihren Bekanntheitsgrad in diesen spezifischen Zielgruppen steigern und Zugangsschwellen weiter abbauen. Demgegenüber scheinen sozialraumorientierte Angebote mit Komm-Struktur besonders geeignet zu sein, um die durchschnittliche Bevölkerung anzusprechen. Diese Daten müssen aber in der Hauptstudie noch weiter verifiziert werden.

3.3 AUF- UND AUSBAU VON KOMMUNALEN ANGEBOTEN UND STRUKTUREN IM BEREICH FRÜHE HILFEN

Ein zentraler Bestandteil der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist die Dokumentation und Evaluation des Strukturaufbaus in den Kommunen (vgl. Art. 6 Abs. 1, Art. 8 und 9 VV BIFH). Sie besteht im Kern aus einer jährlichen, standardisierten Befragung sämtlicher von der Bundesinitiative geförderten Jugendamtsbezirke. Die folgenden Ausführungen basieren auf dem wissenschaftlichen Bericht des NZFH zu den Ergebnissen der ersten Welle der quantitativen Kommunalbefragung, der für den Zwischenbericht zur Bundesinitiative Frühe Hilfen zu Kernaussagen verdichtet wurde.[11]

Der Erhebungszeitraum der Online-Befragung begann im September 2013 und endete im Januar 2014, um möglichst vielen Jugendamtsbezirken eine Teilnahme zu ermöglichen. Die Rücklaufquote betrug 95,9 %.[12] Diese hohe Ausschöpfung ist insbesondere auf die in der Verwaltungsvereinbarung festgeschriebene Mitwirkungspflicht der Kommunen zurückzuführen, aber auch auf eine umfassende Vorabinformation, ein systematisches und wiederholtes Nachfassen sowie auf die Unterstützung der Landeskoordinierungsstellen. Stichtag für die jeweiligen Angaben war der 30.06.2013. Um Veränderungen abbilden zu können, wurde auch eine Reihe von Fragen retrospektiv, d. h. bezogen auf den Stand vor dem 01.01.2012 gestellt. Auf Basis der vorliegenden Daten kann daher ein nahezu vollständiges Bild zum aktuellen Stand des Strukturaufbaus im Bereich Frühe Hilfen und zu den diesbezüglichen Entwicklungen in den Kommunen seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes gezeichnet werden.[13]

3.3.1 ALLGEMEINE FACHLICHE IMPULSE UND ENTWICKLUNGSBEDARFE

Die Förderung durch die Bundesinitiative verbessert aus Sicht der Jugendämter die Möglichkeiten der präventiven Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Dabei kommt es zu einer gezielten Steuerung in den Frühen Hilfen: Vor allem werden längerfristige und aufsuchende Angebote zur Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern durch Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen ausgebaut. Auch der Einsatz von Ehrenamtlichen in diesem Feld wurde, wenn auch verhaltener, durch die Bundesinitiative weiter angeschoben. Daneben haben aber auch Maßnahmen und Angebote profitiert, die nicht explizit Gegenstand der Förderung waren, wie bspw. Begrüßungsschreiben und Willkommensbesuche sowie spezialisierte ambulante Hilfen zur Erziehung. Dies verweist zum einen auf eine breitere fachliche Ausstrahlung des Bundeskinderschutzgesetzes und der darin eingebetteten Bundesinitiative, zum anderen jedoch auch auf unklare Anwendungsbereiche aufgrund von definitorischen Abgrenzungsschwierigkeiten im bislang noch heterogenen Feld Frühe Hilfen.

11 Vgl. Sann, A./Pabst, C./Küster, E.-U./Wagner, K.: Ergebnisse der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Erste Erhebungswelle 2013. Hrsg. vom NZFH (in Vorbereitung).

12 577 der 579 Jugendamtsbezirke in Deutschland erhalten Mittel aus der Bundesinitiative Frühe Hilfen. 566 Jugendamtsbezirke konnten bei der Befragung berücksichtigt werden, davon haben sich 543 an ihr beteiligt.

13 Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf Auswertungen der Daten bezogen auf das Bundesgebiet als Gesamtheit. In einzelnen Ländern – auch in Abhängigkeit von ihren Förderschwerpunkten – kann es zu Abweichungen kommen, die hier jedoch im Einzelnen nicht dargestellt werden können.

Insgesamt sehen die Befragten auch ein Jahr nach dem Beginn der Bundesinitiative je nach Förderbereich in 39 bis 49 % der Jugendamtsbezirke noch einen hohen bis sehr hohen fachlichen Entwicklungsbedarf. Umgekehrt wird nur in 12 bis 18 % der Jugendamtsbezirke kein weiterer Bedarf angegeben. Im Bereich »Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« ist der fachliche Entwicklungsbedarf seit 2012 sogar gestiegen, was mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Sensibilisierung der Fachpraxis in Bezug auf Qualitätsanforderungen an solche Netzwerke zurückzuführen ist. Dies ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da eine Qualitätsentwicklung ausdrücklich intendiert wurde.

Ziel der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist es, zum einen die Umsetzung der Bundesinitiative mit ihren spezifischen Förderschwerpunkten abzubilden, zum anderen aber auch aufzuzeigen, welche darüber hinausgehenden fachlichen Impulse für das Feld zu erkennen sind. Dazu ist eine breite Erfassung unterschiedlicher Maßnahmen und Angebote auch aus angrenzenden Handlungsfeldern notwendig. Jedoch stellt die Erfassung von Angeboten und Maßnahmen im Bereich Frühe Hilfen eine methodische Herausforderung dar, da es derzeit keine exakte definitorische Abgrenzung dieser Leistungen gibt. In der Regel wird in der kommunalen Fachpraxis unter dem Begriff Frühe Hilfen ein breites Spektrum an Angeboten und Maßnahmen verstanden, das sowohl universell- bzw. primärpräventive Ansätze der Familien- und Gesundheitsförderung als auch selektiv- bzw. sekundärpräventive Hilfen für Familien in belastenden Lebenslagen umfasst.

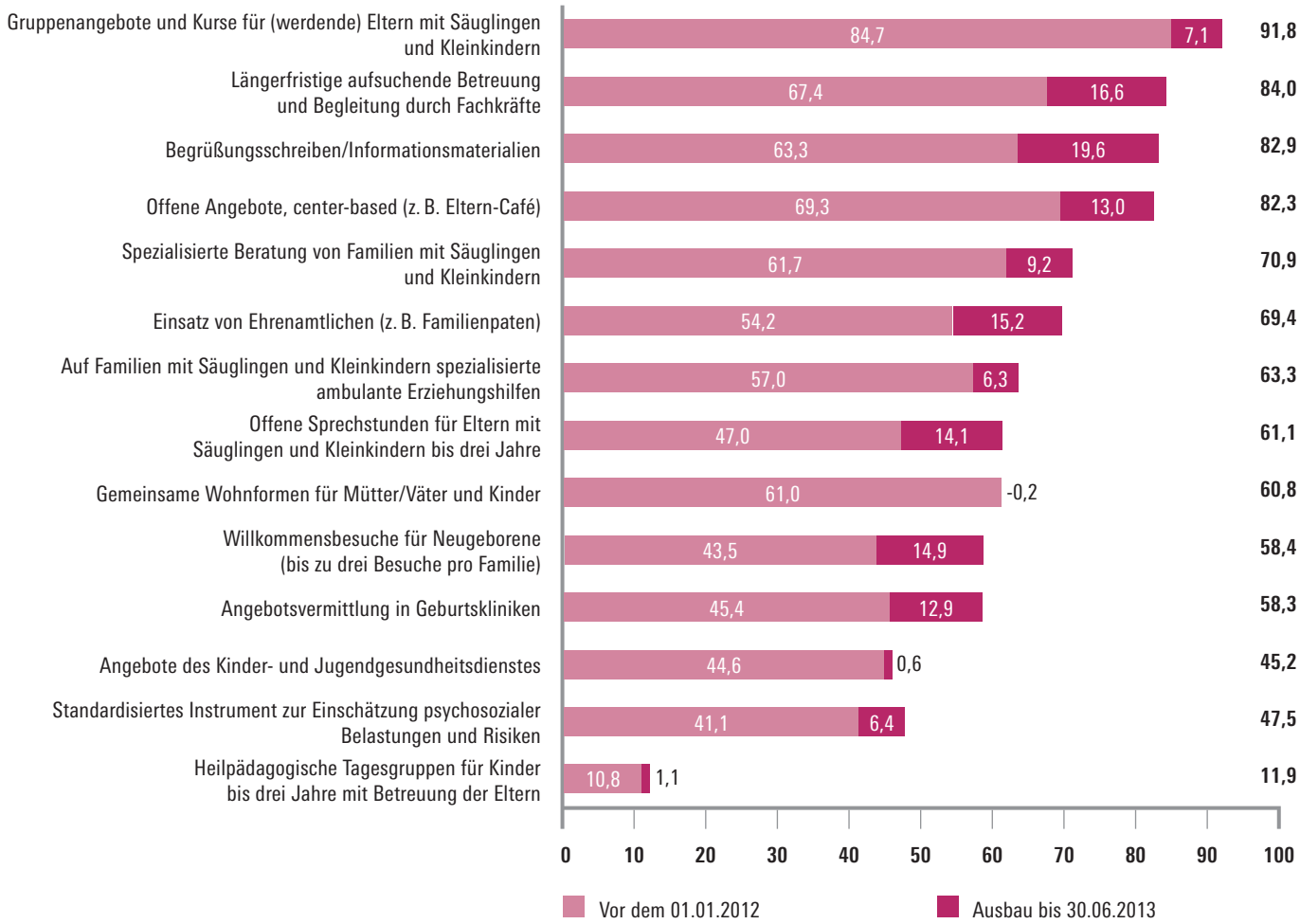
Um abzubilden, wie sich die Landschaft von Angeboten und Maßnahmen im Bereich der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres seit Inkrafttreten des BKiSchG bundesweit verändert hat, wurden im Rahmen der Kommunalbefragung insgesamt 14 unterschiedliche Typen von Angeboten bzw. Maßnahmen erhoben, die prinzipiell dem Bereich Frühe Hilfen oder eng angrenzenden Leistungsbereichen zugeordnet werden können, bspw. der Frühförderung, Schwangerschaftsberatung, dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder der Familienbildung. Es wurde danach gefragt, ob dieser Angebotstypus im Jugendamtsbezirk bereits vor dem 01.01.2012 und aktuell zum Stichtag 30.06.2013 vorlag (s. Abb. 8). Die Daten lassen daher nur Aussagen zum Vorkommen des Angebotstypus zu, jedoch nicht zur Reichweite bzw. dem Versorgungsgrad der Bevölkerung mit diesem Angebot. Zudem wurde erfragt, ob diese Angebots- bzw. Maßnahmeformen mit Mitteln der Bundesinitiative auf- bzw. ausgebaut wurden (s. Abb. 9). Diese Vorgehensweise ermöglicht es, spezifische Effekte der Förderung von unspezifischen Effekten – bspw. durch eine generelle Mobilisierung der Fachpraxis durch das BKiSchG – unterscheiden zu können.

Die Bundesinitiative entfaltet spezifische Fördereffekte, darüber hinaus sind auch breitere fachliche Impulse durch das BKiSchG erkennbar.

Den höchsten Verbreitungsgrad in den Kommunen haben nach wie vor Gruppenangebote und Kurse für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres (91,8 %). Diesen folgen Angebote zur längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Be-

gleitung durch Fachkräfte (84 %), Begrüßungsschreiben/Informationsmaterialien für Eltern (82,9 %) und offenen Angeboten im Sozialraum, wie bspw. Elterncafés (82,3 %). Diese vier Angebotstypen bilden momentan in vier von fünf Kommunen den Kern im Bereich Frühe Hilfen. Allerdings kann nur der zweite Typus explizit mit den Mitteln der Bundesinitiative gefördert werden. Wenig verbreitet sind hingegen spezifische pädagogische Angebote, wie bspw. eine heilpädagogische Tagesgruppe für Kleinkinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, die auch eine Betreuung der Eltern umfasst (11,9 %). Eine uneinheitliche Verbreitung finden die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (45,2 %). Ihr Vorkommen ist zum einen abhängig von landesspezifischen Regelungen und kommunalspezifischen Ausgestaltungen. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass diese Angebote den Befragten aus den Jugendämtern nicht immer bekannt sind.

ABBILDUNG 8: JUGENDAMTSBEZIRKE MIT MASSNAHMEN UND ANGEBOTEN IM BEREICH DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG VON FAMILIEN MIT SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES DRITTEN LEBENSJAHRES



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 514–539, Prozentwerte.

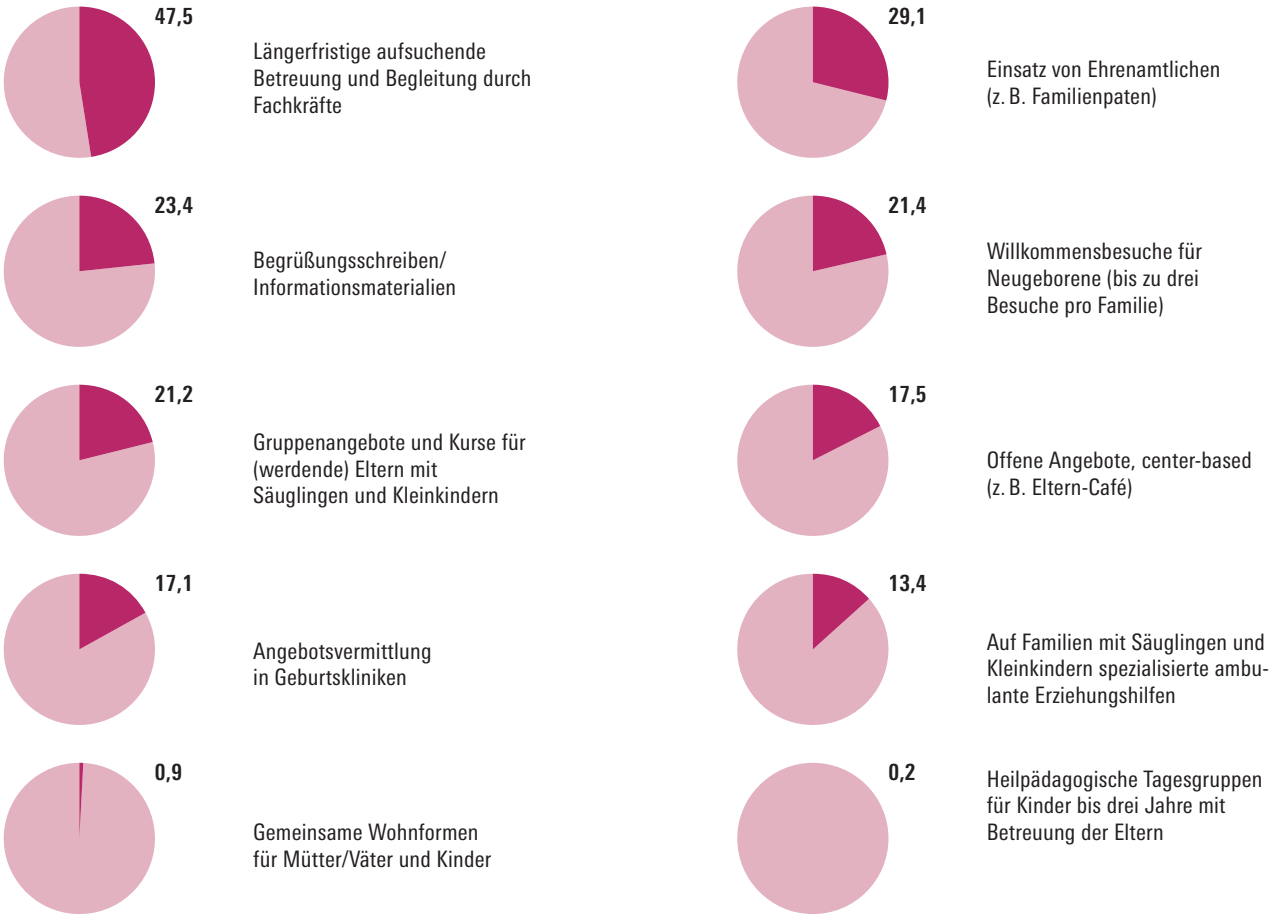
Der Einsatz von standardisierten Instrumenten zur Einschätzung von psychosozialen Belastungen und Risiken ist nach wie vor nur in knapp der Hälfte der Jugendamtsbezirke üblich (47,5 %). War eine Ausweitung des Einsatzes solcher Instrumente 2006 noch erklärtes Ziel des Aktionsprogramms Frühe Hilfen, um Familien zielgerichtet und passgenau Unterstützung zukommen lassen zu können, muss hier nun eine Stagnation festgestellt werden. In der Fachpraxis stößt der Einsatz solcher Instrumente teilweise auf Befürchtungen, dass damit ein Labeling bestimmter Gruppen von Familien einhergehen könnte. Dies mag einer der Gründe sein, die einer weiteren Verbreitung nachhaltig entgegenstehen.

Mit Blick auf die zeitliche Dynamik seit Einführung des BKiSchG und dem Beginn der Bundesinitiative fällt auf, dass der höchste Zuwachs seit 2012 mit 19,6 % bei den Begrüßungsschreiben bzw. Informationsmaterialien für (werdende) Eltern zu verzeichnen ist. Mit diesem Angebot, das relativ schnell zu realisieren ist, können die Jugendämter ihrer in § 2 Abs. 1 KKG festgelegten Informationspflicht von Eltern in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren nachkommen. Diese Maßnahmen sind allerdings nicht explizit Fördergegenstand der Bundesinitiative. Den zweithöchsten Zuwachs weist mit 16,6 % die Angebotsform »Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung durch Fachkräfte außerhalb der Regelversorgung« auf. Hierunter fallen überwiegend Angebote, bei denen Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen eingesetzt werden. Auch Angebote mit Ehrenamtlichen, z. B. mit Familienpatinnen und -paten, haben deutlich gewonnen (15,2 %). Diese beiden Angebotsformen fallen in die spezifische Förderung durch die Bundesinitiative. Ebenfalls stark zugenommen haben sogenannte »Willkommensbesuche«: Knapp 15 % mehr Jugendamtsbezirke als noch 2012 geben an, dieses Angebot vorzuhalten, das wie die Begrüßungsschreiben nicht explizit im Förderbereich der Bundesinitiative liegt. Keine bis sehr geringe Zuwächse sind bei Angeboten zu beobachten, die in Bezug auf Frühe Hilfen als eher randständig zu betrachten bzw. einem anderen Leistungssystem zugeordnet sind: gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und ihre Kinder (- 0,2 %), Angebote des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (0,6 %) und auf Elternbetreuung spezialisierte heilpädagogische Tagesgruppen (1,1 %).

Bezieht man die Anteile von Jugendamtsbezirken, die die jeweiligen Angebote mit Mitteln der Bundesinitiative auf- und/oder ausgebaut haben, mit in die Analyse ein, zeigt sich zum einen ein deutlicher spezifischer Effekt der Förderung, zum anderen aber auch ein eher unspezifischer Effekt der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (s. Abb. 9): Insbesondere der Aufbau, die quantitative Ausweitung und die qualitative Verbesserung der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien durch Fachkräfte wurden in 47,5 % der befragten Jugendamtsbezirke durch Mittel der Bundesinitiative unterstützt. Dabei wurde in 9,9 % der Jugendamtsbezirke die Angebotsform neu aufgebaut, in 29,7 % das bestehende Angebot quantitativ ausgebaut bzw. in 27,1 % qualitativ verbessert (siehe Kap. 3.3.3, Abb. 16). Das fachlich priorisierte Kernangebot der Bundesinitiative Frühe Hilfen profitiert damit mit großem Abstand zu allen anderen Angebotstypen am häufigsten von der spezifischen Förderung. Mit deutlichem Abstand folgen die Angebote mit Ehrenamtlichen (29,1 %), die ebenfalls einen Förderbereich der Bundesinitiative darstellen, bei dem jedoch keine Bedarfsdeckung angestrebt wird.

Nicht explizit in der Verwaltungsvereinbarung genannt werden die Begrüßungsschreiben bzw. Informationsmaterialien für (werdende) Eltern und die Willkommensbesuche. Dennoch werden auch hier Fördermittel der Bundesinitiative eingesetzt, wenn auch seltener (23,4 % bzw. 21,4 %). Hervorzuheben sind auch Angebote der Beratung und Weitervermittlung von Familien in Geburtskliniken (17,1 % der geförderten Jugendamtsbezirke), die im Rahmen der Bundesinitiative in zwei Bundesländern (Hamburg und Rheinland-Pfalz) landesweit eingeführt wurden. Heilpädagogische Tagesgruppen mit Betreuungsmöglichkeit von Eltern und Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen, die eindeutig dem Pflichtleistungsbereich der Erziehungshilfen bzw. Hilfen für junge Volljährige zugeordnet sind, wurden erwartungsgemäß nicht mit Mitteln der Bundesinitiative auf- oder ausgebaut.

ABBILDUNG 9: ANTEIL DER JUGENDAMTSBEZIRKE, DIE MIT MITTELN DER BUNDESINITIATIVE FRÜHE HILFEN MASSNAHMEN UND ANGEBOTE DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG VON FAMILIEN MIT SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN FÖRDERN (AUSWAHL)



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 543, Prozentwerte.

Eine gesonderte Betrachtung verdienen auch die auf Familien mit Säuglingen und Kleinkindern spezialisierten ambulanten Erziehungshilfen: Immerhin 13,4 % der Jugendamtsbezirke haben angegeben, dass diese Angebote mit Mitteln der Bundesinitiative auf- oder ausgebaut wurden. Die Angebotsform rangiert auch in der oberen Hälfte bezogen auf den Verbreitungsgrad (63,3 %) sowie im mittleren Bereich hinsichtlich der Zuwächse (6,3 %). Konzeptionell weist dieser Typus einen großen Überschneidungsbereich zu sekundärpräventiv ausgerichteten, aufsuchenden Angeboten Früher Hilfen auf. Die nicht eindeutig vorzunehmende Abgrenzung zwischen diesen Angeboten ist immer wieder Gegenstand einer lebhaften Fachdiskussion. Der – so nicht vorgesehene – Einsatz der Fördermittel kann auch als ein Hinweis gewertet werden, dass in diesem Bereich weiterhin hoher konzeptioneller Klärungsbedarf besteht.

Die Bundesinitiative verbessert Unterstützungsmöglichkeiten für Familien in belastenden Lebenslagen mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres – trotzdem besteht weiterhin fachlicher Entwicklungsbedarf.

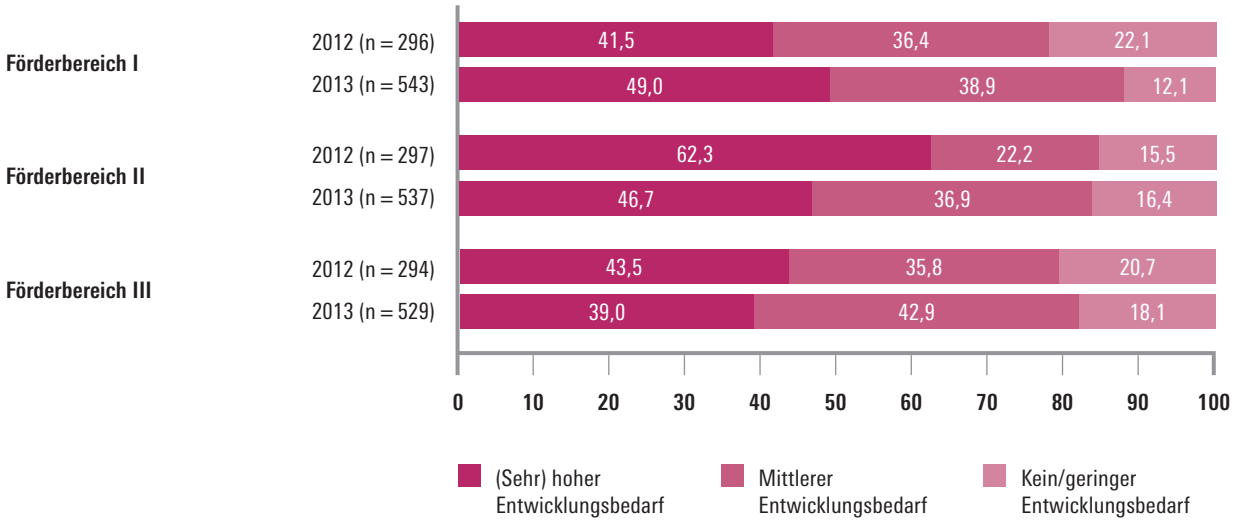
Zentrales Anliegen der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist die möglichst früh- und rechtzeitige Unterstützung von Familien und ihren Kindern in belastenden Lebenslagen, auch um möglichen Gefährdungen des Kindeswohls vorzubeugen (Präambel und Art. 1 Abs. 2 VV BIFH). Ob dieses Ziel erreicht wird, ist mit einfachen Mitteln nicht festzustellen. Dazu sind – wie bereits eingangs dargestellt – komplexe Untersuchungsverfahren mit mehrfachen Messungen notwendig. Um zum Zeitpunkt des Zwischenberichts dennoch eine erste Aussage über die generelle Zielerreichung der Bundesinitiative zu ermöglichen, wurden die Verantwortlichen in den Jugendamtsbezirken 2013 direkt danach gefragt, ob sich ihrer Einschätzung nach im Rahmen der Bundesinitiative die Möglichkeiten verbessern, Familien in belastenden Lebenslagen mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres zu unterstützen. Dabei stimmten 75,8 % der Jugendamtsbezirke dieser Aussage zu, weitere 22,3 % stimmten dem teilweise zu und lediglich 1,9 % konnten dieser Aussage »gar nicht« zustimmen. Aus der subjektiven Sicht der Befragten leistet die Bundesinitiative also einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und damit indirekt auch zum präventiven Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung.

Darüber hinaus wurden die Befragten gebeten, den weiterhin bestehenden fachlichen Entwicklungsbedarf in ihrem Jugendamtsbezirk in den drei zentralen Förderbereichen der Bundesinitiative Frühe Hilfen einzuschätzen (s. Abb. 10). Der Begriff »Entwicklungsbedarf« wurde dabei nicht weiter spezifiziert. Er kann sich sowohl auf die Notwendigkeit eines quantitativen Ausbaus wegen mangelnder Bedarfsdeckung beziehen als auch auf einen qualitativen Verbesserungsbedarf der bestehenden Angebote und Maßnahmen. Dieselbe Frage wurde den für Frühe Hilfen zuständigen Ansprechpersonen in den kommunalen Jugendämtern bereits im Spätherbst 2012 im Rahmen der vom NZFH durchgeführten dritten Teiluntersuchung der Bestandsaufnahme Frühe Hilfen gestellt.[14] Dies ermöglicht einen Vergleich der Aussagen zu zwei Messzeitpunkten.[15]

14
Die Ergebnisse der dritten Teiluntersuchung sind online abrufbar unter: www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/forschung/evaluation/entwicklungsbedarf-bei-fruehen-hilfen

15
Dabei sind allerdings methodische Einschränkungen zu beachten, da es sich um zwei verschiedene Stichproben unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung handelt. Da die Aussagen sich aber jeweils auf ein generelles und in vielen Fällen wahrscheinlich mit der Amtsleitung abgestimmtes Verständnis beziehen, ist ein Vergleich auf Konstruktebene dennoch zulässig.

ABBILDUNG 10: ENTWICKLUNGSBEDARFE DER JUGENDAMTSBEZIRKE IN DEN FÖRDERBEREICHEN ENDE 2012 UND HERBST 2013



Quelle: Bestandsaufnahme Frühe Hilfen, dritte Teiluntersuchung (Oktober 2012), n = 297; Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013), n = 529–543, Prozentwerte.

Zu Beginn der Bundesinitiative 2012 sahen die meisten Jugendämter (62,3 %) einen hohen bis sehr hohen Entwicklungsbedarf vor allem im Förderbereich II »Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich«. Mit deutlichem Abstand folgten Förderbereich III »Ehrenamtsstrukturen und in diese Strukturen eingebundene Ehrenamtliche« (43,5 %) und Förderbereich I »Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« (41,5 %). Ein Jahr später, nachdem die Bundesinitiative in allen Bundesländern angelaufen war, haben sich diese Gewichtungen umgekehrt: Während im Förderbereich II »Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich« der hohe bis sehr hohe Entwicklungsbedarf von 62,3 % auf 46,7 % gefallen ist, geben für den Förderbereich I »Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« nun mittlerweile 49 % statt vorher 41,5 % der Jugendamtsbezirke einen (sehr) hohen Entwicklungsbedarf an. Komplementär ist der Anteil an Jugendamtsbezirken, der hier keinen oder nur einen geringen Entwicklungsbedarf sieht, von 22,1 % auf 12,1 % gesunken. Hinweise der Befragten, die während der Erhebung 2012 und während der Feldphase 2013 dokumentiert wurden, legen die Annahme nahe, dass mit den im BKiSchG und in der Verwaltungsvereinbarung erstmals bundesweit einheitlich festgelegten Qualitätskriterien für die Netzwerkarbeit im Bereich Frühe Hilfen vielerorts eine Neubewertung des bislang erreichten Ausbaustandes vorgenommen und entsprechend ein gestiegener Entwicklungsbedarf angezeigt wurde. Im Förderbereich III »Ehrenamtsstrukturen und in diese Strukturen eingebundene Ehrenamtliche« ist keine valide interpretierbare Veränderung festzustellen. Dies entspricht seiner relativ geringen Bedeutung im Verhältnis zu den anderen Bereichen (siehe Kap. 3.3.4). Insgesamt liegt der Anteil der Jugendamtsbezirke mit keinem oder nur geringem Entwicklungsbedarf je nach Förderbereich zwischen 12,1 und 18,1 Prozent.

3.3.2 NETZWERKE FRÜHE HILFEN

Die strukturellen Voraussetzungen für den Auf- und Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen wurden bereits zur Halbzeit der Bundesinitiative beinahe flächendeckend geschaffen. Dabei konnte vielerorts auf vorhandene Strukturen aufgesetzt werden. Insbesondere lokale Koordinierungsstellen wurden mit den Mitteln der Bundesinitiative eingerichtet und besetzt. Dennoch besteht nach wie vor ein hoher fachlicher Entwicklungsbedarf bezogen auf die Netzwerkarbeit, der auch die konzeptionelle Heterogenität der Verortung der Netzwerke zwischen intervenierendem Kinderschutz und präventiven Frühen Hilfen betrifft.
Vor allem öffentlich finanzierte Institutionen prägen die Netzwerke Frühe Hilfen. Wichtige Partner aus dem Gesundheitswesen – wie zum Beispiel niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – sind dagegen nicht überall systematisch eingebunden, spielen aber gerade in der fallbezogenen Kooperation eine wesentliche Rolle. Förderliche Faktoren für die Einbindung von Akteuren in die Netzwerkarbeit sind eine finanzielle Honorierung oder die Verpflichtung zur Mitwirkung. Die Mitarbeit in der fallübergreifenden Vernetzung wirkt sich zudem positiv auf die allgemein wahrgenommene Kooperationsqualität mit diesen Partnern aus.
Trotz gestiegenem Qualitätsbewusstsein stehen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der Netzwerkarbeit vielerorts erst am Anfang.

Frühe Hilfen umfassen typischerweise diverse Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern sowie schwangere Frauen und werdende Väter. Konstitutionsmerkmal vieler kommunaler Modelle im Bereich Frühe Hilfen ist zudem, dass diese Angebote von einer Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren mit ihren jeweils spezifischen Leistungsprofilen und gesetzlichen Rahmenbedingungen erbracht werden. Damit Familien möglichst rasch und in Bezug auf ihren konkreten Unterstützungsbedarf möglichst gezielt an die entsprechenden Stellen weitergeleitet werden können, ist es erforderlich, die jeweiligen Angebote und Anbieter vor Ort zu koordinieren und mit den Bedarfen der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer in Übereinstimmung zu bringen. Zwei spezifische Formen der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren aus unterschiedlichen Professionen, Einrichtungen, Diensten und Leistungssystemen sind dabei zu unterscheiden: die Kooperation auf der *Ebene eines Einzelfalls* im direkten Austausch über bedarfsgerechte Hilfevermittlung einerseits und andererseits die Zusammenarbeit auf der *fallübergreifenden Ebene* in organisierten Netzwerken hinsichtlich der kommunalen Angebotsentwicklung, des professionellen Verständnisses und der grundsätzlichen Modalitäten der Zusammenarbeit.

Der Gesetzgeber hat die Bedeutung von Vernetzung und Kooperation für eine breite gesellschaftliche Verankerung des Kinderschutzes erkannt und im BKiSchG aufgegriffen: In § 3 KKG fordert er den flächendeckenden Aufbau und die Weiterentwicklung verbindlicher Netzwerkstrukturen im Kinderschutz, insbesondere im Bereich Frühe Hilfen. In diese Netzwerke sollen eine Vielzahl von Einrich-

tungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, weiterer öffentlicher Sozialleistungs- und Bildungssysteme, aber auch Ordnungsbehörden und Familiengerichte eingebunden werden. Diese Institutionen und Dienste sollen verbindliche Kooperationsbeziehungen miteinander unterhalten, sich über ihr jeweiliges Angebots- und Aufgabenspektrum gegenseitig informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abstimmen. Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit sollen in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten werden. Die Zuständigkeit für die Organisation **der Netzwerkstrukturen nach § 3 KKG,** die auch für Frühe Hilfen zuständig sind, liegt – vorbehaltlich anderslautender Regelungen durch die Länder – beim örtlichen Träger der Jugendhilfe, also bei den kommunalen Jugendämtern. Darüber hinaus sollen die Netzwerke im Rahmen der finanziellen Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen »zur Beförderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen und Ehrenamtlichen gestärkt werden« (§ 3 Abs. 4 KKG).

Erkenntnisse aus den Modellprojekten des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« zu strukturellen Voraussetzungen erfolgreicher Netzwerkarbeit bildeten eine wichtige Grundlage für die Formulierung der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Umsetzung der Bundesinitiative.[16] Im Rahmen der Festlegung von Fördervoraussetzungen für (entstehende) Netzwerke (Art. 2 Abs. 3) werden auf dieser Basis weitere, über den Gesetzestext hinausgehende Anforderungen bzw. Qualitätskriterien mit einem konkreten Bezug zum Handlungsfeld Frühe Hilfen eingeführt: Aus der Vielzahl an Einrichtungen und Diensten, die gemäß BKiSchG in das Netzwerk eingebunden werden sollen, werden Akteure aus vier Leistungssystemen als mindestens einzubeziehende Kooperationspartner hervorgehoben. Dies sind die Einrichtungen der öffentlichen und freien Jugendhilfe, diverse Akteure aus dem Gesundheitswesen (insbesondere Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Geburts- und Kinderkliniken, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Familien-/Hebammen), Schwangerschaftsberatungsstellen und Einrichtungen der Frühförderung. Darüber hinaus wird die Erfüllung weiterer Kriterien vor die Förderung gesetzt: die Einrichtung einer Koordinierungsstelle mit fachlich qualifizierter Koordination – in der Regel beim örtlichen Jugendhilfeträger –, die Entwicklung von Qualitätsstandards (auch zum Umgang mit Einzelfällen), Vereinbarungen für eine verbindliche Zusammenarbeit im Netzwerk sowie die regelmäßige Festlegung und Überprüfung von Zielen und Maßnahmen zu ihrer Erreichung auf Grundlage der Jugendhilfeplanung. Im Rahmen der Umsetzung der Bundesinitiative wurde den lokal verantwortlichen Akteuren zugestanden, dass diese Kriterien als Entwicklungsziele zu verstehen sind, die es anzustreben gilt – mit einer Ausnahme: Die Einrichtung einer Koordinierungsstelle ist unverzichtbar.

Schon vor Inkrafttreten des BKiSchG und vor dem Start der Bundesinitiative bestanden in vier von fünf Kommunen Netzwerkstrukturen im Bereich Kinderschutz und/oder Frühe Hilfen[17], die jedoch von heterogener Gestalt waren. Im Rahmen des nun angestrebten flächendeckenden Auf- und Ausbaus der Netzwerke soll auf diese vorhandenen Strukturen aufgesetzt werden, um ineffiziente Parallelstrukturen und ungeklärte Zuständigkeiten zu vermeiden.

16
Renner, I./Sann, A. (2010): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Hrsg. vom NZFH. Köln.

17
Siehe dazu die Ergebnisse der dritten Teiluntersuchung der Bestandsaufnahme Frühe Hilfen des NZFH (2012).

Für die Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen lässt sich aus diesen Ausgangsbedingungen eine Vielzahl von Fragen ableiten. Diese betreffen insbesondere die bundesweite Verbreitung der Netzwerke, ihre Ausstattung mit Koordinierungsstellen, ihre Qualitätsmerkmale und die in den Netzwerken eingebundenen kommunalen Akteure. Um zu berücksichtigen, dass vor allem in sehr großen Städten und Flächenlandkreisen mehrere Netzwerke Frühe Hilfen parallel existieren können, wurden Angaben zu den Netzwerken teilweise auch auf sozialräumlicher Ebene erhoben. Aus diesem Grund liegen hier abweichend von der Grundgesamtheit von 543 befragten Jugendamtsbezirken insgesamt 561 Teilfragebögen zu Netzwerken vor.[18]

Fast überall wurden die strukturellen Voraussetzungen für einen bundesweiten flächendeckenden Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen geschaffen. Es besteht aber weiterhin eine große konzeptionelle Unübersichtlichkeit dieser Netzwerke.

Netzwerke im Bereich Kinderschutz und Frühe Hilfen können hinsichtlich ihrer Verbreitung und der Teilnehmenden sowie hinsichtlich ihrer Organisation und Arbeitsweisen, Funktion, Ausrichtung und Ziele sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Bereits vor Inkrafttreten des BKiSchG hatten sich – seit 2007 unterstützt durch entsprechende, sukzessiv in den Ländern eingeführte Kinderschutzgesetze[19] – vielerorts Netzwerkstrukturen etabliert, die konzeptionell mitunter sehr unterschiedlich ausgerichtet sind. Insbesondere bei der konzeptionellen Ausrichtung der Frühen Hilfen und entsprechender Grundhaltungen ist eine Polarität zwischen primärpräventiver Familienunterstützung (»frühe Förderung«) auf der einen Seite und stärker sekundärpräventiven bzw. intervenierenden Konzepten für Risikogruppen (»präventiver Kinderschutz«) auf der anderen Seite festzustellen.[20] Dies gilt sowohl für Angebotsstrukturen im Bereich Frühe Hilfen als auch für entsprechende Netzwerkstrukturen. Während das BKiSchG nicht zwischen Netzwerken Kinderschutz und Netzwerken Frühe Hilfen differenziert, ist in der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative durchgängig die Formulierung »Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« zu finden. Der Begriff »Kinderschutz« wird hier – trotz der Verweise auf § 3 KKG – in Zusammenhang mit lokalen Netzwerken in der Präambel nur angedeutet, ansonsten jedoch nicht erwähnt. Die Fachpraxis steht also weiterhin vor der Herausforderung, diese Anforderungen in übergreifenden Konzepten in Einklang zu bringen, um den Ansprüchen des Gesetzgebers zu genügen.

Die begriffliche und konzeptionelle Offenheit der gesetzlichen Grundlagen spiegelt sich auch in den uneinheitlichen Zuordnungen der vor Ort etablierten Netzwerkstrukturen wider, die von den Jugendamtsbezirken in der Kommunalbefragung vorgenommen wurden (s. Abb. 11). Integrierte Netzwerke, die sowohl für Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen zuständig sind, liegen derzeit in 51,4 % der befragten Jugendamtsbezirke vor (Typ 1). In fast einem Viertel der Jugendamtsbezirke werden beide Funktionalitäten vorgehalten, allerdings in mehr oder minder getrennten Netzwerken (Typ 2). In einem kleineren Teil der Jugendamtsbezirke (16,4 %) gibt es nur entweder ein Netzwerk Kinderschutz oder ein Netzwerk Frühe Hilfen (Typ 3). Ein wichtiger Teil der Funktionalität fehlt hier also. In Jugendamtsbezirken, in denen beide Funktionalitäten in den Netzwerkstrukturen abgedeckt sind, gibt es zudem eine große Bandbreite an Konfigurationen, die diese konzeptionell zueinander ins Verhält-

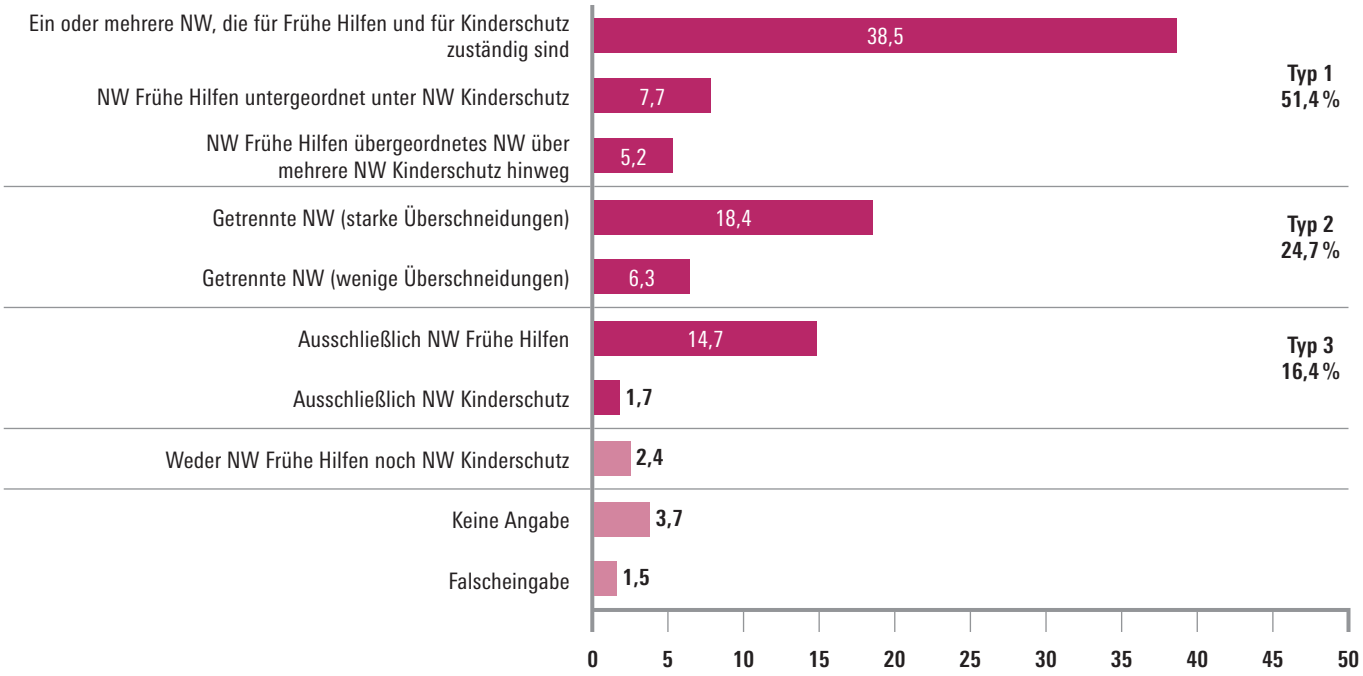
18
Aus 452 der befragten Jugendamtsbezirke (83,2 %) liegt die Information vor, dass bei ihnen nur ein Netzwerk mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen existiert. 57 Jugendamtsbezirke (10,5 %) unterhalten mehrere Netzwerke, aus 34 Jugendamtsbezirken (6,3 %) gab es zu dieser Frage keine Rückmeldung.

19
Vgl. Meysen, T./Eschelbach, D. (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz. Baden-Baden, S. 31 ff.

20
Vgl. Sann, A. (2010): Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Bestandsaufnahme. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Hrsg. vom NZFH. Köln.

nis setzen: ob einander unter- oder übergeordnet in einem gemeinsamen Netzwerk, ob mit wenigen oder großen Überschneidungen im Falle getrennter Netzwerke oder auch in einem oder mehreren thematisch oder sozialräumlich orientierten Netzwerken in ein und derselben Kommune.

ABBILDUNG 11: KONFIGURATION VON NETZWERKSTRUKTUREN MIT ZUSTÄNDIGKEIT FÜR KINDERSCHUTZ UND FRÜHE HILFEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 543, Prozentwerte.

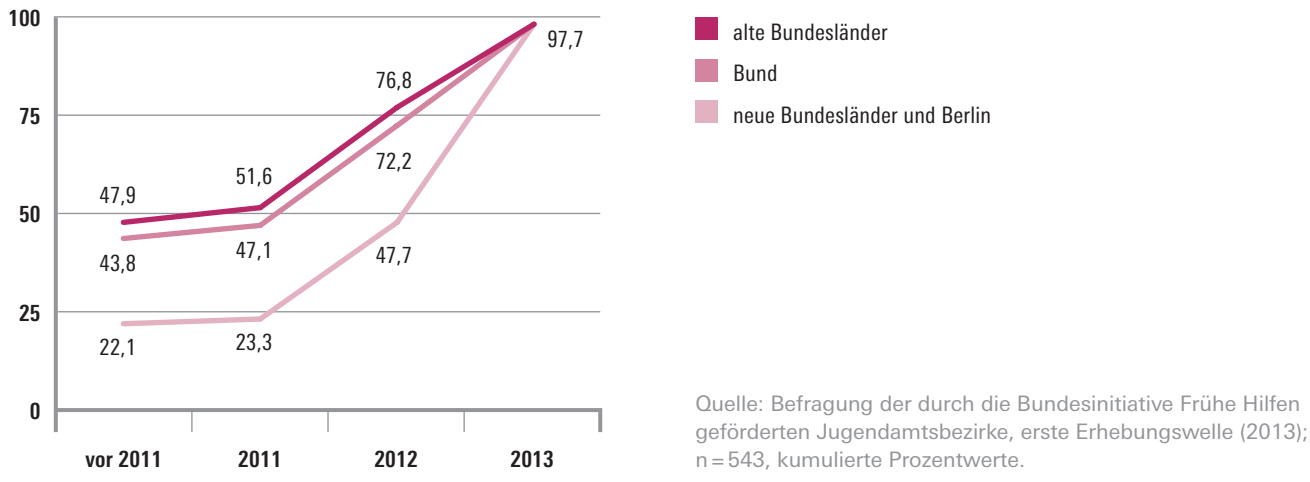
Insgesamt haben 92,5 % der Befragten angegeben, dass in ihrem Jugendamtsbezirk eine Netzwerkstruktur mit Zuständigkeit für Kinderschutz und/oder Frühe Hilfen installiert ist. Da lediglich zwei Kommunen nicht von der Bundesinitiative gefördert werden, kann davon ausgegangen werden, dass bis zum Abschluss der Bundesinitiative Ende 2015 das Ziel des flächendeckenden Ausbaus von Netzwerkstrukturen in ganz Deutschland erreicht sein wird. Es bleibt im Rahmen der Dokumentation und Evaluation weiter zu verfolgen, wie die andauernde, große konzeptionelle Variabilität dieser Netzwerkstrukturen zu werten ist: Stellt sie sich als Ergebnis und damit fachlich angemessene Antwort auf die zweifelsfrei bestehenden großen Unterschiede der Bedingungen vor Ort dar, die entsprechend dauerhaft bestehen bleiben sollten? Oder handelt es sich lediglich um ein Übergangsphänomen? Die große Bandbreite an Netzwerkkonfigurationen erschwert jedenfalls die Erarbeitung von bundeseinheitlichen Empfehlungen zur Gestaltung der Netzwerkarbeit. Dies unterstreicht die hohen Anforderungen an die Kompetenzen von Netzwerkkoordinierenden, die die gesamte Netzwerkstruktur vor Ort in den Blick zu nehmen, zu gestalten und zu steuern haben. Darüber hinaus gilt es häufig, das

Netzwerk Frühe Hilfen mit weiteren vorhandenen Netzwerken zu verknüpfen und somit eine Art »Metanetzwerk« zu schaffen. Hilfreich für die Praxis wäre daher eine grundsätzliche konzeptionelle Klärung von Netzwerkzuständigkeiten im Bereich Kinderschutz und Frühe Hilfen vonseiten des Gesetzgebers – insbesondere im Kontext entsprechender landesrechtlicher Bestimmungen – sowie eine Vereinheitlichung der Formulierungen im BKiSchG.

Fast alle Jugendamtsbezirke haben mittlerweile Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen eingerichtet. Die Mittel der Bundesinitiative spielen dabei eine wichtige Rolle. Zur Absicherung der Qualität von Netzwerken Frühe Hilfen wurde in der Verwaltungsvereinbarung die Einrichtung einer Koordinierungsstelle mit fachlich qualifizierter Koordination als Fördervoraussetzung festgeschrieben. Aufgaben dieser Fachkräfte sind die Koordination des Netzwerkes und die Moderation der dafür notwendigen Arbeitsprozesse. Auf diese Weise sollen Arbeitsstrukturen geschaffen werden, die den beteiligten Akteuren Zeit und Raum für eine ziel- und ergebnisorientierte Bearbeitung von Fragestellungen und Themen im Kontext Frühe Hilfen bieten. Laut § 3 Abs. 3 KKG liegt diese Koordinierungsaufgabe beim örtlichen Träger der Jugendhilfe, sofern keine anderslautenden landesgesetzlichen Regelungen vorliegen.

Bereits vor 2011 wurden in bundesweit 43,8 % der Jugendamtsbezirke Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen eingerichtet, insbesondere in westdeutschen Bundesländern (s. Abb. 12). Dies erfolgte vor allem auf Grundlage entsprechender Landeskinderschutzgesetze und auch angestoßen durch das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006–2010). Mit Inkrafttreten des BKiSchG und im Zuge der Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen ist der Anteil mittlerweile auf 97,7 % gestiegen. Dieses Qualitätskriterium kann also bereits zur Halbzeit der Bundesinitiative Frühe Hilfen als weitgehend erfüllt gelten.

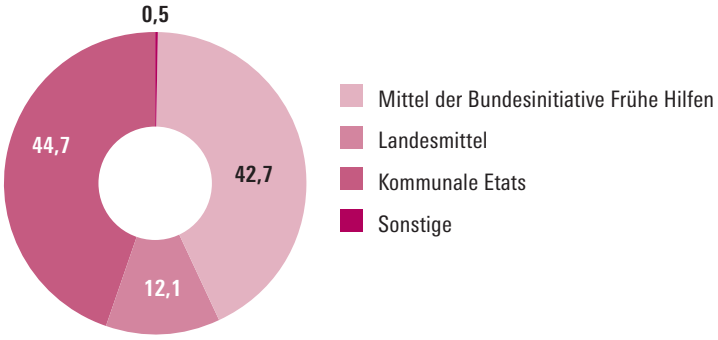
ABBILDUNG 12: JAHR DER EINRICHTUNG DER NETZWERKKOORDINIERUNGSSTELLEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 543, kumulierte Prozentwerte.

Die Koordinierungsstellen sind fast ausschließlich bei den örtlichen Jugendämtern institutionell angesiedelt (92,6 % aller befragten Jugendamtsbezirke, Mehrfachangaben möglich, o. Abb.). Lediglich 4,2 % der Koordinierungsstellen sind zumindest anteilig im Gesundheitsamt verortet, z. B. als gemeinsame Koordinierungsstelle zusammen mit dem Jugendamt. In 2,6 % der Jugendamtsbezirke sind die Koordinierungsstellen Teil einer anderen kommunalen Behörde. In 6,4 % werden sie von freien Trägern der Jugendhilfe – teilweise in Kooperation mit dem Jugendamt – bereitgestellt.

ABBILDUNG 13: FINANZIERUNG DER NETZWERKKOORDINIERUNGSSTELLEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 543, Prozentwerte.

Zur Finanzierung der Koordinierungsstellen werden zumeist unterschiedliche Quellen herangezogen: Im Bundesdurchschnitt stammen die eingesetzten Mittel zu 44,7 % aus kommunalen Etats, zu 42,7 % aus der Bundesinitiative Frühe Hilfen und zu 12,1 % aus Landesetats (s. Abb. 13). Sonstige Mittel (Stiftungsgelder, Spenden etc.) spielen kaum eine Rolle. Eine Vollfinanzierung durch die Bundesmittel liegt bei 19,5 % der Netzwerkkoordinierungsstellen vor. Das heißt, dass die Gewährleistung des zentralen Qualitätskriteriums für Netzwerke Frühe Hilfen in jedem fünften Jugendamtsbezirk nur über Bundesmittel erreicht wird.

Öffentlich finanzierte Institutionen prägen die Netzwerke Frühe Hilfen. Wichtige Partner aus dem Gesundheitswesen sind nicht überall systematisch eingebunden, spielen aber gerade in der fallbezogenen Kooperation eine Rolle.

Um die Einbeziehung der unterschiedlichen Akteure, die für das Handlungsfeld Frühe Hilfen bedeutsam sind, in die zuständigen Netzwerke zu ermitteln, wurde nach deren Beteiligung sowohl bei der fallübergreifenden Vernetzung als auch bei der fallbezogenen Kooperation gefragt. Das Gesundheitsamt, Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, der Allgemeine Soziale Dienst, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie Familienhebammen erweisen sich nach den in der Auftaktbefragung gewonnenen Daten als zentrale Akteure im Netzwerk Frühe Hilfen. Sie sind bundesweit in ca. vier von fünf Netzwerken Frühe Hilfen vertreten (s. Abb. 14).[21] Damit bilden sie überwiegend das Grundgerüst der lokalen Netzwerke. Der hohe Grad des Einbezugs der institutionell veranker-

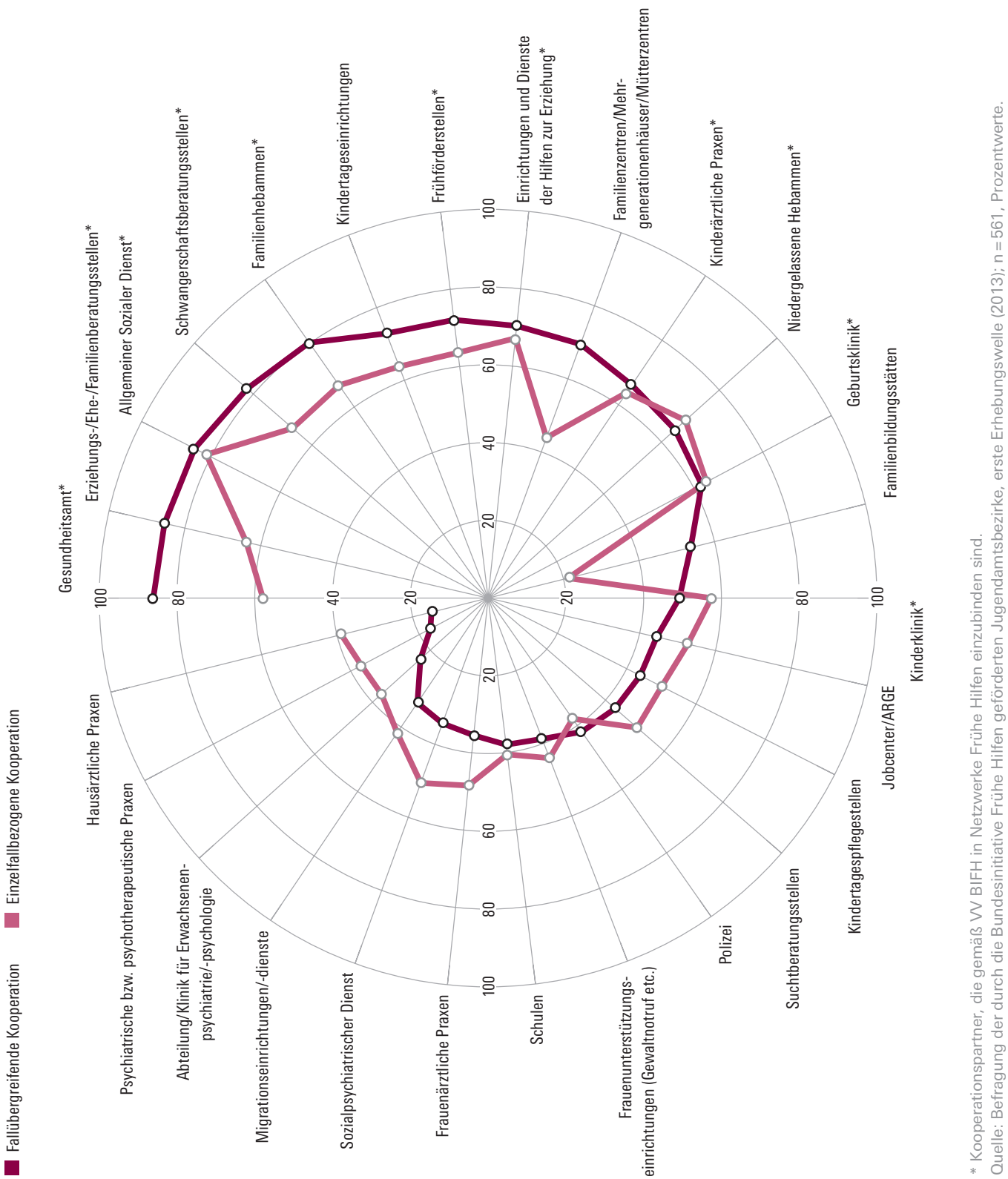
21 Bei den Angaben zur Einbeziehung von Akteuren in die fallübergreifende Netzwerkarbeit sowie in die einzelfallbezogene Kooperation ist zu berücksichtigen, dass sich die Voraussetzungen bei den einzelnen Akteursgruppen sehr unterschiedlich gestalten können. So ist es entsprechend einfacher, bspw. die einzige Geburtsklinik des Landkreises in die Netzwerkarbeit einzubinden, als 25 Kindertageseinrichtungen oder kinderärztliche Praxen. In der Kommunalbefragung konnte lediglich abgebildet werden, ob eine Akteursgruppe überhaupt im Netzwerk vertreten ist, und sei es nur mit einer einzelnen vertretenden Person. Zudem gilt es insbesondere bei der Interpretation der Daten zur Kooperationsqualität zu berücksichtigen, dass hier lediglich die Perspektive des zuständigen Jugendamtes bzw. der zuständigen Fachkraft in der Koordinierungsstelle erfasst wurde. Ein vollständiges Bild der Kooperationsqualität ergäbe sich erst bei Befragung aller beteiligten Akteure, was jedoch im Zuge dieser Erhebung nicht möglich war.

ten Akteure ist zum einen auf die gesetzliche Pflicht zur Mitwirkung zurückzuführen, zum anderen sicherlich auch auf die bestehende öffentliche Finanzierung dieser Infrastruktur durch Länder und Kommunen. Er sollte aber auch als Ausdruck eines entsprechenden fachlichen Selbstverständnisses betrachtet werden. Die Verpflichtung zur Teilnahme an Netzwerkaktivitäten als Fördervoraussetzung im Rahmen der Bundesinitiative wirkt sich offensichtlich positiv auf die Einbindung von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen aus. Zudem werden die dabei entstehenden Kosten vergütet. Auch Frühförderstellen, Kindertageseinrichtungen, Einrichtungen und Dienste der Hilfen zur Erziehung sowie Familien-, Mütterzentren und Mehrgenerationenhäuser sind von ihrem Grundverständnis her häufig interdisziplinär orientiert und konzeptionell auf Kooperation ausgerichtet. Sie bringen sich in ca. 70 % der Netzwerke in die fallübergreifende Zusammenarbeit ein. Wichtige Partner aus dem Gesundheitswesen – wie Kinderärztinnen und -ärzte (66,1 %), niedergelassene Hebammen (64,7 %), Geburtskliniken (62,2 %) und Kinderkliniken (49,2 %) – sind seltener in den lokalen Netzwerken anzutreffen, obwohl sie in der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative als einzubindende Akteure ausdrücklich erwähnt werden. Derzeit gibt es jedoch keine ausreichenden gesetzlichen Grundlagen, um diese Akteure systematisch und nachhaltig zur Teilnahme zu verpflichten. Aus diesem Grund bestehen auch keine Ansprüche auf eine entsprechende finanzielle Vergütung. Die dennoch relativ hohe Beteiligung basiert häufig auf dem Engagement Einzelner.

Ein besonders hoher Entwicklungsbedarf zur besseren Einbeziehung in die fallübergreifende Kooperation in Netzwerken Frühe Hilfen besteht bei frauenärztlichen Praxen und Sozialpsychiatrischen Diensten, die lediglich in jedem dritten Netzwerk vertreten sind. Noch geringer fällt die Beteiligung von Abteilungen bzw. Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (23,4 %) sowie psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Praxen (16,8 %) aus. Dies stellt einen kritischen Befund dar, da psychische Probleme und Erkrankungen von Müttern und Vätern als besonders starker Risikofaktor für das Auftreten von Vernachlässigung und Misshandlung gelten und gerade in diesem Bereich eine gute Zusammenarbeit zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Familien erforderlich ist. Hausärztliche Praxen bilden das Schlusslicht, sie sind lediglich in 15 % der Netzwerke vertreten. Gerade in ländlichen Regionen gewährleisten sie jedoch die Grundversorgung auch im Bereich der Pädiatrie und haben dort einen höheren Stellenwert für die Netzwerke Frühe Hilfen als in urbanen und Ballungsräumen. Hier bedarf es ggf. einer gezielteren Ansprache und Einbindung.

Eine verbindliche Einbeziehung der o. g. Akteure in die interdisziplinäre, fallübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der Frühen Hilfen wäre umso wichtiger, da sie teilweise eine bedeutsame Rolle bei der fallbezogenen Kooperation spielen, bspw. bei der Beratung und Fallvermittlung von psychisch erkrankten Schwangeren und Müttern. In dieser Form der Zusammenarbeit sind sie deutlich häufiger vertreten als in der fallübergreifenden Vernetzung. So ist der Sozialpsychiatrische Dienst lediglich in 34,3 % der fallübergreifenden, jedoch in 50,6 % der fallbezogenen Arbeit als Kooperationspartner vertreten. Bei den psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Praxen (16,8 % zu 36,9 %) sowie den hausärztlichen Praxen (15 % zu 38,9 %) kommt eine fallbezogene Kooperation sogar mehr als doppelt so häufig vor wie die fallübergreifende Mitarbeit im Netzwerk.

ABBILDUNG 14: EINBEZUG VON KOOPERATIONSPARTNERN IN NETZWERKE MIT ZUSTÄNDIGKEIT FÜR FRÜHE HILFEN (AUSWAHL)



* Kooperationspartner, die gemäß VV BIFH in Netzwerke Frühe Hilfen einzubinden sind.
Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 561, Prozentwerte.

Andere Kooperationspartner wiederum – wie Gesundheitsämter, Mütter- bzw. Familienzentren und insbesondere Familienbildungsstätten – sind in vielen Netzwerken im Rahmen der fallübergreifenden Kooperation vertreten. Sie spielen jedoch in der fallbezogenen Zusammenarbeit, z. B. bei der Vermittlung von Familien mit Beratungs- und Unterstützungsbedarf an andere Dienste und Einrichtungen, nur eine untergeordnete Rolle.

Die finanzielle Förderung und/oder die gesetzliche Verpflichtung sowie die Form der Kooperation haben positiven Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und -qualität.

Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen gelingt es augenscheinlich besonders gut, Familienhebammen in die örtlichen Netzwerke einzubeziehen: Die befragten Jugendämter gaben an, dass Familienhebammen in 80,2 % der Netzwerke Frühe Hilfen in der fallübergreifenden Kooperation vertreten sind. In den übrigen Jugendamtsbezirken befindet sich der Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften vergleichbarer Gesundheitsfachberufe großenteils noch im Aufbau (s. Kap. 3.3.3). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Familienhebammen – sofern vorhanden – grundsätzlich in den Netzwerken mitarbeiten. Darüber hinaus stellen Familienhebammen diejenige Akteursgruppe dar, die bei der Beurteilung der Kooperationsqualität am besten bewertet wird (s. Tab. 2).[22] Auf einer fünfstufigen Skala lag die mittlere Beurteilung der Kooperationsqualität bei 1,6. Dieser sehr positive Wert überrascht, da vor und während der Implementierung der Bundesinitiative sowohl von Verantwortlichen in den Jugendämtern als auch von den Berufsverbänden der (Familien-)Hebammen wiederholt über Probleme bei der Aushandlung von Vereinbarungen zur Regelung des Auftrags und der Höhe der Vergütung berichtet wurde. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Netzwerk Frühe Hilfen als Fördervoraussetzung sowie die Vergütung der Kosten scheinen sich hier positiv auszuwirken.

Ähnlich gut bewertet wurde die Kooperation mit Schwangerschaftsberatungsstellen (1,8), die als einziger Partner außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe ebenfalls gesetzlich zur Kooperation verpflichtet sind. Schwangerschaftsberatungsstellen haben sich auch in den Modellprojekten der ersten Förderphase[23] als zentraler Zugang von (werdenden) Müttern und Vätern in Notlagen zu den Angeboten Früher Hilfen erwiesen. Mit leichtem Abstand folgen Frühförderstellen, Gesundheitsämter, Kinderkliniken, Frauenunterstützungseinrichtungen und Geburtskliniken. Mit den Kontakten zu diesen Einrichtungen waren die Koordinierungsstellen im Durchschnitt ebenfalls zufrieden (2,0). Überraschenderweise liegt die durchschnittliche Kooperationsqualität mit diesen vornehmlich dem Gesundheitswesen zuzurechnenden Akteuren leicht über der Kooperationsqualität mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst (2,4) – d. h. mit den zumeist amtsinternen Kolleginnen und Kollegen im Jugendamt. Insgesamt lässt sich die Hypothese nicht bestätigen, dass systemimmanente Kooperationspartner aus der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich der Kooperationsqualität besser eingeschätzt werden als die Partner aus anderen Leistungssystemen. Dies war noch 2009 der Fall.[24]

22
Es wurde bei dieser Frage nicht unterschieden, ob sich die Zufriedenheit auf die fallübergreifende Netzwerkarbeit oder die fallbezogene Kooperation mit dem entsprechenden Partner bezieht.

23
Renner, I./Heimeshoff, V. (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom NZFH. Köln.

24
Sann, A. (2010): Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Bestandsaufnahme. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Hrsg. vom NZFH. Köln.

TABELLE 2: MITTLERE BEURTEILUNG DER KOOPERATIONSQUALITÄT MIT AUSGEWÄHLTEN KOOPERATIONSPARTNERN (AUSWAHL)

	Mittlere Beurteilung der Kooperationsqualität
Familienhebammen*	1,6
Schwangerschaftsberatungsstellen*	1,8
Frühförderstellen*	2,0
Gesundheitsamt*	2,2
Kinderklinik*	2,2
Frauenunterstützungseinrichtungen (Gewaltnotruf etc.)	2,2
Geburtsklinik*	2,3
Allgemeiner Sozialer Dienst*	2,4
Migrationseinrichtungen/-dienste	2,4
Erziehungs-/Ehe-/Familien- und Lebensberatungsstellen*	2,5
Niedergelassene Hebammen*	2,5
Sozialpsychiatrischer Dienst	2,5
Kinderärztliche Praxen*	2,6
Einrichtungen und Dienste der Hilfen zur Erziehung*	2,8
Familienbildungsstätten	2,8
Kindertageseinrichtungen	3,0
Abteilung/Klinik für Erwachsenenpsychiatrie/-psychologie	3,0
Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen	3,0
Frauenärztliche Praxen	3,3
Hausärztliche Praxen	3,3

Der Einbezug der mit einem Stern * gekennzeichneten Kooperationspartner ist laut Verwaltungsvereinbarung, Art. 2 Abs. 3 Voraussetzung für die Förderfähigkeit der Netzwerke.

Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 561, fünfstufige Skala von 1 »sehr zufrieden« bis 5 »sehr unzufrieden«.

Jedoch ist zum Teil nach wie vor ein mittlerer bis hoher Entwicklungsbedarf zur Verbesserung spezifischer Kooperationsbeziehungen festzustellen. Dies betrifft nicht nur die niedergelassenen pädiatrischen, gynäkologischen, psychiatrischen/psychotherapeutischen und hausärztlichen Praxen, sondern auch Einrichtungen, die wichtige Orte für Familien darstellen – wie bspw. Kindertageseinrichtungen und Familienbildungsstätten. Aufgabe der weiteren Konzeptentwicklung wird sein, die Anschlussfähigkeit dieser Akteure an die Netzwerke Frühe Hilfen und umgekehrt zu erleichtern.

Darüber hinaus zeigte sich in einer tiefergehenden Datenanalyse für zentrale Akteure aus dem Gesundheitswesen, dass die Form der Zusammenarbeit offensichtlich einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Kooperation hat (s. Tab. 3). In denjenigen Jugendamtsbezirken, in denen die Koordinierungsstellen *sowohl fallübergreifend als auch fallbezogen* mit den entsprechenden Akteuren kooperieren, wurde die Qualität der Zusammenarbeit im Durchschnitt besser bewertet als in jenen, in denen die entspre-

chenden Akteure *nur fallübergreifend* in die Netzwerkarbeit einbezogen sind. Noch niedriger wurde die Kooperationsqualität dort beurteilt, wo lediglich eine *fallbezogene* Kooperation vorliegt. Bei der Bewertung der Kooperation mit Familienhebammen, Geburtskliniken und kinderärztlichen Praxen zeigte sich durchgängig, dass das gleichzeitige Zusammenwirken auf beiden Kooperationsebenen die wahrgenommene Kooperationsqualität positiv beeinflusst. Ebenso wurde deutlich, dass insbesondere die Einbindung in die fallübergreifende Netzwerkarbeit für die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen von zentraler Bedeutung ist. Entsprechend sollten die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Netzwerke Frühe Hilfen im Rahmen der Ausgestaltung des Fonds Regelungen berücksichtigen, die eine Kooperation sowohl auf der fallspezifischen als auch auf der fallübergreifenden Ebene befördern.

TABELLE 3: KOOPERATIONSQUALITÄT AUSGEWÄHLTER NETZWERKPARTNER AUS DEM GESUNDHEITSWESEN IN ABHÄNGIGKEIT VON DER KOOPERATIONSFORM

		Form der Kooperation		
		fallübergreifend und fallbezogen	nur fallübergreifend	nur fallbezogen
Familienhebammen	Netzwerke	326 (58,1 %)	97 (17,3 %)	30 (5,3 %)
	mittlere Beurteilung der Kooperationsqualität	1,5	1,9	2,2
Geburtskliniken	Netzwerke	238 (42,4 %)	90 (16,0 %)	87 (15,5 %)
	mittlere Beurteilung der Kooperationsqualität	2,1	2,4	2,9
Kinderärztliche Praxen	Netzwerke	245 (43,7 %)	95 (16,9 %)	93 (16,6 %)
	mittlere Beurteilung der Kooperationsqualität	2,4	2,7	3,0

Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 561, absolute Nennungen, Prozentwerte, fünfstufige Skala von 1 »sehr zufrieden« bis 5 »sehr unzufrieden«.

Die Qualitätsentwicklung in den Netzwerken Frühe Hilfen ist noch ausbaufähig und sollte weiter gezielt gefördert werden.

Mit der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen wurden erstmals länderübergreifende Qualitätsstandards für Netzwerke Frühe Hilfen definiert und die zumindest angestrebte Erfüllung derselben als Voraussetzung für eine Förderung mit Bundesmitteln festgeschrieben. Die Bundesinitiative stellt in diesem Förderbereich also ein Anreizsystem zur Qualitätsentwicklung dar.

Wie bereits dargestellt, wurden inzwischen in nahezu allen Jugendamtsbezirken die geforderten Koordinierungsstellen für Netzwerke eingerichtet.[25] Ebenfalls bereits weit verbreitet ist die regelmäßige Abstimmung des Bereichs Frühe Hilfen mit der Jugendhilfeplanung nach § 80 SGB VIII: Aus 72,4 % der Jugendamtsbezirke liegt die Angabe vor (o. Abb.), dass mit der kommunalen Jugendhilfeplanung eine regelmäßige – d. h. mindestens jährliche – Abstimmung besteht. Darüber hinaus findet in mehr als drei Viertel (76,8 %) der Jugendamtsbezirke ein Austausch bzw. die Abstimmung mit dem Kinder- und Jugendhilfeausschuss als zentralem kommunalpolitischen Gremium der Kinder- und Jugendhilfe statt.

25 Zu der Frage, inwieweit die Koordinierungsstellen mit fachlich qualifiziertem Personal ausgestattet sind, wurden im Rahmen der Kommunalbefragung bislang keine Daten erhoben. Dies ist für die weiteren Erhebungen geplant.

Hinsichtlich der weiteren Merkmale ist noch deutlicher Entwicklungsbedarf festzustellen. Dies betrifft neben der Festlegung von Qualitätsstandards, die auch den Umgang mit Einzelfällen berücksichtigen, die Erarbeitung von Vereinbarungen für eine verbindliche Zusammenarbeit im Netzwerk und die regelmäßige Festlegung und Überprüfung von Zielen sowie Maßnahmen zu ihrer Erreichung auf Grundlage der Jugendhilfeplanung. Erst in 40,1 % der erfassten Netzwerke Frühe Hilfen liegen bereits Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit vor (o. Abb.). Qualitätsstandards zur fallbezogenen Kooperation wurden bislang nur in 23,4 % der Netzwerke definiert.

Bei der Interpretation dieser Befunde ist zu berücksichtigen, dass zahlreiche Koordinierungsstellen erst im Verlauf der ersten Förderphase der Bundesinitiative personell besetzt werden konnten. Einige Netzwerke Frühe Hilfen befinden sich zudem erst im Aufbau. Außerdem stellt die Entwicklung von Qualitätsstandards in der Regel einen umfänglichen und mitunter aufwendigen Verständigungsprozess dar – gerade dort, wo es noch keine tradierten Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren gibt. Daher sollten die Bemühungen an dieser Stelle fortgesetzt werden. Dabei sollten die betreffenden Kommunen gezielt unterstützt werden, um sich im Verlauf der zweiten Förderphase dem Ziel weiter anzunähern, bundesweit vergleichbare Strukturen mit Mindeststandards für die Netzwerkqualität zu schaffen.

3.3.3 EINSATZ VON FAMILIENHEBAMMEN UND FACHKRÄFTEN AUS VERGLEICHBAREN GESUNDHEITSFACHBERUFEN

Unterstützungs- und Hilfeangebote mit Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen wurden mit Mitteln der Bundesinitiative vielerorts sowohl quantitativ als auch qualitativ auf- und ausgebaut. Dennoch konnte eine Bedarfsdeckung in mehr als der Hälfte der Jugendamtsbezirke bislang noch nicht erreicht werden. Vor allem ein Mangel an Fachkräften führt zu einer deutlichen Restriktion in der Umsetzung dieses Förderschwerpunkts, aber auch fehlende Fördermittel werden genannt, die den bedarfsgerechten Ausbau verhindern. Die Fachkräfte werden überwiegend in längerfristigen, aufsuchenden Angeboten eingesetzt. In der Fachpraxis besteht aber immer noch eine große Unsicherheit über das Leistungsspektrum und die Verortung von Familienhebammen. Dies zeigt sich vor allem in deren Einsatz im tertiärpräventiven Bereich. Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Einsatzes, bspw. die Dokumentation der Arbeit in den Familien, sind schon relativ weit verbreitet. Unklar bleibt im Moment jedoch noch, wie häufig Angebote der Fachberatung oder Supervision von den Fachkräften tatsächlich in Anspruch genommen werden.

Der Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen bildet neben der Förderung des Auf- und Ausbaus von Netzwerkstrukturen im Bereich Frühe Hilfen

den zweiten zentralen Förderschwerpunkt der Bundesinitiative. Ziel ist die flächendeckende Ausweitung dieses Unterstützungsmodells, die Vereinheitlichung seiner Grundlagen und Rahmenbedingungen sowie die Qualitätssicherung der entsprechenden Angebote.

Das Tätigkeits- und Kompetenzprofil der Familienhebamme, einer spezialisierten Weiterqualifikation des klassischen Hebammenberufs, beinhaltet sowohl medizinisch-pflegerische als auch Tätigkeiten und Kompetenzen der psychosozialen Beratung und Betreuung.[26] Die Unterstützung durch Familienhebammen umfasst dabei den Zeitraum der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Säuglings. Frequenz und zeitlicher Umfang der Hausbesuche können je nach Merkmalen des Hilfebedarfs in der betreuten Familie und je nach arbeitsrechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen stark variieren.[27] Die Leistungen der Familienhebammen werden nicht über die Krankenversicherungen, sondern in der Regel mit Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe finanziert. Eine spezielle sozialgesetzliche Grundlage zur Gewährung dieser Leistungen besteht derzeit jedoch nicht. Dies hat zur Folge, dass sowohl die Art der Leistungen als auch die Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen für ihre Erbringung nicht normiert sind. Vielmehr müssen sie im Dreieck zwischen Familienhebamme, Familie und der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe als Auftraggeber jeweils ausgehandelt werden. Durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen wird zwar die Möglichkeit einer Finanzierung des Einsatzes der Familienhebammen geschaffen, eine bundeseinheitliche Normierung dieser Leistungen wurde jedoch im Zuge der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Umsetzung der Bundesinitiative nicht vorgenommen.[28]

Orientierung für die Praxis bieten das »Kompetenzprofil Familienhebammen« und ein Leitfaden für Kommunen zum Einsatz von Familienhebammen, die beide zu Beginn der Bundesinitiative vom NZFH herausgegeben wurden. In der Verwaltungsvereinbarung ist als Förderkriterium festgeschrieben, dass alle Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen – Familienhebammen, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger usw. – gemäß dem Kompetenzprofil des NZFH qualifiziert sein müssen oder zumindest eine solche Fortbildung begonnen haben sollen. Auf diese Weise wird eine Vereinheitlichung der Qualifizierung der Fachkräfte angestrebt, die zu Beginn der Bundesinitiative in den Ländern noch sehr unterschiedlich ausgestaltet war. Zudem wurde verpflichtend festgeschrieben, dass die Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in die lokalen Netzwerke eingebunden sein sollen.

Förderfähig ist der Einsatz dieser Fachkräfte im Bereich Frühe Hilfen, also im Spektrum primär- und sekundärpräventiver Angebote. Hier eröffnen sich jedoch Interpretationsspielräume hinsichtlich folgender Frage: Ist der Einsatzbereich durch Merkmale der Zielgruppe definiert – wie bspw. den Belastungsgrad der begleiteten Familien – oder durch Merkmale der Tätigkeit der Familienhebamme – wie die Unterstützung der Hauptbezugspersonen bei der Pflege und Versorgung des Säuglings? Zu dieser Frage gibt es in der Fachpraxis sehr unterschiedliche Auslegungen, die wiederum unterschiedliche Modelle des Einsatzes begründen. Keinesfalls jedoch soll der Einsatz von Familienhebammen notwendige intensivere Maßnahmen der Kinder- und

26
Vgl. hierzu und im Folgenden: Sandner, E./Hahn, M. (2012): Kompetenzprofil Familienhebammen. Hrsg. vom NZFH. Köln.

27
Vgl. hierzu und im Folgenden: Lange, U./Liebald, C. (2012): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Hrsg. vom NZFH. Köln.

28
Ausführlichere Hinweise sind zu finden in: Sann, A.: Familienhebammen zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe. Diskurs Kinder- und Jugendforschung (im Erscheinen).

Jugendhilfe – wie bspw. ambulante Hilfen zur Erziehung – ersetzen. Neben dem Einsatz der Fachkräfte selbst werden auch Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung gefördert. Hierzu zählen u. a.: Qualifizierung, Fachberatung und Supervision für die Fachkräfte sowie die Dokumentation ihrer Arbeit in den Familien.

Die Intentionen und Vorgaben der Bundesinitiative strukturieren wiederum die Fragestellungen der begleitenden Dokumentation und Evaluation des Strukturaufbaus in den Kommunen. So wird sowohl nach dem Verbreitungsgrad und den Einsatzfeldern gefragt als auch nach begleitenden Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

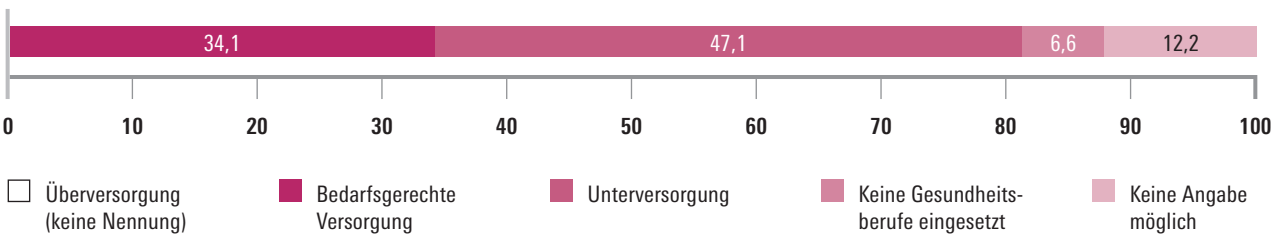
In mindestens der Hälfte der Jugendamtsbezirke besteht noch keine bedarfsgerechte Versorgung beim Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen.

Ziel der Bundesinitiative ist der bundesweite bedarfsgerechte Ausbau des Einsatzes von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen. Im Rahmen der Kommunalbefragung gaben lediglich etwas mehr als ein Drittel der Jugendamtsbezirke an, dass bei ihnen bereits eine bedarfsgerechte Versorgung im Bereich der längerfristigen aufsuchenden Begleitung und Betreuung durch diese Fachkräfte vorliegt (s. Abb. 15). Fast die Hälfte der Jugendamtsbezirke (47,1 %) sieht jedoch eine Unterversorgung in diesem Bereich. Dieser Wert entspricht nahezu dem in Kapitel 3.2.1 ermittelten Entwicklungsbedarf zur Halbzeit der Bundesinitiative, der damit wohl vor allem einen quantitativen Ausbaubedarf darstellt. In 6,6 % der Jugendamtsbezirke werden Gesundheitsfachberufe (noch) nicht eingesetzt und weitere 12,2 % der Befragten konnten hierzu keine Angaben machen.

Der nach wie vor hohe Förderbedarf findet auch in den Förderanträgen der Kommunen und in den Angaben zum aktuellen Ausbaustand seine Entsprechung. 82,9 % der von der Bundesinitiative geförderten Jugendamtsbezirke setzten Mittel der Bundesinitiative in diesem Förderbereich ein.[29]

29
Die Angabe bezieht sich auf die Auswertung der Maßnahmenpläne für 2013. Einbezogen wurden alle Länder außer Mecklenburg-Vorpommern. Dort wird der Einsatz von Familienhebammen ausschließlich über ein Landesprogramm finanziert.

ABBILDUNG 15: EINSCHÄTZUNG DER VERSORGUNGSLAGE MIT FAMILIENHEBAMMEN UND FACHKRÄFTEN AUS VERGLEICHBAREN GESUNDHEITSFACHBERUFEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 543, Prozentwerte.

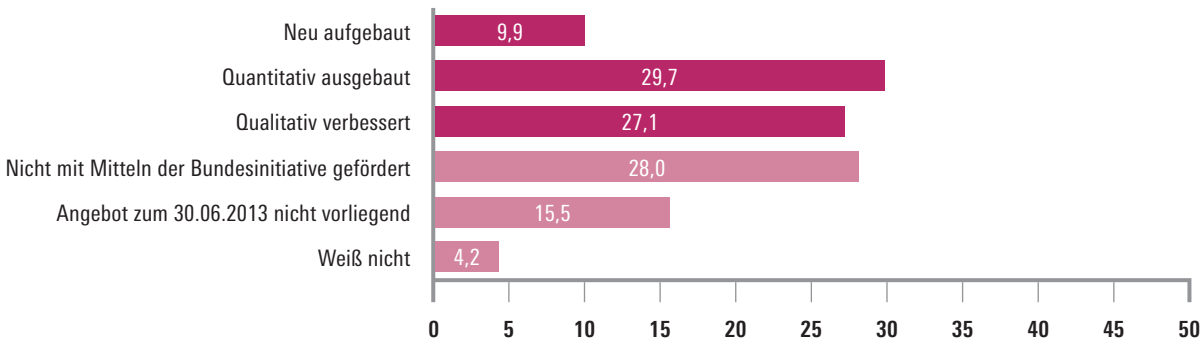
Familienhebammen werden vor allem in längerfristigen, aufsuchenden Angeboten eingesetzt. Das Spektrum der Einsatzmodi ist jedoch uneinheitlich und weist konzeptionelle Überlappungen sowohl mit dem tertiärpräventiven als auch mit dem primärpräventiven Bereich auf.

Ein zentrales Angebot, in dem Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen eingesetzt werden, ist die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien durch Fachkräfte. Dies verweist auf einen eher sekundärpräventiven Angebotstypus, da mit aufsuchenden Maßnahmen in der Regel eher schwer erreichbare Familien in belastenden Lebenslagen angesprochen werden sollen. In 84 % der Jugendamtsbezirke wurde dieses Angebot zur Halbzeit der Bundesinitiative vorgehalten (s. Kap. 3.3.1, Abb. 8). Familienhebammen werden jedoch auch in anderen Angebotstypen eingesetzt, vor allem im Rahmen ambulanter Erziehungshilfen (in 27,4 % der Jugendamtsbezirke, o. Abb.), die in den Bereich der Tertiärprävention hineinreichen können und nicht den Frühen Hilfen zuzurechnen sind. Teilweise sind sie aber auch in eher primärpräventiven Settings und Angebotstypen tätig, so z. B. bei Gruppenangeboten und Kursen (26,2 %) sowie in offenen Sprechstunden (22,8 %) für (werdende) Eltern. Die Befunde verweisen somit auf ein breites und uneinheitliches Spektrum von Einsatzmodi und unterstreichen damit den weiterhin bestehenden konzeptionellen Klärungs- und Profilierungsbedarf für diese Berufsgruppe.

Längerfristige aufsuchende Angebote, in denen überwiegend Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen eingesetzt werden, wurden mit Mitteln der Bundesinitiative vielerorts auf- und ausgebaut.

Gemäß der besonderen Bedeutung und Verbreitung der aufsuchenden Angebote mit Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen wurden im Rahmen der Kommunalbefragung hierzu weitergehende Angaben erbeten. Es zeigte sich, dass diese Angebote mit den Mitteln der Bundesinitiative in fast jedem zehnten Jugendamtsbezirk neu aufgebaut wurden. Annähernd

ABBILDUNG 16: LÄNGERFRISTIGE AUFSUCHENDE BETREUUNG UND BEGLEITUNG: AUF- BZW. AUSBAU MIT FÖRDERMITTELN DER BUNDESINITIATIVE FRÜHE HILFEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 561, Mehrfachantworten, Prozentwerte.

ein Drittel hat diese Angebotsform quantitativ ausgebaut und in etwas mehr als einem Viertel wurden die Mittel für die qualitative Verbesserung der bestehenden Angebote eingesetzt (s. Abb. 16). Somit haben überwiegend diejenigen Jugendamtsbezirke von der Förderung profitiert, die den Einsatz von Familienhebammen bereits vor dem Start der Bundesinitiative im Rahmen von Modellprojekten realisiert hatten. Die zu Beginn der Bundesinitiative mitunter geäußerte Befürchtung, dass mit den Förderverfahren der Bundesinitiative diejenigen Kommunen benachteiligt werden könnten, die sich bereits vorher in den jeweiligen Förderbereichen engagiert hatten, lässt sich somit nicht bestätigen.

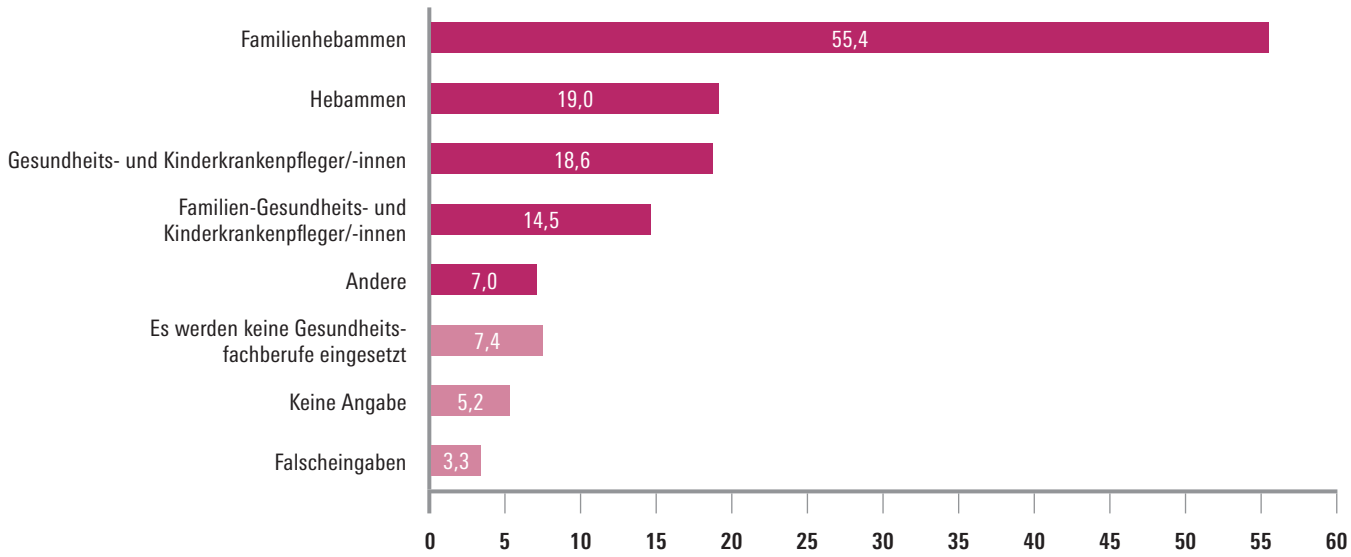
Es besteht weiterhin ein Mangel an qualifizierten und einsatzbereiten Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen.

Ein schwerwiegendes Hindernis beim Ausbau des Einsatzes von Familienhebammen stellt der in der Kommunalbefragung bestätigte Mangel an ausgebildeten Fachkräften dar. Er wurde bereits im Vorfeld prognostiziert und kann durch eine Hochrechnung[30] veranschaulicht werden: Geht man von ca. 675.000 Geburten in Deutschland pro Jahr[31] aus, von denen wiederum geschätzte fünf bis zehn Prozent der Familien einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen, und wird zudem zu Grunde gelegt, dass eine Familienhebamme pro Jahr ca. zehn bis fünfzehn Familien intensiver und länger begleiten kann, so würden für eine bedarfsgerechte Versorgung bundesweit mindestens 2.250 bis maximal 6.750 Familienhebammen benötigt. Zu Beginn der Bundesinitiative standen den Kommunen jedoch nur ca. 1.500 qualifizierte Familienhebammen zur Verfügung, von denen wiederum nur ca. 1.200 diese

30 Vgl. Sann, A.: Familienhebammen zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe. Diskurs Kinder- und Jugendforschung (im Erscheinen).

31 Statistisches Bundesamt 2012.

ABBILDUNG 17: ANTEIL DER JUGENDAMTSBEZIRKE, IN DENEN FAMILIENHEBAMMEN UND FACHKRÄFTE AUS VERGLEICHBAREN GESUNDHEITSFACHBERUFEN IN DER LÄNGERFRISTIGEN AUFSUCHENDEN BETREUUNG UND BEGLEITUNG ZUM EINSATZ KOMMEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013); n = 543, Mehrfachantworten, Prozentwerte.

Tätigkeit ausübten.[32] Die rechnerische Differenz zwischen möglichem Angebot und prognostiziertem Bedarf betrug also zu diesem Zeitpunkt mindestens 1.000 Fachkräfte.

Neben dem Einsatz von Familienhebammen wird im Rahmen der Bundesinitiative auch der Einsatz von denjenigen Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen gefördert, die dem vom NZFH erarbeiteten Kompetenzprofil entsprechen bzw. sich in einer entsprechenden Qualifizierung befinden. Zu den vergleichbaren Gesundheitsfachberufen zählen zum einen die originäre Hebamme – also der Grundberuf der Familienhebamme – und zum anderen grundständig ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, insbesondere mit der Zusatzqualifikation Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger. Auch im Bereich der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger fehlt es an Fachkräften, da nur wenige grundständig ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger die Weiterqualifikation absolvieren und das tradierte Tätigkeitsfeld in der klinischen Krankenversorgung verlassen.

Im Bereich der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch Fachkräfte außerhalb der Regelversorgung sind bislang überwiegend Familienhebammen tätig (55 %). In fast jedem fünften Jugendamtsbezirk werden auch Hebammen ohne (abgeschlossene) Zusatzqualifikation eingesetzt (s. Abb. 17). 14,5 % der Jugendamtsbezirke können auf Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger zurückgreifen, in 18,6 % der Jugendamtsbezirke werden darüber hinaus auch solche Fachkräfte ohne abgeschlossene Fortbildung eingesetzt. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass diese Fachkräfte in den Kommunen zum Teil auch parallel eingesetzt werden.

Die Auswertung der personalstatistischen Angaben, die im Rahmen der Kommunalbefragung erhoben wurden, erbrachte eine Gesamtzahl von 1.831 Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen, die zum 30.06.2013 im Rahmen der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung in 507 Jugendamtsbezirken tätig waren. Um einen Näherungswert für den weiteren Bedarf an Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in diesem Bereich zu erhalten, wurden die Befragten, die eine Unterversorgung für ihren Jugendamtsbezirk angaben (s. Abb. 15), gebeten, den zusätzlichen Personalbedarf einzuschätzen. Aufsummiert ergibt sich ein Bedarf an zusätzlichen 423,5 Vollzeitäquivalenten. Diese Zahl unterschätzt den Bedarf jedoch systematisch bzw. kann sie nicht mit der Zahl der benötigten Fachkräfte gleichgesetzt werden. Ergänzt werden müssen Jugendamtsbezirke, die noch keine Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in der längerfristigen aufsuchenden Begleitung und Betreuung einsetzen (6,6 %). Ihnen wurde die Frage nach dem zusätzlichen Personalbedarf nicht gestellt. Dabei sollte von mindestens zwei Fachkräften pro Jugendamtsbezirk ausgegangen werden, da ein Großteil der (Familien-)Hebammen und (Familien-)Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger den Beruf nur in Teilzeit ausübt. Pro Vollzeitäquivalent müssen also mindestens zwei Personen gerechnet werden. Hochgerechnet sind aus Sicht der Verantwortlichen in den Jugendamtsbezirken somit insgesamt näherungsweise 1.000 weitere Fachkräfte notwendig, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Familien sicherstellen zu können. Diese Einschätzung der Befragten stimmt relativ

32 Schriftliche Mitteilung des Deutschen Hebammenverbandes, Stand 2013.

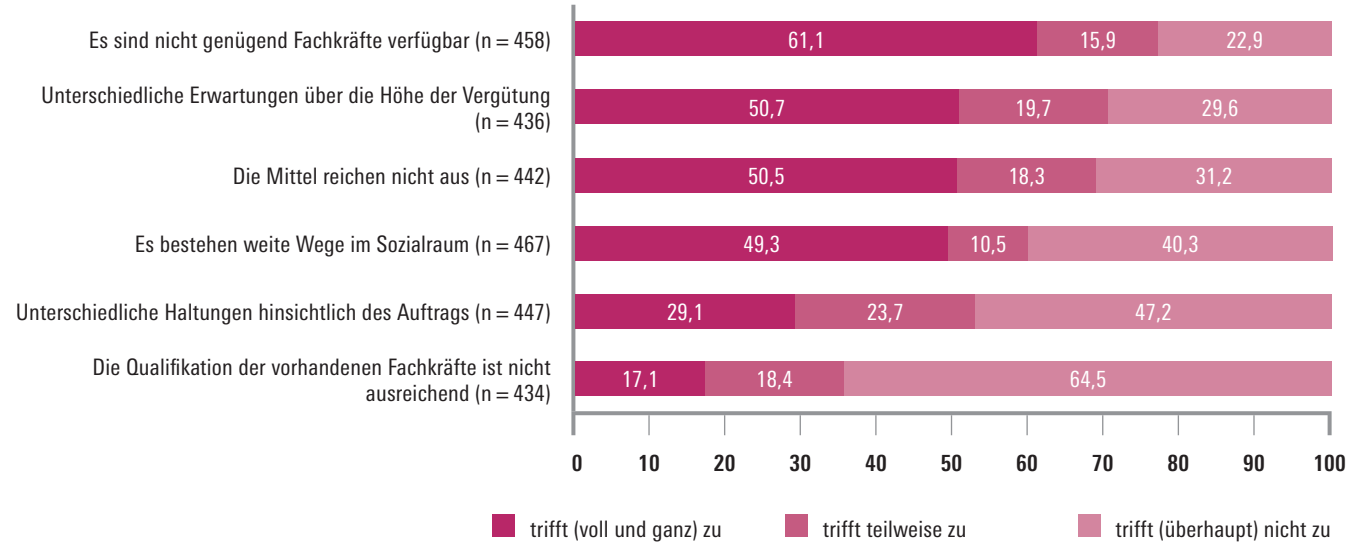
genau mit der rein rechnerisch bestimmten Differenz zwischen Fachkräftebestand und prognostiziertem Bedarf überein. Allerdings fehlt bislang ein Referenzwert zur bedarfsgerechten Versorgung mit Leistungen von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen, der auch andere Faktoren wie zum Beispiel die altersgleiche Grundgesamtheit des Einzugsbereichs oder Sozialindikatoren berücksichtigt. Dieser soll auf der Basis der Befunde aus der Prävalenz- und Versorgungsstudie (s. Kap. 3.2) für weitere Planungen noch entwickelt werden.

Folglich besteht eineinhalb Jahre nach Beginn der Bundesinitiative weiterhin ein deutlicher Fachkräftemangel, der auch durch den Einsatz von noch in der Zusatzqualifikation befindlichen Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger nur ansatzweise kompensiert werden kann. Es ist zu empfehlen, dass die Anstrengungen in Ländern und Kommunen zur Gewinnung und Qualifizierung entsprechender Personen unvermindert fortgesetzt werden.

Differenzen bezüglich der Höhe der Vergütung sowie die geringe Höhe der zur Verfügung stehenden Fördermittel bremsen ebenfalls den Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgung.

60 % der Jugendämter bewerten das Fehlen von Fachkräften als Haupthindernis beim bedarfsgerechten Ausbau des Einsatzes von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen (s. Abb. 18). Die Hälfte der Jugendamtsbezirke benennt zudem weitere gravierende Probleme bei der Ausweitung: Vor allem finanzielle Aspekte, bspw. unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Höhe der Vergütung und insgesamt nicht ausreichende Fördermittel bremsen den

ABBILDUNG 18: BEURTEILUNG VON PROBLEMEN BEI DER AUSWEITUNG DES EINSATZES VON FAMILIENHEBAMMEN UND FACHKRÄFTEN AUS VERGLEICHBAREN GESUNDHEITSFACHBERUFEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013), n = 434–467, fünfstufige Skala von »trifft voll und ganz zu« bis »trifft überhaupt nicht zu«, Prozentwerte.

intendierten Auf- und Ausbau in diesem Förderbereich. Als weitere Hemmnisse werden strukturelle Merkmale des Sozialraums und damit verbundene lange Fahrtzeiten benannt. Schwierigkeiten bei der Klärung des Auftrages zwischen öffentlichem Auftraggeber und Gesundheitsfachkraft geben fast 30 % der Befragten in den Jugendämtern an. Demgegenüber spielt die ggf. nicht ausreichende Qualifikation von Fachkräften nur eine untergeordnete Rolle. Dies dürfte auch auf die bestehenden Übergangsregelungen bei der Umsetzung der Verwaltungsvereinbarung zurückzuführen sein.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Bereich des Einsatzes von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen werden bereits in vielen Jugendamtsbezirken umgesetzt.

Die in der Verwaltungsvereinbarung angestrebte Qualitätsentwicklung beim Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen wurde in den meisten Jugendamtsbezirken bereits in Angriff genommen. Am häufigsten verbreitet ist der Einsatz von Falldokumentationen (79,4 % der befragten Jugendamtsbezirke, o. Abb.), der jedoch für Hebammen bei der Ausübung ihrer originären Tätigkeit ohnehin obligatorisch ist. Positiv einzuschätzen sind die relativ weite Verbreitung von Fachberatung (72 %) und Fortbildungen (69,8 %) sowie insbesondere die Einbindung in ein multiprofessionelles Team (65,6 %) und die Bereitstellung von Fallsupervision (61,5 %). Die beiden letztgenannten Qualitätskriterien gehören zwar nicht zum berufskulturellen Selbstverständnis von Hebammen, sie sind jedoch für die Bewältigung von herausfordernden Situationen mit den betreuten Familien und die reflexive Bearbeitung komplexer Fallkonstellationen äußerst wichtig. Weiter zu untersuchen bleibt die Frage, wie viele der eingesetzten Fachkräfte die Angebote der Fachberatung und Supervision in Anspruch nehmen.

3.3.4 EINSATZ VON EHRENAMTLICHEN

Der Bereich »Einsatz von Ehrenamtlichen in den Frühen Hilfen« hat im Rahmen der Bundesinitiative eine eher untergeordnete Bedeutung. Innerhalb des relativ vielfältigen Angebotsspektrums werden vor allem Familienpatinnen und -paten häufig eingesetzt und auch gefördert. Die bislang erreichte hohe Verbreitung der Anwendung von zentralen Qualitätskriterien bei den geförderten Projekten – wie bspw. die Begleitung durch eine Fachkraft – weist in die richtige Richtung und unterstreicht die Bedeutung der Bundesinitiative als Instrument zur Förderung von Qualitätsentwicklung. An der Schnittstelle zum Kinderschutz besteht jedoch in diesem Förderbereich vielerorts noch fachlicher Entwicklungsbedarf.

Die Unterstützung von Familien durch ehrenamtliches Engagement hat eine lange Tradition in der Sozialen Arbeit. Auch im Bereich Frühe Hilfen gewinnt sie seit einigen Jahren im Zuge länder- und trägerspezifischer Programme[33] sowie angesichts einer Vielzahl von Einzelprojekten in Kommunen an Bedeutung. Unterstützungsangebote für Familien, bei denen Ehrenamtliche bzw. Laien eingesetzt

33
Beispielhaft seien folgende, mittlerweile bundesweit etablierte Programme genannt: »Wellcome«, »Frühe Hilfen in der Caritas« sowie die »Familienpaten« des Deutschen Kinderschutzbundes; in Brandenburg wurden flächendeckend die »Netzwerke Gesunde Kinder« eingerichtet.

werden, spielten in der ersten Modellphase des Bundes noch keine Rolle. Im Mittelpunkt stand hier die Entwicklung und Erprobung inter- und multiprofessioneller Ansätze und Kooperationsformen. Daher wurden diese Ansätze nicht in die Evaluation einbezogen. Mittlerweile existieren einige Programmevaluationen[34]; die empirische Basis zur Wirksamkeit dieser Ansätze ist jedoch nach wie vor schmal. In der Begriffsbestimmung des wissenschaftlichen Beirats des NZFH (2009) wird bereits auf die Möglichkeit der Ergänzung professioneller Unterstützungs- und Hilfeangebote durch bürgerschaftliches bzw. nachbarschaftliches Engagement verwiesen: »Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein«.[35]

Der Einsatz von Ehrenamtlichen zur Begleitung und Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen ist fachlich nicht unumstritten: Fachkräfte befürchten eine Entwertung ihrer professionellen Tätigkeit durch vermeintlich kostengünstige Modelle mit Ehrenamtlichen. Zudem wird bezweifelt, dass ehrenamtlich Tätige riskante Situationen in Familien rechtzeitig wahrnehmen und angemessen darauf reagieren können. Auch könne es in diesem Zusammenhang rasch zu Überforderungssituationen kommen. Dem entgegengehalten werden der leichtere Zugang und die höhere Akzeptanz solcher Angebote bei den Familien innerhalb der Zielgruppe aufgrund der lebensweltlichen Nähe der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer. Unterstützungsangebote auf Ehrenamtsbasis können auch einen positiven Effekt auf das Gemeinwesen haben – im Sinne einer Stärkung der Übernahme wechselseitiger sozialer Verantwortung und Solidarität. Um negative Effekte zu vermeiden und positive Wirkungen erzielen zu können, ist es in diesem Bereich von großer Bedeutung, dass die Angebote fachlich abgesichert sind. Auch sollte vor Ort das Ineinandergreifen professioneller, semiprofessioneller und ehrenamtlicher Angebote konzeptionell und strukturell abgestimmt sein.

Der anhaltende kritische Diskurs zu den Ehrenamtsangeboten im Bereich Kinderschutz und Frühe Hilfen könnte auch Grund für eine gewisse Zurückhaltung des Gesetzgebers gewesen sein: So ist das Ehrenamt erst im Zuge der abschließenden Verhandlungen zum BKiSchG im Vermittlungsausschuss in § 3 Abs. 4 KKG aufgenommen worden. In der Gesetzesbegründung findet es dagegen keine Erwähnung. Die Formulierung im KKG – »das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und den Einsatz von Familienhebammen auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen« – lässt zudem keine Rückschlüsse auf die Funktion und Zielsetzung zu, die mit der Förderung im Rahmen der Bundesinitiative verbunden sein sollen. Es wird nicht explizit geklärt, in welchem Verhältnis der Auf- und Ausbau der Netzwerke, der Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen und die Ehrenamtsstrukturen zueinander stehen sollen.

In der Verwaltungsvereinbarung (Art. 1 Abs. 2) werden Sinn und Zweck des Einschlusses ehrenamtlichen Engagements in die Förderung präzisiert: Generelles Ziel ist es, im Rahmen der Bundesinitiative Erkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen des Einbezugs ehrenamtlichen Engagements im Kontext Früher Hilfen zu gewinnen: zum Beispiel hinsichtlich der Übergänge von ehrenamtlichem

34
Für einen Überblick siehe auch: Sterzing, D./Persike, U./Sann, A. (2011): Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0–6 Jahren. Überblick über die Angebote in Deutschland. Hrsg. vom Deutschen Jugendinstitut. München.

35
Die »Begriffsbestimmung Frühe Hilfen« ist online verfügbar unter: www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/

Engagement und professionellem Handeln und der notwendigen Qualitätsstandards für den Einsatz Ehrenamtlicher. Die Förderung von Angeboten und Strukturen zum Einsatz Ehrenamtlicher im Bereich Frühe Hilfen ist jedoch nicht gleichrangig mit dem Auf- und Ausbau von Netzwerken Frühe Hilfen und dem Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen. Eine Bedarfsdeckung wird hier nicht angestrebt.

Förderungswürdig sind Projekte mit Ehrenamtlichen, die in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingebunden sind, und in denen die Ehrenamtlichen durch eine Fachkraft angeleitet bzw. beim Einsatz begleitet werden. Die Ausrichtung des Einsatzes wird auf die alltagspraktische Begleitung und Entlastung von Familien begrenzt. Zudem sollen die Angebote dazu beitragen, die sozialen Netzwerke der Familien zu erweitern. Angebote mit Ehrenamtlichen werden demnach eindeutig im Bereich der primärpräventiven Unterstützung von Familien verortet. Förderfähig sind vorrangig Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Dazu gehören u.a.: die Koordination und Fachbegleitung von Ehrenamtlichen, die Qualifizierung sowohl von Koordinierenden als auch von Ehrenamtlichen sowie ihre Mitwirkung bei der Netzwerkarbeit. Darüber hinaus ist die Erstattung von Fahrtkosten möglich.

Der Einsatz von Ehrenamtlichen hat im Rahmen der Bundesinitiative insgesamt keinen besonders hohen Stellenwert.

Die Rolle, die Projekte der Frühen Hilfen mit Ehrenamtlichen in den Jugendamtsbezirken allgemein spielen, wird von den im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Befragten unterschiedlich bewertet: Immerhin fast ein Viertel räumen diesem Bereich einen hohen bis sehr hohen Stellenwert im Jugendamtsbezirk ein (22,7 % von 543, o. Abb.). Für die Mehrheit von 43,5 % hat er lediglich eine geringe bis gar keine Bedeutung und knapp ein Drittel (32 %) weist ihm einen mittleren Stellenwert zu. Von 1,8 % der Jugendamtsbezirke liegen keine Angaben vor. Der Anteil der in diesem Bereich geförderten Kommunen lag mit 42 % überraschend hoch. Es wurden jedoch hierfür lediglich 9,5 % der Fördermittel eingesetzt, die den Kommunen 2013 bundesweit zur Verfügung standen. Es kann daher angenommen werden, dass teilweise solche Kommunen Mittel der Bundesinitiative im Bereich Ehrenamt einsetzen, die bereits Netzwerkstrukturen und aufsuchende Angebote mit Gesundheitsfachkräften bedarfsgerecht etabliert haben und/oder im Rahmen eines kommunalen Gesamtkonzepts Ehrenamtsprojekte zur primärpräventiven Fundierung der Angebotslandschaft im Bereich Frühe Hilfen ausbauen.

Familienpatenschaften dominieren die Angebotspalette im Bereich Ehrenamt in den Frühen Hilfen.

In der Praxis ist eine große Vielfalt an Programmen und Projekten mit Ehrenamtlichen vorzufinden. Dies betrifft sowohl die Einsatzfelder und Ziele des ehrenamtlichen Engagements als auch Fragen der Koordination und der strukturellen Rahmenbedingungen. Am weitesten verbreitet – und von einigen freien Trägern zum Teil bundesweit angeboten – sind sogenannte Familienpatenschaften. Dabei werden Familien über einen längeren Zeitraum zu Hause aufgesucht und erhalten alltagsnahe Entlastung und Unterstützung, bspw. bei der Kinderbetreuung oder der Säuglingspflege. Zielgruppen

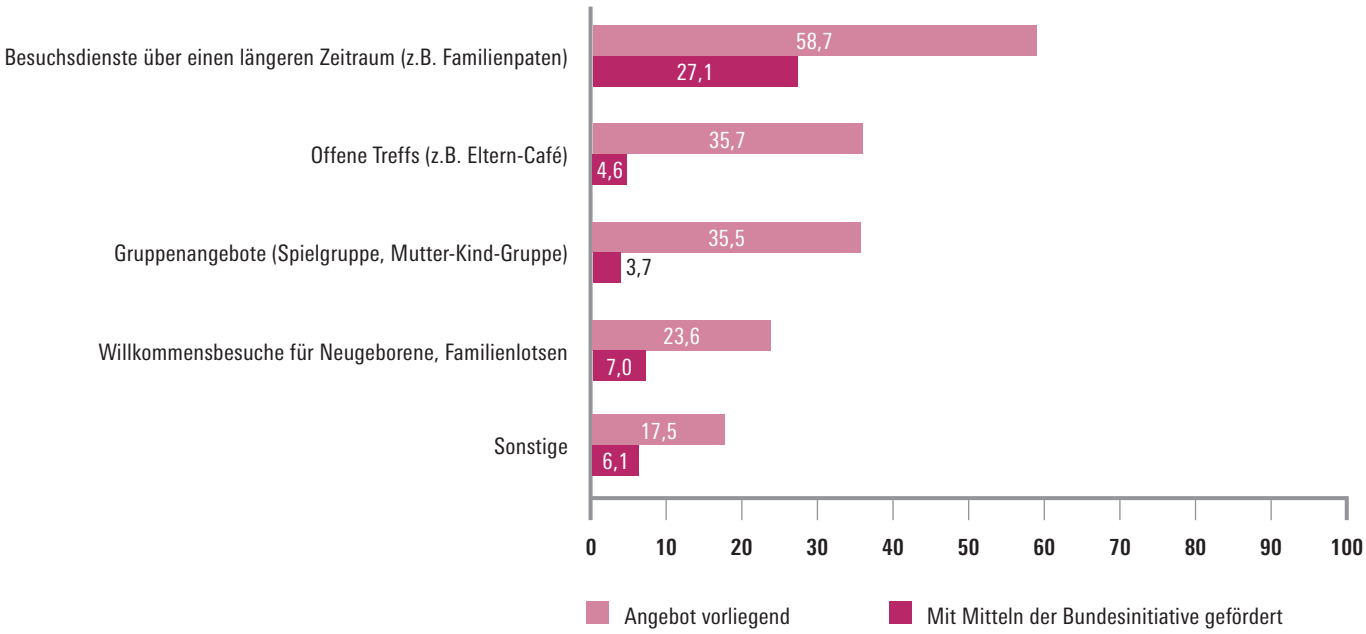
sind insbesondere Familien, die von sozialer Isolation bedroht sind und dabei unterstützt werden sollen, neue Kontakte im sozialen Nahraum zu knüpfen. Auch wenig lebenserfahrene junge Mütter und Väter zählen zu den Zielgruppen. In fast 60 % der Jugendamtsbezirke wurde ein solches Angebot der Familienpatenschaften realisiert. Mit Mitteln der Bundesinitiative gefördert wurde es in über einem Viertel der befragten Jugendamtsbezirke (s. Abb. 19). Damit rangiert dieses Angebot weit vor allen anderen gängigen Formaten: In jeder dritten Kommune gibt es mit Unterstützung von Ehrenamtlichen realisierte offene Treffs sowie Gruppenangebote für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Von Ehrenamtlichen durchgeführte Willkommensbesuche werden in fast einem Viertel der Jugendamtsbezirke durchgeführt. Bei den letztgenannten Angeboten spielt die Förderung durch die Bundesinitiative nur eine untergeordnete Rolle.[36]

36
Die hervorgehobene Bedeutung von Familienpatinnen und -paten im Vergleich zu anderen Angebotsformen findet sich auch in den Ergebnissen der Begleitstudie zum Programm »Frühe Hilfen in der Caritas (2010–2013)«. Demnach wurden Familienpatenschaften an 76 % der bundesweit 91 Standorte realisiert, gefolgt von offenen Treffs/Elterncafés (18 %) und Mutter-Kind-Gruppen, die unter Mitwirkung von Ehrenamtlichen realisiert wurden (10 %). Siehe: Frühe Hilfen in der Caritas. Informationsservice 2/2013.

Die Förderung durch die Bundesinitiative unterstützt die Qualitätsentwicklung im Bereich Ehrenamt in den Frühen Hilfen. An der Schnittstelle zum Kinderschutz besteht jedoch vielerorts noch fachlicher Entwicklungsbedarf.

Zur fachlichen Absicherung von Projekten im Bereich Frühe Hilfen, die von Ehrenamtlichen ausgeführt werden, ist die Koordinierung des Einsatzes dieser Personen durch eine Fachkraft zentral. Aufgaben dieser ausreichend qualifizierten Ehrenamtskoordinatorin bzw. dieses Ehrenamtskoordinators sind die Auswahl, Begleitung und Qualifizierung von Ehrenamtlichen sowie die Herstellung von Passung mit den betreuten Familien. Im Rahmen der Vorbereitung der Ehrenamtlichen auf den Ein-

ABBILDUNG 19: ANGEBOTSFORMEN MIT BETEILIGUNG VON EHRENAMTLICHEN UND FÖRDERUNG DURCH DIE BUNDESINITIATIVE



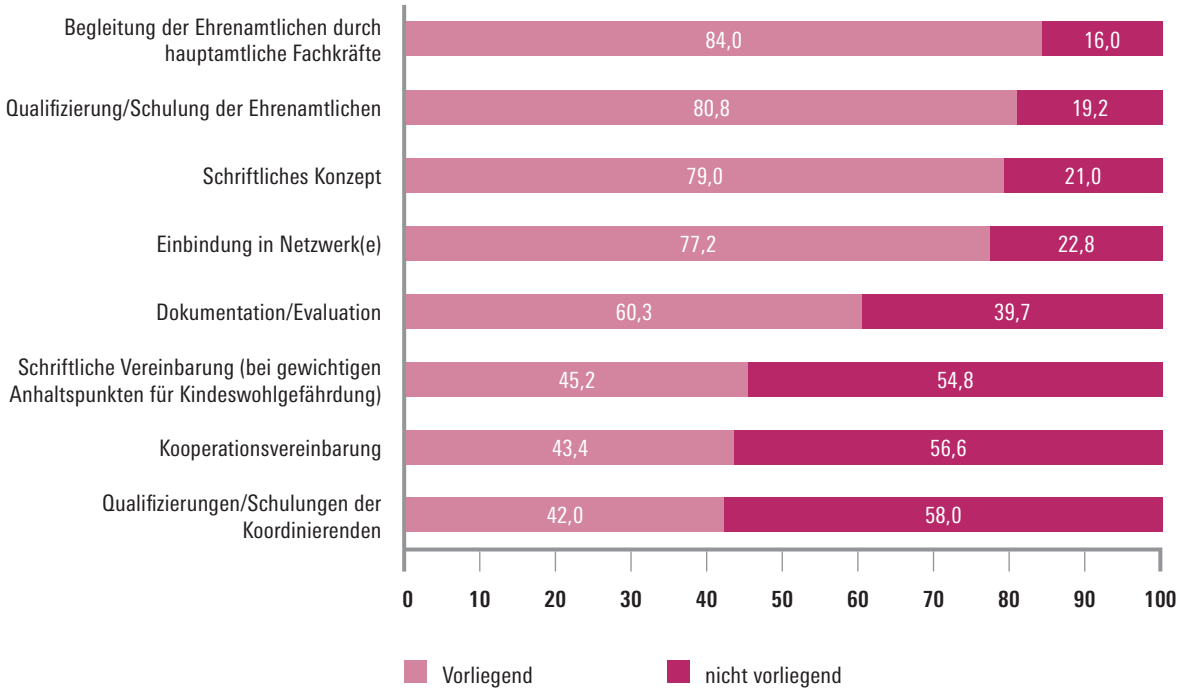
Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013), n = 543, Prozentwerte.

satz sollte insbesondere auf Handlungsmöglichkeiten bei einer drohenden Überforderung durch die Probleme der betreuten Familien eingegangen werden. Auch die Abklärung der eigenen Erwartungen in Bezug auf die Aufgabe sowie die Reflexion eigener Vorstellungen über ein gutes Familienleben sind von großer Bedeutung. Darüber hinaus gewährleistet die Ehrenamtskoordination die Qualitätsentwicklung des Angebots und die Einbindung desselben in das Netzwerk Frühe Hilfen.

Im Jahr 2013 unterstützten insgesamt 240 Jugendamtsbezirke Projekte mit Ehrenamtlichen im Bereich Frühe Hilfen mit Mitteln der Bundesinitiative.[37] Von 219 liegen Angaben zu den Qualitätsmerkmalen der geförderten Projekte vor (s. Abb. 20). In 84 % dieser Jugendamtsbezirke werden in den geförderten Projekten Ehrenamtliche von Fachkräften begleitet. Ähnlich hoch liegt der Anteil an Jugendamtsbezirken mit schriftlich ausgearbeitetem Konzept zu den geförderten Projekten. Die Schulung der Ehrenamtlichen ist in vier von fünf Jugendamtsbezirken gewährleistet, ebenfalls die Einbindung in das lokale Netzwerk. Letztere ist jedoch Voraussetzung für die Förderung durch die Bundesinitiative. Die verbindliche Ausgestaltung der Schnittstelle zum Handeln bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung hingegen scheint erst in weniger als der Hälfte der Jugendamtsbezirke im Bereich der geförderten Ehrenamtsprojekte gesichert zu sein. Auch eine spezifische Qualifizierung der Ehrenamtskoordinierenden ist nur in zwei von fünf Jugendamtsbezirken üblich.

37
Quelle: Auswertung der Maßnahmenpläne für 2013.

ABBILDUNG 20: QUALITÄTSMERKMALE VON EHRENAMTSPROJEKTEN, DIE MIT MITTELN DER BUNDESINITIATIVE GEFÖRDERT WERDEN



Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013), n = 219, Prozentwerte.

3.3.5 WEITERE ZUSÄTZLICHE MASSNAHMEN ZUR FÖRDERUNG FRÜHER HILFEN

Dieser Förderbereich wurde im Rahmen der Bundesinitiative insgesamt nur marginal genutzt und zeigt eine sehr heterogene Bandbreite der Praxisansätze in den Frühen Hilfen. Es werden vor allem primärpräventive Angebote gefördert, die in vielen Kommunen eine wichtige Ergänzung des Angebotsspektrums darstellen. Gefördert werden überraschenderweise auch längerfristige aufsuchende Angebote mit Fachkräften. Dies verweist unter Umständen auf sinnvolle konzeptionelle Erweiterungen dieser Ansätze, die jedoch noch genauer untersucht werden sollten.

Wenn ein bedarfsgerechter Ausbaustand von Netzwerken Frühe Hilfen und beim Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in den Kommunen erreicht ist, können dort auch weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen mit Mitteln der Bundesinitiative auf- und ausgebaut werden (Förderbereich IV). Darüber hinaus sind erfolgreiche modellhafte Ansätze förderfähig, die zu einem Regelangebot ausgebaut werden sollen. Mit diesen Regelungen in der Verwaltungsvereinbarung (Art. 2 Abs. 6) sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass in einigen Regionen bereits vor Beginn der Bundesinitiative ein sehr hohes quantitatives wie qualitatives Niveau des Ausbaus von Strukturen und Angeboten im Bereich Frühe Hilfen zu verzeichnen war. Auch diese Kommunen sollten an der Förderung durch die Bundesinitiative partizipieren können. Auf eine definitorische Eingrenzung der förderfähigen Angebote und Maßnahmen wurde jedoch zunächst verzichtet. Leitend war die Annahme, dass nur wenige Anträge zu diesem Förderbereich gestellt werden würden und dass über deren Förderfähigkeit im Einzelfall entschieden werden könne.

Diese Einschätzung hat sich nicht bestätigt: Im Durchschnitt werden von immerhin jedem zwölften Jugendamtsbezirk Fördermittel im Bereich sonstiger Maßnahmen beantragt bzw. eingesetzt. Die Bandbreite über die Bundesländer hinweg schwankt dabei erheblich: Während in Berlin alle Bezirke hier Mittel einsetzen, sehen etliche Länder die Förderung dieses Bereiches generell nicht vor.

Der Förderbereich IV »Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen« hat im Verlauf der Bundesinitiative an Bedeutung gewonnen, da sowohl die bereits erreichte Bedarfsdeckung als auch systematische Restriktionen in den anderen Förderbereichen eine Verausgabung der Mittel teilweise erschwerten. Bedingt wurde dies bspw. durch die verzögerte Besetzung von Koordinierungsstellen für Netzwerke Frühe Hilfen und das Fehlen von Fachkräften im Bereich des Einsatzes von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen. Entsprechend sah sich das Bundesministerium zeitweise einer Vielzahl an Nachfragen zur Förderfähigkeit spezifischer Einzelmaßnahmen aus dem Bereich weiterer zusätzlicher Maßnahmen gegenüber.

Im Januar 2014 hat schließlich die Steuerungsgruppe von Bund und Ländern als Erweiterung der Verwaltungsvereinbarung eine Grundsatzentscheidung über die Förderfähigkeit von zusätzlichen Angeboten und Maßnahmen gefällt. Förderfähige Angebote im Bereich Frühe Hilfen müssen demgemäß allen folgenden Kriterien gleichermaßen genügen:

- Sie wenden sich an (werdende) Mütter und Väter mit Säuglingen und Kleinkindern vorrangig bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres.
- Sie gewährleisten einen niedrigschwelligen Zugang, damit die Hemmschwelle, an diesen Maßnahmen zu partizipieren – insbesondere für Betroffene, die in der Regel nur schwer mit familienfördernden Maßnahmen zu erreichen sind –, gesenkt wird.
- Sie sind in der Primär- oder in der Sekundärprävention verankert. Dabei steht die Förderung der Erziehungs- und Versorgungskompetenz von Familien in besonderen Lebenslagen im Vordergrund.

Explizit wird in diesem Beschluss darauf hingewiesen, dass Maßnahmen, die sich konzeptionell an familiären Problemkonstellationen ausrichten und eine enge Begleitung durch das Jugendamt erfordern, nicht förderfähig sind und durch die geförderten Maßnahmen auch nicht ersetzt werden dürfen. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass örtliche Jugendämter mit den Mitteln der Bundesinitiative ihre Budgets für die Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII entlasten.

Angebote im Förderbereich »Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen« sind vor allem in der Primärprävention angesiedelt.

Im Rahmen der Kommunalbefragung 2013 wurde auch nach dem Einsatz von Fördermitteln im Bereich »Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen« in den diversen Angebotstypen mit konzeptioneller Nähe zum Bereich Frühe Hilfen gefragt (s. Abb. 21). Bei der Interpretation der Daten ist jedoch zu beachten, dass die Befragung *vor* dem Beschluss der Steuerungsgruppe stattfand. Das bedeutet, dass die Interpretation der entsprechenden Vorschrift in der Verwaltungsvereinbarung weitgehend den Verantwortlichen vor Ort überlassen war.

ABBILDUNG 21: ANGEBOTSFORMEN IM FÖRDERBEREICH IV

Quelle: Befragung der durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen geförderten Jugendamtsbezirke, erste Erhebungswelle (2013), n = 543, Prozentwerte.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fallen zwei Aspekte ins Auge: Zum einen entspricht die Reihung der Angebotstypen im Förderbereich IV weitgehend der grundsätzlichen bundesweiten Verbreitung in den Jugendamtsbezirken (s. Kap. 3.3.1, Abb. 8). Sie spiegelt daher die grundlegenden konzeptionellen Präferenzen der steuernden Jugendämter im Bereich Frühe Hilfen wider. Zum anderen ist erkennbar, dass in diesem Bereich die Mittel der Bundesinitiative vorrangig für Angebote eingesetzt werden, die im primärpräventiven Bereich angesiedelt sind. Hierzu zählen bspw. die fast bundesweit aufgebauten Gruppenangebote und Kurse sowie an Eltern von Neugeborenen adressierte »Begrüßungsschreiben« und Willkommensbesuche.

Erklärungsbedürftig ist die Förderung von Angeboten zur längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien im Förderbereich IV, denn diese Angebotsform ist prinzipiell dem Förderbereich II zuzuordnen, sofern Familienhebammen und/oder Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen eingesetzt werden. Daher ist zu vermuten, dass in diesen Fällen teilweise der Einsatz anderer Berufsgruppen gefördert wird, bspw. im Rahmen sogenannter »Tandems« von Familienhebammen und sozialpädagogischen Fachkräften. Dabei sind – wie im Modellprojekt »ProKind« erprobt[38] – beide Berufsgruppen gemeinsam im Einsatz. Der Vorteil des Tandemmodells ist, dass die sozialpädagogische Expertise nicht von der Familienhebamme eingebracht werden muss, diese sich also auf ihre Kernkompetenz – die Anleitung der Eltern bei der Versorgung und Pflege des Säuglings – konzentrieren kann. Nachteil ist, dass mehrere, wenn auch gut abgestimmte Fachkräfte in einer Familie tätig sind. Das Setting dieses Angebots verweist zudem in der Regel auf einen höheren Grad an Belastungen bzw. einen multiplen Unterstützungsbedarf der betreuten Familien. Das Tandemmodell befindet sich damit konzeptionell in der »Grauzone« zwischen Frühen Hilfen und ambulanten erzieherischen Hilfen. Dass Familienhebammen zum Teil auch in diesem Bereich eingesetzt werden, zeigen die Befunde in Kapitel 3.3.3. Die genaueren Hintergründe dieser Förderpraxis sollten Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

3.4 WIRKUNGS- UND PROFESSIONSFORSCHUNG

Durch die Evaluation von Praxisansätzen in Modellprojekten konnten im Bereich der Wirkungsforschung bereits wichtige Erkenntnisse hinsichtlich der Effekte bestimmter Interventionen gewonnen werden. Dennoch fehlen für viele Konzepte und Programme, die in den Frühen Hilfen zentral zum Einsatz kommen, gesicherte Erkenntnisse, um ihre Wirkung einschätzen und ggf. auch verbessern zu können. Positive Effekte lassen sich bei der Intervention durch Familienhebammen feststellen. Erste Ergebnisse von Langzeituntersuchungen weisen allerdings darauf hin, dass die erzielten positiven Wirkungen in den Familien im späteren Entwicklungsverlauf verloren gehen, wenn nach dem Ende des Einsatzes keine weitere Unterstützung erfolgt. Daher sind Anschlussstellen im Sinne von Präventionsketten herzustellen, die im Rahmen einer kommunalen Gesamtstrategie über die Frühen Hilfen hinaus Unterstützung und Förderung sicherstellen, um die erreichten Effekte zu erhalten und weiter auszubauen.

Die Bundesinitiative soll dazu beitragen, dass Angebote und Strukturen Früher Hilfen in den Ländern und Kommunen weiter auf- und ausgebaut werden. Mittlerweile gibt es in ganz Deutschland eine Vielzahl niedrigschwelliger Unterstützungsangebote, die in der Regel in Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden sind. Die Bundesinitiative regt darüber hinaus auch die Qualitätsentwicklung im Bereich Frühe Hilfen an. Damit sind zumindest die strukturellen Grundvoraussetzungen für eine verbesserte Unterstützung junger Familien in belastenden Lebenslagen geschaffen.

38
Vgl. Brand, T./Helm, G./Hartmann, S./Maier-Pfeiffer, M. (2013): Hilfe im Doppelpack oder lieber allein? Vergleich von zwei unterschiedlichen Begleitvarianten. In: Brand, T./Jungmann, T. (Hrsg.): Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der »Pro Kind«-Praxis und -Forschung. Weinheim u. Basel, S. 126–136.

Damit mit diesen Maßnahmen tatsächlich die intendierte Verbesserung der Lebenssituation der Familien und ihrer Kinder erreicht werden kann, sollte die Passgenauigkeit und Wirksamkeit der dahinter liegenden Konzepte und Programme geprüft und ggf. verbessert werden. Dieser Forschungsstrang wird vom NZFH im Zuge der übergreifenden Auswertung der Modellprojekte aus der ersten Förderphase fortgesetzt. Enthalten ist auch die punktuelle Weiterförderung der höherwertigen Forschungsdesigns, um die Nachhaltigkeit der untersuchten Interventionen längsschnittlich zu prüfen.

Schwerpunktangebot der Bundesinitiative ist der Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen. Im Zuge der flächendeckenden Implementierung dieser Angebote stellt sich die Frage nach dem spezifischen Einsatzprofil dieser Fachkräfte, insbesondere der Familienhebammen. Welche Art der Unterstützung können Familienhebammen leisten? Welche Familien werden von ihnen betreut und begleitet? Und wie klären sie ihre Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche in der Kooperation mit anderen Fachkräften? Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, evaluiert das NZFH die Tätigkeit von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen mittels standardisierter Falldokumentationen. Zudem fördert es eine Studie zum professionellen Selbstverständnis von Familienhebammen. Darin wird ergründet, mit welchem Wissen und Können sie ihren beruflichen Alltag gestalten und wie sie sich darin von anderen Professionen unterscheiden.

3.4.1 WIRKUNG UND NACHHALTIGKEIT VERSCHIEDENER INTERVENTIONEN IM BEREICH FRÜHE HILFEN

Im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme in den Ländern« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde von 2007 bis 2010 die wissenschaftliche Begleitung von zehn Modellprojekten in den Bundesländern gefördert.[39] Inzwischen liegen zahlreiche Erkenntnisse sowohl zu den Wirkungsvoraussetzungen[40] als auch zu den spezifischen Wirkungen verschiedener Ansätze im Bereich Frühe Hilfen vor.[41] Ergebnisse dieser Wirkungsanalysen wurden im April 2014 mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis erstmals projektübergreifend diskutiert und hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz bewertet. Die Ergebnisse dieses Prozesses sollen 2015 zusammenfassend veröffentlicht werden.

Darüber hinaus wurden einzelne Evaluationsprojekte mit Förderung des NZFH fortgesetzt, um die Nachhaltigkeit der Interventionen zu untersuchen. Ausgewählt wurden dabei Forschungsansätze mit mindestens quasiexperimentellen Designs: die Begleitforschung zu den Projekten »Keiner fällt durchs Netz« (Saarland und Hessen), »Guter Start ins Kinderleben« (Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen) und »Wie Elternschaft gelingt – WiEge« in Hamburg. Erste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die nachgewiesenen Effekte nach Abschluss der Interventionen zu verblassen drohen, wenn den Familien keine weiterführende Unterstützung angeboten wird. Die Ergebnisse sollen noch im Verlauf der Bundesinitiative vorgelegt werden.

Aus diesem Grund fördert das NZFH aktuell zwei weitere Forschungsvorhaben, die die Weiterführung von Interventionen im Sinne einer »Präventionskette« zum Gegenstand haben: Das Uni-

39
Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme. Berlin.

40
Vgl. Renner, I./Heimeshoff, V. (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom NZFH. Köln.

41
Vgl. Renner, I./Sann, A. (Hrsg.) (2010): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Hrsg. vom NZFH. Köln; Renner, I. (2012): Wirkungsevaluation »Keiner fällt durchs Netz« – Ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Hrsg. vom NZFH. Köln; Suess, G./Bohlen, U./Mali, A. (2011): Wie Elternschaft gelingt (WIEGE) – Projektstandort Hamburg. Hrsg. vom NZFH. Köln.

versitätsklinikum Heidelberg untersucht den Übergang von der Familienhebammenbetreuung in die Kindertagesbetreuung oder Tagespflege und die Universität Düsseldorf evaluiert in Dormagen das dort bereits etablierte Modell einer Präventionskette. Auch hier wird mit Ergebnissen in 2015 gerechnet.

3.4.2 HILFEPROZESSFORSCHUNG ZU FAMILIENHEBAMMEN UND FACHKRÄFTEN AUS VERGLEICHBAREN GESUNDHEITSFACHBERUFEN

Um beurteilen zu können, inwieweit Familien in belastenden Lebenslagen vom Ausbau des Einsatzes von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in Deutschland profitieren, führt das NZFH mehrere Studien durch: eine Online-Erhebung auf der Basis einer standardisierten Falldokumentation von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen, eine Aktenanalyse vollständig dokumentierter Fälle und eine ergänzende Elternbefragung.

Online-Erhebung bei Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen

Das NZFH beauftragte die Universität Halle-Wittenberg mit der wissenschaftlichen Analyse von 16 Dokumentationsvorlagen, die von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in Deutschland genutzt wurden. Auf dieser Basis wurde vom NZFH ein Dokumentationssystem für die Einzelfallarbeit entwickelt, das den Fachkräften mittlerweile kostenfrei zur Verfügung steht.[42]

In diese Dokumentationsvorlage integriert ist ein Bündel von Fragen für eine bundesweite Online-Erhebung bei Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen, die seit Dezember 2013 im Feld ist. Eine Grundgesamtheit von bis zu 900 Fachkräften soll zu drei Erhebungszeitpunkten Lebenssituation, Ressourcen, Belastungen und Hilfebedarf der Familien einschätzen, die von ihnen betreut werden. So können im Zeitverlauf Informationen zur Entwicklung der familiären Situation im Verlauf der Unterstützung durch Familienhebammen gewonnen werden. Erste Ergebnisse werden im Frühjahr 2015 erwartet.

Aktenanalyse ausgefüllter Dokumentationsvorlagen und Befragung betreuter Eltern

Um detaillierte Daten zum Hilfeprozess zu gewinnen, wird die Online-Erhebung durch zwei weitere empirische Untersuchungen ergänzt: eine qualitative Analyse vollständig ausgefüllter Dokumentationsvorlagen (Aktenanalyse) und eine telefonische Befragung von Eltern, die eine Familienhebammenbetreuung in Anspruch genommen haben. Die Aktenanalyse soll einen vertieften Einblick in die spezifischen, mit der Familie individuell ausgehandelten Hilfeleistungen der Fachkraft gewähren. Durch die punktuelle Elternbefragung soll auch die Perspektive der Hilfeempfängerinnen und -empfänger in das Gesamtbild des Hilfeprozesses integriert werden. Ergebnisse aus diesen Studien werden 2015 erwartet.

42
Die Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich (2013) ist online verfügbar unter: www.fruehehilfen.de/familienhebammen/dokumentationsvorlagen/

3.4.3 PROFESSIONSSTUDIE ZU FAMILIENHEBAMMEN

»Familienhebamme« ist eine sozialpädagogisch orientierte Zusatzausbildung von Hebammen, die mit der Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes in den Bereich der Frühen Hilfen ihre fachlichen Kompetenzen ausdehnen. Zugleich müssen sie sich als professionelle »Grenzgängerinnen« an den unterschiedlichen Logiken der Gesundheitsförderung auf der einen und der Kinder- und Jugendhilfe auf der anderen Seite ausrichten. Diese Leistungssysteme beinhalten jeweils feldspezifische Rahmenbedingungen, die sich in strukturellen Ambivalenzen, daraus resultierenden diffusen Aufträgen und ambivalenten Erwartungshaltungen von Auftraggeberinnen und -gebern sowie Hilfeempfängerinnen und -empfängern niederschlagen können. Diese dem Handlungsfeld Frühe Hilfen inhärenten Spannungsfelder fordern den Familienhebammen erhebliche Anstrengungen in der fachlichen Orientierung und eigenen Verortung in Beziehung bzw. Abgrenzung zu anderen Professionen ab. Wie es ihnen gelingt, unter diesen Rahmenbedingungen ihre berufliche Rolle zu definieren, und welches Wissen und Können sie in der Arbeit mit der Familie einsetzen, ermittelt ein bis Ende 2015 vom NZFH gefördertes Forschungsprojekt der Stiftung Universität Hildesheim. Erste Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung werden Anfang 2015 vorliegen.

4

SYSTEMATISCHE KOOPERATION DES GESUNDHEITSWESENS MIT DER KINDER- UND JUGENDHILFE

4.1 Notwendigkeit systemübergreifender Kooperation

4.2 Strukturelle Kooperationshemmnisse

4.3 Modelle einer gelingenden, sektorenübergreifenden Kooperation

Konsens ist, dass die systematische Verknüpfung der Angebote des Gesundheitswesens in die Netzwerke Frühe Hilfen für eine bessere Versorgung von Familien notwendig ist. Dennoch erfolgt sie bislang nicht ausreichend und zufriedenstellend. Strukturelle Gründe, bspw. die Versäulung in unterschiedliche Leistungssysteme, führen zu Kooperationsschwierigkeiten zwischen Akteuren des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe. Ebenso sind berufsständische kulturelle Differenzen zwischen den Akteuren zu überwinden.
Eine Kooperation zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe ist in den Sozialgesetzbüchern bislang nur im SGB VIII für die Kinder- und Jugendhilfe, jedoch nicht in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern für die Akteure des Gesundheitswesens verbindlich geregelt.
Um den Kinderschutz zu verbessern, wurde in fast allen Bundesländern durch landesgesetzliche Regelungen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 ein verbindliches Einladewesen eingeführt. Eine systematische Nutzung dieses Zugangs ist bislang mangels effektiver Vernetzung mit der Kinder- und Jugendhilfe nicht umgesetzt.
Im Rahmen von Modellprojekten wurden gelingende Kooperationsansätze zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe entwickelt, v. a. mit den Geburtskliniken, aber auch im niedergelassenen Bereich. Allerdings fehlt ihre flächendeckende Umsetzung.

Die Kooperation der Akteure des Gesundheitssystems mit jenen aus der Kinder- und Jugendhilfe in einem interprofessionellen Netzwerk ist ein zentrales Ziel im Bereich Frühe Hilfen. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass eine ausreichende Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres mit bedarfsgerechten Angeboten nur durch eine enge Vernetzung unterschiedlicher Systeme – insbesondere von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – zu realisieren ist.

Je früher passgenaue Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden, umso größer sind die Chancen, Fehlentwicklungen bei Kindern entgegenzuwirken. Entscheidend ist dabei allerdings, ob (werdenden) Eltern rechtzeitig Zugänge zum Hilfesystem eröffnet werden können. Vor allem Familien, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, sollten persönlich angesprochen werden, da sie oft keine Kenntnis von entsprechenden Angeboten haben bzw. keine Ressourcen, um sie sich selbst zu erschließen. Hier kommt dem Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zu: In der Schwangerschaft, rund um die Geburt und in der ersten Zeit mit dem Säugling nehmen alle Familien – und damit auch die Familien aus dieser Zielgruppe – Leistungen des Gesundheitswesens regelhaft in Anspruch, bspw. im Rahmen der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe und der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Daher werden sie von den Eltern zumeist nicht als stigmatisierend empfunden, wodurch die Akteure im Gesundheitswesen in der Regel ein hohes Vertrauen genießen. Deshalb sollten die Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens systematischer in die Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden werden. Auf diese Weise können neben medizinischen Risiken und Problemen auch psychosoziale Belastun-

gen frühzeitig wahrgenommen werden und Familien in entsprechende Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe übergeleitet werden.

4.1 NOTWENDIGKEIT SYSTEMÜBERGREIFENDER KOOPERATION

Auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe ist in den letzten Jahren im Kontext Früher Hilfen vielfältig hingewiesen worden. 2006, 2009 und 2013 wurden entsprechende Ziele in die Koalitionsverträge der Bundesregierungen aufgenommen. Auch wurde in den Beschlüssen der Ministerpräsidentenkonferenz und der Gesundheits- und Familienministerkonferenzen mehrfach eine Verbesserung der systematischen Zusammenarbeit gefordert. Beispielhaft soll an dieser Stelle auf den Beschluss der 81. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) verwiesen werden. Darin heißt es: *»Die GMK ist in Übereinstimmung mit der JFMK der Auffassung, dass die Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe im Bereich des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen insbesondere für Schwangere und Familien mit 0- bis 3-jährigen Kindern von großer Bedeutung ist. Die GMK sieht wie die JFMK gesetzlichen Regelungsbedarf im SGB V bei den Grundlagen für eine Vernetzung auf kommunaler Ebene und bei den Möglichkeiten für die Entwicklung integrierter gesundheitlicher und pädagogischer Hilfe«.*[43]

Auch die Expertenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts kam zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsförderung nicht nur auf der Ebene der handelnden Akteure im Gesundheitswesen, sondern explizit auch auf Ebene der Kinder- und Jugendhilfe als fachlicher Standard anzuerkennen und entsprechend zu befördern ist. Stärker als bisher sei es notwendig, *die »gesundheitsbezogenen Folgen sozioökonomischer und kultureller Benachteiligung […]« durch die »[…] Entwicklung entsprechend gegensteuernder Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe« zu berücksichtigen.*[44]

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) hatte sich bereits 2007 mit Fragen der sektorenübergreifenden Vernetzung befasst und nahm in seinem Gutachten *»Kooperation und Vernetzung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung« explizit zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen Stellung. Aus Perspektive des Gesundheitssystems stützt er die Forderungen nach einer systemübergreifenden Vernetzung: »Da die meisten Interventionsfelder für primäre Prävention, […] außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, stellt sich hier vielfach die Notwendigkeit einer Kooperation in Bereichen und Institutionen jenseits des Gesundheitswesens.«*[45] Daran anknüpfend regt der SVR im Sondergutachten 2009 an, ein *»Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug«* zu entwickeln, um langfristig eine populationsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten.[46]

Schließlich wurden sowohl in den Landeskinderschutzgesetzen als auch 2012 im neuen Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) diesbezüglich Regelungen vorgenommen. Nach dem im BKiSchG verankerten Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sollen Netzwerke

43 Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (2008): Kindergesundheit und Kinderschutz. Beschluss. https://www.gmkonline.de/Beschluesse.

44 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin, S. 251.

45 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15 (Zugriff: 18.01.2014).

46 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14 (Zugriff: 18.01.2014).

geschaffen werden, in die insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, die Gesundheitsämter und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden. Die Bundesinitiative Frühe Hilfen hat prioritär den Auf- und Ausbau dieser Netzwerke im Bereich Frühe Hilfen zum Ziel, um die Kooperation der Akteure aus den genannten Leistungssystemen über gesetzliche Regelungen hinaus zu fördern.

Die Auswertung der Begleitforschung im Hinblick auf das Erreichen dieses zentralen Ziels im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen sowie die Entwicklung von geeigneten bzw. praktikablen Umsetzungsmodellen gehören daher zu den Aufgaben der Bundeskoordinierungsstelle.

4.2 STRUKTURELLE KOOPERATIONSHEMMNISSE

Die aktuellen Daten der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative zeigen, dass im Bereich der multiprofessionellen Kooperation und Vernetzung bereits vieles angestoßen werden konnte (s. Kap. 3.3.2). Dennoch kann nicht von einer flächendeckenden, systematischen Integration des Gesundheitswesens in die Netzwerke Frühe Hilfen gesprochen werden. Bereits in den Studien des NZFH vor der Bundesinitiative[47] deuteten die Befunde darauf hin, dass trotz großer Anstrengungen lokaler Akteure die systemübergreifende Zusammenarbeit der beiden Systeme nur schwer auf den Weg gebracht werden konnte.

In fast allen Bundesländern wurde durch landesgesetzliche Regelungen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 ein verbindliches Einladewesen eingeführt, auch mit dem Ziel, den Kinderschutz zu verbessern.[48] Der Erfolg dieses Instruments ist jedoch maßgeblich von »*[…] einer interdisziplinären Verständigung über Grundlagen der Gefährdungseinschätzung familiärer Risiken für die kindliche Entwicklung, über Voraussetzungen und Verfahrensschritte bei einer notwendigen Weitergabe von Informationen sowie die Information aller beteiligten Akteure über die verschiedenen vorhandenen Hilfsangebote in den jeweiligen Bereichen*« abhängig.[49] Als Bilanz lässt sich festhalten, dass dieses Instrument zwar die Kontaktaufnahme zu allen Familien prinzipiell erleichtert und damit Entwicklungsprobleme bei Kindern auch früher festgestellt werden können. Eine effektive Nutzung dieses Zugangs zur Vermittlung von weitergehenden Hilfen im Sinne der Frühen Hilfen steht dennoch aus, da diese eine systematische Einbettung der kinderärztlichen Praxen in die lokalen Netzwerkstrukturen und regelhafte Verfahren der »Überweisung« erfordern würde. Eine solche Umsetzung besteht derzeit aufgrund fehlender praktischer, aber auch leistungsrechtlicher Regelungen nicht.

Erfolgreiche Kooperationen können eher mit Institutionen – wie bspw. Gesundheitsämtern oder Geburtskliniken – aufgebaut werden und weniger mit selbstständigen Akteuren wie z. B. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Hierbei sind jedoch auch Unterschiede zwischen den Fachdisziplinen festzustellen. Die Fachärzteschaft der Pädiatrie lässt sich eher einbinden als die der Gynäkologie

47 Vgl. Renner I./Heimeshoff, V. (2012): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom NZFH. Köln.

48 Vgl. Nothhafft, S. (2008): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. Hrsg. vom DJI. München; Thaiss, H. u. a. (Hrsg.) (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Bundesgesundheitsblatt, Band 53, Heft 10. Heidelberg.

49 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14 (Zugriff: 18.01.2014).

oder der Erwachsenenpsychiatrie (s. Kap. 3.3.2). Hier spielen strukturelle Aspekte eine große Rolle: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben keinen Auftrag, sich an sozialräumlichen Netzwerken aktiv zu beteiligen. Sie bekommen die Mitarbeit somit auch nicht vergütet, sondern müssten im Gegenteil dafür sogar ihre Praxen zeitweise schließen. Zudem kann es auch nicht Ziel der Netzwerke Frühe Hilfen sein, sämtliche Ärztinnen und Ärzte vor Ort einzubinden. Vielmehr bedarf es eines Multiplikatorensystems, welches die Vernetzung und die Weitergabe von Informationen sicherstellt.

Insbesondere für den Fachbereich der Pädiatrie wird zunehmend die Notwendigkeit eines Umdenkens hin zu einer integrierten, sozialräumlichen Versorgung gesehen: Denn durch den direkten Kontakt mit den Familien können Kinderärztinnen und -ärzte die weitergehenden Bedarfe ihrer Patientinnen und Patienten – den Kindern – besonders eindrücklich wahrnehmen. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) hat bspw. darauf mit einem eigenen Konzept zur sozialen Prävention reagiert.[50] Hinzu kommt, dass sich das Krankheitsspektrum bei Kindern in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entscheidend verändert hat. Die sogenannte »neue Morbidität« zeigt sich in einer Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Störungen.[51] Die meisten Kinder sind heute körperlich gesund, aber Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, psychische Auffälligkeiten, Allergien, Übergewicht und Bewegungsmangel haben vor dem Hintergrund der Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zugenommen.[52] Die soziale Lage der Familien bestimmt dabei in hohem Maße die gesundheitlichen Chancen der Kinder. Gerade diesem Zusammenhang von psychosozialen und medizinischen Risiken für die kindliche Entwicklung sollte so früh wie möglich, d. h. möglichst schon in der Schwangerschaft und weiter in den ersten Jahren des Kindes, entgegengesteuert werden, damit Fehlentwicklungen sich nicht verstärken und chronifizieren.

Die dennoch bestehenden Kooperationshemmnisse lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen festmachen:

Ganzheitlicher Ansatz versus Spezialisierung

Frühe Hilfen erfordern einen Perspektivenwechsel aller in den Netzwerken Tätigen hin zu einem ganzheitlichen Ansatz. Im Mittelpunkt aller Bemühungen steht die Familie als Ganzes. Dabei wird von einem systemischen Grundverständnis ausgegangen, das besagt, dass Störungen dieses Systems häufig am schwächsten Mitglied – in der Regel dem Kind – zum Ausdruck kommen, indem es zum Symptomträger wird. Gerade auch im Hinblick auf die »neue Morbidität« (s. o.) bei Kindern ist es geboten, Familien und ihre soziale Lage insgesamt als Ausgangspunkt für die Prävention von Entwicklungsrisiken der Kinder in den Blick zu nehmen. Allerdings steht dem eine zunehmende Spezialisierungstendenz im Gesundheitswesen in Bezug auf die Behandlung von krankheitsbedingten Einzelphänomenen entgegen. Ein Beispiel: Zeigt ein Kleinkind Probleme beim Spracherwerb, reicht eine ausschließlich logopädisch ausgerichtete Behandlung nicht immer aus. Es sollte gleichzeitig in den Blick genommen werden, ob für die Entwicklung des Kindes insgesamt eine förderliche familiäre Umgebung vorhanden ist, die den Spracherwerb unterstützt. Die sozial bedingten Belastungen in der Familie können mit eine Ursache für die Entwicklungsschwierigkeiten eines Kindes sein.[53]

50
Vgl. Wagner, N./Eßer, K. (2013): DGKJ-Konzept Soziale Prävention. Monatszeitschrift Kinderheilkunde. Heidelberg.

51
Vgl. Schlack, H. (2004): Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis, S. 292–298.

52
Vgl. Robert-Koch-Institut/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln.

53
Vgl. Belzer, F./Kleinert, L./ Buchholz, A./Martens-Le-Bouar, H./Tillmann, L./ Fischer, A./Ufer, J./Krippeit, L./ Kaufmann, M./ Mall, V./Barth, M. (2014): Evaluation des Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf. Unveröffentlichter Abschlussbericht.

Unterschiedliche Kooperationsverpflichtungen und strukturelle Bedingungen

Zwar sind die Akteure des Gesundheitswesens im KKG als einzubeziehende Kooperationspartner aufgeführt. Eine verbindliche Regelung zur Zusammenarbeit findet sich allerdings nur für die öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe in § 81 SGB VIII. Eine entsprechende Verpflichtung für die Akteure im Gesundheitsbereich liegt nicht vor.

Die Gesetzeslogik spiegelt sich auch auf der strukturellen Ebene wider. Während die Kinder- und Jugendhilfe zu den staatlichen Aufgaben gehört, obliegt das Gesundheitswesen zum größten Teil der Selbstverwaltung. Dies hat Konsequenzen für die Beteiligung der jeweiligen Akteure: Erfüllt auf der einen Seite die Kinder- und Jugendhilfe ihre Vernetzungspflicht im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages, beteiligen sich auf der anderen Seite die freiberuflich tätigen Fachkräfte des Gesundheitswesens in der Regel ausschließlich freiwillig im Rahmen ihrer selbstständigen Tätigkeit. Sie werten ihre Beteiligung daher als eigenes unternehmerisches Risiko und fürchten nicht nur finanzielle Ausfälle, sondern auch, ihre Patientinnen und Patienten zu verlieren, wenn sie mit dem Jugendamt zusammenarbeiten. Die Netzwerkarbeit wird als privates Engagement eingebracht, einen expliziten Auftrag und eine Aufwandsentschädigung/Vergütung dafür gibt es nicht.

Der *öffentliche Gesundheitsdienst* – die Gesundheitsämter – ist im Gegensatz zu den Jugendämtern regional organisiert. So kann ein Gesundheitsamt im Zuständigkeitsbereich mehrerer Jugendämter verantwortlich sein. Hinzu kommt, dass jedes Gesundheitsamt seine eigenen Schwerpunkte hat und der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst nicht überall mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet ist. Es gibt einige wenige gute Beispiele der gemeinsamen Steuerung der Netzwerke Frühe Hilfen durch Gesundheits- und Jugendamt (s. Kap. 3.3.2). Durch die Verwaltungsvereinbarung wurde die Steuerung für das örtliche Netzwerk im Bereich Frühe Hilfen eindeutig dem örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe zugeordnet mit der Folge, dass die alleinige Verantwortung auch auf diesen übergegangen ist. Eine gemeinsame Verantwortung für die Netzwerke Frühe Hilfen ist zwar durch die Verwaltungsvereinbarung nicht ausgeschlossen, strukturell verankert ist sie jedoch nicht.

Der Grad der Zusammenarbeit hängt also sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor des Gesundheitswesens von der individuellen Bereitschaft und von den (unterschiedlichen) Ressourcen der Beteiligten vor Ort ab.

Fehlen von Brücken und Instrumenten zur fallbezogenen Zusammenarbeit

Die aus unterschiedlichen gesetzlichen Aufträgen und professionellen Handlungslogiken resultierenden Schwierigkeiten machen sich auch in der einzelfallbezogenen Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der niedergelassenen Ärzteschaft bemerkbar. Eine regional organisierte Struktur des Gesundheitswesens – die kassenärztlichen Vereinigungen – trifft auf eine kommunale Verantwortungsstruktur in der Kinder- und Jugendhilfe. Es fehlen noch Verfahren, die eine Zusammenarbeit zwischen den beiden Sektoren im Einzelfall erleichtern.

Um ein Handeln im klinischen oder niedergelassenen Bereich im Gesundheitssystem auszulösen, bedarf es in der Regel einer Diagnostik anhand validierter Instrumente oder zumindest anhand bewährter Einschätzungsinstrumente. Neben dem Zustand des Patienten oder der Patientin (des Kindes) soll die Aufmerksamkeit in den Frühen Hilfen nun auch auf die Ressourcen und Belastungen der Eltern gelenkt werden. Bislang beschreiben die Ärztinnen und Ärzte, dass sie sich hier vor allem auf ihr »Bauchgefühl« verlassen müssen, aus Mangel an geeigneten Instrumenten zur objektiven Einschätzung der psychosozialen Belastungssituation einer Familie. Diese Instrumente sind in Modellprojekten zwar entwickelt worden, deren flächendeckende Einführung steht allerdings noch aus.

Das regelhafte Vorgehen im Gesundheitswesen sieht des Weiteren vor, dass bei der Feststellung eines Behandlungsbedarfs bei einer Patientin bzw. einem Patienten zwingend sichergestellt werden muss, dass auch eine Behandlung nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft – evidenzbasiert – mit eindeutiger Leistungsbeschreibung und klaren Kriterien angeboten wird. Bei der Überleitung in das Kinder- und Jugendhilfesystem wird jedoch eine Leistung ausgelöst, die von der Kinder- und Jugendhilfe in kommunaler Selbstverwaltung erbracht werden muss. Diagnose, Indikation und Erbringen einer bestimmten Leistung folgen dabei anderen Logiken als im Gesundheitssystem und bemessen sich am Bedarf des Einzelfalls.

Mangelnde System- und Angebotskenntnisse der Akteure

Bei der Zusammenarbeit im Einzelfall zeigt sich, dass auch Unkenntnis des jeweiligen anderen Systems und seiner Handlungslogiken häufig sowohl die Zusammenarbeit als auch das Verständnis füreinander erschwert. So ist den Ärztinnen oder Ärzten die Vielfalt der freiwilligen und unterstützenden Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe nicht bekannt. Sie verknüpfen das Jugendamt ausschließlich mit der Ausübung des Wächteramts als Eingreif- und Kontrollbehörde im Fall von Kindeswohlgefährdung. Sie befürchten, zum einen ihre Schweigepflicht zu brechen, zum anderen aber auch das Vertrauen und in der Folge ihre Patientinnen und Patienten zu verlieren, wenn sie mit dem Jugendamt zusammenarbeiten (s. o.). Aus diesem Grund gehen sie nur zögerlich eine Kooperation ein. Zur Qualitätssicherung ihrer Behandlung gehört es für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ebenso selbstverständlich dazu, dass sie Rückmeldungen in Form von Arztbriefen der konsultierten Kolleginnen und Kollegen zu »ihren« Patientinnen und Patienten erhalten, wenn sie diese weiterverwiesen haben. Dies ist aus Datenschutzgründen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe ohne ausdrückliche Zustimmung der Eltern jedoch nicht möglich und von daher auch unüblich. Hier kommt es immer wieder zu Irritationen auf beiden Seiten und damit zu Kooperationsabbrüchen.

4.3 MODELLE EINER GELINGENDEN, SEKTORENÜBERGREIFENDEN KOOPERATION

4.3.1 LOTSENSYSTEME IN GEBURTSKLINIKEN: DIE PROJEKTE »GUTER START INS KINDERLEBEN« UND »BABYLOTSE«

Fast alle Kinder in Deutschland (98 %) werden in Geburtskliniken geboren. Rund um die Geburt hat das Fachpersonal in den Kliniken daher Zugang zu nahezu allen Familien. Damit besteht hier grundsätzlich die Möglichkeit, dass Probleme von Familien bereits frühzeitig erkannt und ein passendes Unterstützungsangebot vermittelt werden kann. In den gut evaluierten Modellprojekten »Guter Start ins Kinderleben«[54] und »Babylotse«[55] werden alle Mütter und Väter im Rahmen des Klinikaufenthalts über die Möglichkeit der Vermittlung in Unterstützungsangebote informiert. Dies geschieht durch Medien – wie Flyer und Plakate –, aber auch mittels einer gezielten Ansprache durch das medizinische Personal (Hebammen, Krankenschwestern, Ärztinnen und Ärzte). Aufgabe der speziell für die Kontaktaufnahme mit den Eltern eingestellten Babylotsinnen und -lotsen bzw. Familienhebammen in den Kliniken ist es, die Mütter und Familien mit den Unterstützungsangeboten des Netzwerkes Frühe Hilfen bekannt zu machen und sie ggf. auf Wunsch der Eltern direkt in passende Angebote zu vermitteln.

Der Erfolg dieser Ansätze konnte durch die wissenschaftliche Begleitforschung[56] belegt werden. Es hat sich gezeigt, dass über Geburtskliniken ein guter Zugang zu allen Familien erreicht werden kann – insbesondere aber auch zu Familien, die psychosozialen, außerklinischen Angeboten eher kritisch gegenüberstehen und Hemmungen haben, sich Unterstützung zu holen. Die Länder Rheinland-Pfalz und Hamburg haben sich daher entschieden, diese Modellprojekte mit Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen flächendeckend auszuweiten. Eine bundesweite Disseminierung dieses Ansatzes steht noch aus, da auch Fragen der regelhaften Vergütung nicht geklärt sind. Bislang wurden diese Modelle entweder durch Stiftungsgelder oder durch Eigeninvestitionen der Kliniken zeitlich begrenzt finanziert. Dies wird bei gleichzeitig steigendem Kostendruck auf die Kliniken jedoch nicht dauerhaft aufrechtzuerhalten sein.

4.3.2 ENTWICKLUNG UND ERPROBUNG EINES MODELLS ZUR SYSTEMATISCHEN EINBEZIEHUNG VON NIEDERGELASSENEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN IN DIE FRÜHEN HILFEN

Belastende familiäre Lebenslagen gehen oft einher mit einem schlechten Gesundheitszustand der Kinder. Dies belegen Untersuchungen zum Auftreten von chronischen Erkrankungen bei Kindern.[57] Im Kontext der Frühen Hilfen sind neben den Geburtskliniken und Hebammen insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit familienorientiertem Tätigkeitsschwerpunkt von großer Bedeutung, da sie die alltägliche Versorgung leisten. Hier spielen Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner, die die U-Untersuchungen durchführen, eine wichtige Rolle, da sie in der Fläche die Arztgruppe sind, die den größten Teil der Kinder von Geburt an betreut. Sie haben einen frühzeitigen, vertrauensvollen Zugang zu den Eltern und könnten prinzipiell in diesem Kontext auf familienunter-

54 Vgl. Filsinger, B. (2014): Erfahrungsbericht auf der Tagung »Frühe Hilfen und Geburtskliniken« in Köln. www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/aktuelles/weil-der-anfang-zaehlt-fruehe-hilfen-und-geburtskliniken (Zugriff 11.06.2014).

55 Vgl. Siefert, S. (2014): Erfahrungsbericht auf der Tagung »Frühe Hilfen und Geburtskliniken« in Köln. www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/aktuelles/weil-der-anfang-zaehlt-fruehe-hilfen-und-geburtskliniken (Zugriff 11.06.2014).

56 Vgl. Pawils, S./Metzner, F./Reiss., F./Schwinn, A./Röhrbein, M./Koch, U. (2011): Soziale Frühwarnsysteme: Ambulant versus stationär – oder beides? Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention, S. 20-33.

Vgl. Ziegenhain, U./Schöllhorn, A./Küster, A./Hofer, A./König, C./Fergert, J.M. (2011): Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärerer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Hrsg. vom NZFH. Köln.

57 Vgl. Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhardt, M. (Hrsg.) (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der Bella-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Band 50, S. 871–878.

stützende Hilfen hinweisen. Daneben sollten auch Ärztinnen und Ärzte aus den Bereichen Gynäkologie, Allgemeinmedizin sowie Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden, da auch sie mit belasteten (werdenden) Müttern und Vätern Kontakt haben können. Kinder-, Haus- und Frauenärztinnen und -ärzte sind oft die ersten und einzigen Fachkräfte, die Kinder im Alter von null bis drei Jahren oder schon während der Schwangerschaft systematisch auf ihren Gesundheitszustand und ihre gesunde Entwicklung hin untersuchen können.

Das NZFH hat daher ein mehrstufiges Modellprojekt gefördert, das eine tragfähige Struktur zur flächendeckenden Vernetzung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit der Kinder-und Jugendhilfe entwickelt und erprobt.

Etablierung von interprofessionellen Qualitätszirkeln als Vernetzungsplattform

Die kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen, deren Auf- und Ausbau durch die Bundesinitiative gefördert wird, dienen in erster Linie dem Aufbau einer fallübergreifenden Kommunikationsstruktur für die relevanten Akteure in der jeweiligen Kommune. Es sollen aber auch Vereinbarungen erarbeitet werden, die die regelhafte Zusammenarbeit im Einzelfall betreffen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben einen Auftrag zur Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Sie sind weniger an einem übergreifenden Strukturaufbau interessiert und sehen diesen auch nicht als ihre Aufgabe an. Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit mit anderen Akteuren ist daher eher fallbezogen. Um den Aufwand zur Etablierung neuer Vernetzungsstrukturen für alle beteiligten Berufsgruppen so gering wie möglich zu halten, sollten im Projekt »Interprofessionelle Qualitätszirkel« bereits vorhandene Strukturen effizient genutzt werden. Zu diesem Zweck wurde auf ärztliche Qualitätszirkel zurückgegriffen – eine bereits etablierte, tragfähige Struktur des fachlichen, fallbezogenen Austauschs unter Ärztinnen und Ärzten. Diese wurden als attraktive Vernetzungsplattform weiter ausgebaut und für Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe geöffnet. Durch die Ausbildung von Moderationstandems aus Ärzteschaft und Jugendhilfe wurden die interprofessionellen Qualitätszirkel in der Folge von Vertretungen beider Berufsgruppen moderiert und somit eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe etabliert. Für die Arbeit im interprofessionellen Qualitätszirkel wurde zudem eine eigene Dramaturgie, die »Familienfallkonferenz«, entwickelt, die eine strukturierte Bearbeitung von anonymisierten Fallbeispielen ermöglicht. Die Begleitforschung konnte zeigen, dass durch diese gemeinsamen Sitzungen zum einen Vorurteile gegenüber dem jeweils anderen Professionszweig abgebaut werden konnten. Zum anderen konnten ein gemeinsames Fallverstehen gefördert, Verständnis für die jeweiligen Systemlogiken entwickelt und die partnerschaftliche Zusammenarbeit verbessert werden, was schließlich zu einer passgenaueren und damit besseren Versorgung von Familien führt. Die Verbindung zum kommunalen Netzwerk Frühe Hilfen wird durch die Moderatorinnen und Moderatoren sichergestellt.

Zentral für das Gelingen dieses Projektes war die Installierung einer Koordinierungsstelle – besetzt mit einer Sozialpädagogin – in der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, um die Ausbildung und den Einsatz der Moderationstandems landesweit zu organisieren und fachlich zu begleiten. Mittlerweile ist dieses Modell fast flächendeckend in Baden-Württemberg etabliert. Die Qualitätsdra-

maturgie ist in das Handbuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung[58] aufgenommen worden und steht damit allen Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit zur Verfügung.

Entwicklung und Evaluation eines Beobachtungsbogens zur Erkennung psychosozialer Belastungen von Familien im Rahmen pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen

Um die routinemäßigen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern stärker als bisher zur Einschätzung von psychosozial bedingten Unterstützungs- und Hilfebedarfen sowie zur Vermittlung belasteter Familien in die Frühen Hilfen nutzen zu können[59], wurde im Auftrag des NZFH von der Universität Freiburg und der Ludwig-Maximilians-Universität München eine Studie zur Entwicklung eines Beobachtungsbogens zur Einschätzung von familiären Belastungsfaktoren durchgeführt. Auf der Basis von nationalen und internationalen Studien wurde dabei ein entsprechendes Dokumentationsinstrument für die kinderärztliche Praxis entwickelt. Damit können diejenigen Belastungen und Risiken für die kindliche Entwicklung erfasst werden, die nachgewiesenermaßen häufiger auftreten und denen mit präventiven Unterstützungsangeboten entgegengewirkt werden kann.

Wie die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, lässt sich das Verfahren gut in den Praxisalltag integrieren. Es fördert zudem die pädiatrische Wahrnehmung und Einschätzung der psychosozialen Lebenssituation eines Kindes in seiner Familie und seiner sozialen Umgebung. Es könnte sowohl als Screeninginstrument als auch als Instrument der Fallfindung eingesetzt werden.

Die Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass die Ärztinnen und Ärzte zwar Belastungen feststellen, die Mütter aber dennoch nicht auf ihren Unterstützungsbedarf ansprechen bzw. sie nicht in die Frühen Hilfen weitervermitteln. Dies deutet zum einen darauf hin, dass die Anwendung des Beobachtungsbogens eine entsprechende Schulung voraussetzt, die es Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten ermöglicht, den Aufmerksamkeitsfokus vom Kind auf die Eltern und deren Lebensumstände zu verlagern. Zum anderen brauchen sie auch eine gute Kenntnis und Vertrauen in das jeweilige lokale Hilfesystem, um »ihre Patientinnen und Patienten« zu vermitteln.

Beiden Befunden wird durch folgende Projekte Rechnung getragen: Das NZFH fördert in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eine Moderationsfortbildung für interprofessionelle ärztliche Qualitätszirkel (s.o). Zudem wird derzeit eine spezifische Fortbildung entwickelt, um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit dem Beobachtungsbogen als Instrument der Fallfindung zu schulen.

Vergütungsregelung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Kontext Frühe Hilfen

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden sich auf Dauer nur dann in das System der Frühen Hilfen integrieren lassen, wenn ihre dafür erforderlichen Beratungs- und Vermittlungsleistungen auch vergütet werden. Diese Leistungen gehen über die derzeit im Leistungskatalog der Krankenkassen vergütete Beratungszeit hinaus und müssten den Ärztinnen und Ärzten außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung honoriert werden. Daher wurde die Entwicklung der »Interprofessionellen Quali-

58 Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2013): Handbuch Qualitätszirkel, 3. Auflage, Köln.

59 Vgl. Renner, I./Sann, A. (2013). Frühe Hilfen: Die Prävalenz des Bedarfs. In: Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2013. Hrsg. vom NZFH und der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Köln, S. 16–19.

tätszirkel« von intensiven Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen aus dem Land Baden-Württemberg begleitet. Ziel war es, unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände ein realistisches Vergütungssystem für die dauer- und regelhafte Mitarbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den Frühen Hilfen zu entwickeln.

Die Verhandlungspartner einigten sich auf folgende Vergütungsgegenstände: Vergütet werden können künftig der Einsatz des Beobachtungsbogens zur familiären Belastungseinschätzung sowie das Führen eines vertiefenden Gesprächs mit den Eltern zur Vermittlung in das Netzwerk Frühe Hilfen mit seinen jeweiligen Unterstützungsangeboten. Diese Vergütung wird aber nur gewährt, wenn eine Teilnahme an den interprofessionellen Qualitätszirkeln und den Fortbildungen zur Fallfindung und zur »motivierenden Gesprächsführung« mit den Eltern nachgewiesen werden kann. Diese Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung.

Sehr intensiv wurde der Einsatz des Anhaltsbogens entweder als Flächenscreening oder als Instrument der Fallfindung unter den Vertragspartnern diskutiert. Es bestand Konsens darüber, ein selektives und sowohl durch die klinische Expertise der Ärztinnen und Ärzte als auch durch eine kriteriale Systematik (Anhaltsbogen) geleitetes Verfahren zur Fallfindung im Sinne eines klinischen Case-Findings[60] zu präferieren. Ziel einer solchen Vorgehensweise ist es, eine Stigmatisierung von Familien zu vermeiden und eine letztlich wenig hilfreiche Durchführung von Massenscreenings zu verhindern. Letztere würden wahrscheinlich eine hohe Zahl falsch positiv identifizierter »angeblich belasteter Familien« hervorbringen. Geht man nach bisherigen Schätzungen davon aus, dass etwa 10 bis 15 % der Familien als belastet gelten können, ist dies auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten von Bedeutung.

Des Weiteren konnte von den Vertragspartnern eine Verfahrenslücke zwischen den unterschiedlichen Systemen geschlossen werden (s. o.): Die Vertretungen der Krankenkassen und der kommunalen Spitzenverbände einigten sich auf einen Katalog von Qualitätskriterien, die von der Kinder- und Jugendhilfe bei der Übernahme des Einzelfalls sichergestellt werden müssen.

Die Rahmenvereinbarung zu einem Selektivvertrag zwischen dem BKK Landesverband Süd, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg und den beiden kommunalen Spitzenverbänden wird am 1. Juli 2014 unterzeichnet. Dies ist ein wichtiger Schritt, um den Beitrag der niedergelassenen Ärzteschaft in den Frühen Hilfen dauer- und regelhaft zu sichern. Die Ergebnisse dieses Prozesses können auch anderen Bundesländern und Krankenkassen als Modell dienen. Mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung findet daher Ende des Jahres 2014 eine bundesweite Veranstaltung für alle Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vorstellung dieses Modells statt.

60
Martens-Le-Bouar, H./Renner, I./Belzer, F./Krippeit, L./Ufer, J./Friedmann, A./Ziegler, M./von Kries, R./Paul, M./Mall, V. (2013): Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. In: Kinderärztliche Praxis – Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Jg. 84, S. 94–100.

5

ZUSAMMENFASSUNG UND RESÜMEE

Grundsätzlich können der Start und die erste Phase der Bundesinitiative Frühe Hilfen positiv bewertet werden. In der ersten Förderphase von Mitte 2012 bis Mitte 2014 ist es gelungen, tragfähige Strukturen auf allen föderalen Ebenen zur Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen aufzubauen. Mit der Installierung von Koordinierungsstellen sowohl beim Bund als auch bei den Ländern und auf kommunaler Ebene wurden die Voraussetzungen für einen zielgerichteten Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen geschaffen. Gerade der fast flächendeckende Ausbau von Koordinierungsstellen für Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen auf kommunaler Ebene – ein erklärtes Ziel der Bundesinitiative – ist ein besonders erfreuliches Ergebnis.

Die Festlegung auf eng definierte, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und fundierten Praxiserfahrungen basierende Förderkriterien in der zwischen Bund und Ländern geschlossenen Verwaltungsvereinbarung hat sich als besonders effektive Strategie erwiesen. Bei dem Förderkonzept wurde darauf geachtet, dass die in den Ländern bereits aufgebauten Strukturen in den Frühen Hilfen berücksichtigt werden konnten, wodurch Doppelförderungen und Parallelstrukturen vermieden wurden. Durch die Restriktion, dass nur Gegenstände gefördert werden können, die nicht bereits vor der Bundesinitiative von den Ländern finanziert wurden, konnte ein quantitativer und qualitativer Ausbau des Praxisfeldes erreicht werden. Zur fachlichen Absicherung der Förderkriterien wurden die wissenschaftlichen Erkenntnisse der zuvor im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« durchgeführten Modellprojekte und die Analyse weiterer nationaler und internationaler Studien herangezogen.

Die Ausrichtung der Bundesinitiative wird auch von der überwiegenden Mehrheit der Jugendamtsbezirke als steuernde Stellen in den Kommunen positiv bewertet. Aus ihrer Sicht leistet die Bundesinitiative insgesamt einen Beitrag zur Verbesserung der Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres und damit indirekt auch zum präventiven Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung.

Ziel der Bundesinitiative ist es, Erkenntnisse für die Einrichtung eines dauerhaften Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien zu gewinnen. Daher wird sie vom NZFH evaluiert und wissenschaftlich begleitet.

Zum jetzigen Zeitpunkt lassen sich aus den Befunden der Begleitforschung bereits Entwicklungs- und Steuerungsbedarfe erkennen, die es für einen weiteren qualitativen Ausbau des Praxisfeldes Frühe Hilfen anzugehen gilt. Grundsätzlich zeigt sich bei den Angeboten und Strukturen im Bereich der Frühen Hilfen immer noch ein diffuses und zum Teil sehr heterogenes Bild. Vor allem ist das Profil zu angrenzenden Handlungsfeldern noch unscharf.

Die Angebotspalette reicht von universellen Unterstützungsangeboten für alle Familien über spezifische Hilfen für Familien mit erkennbaren Belastungen bis hin zu Maßnahmen bei Familien,

deren Erziehungsfähigkeit stark eingeschränkt ist und ein Eingreifen des Jugendamtes erfordert. Derzeit kann noch nicht abschließend entschieden werden, wo genau die Trenn- und Überschneidungslinien verlaufen sollen, um die Frühen Hilfen zu konturieren. Auch in der Fachpraxis findet dazu eine intensive Auseinandersetzung statt. Eine Profilschärfung ist besonders dort wichtig, wo Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf und erschwerten Zugangsbedingungen nicht von den Angeboten der Frühen Hilfen profitieren können und es somit zur Fehlversorgung kommt. Zum anderen – und hier ist besondere Aufmerksamkeit geboten – kann es an den Schnittstellen zum professionellen Handeln bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung zu Risiken für das Wohl von Kindern kommen, wenn keine Klarheit hinsichtlich der Grenzen präventiven Handelns im Praxisfeld herrscht. Profilschärfung ist auch in den Betreuungskonstellationen geboten, bei denen in einer Familie zeitgleich mehrere Fachkräfte – bspw. eine Familienhebamme und eine Fachkraft der sozialpädagogischen Familienhilfe – eingesetzt werden. Hier ist eine Rollen- und Auftragsklärung dringend erforderlich.

Die fachliche Auseinandersetzung mit Übergängen zwischen Frühen Hilfen und intensiveren Hilfeangeboten der Kinder- und Jugendhilfe ist nicht vorrangiges Thema der Bundesinitiative. Sie ist jedoch von einer übergeordneten Perspektive aus gesehen bedeutsam für die Weiterentwicklung passgenauer Hilfen für Familien in belastenden bis prekären Lebenslagen. Grundsätzlich sollte die Indikationsstellung bei allen Angeboten strikt nach der individuellen Bedarfslage der betreuten Familien erfolgen und sich nicht vorrangig den Konzepten der vor Ort realisierten Angebote unterordnen. Sind Übergänge zwischen verschiedenen Hilfetypen strukturell und konzeptionell nicht ausreichend gerahmt, kann dies zum Risiko im Handeln der Institutionen und Fachkräfte werden. Dies ist bspw. der Fall, wenn weitergehende Hilfebedarfe der Eltern übersehen oder nicht bearbeitet werden können und im weiteren Verlauf Kinder in Gefahr geraten oder geschädigt werden. Erfahrungen aus retrospektiven Analysen problematischer Fallverläufe auch und gerade aus den Frühen Hilfen weisen eindrücklich auf die Gefahren konzeptioneller Engführungen für das Wohl der Kinder hin. Es wird daher empfohlen, diesem Aspekt bei der Qualitätsentwicklung im Bereich Frühe Hilfen zukünftig größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Im Bereich der Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen gibt es eine große konzeptionelle Unübersichtlichkeit, die die Fachpraxis verunsichert. Im Gesetz sind verbindliche Vorgaben für Netzwerke im Kinderschutz verankert (§ 3 KKG), aber nicht explizit für Netzwerke Frühe Hilfen. Dies führt auf Seiten der Fachpraxis zu einer uneinheitlichen Ausgestaltung der vor Ort etablierten Netzwerkstrukturen. Es gibt in den Kommunen sowohl Netzwerke mit gemeinsamer Zuständigkeit für beide Bereiche als auch voneinander getrennte Netzwerke. Einige wenige Jugendamtsbezirke verfügen entweder nur über ein Netzwerk Kinderschutz oder nur über ein Netzwerk Frühe Hilfen. Es bleibt weiter zu beobachten, welche Lösung sich für welche kommunale Struktur bewährt. Die große Bandbreite an Netzwerkkonfigurationen erschwert es derzeit noch, bundeseinheitliche Empfehlungen zur Gestaltung der Netzwerkarbeit im Bereich Frühe Hilfen zu erarbeiten, und stellt hohe Anforderungen an die Koordinierenden.

Darin kann auch der Grund zu finden sein, dass viele Jugendamtsbezirke vor allem im Förderschwerpunkt »Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen« einen (sehr) hohen fachlichen Entwicklungsbedarf angeben. Es lässt aber auch auf eine Sensibilisierung der Fachpraxis in Bezug auf Qualitätsanforderungen an solche Netzwerke schließen. Durch die Qualitätsanforderungen der Verwaltungsvereinbarung und durch das vom NZFH mit Vertreterinnen und Vertretern aus Fachpraxis und Wissenschaft entwickelte Kompetenzprofil für Netzwerkkoordinierende wurde vielerorts erst deutlich, welche Anforderungen an die Netzwerkarbeit und im Besonderen an die Netzwerkkoordination gestellt werden. Vor der Bundesinitiative waren Netzwerke mitunter lose Zusammenschlüsse. Durch die Qualitätsanforderungen entwickeln sie sich nun bundesweit zu Netzwerken mit verbindlichen Strukturen und einer professionellen Netzwerkkoordination und -steuerung. Diese Qualitätskriterien konnten aus den Erfahrungen der zuvor geförderten Modellprojekte abgeleitet werden. Dort zeigte sich, dass verbindlich organisierte Netzwerke Frühe Hilfen mit schriftlichen Vereinbarungen für die Zusammenarbeit im Netzwerk, aber auch für die Zusammenarbeit in Einzelfällen, eine bessere Versorgung der Familien sicherstellen. Die Qualitätsentwicklung in den Netzwerken Frühe Hilfen sollte daher noch weiter gezielt gefördert werden. Die Befunde der Begleitforschung zeigen, dass in vielen Kommunen diese Qualitätskriterien noch nicht erreicht sind, insbesondere bei der regelmäßigen Festlegung und Überprüfung von Zielen sowie Maßnahmen zu ihrer Erreichung auf der Grundlage der Jugendhilfeplanung.

Hinsichtlich der Einbeziehung wichtiger Partner in Netzwerke Frühe Hilfen ist es vor allem gelungen, öffentlich finanzierte Institutionen wie Gesundheitsamt, Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, den Allgemeinen Sozialen Dienst und Schwangerschaftsberatungsstellen zu beteiligen. Damit ist schon ein gewichtiger Teil derjenigen erreicht worden, die auch gemäß § 3 KKG in die Netzwerke einbezogen werden sollen. Dies trifft allerdings nur in geringerem Maße für andere Einrichtungen mit öffentlicher Förderung, bspw. Kindertageseinrichtungen und Familienbildungsstätten, zu. Sie sind wichtige Orte für Familien, und die Bemühungen sollten dahin gehen, sie auch für die Netzwerke Frühe Hilfen zu gewinnen. Generell lassen die Befunde erkennen, dass sich selbstständig arbeitende Professionen nur schwer in die Netzwerke integrieren lassen. Eine Ausnahme bilden die Familienhebammen bzw. die Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen. Ein Grund dafür dürfte sein, dass ihr Einsatz – neben den Netzwerken Frühe Hilfen – zentraler Förderschwerpunkt der Bundesinitiative ist und ihre Mitarbeit in der Netzwerkarbeit einen Fördergegenstand darstellt. Sowohl die quantitative Beteiligung der für die Koordination der Netzwerke Zuständigen als auch ihre Kooperationsqualität werden als gut bewertet. Dies gilt ebenso für die Schwangerschaftsberatungsstellen, deren Teilnahme als öffentlich geförderte Einrichtungen nicht gesondert budgetiert wird, aber gesetzlich seit dem BKiSchG vorgeschrieben ist. Dies erklärt möglicherweise ihre hohe bundesweite Verbreitung in den Netzwerken. Ihre Mitarbeit war aber auch schon vor der gesetzlichen Regelung auf einem qualitativ hohen Niveau.

Die freiberuflich arbeitenden Professionen, deren Teilnahme am Netzwerk nicht durch die Bundesinitiative honoriert wird und die dazu gesetzlich nicht verpflichtet sind, sind in den Netzwerken un-

terrepräsentiert. Dies betrifft vor allem die Gesundheitsfachberufe wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Pädiatrie, der Gynäkologie und der Allgemeinmedizin sowie niedergelassene Hebammen. Auch Geburtskliniken und Kinderkliniken sind nur in ca. der Hälfte der lokalen Netzwerke anzutreffen. Hinsichtlich der Einbeziehung dieser Akteure aus dem Gesundheitswesen, auf die in der Verwaltungsvereinbarung ausdrücklich verwiesen wird, besteht großer Entwicklungsbedarf. Dies gilt ebenso für die Zusammenarbeit im Rahmen der verbindlichen Einladewesen, die in fast allen Bundesländern durch landesgesetzliche Regelungen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 eingerichtet wurden. Sie werden aufgrund der genannten Kooperationshindernisse zwischen den Systemen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe noch nicht optimal genutzt, obwohl sie die Verbesserung des Kinderschutzes zum Ziel haben.

Besonders kritisch ist die geringe Beteiligung derjenigen Gesundheitsdienste zu bewerten, die im Bereich der Behandlung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen von Eltern tätig sind. Hier sollte verstärkt nach Ursachen und Lösungsmöglichkeiten gesucht werden, da psychische Probleme der Eltern ein großes Risiko für eine Vernachlässigung bzw. Misshandlung von Kindern darstellen.

Für die Vernetzungsschwierigkeiten können Gründe auf unterschiedlichen Ebenen benannt werden: Auf systemischer Ebene liegen die Ursachen in der Verortung in unterschiedlichen Leistungsgesetzen und auf gesetzlicher Ebene in der nur einseitigen Kooperationsverpflichtung für die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII, die nicht gleichermaßen für die Fachkräfte des Gesundheitswesens gilt. Auch fehlt bislang eine Vergütungsmöglichkeit für die von den Fachkräften des Gesundheitswesens zu erbringenden Leistungen im Kontext Frühe Hilfen. Ebenso müssen berufsständische kulturelle Differenzen von Akteuren überwunden werden.

Die Ergebnisse der Begleitforschung hinsichtlich der Einbindung der unterschiedlichen Netzwerkpartner zeigen, dass sich besonders strukturelle Bedingungen auf die Möglichkeiten der konstruktiven Zusammenarbeit verschiedener Professionen auswirken. Dies macht sich besonders deutlich an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bemerkbar. Es gibt zahlreiche Akteure vor Ort, die aufgrund ihres persönlichen Engagements trotz struktureller Hürden Möglichkeiten für eine gute Zusammenarbeit finden. Das persönliche Engagement einzelner Fachkräfte reicht jedoch für den Ausbau einer flächendeckenden Versorgungsstruktur nicht aus. Durch die Bundesinitiative sind Angebote und Netzwerke im Bereich Frühe Hilfen flächendeckend ausgebaut worden und sollen durch den Fonds dauerhaft abgesichert werden. Grundlegend für ihr Gelingen ist es, dass sich die Akteure auf verlässliche Strukturen stützen können. Es konnten bereits erfolgversprechende Modelle entwickelt werden, wie die Kluft zwischen den Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen überwunden werden kann. Die Herausforderung besteht nun darin, sie bundesweit umzusetzen.

Zwar konnte durch die Förderung im Rahmen der Bundesinitiative eine Lösung für den Einsatz und die Einbindung der Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen

in die Netzwerke Frühe Hilfen gefunden werden. Es zeigt sich hier jedoch sehr deutlich, dass ein Wechsel von Fachkräften aus dem System Gesundheitswesen in das System Kinder- und Jugendhilfe mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden ist. Obwohl der Einsatz von Familienhebammen bzw. von Fachkräften vergleichbarer Gesundheitsfachberufe in Modellen erfolgreich erprobt werden konnte und dieser Praxisansatz von den Kommunen als passgenaues aufsuchendes Angebot zur längerfristigen Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen geschätzt wird, konnte dieses Angebot noch nicht bedarfsgerecht umgesetzt werden. Als Hauptgrund für die derzeitige Unterversorgung wird von den in den Jugendamtsbezirken Zuständigen ein Mangel an Fachkräften benannt. Es ist davon auszugehen, dass durch die Förderung der Bundesinitiative ein großer Bedarf an diesen Fachkräften generiert wurde, dem erst mit ausreichenden Qualifizierungen nachgekommen werden muss. Darauf wurde Rücksicht genommen, indem auch der Einsatz von Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, die ihre Zusatzqualifikation noch nicht abgeschlossen haben, bereits förderfähig ist. Zudem wurde in der Steuerungsgruppe der Bundesinitiative immer wieder nach konstruktiven Lösungen für Einzelfälle gesucht. Einigkeit bestand jedoch bei allen Beteiligten darin, dass an den in der Verwaltungsvereinbarung formulierten Qualitätskriterien festgehalten werden sollte: Da der Einsatz in den Familien für die Fachkräfte eine herausfordernde Arbeit darstellt, ist eine entsprechend qualifizierte Fortbildung unabdingbar.

Gründe für den weiterhin bestehenden fachlichen Entwicklungsbedarf werden von den Kommunen und den Ländervertretungen insbesondere auch darin gesehen, dass die Akteure der Gesundheitsfachberufe kommunal nun vorwiegend in der für sie systemfremden Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe mit den ihr eigenen Handlungslogiken eingesetzt werden. Dies betrifft insbesondere auch Fragen rechtlicher Art. Daher wurden von der Koordinierungsstelle des Bundes Rechtsexpertisen in unterschiedlichen Rechtsgebieten in Auftrag gegeben, um hier die Lücken zu identifizieren. Aber auch andere Systemwiderstände stehen dem bedarfsgerechten Ausbau entgegen, etwa erhebliche Bedenken seitens der Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich hinsichtlich einer Beauftragung von Familienhebammen durch das Jugendamt. Dahinter steht die Sorge, dass dies eine imageschädigende Wirkung für den gesamten Berufsstand nach sich ziehen könnte, wenn die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und damit die Vertrauensbasis zwischen der Familie und der Familienhebamme bzw. den Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen in Mitleidenschaft gezogen würde. Hier zeigt sich ein großer Klärungs- und Regelungsbedarf, um die grundsätzlich sinnvolle Mitwirkung dieser Berufsgruppen in Angeboten Früher Hilfen weiterhin zu ermöglichen. Nicht zuletzt spielt die derzeit ungeklärte haftungsrechtliche Absicherung des Grundberufs der Hebammen in diese Gemengelage hinein, was mitunter zu nicht erfolgreich abzuschließenden Vergütungsverhandlungen zwischen Kommunen und Familienhebammen führt.

In vielen Kommunen wurden mit Mitteln der Bundesinitiative auch Projekte mit Einsatz von Ehrenamtlichen gefördert, dies jedoch nur in einem deutlich geringeren Umfang als in den anderen Förderbereichen. Am häufigsten verbreitet sind in diesem Förderbereich sogenannte Familienpatenschaften. Dabei handelt es sich auch um Angebote, bei denen Familien über einen längeren Zeitraum zu Hause

aufgesucht werden und alltagsnahe Entlastung und Unterstützung erfahren. Angebote, die von ehrenamtlich Engagierten getragen werden, können den Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen nur ergänzen, jedoch nicht ersetzen. Die Befunde der Begleitforschung zeigen zudem erheblichen Qualitätsentwicklungsbedarf, insbesondere an der Schnittstelle zum Handeln bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Auch eine spezifische Qualifizierung der Ehrenamtskoordinierenden ist nur in zwei von fünf Jugendamtsbezirken Standard.

Abschließend kann festgehalten werden, dass durch die Förderung der Bundesinitiative wichtige Impulse für den Auf- und Ausbau von Angeboten und Strukturen im Bereich Frühe Hilfen gesetzt werden konnten. Ein Umsteuern hinsichtlich der in der Verwaltungsvereinbarung geregelten Förderrichtlinien ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erforderlich. Er wäre zudem kontraproduktiv, da der gerade begonnene Aufbau in den Kommunen Kontinuität und Planungssicherheit erfordert. Letztlich müssen für eine abschließende Bewertung auch die Ergebnisse der derzeit vom NZFH durchgeführten Studien abgewartet werden. Denn der Nachweis, ob der bundesweite Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen durch die Bundesinitiative erfolgreich ist, steht noch aus. Erst wenn die Befunde aus den Studien vorliegen, die die Perspektive der Adressatinnen und Adressaten der Frühen Hilfen zum Gegenstand haben und direkt mit und in den Familien durchgeführt werden, können Aussagen darüber getroffen werden, ob die Hilfen auch bei den Familien ankommen und zu einer besseren Versorgung führen. Dies ist das erklärte Ziel der Bundesinitiative Frühe Hilfen.

II

BERICHT DER LÄNDER

Erfahrungsberichte der Länder als Beiträge für den Zwischenbericht 2014 gemäß Artikel 8 Abs. 1 der Verwaltungsvereinbarung »Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen«

BADEN-WÜRTTEMBERG

1. Ziele aus dem Landeskonzept

Der erste Förderzeitraum war von der Initiierung und Begleitung des Prozessverlaufs sowie der Abklärung der lokalen und überregionalen Bedarfe geprägt. Da im Land bereits vielfältige Ansätze im Bereich Frühe Hilfen bestanden, war es zur Vermeidung von Doppelstrukturen erforderlich, diese mit den Projekten der Bundesinitiative zu synchronisieren.

Die Umsetzung der Bundesinitiative ist auf Landesebene durch die beim KVJS-Landesjugendamt errichtete Koordinierungsstelle (Art. 5 VV) und die Landessteuerungsgruppe erfolgt. Flankierend zur dezentral ausgerichteten Umsetzung der Bundesinitiative wurden in einem begrenzten Umfang (bis zu 5 % der Mittel für Projekte/Maßnahmen) zentrale, landesweite Projekte bzw. überörtlich bedeutsame Vorhaben gefördert. Bereits vorhandene Landesprogramme wurden mit der Bundesinitiative vernetzt. Für den Bereich der ehrenamtlichen Familienpatinnen und Familienpaten ist mit Landesmitteln ein vom Deutschen Kinderschutzbund – Landesverband Baden-Württemberg – koordiniertes Netzwerk geschaffen worden. Auf örtlicher Ebene lagen die Schwerpunkte im Auf- und Ausbau der Netzwerke, der Einrichtung der Koordinierungsstellen sowie der Konzept- und Zielentwicklung bzw. -modifikation.

Im zweiten Förderzeitraum soll der Ausbau und die Verstetigung der aufgebauten Kommunikations- und Netzwerkstrukturen auf regionaler und überregionaler Ebene fortgeführt werden. Dem Aspekt der Verbindlichkeit kommt hierbei eine wichtige Rolle zu. Auf Landesebene sollen weiterhin überörtlich bedeutsame Vorhaben bzw. zentrale landesweite Projekte gefördert und die Qualitätssicherung unterstützt werden. Die örtlichen Koordinierungsstellen werden ihren Schwerpunkt auf die nachhaltige Strukturierung der Netzwerke und die längerfristige Etablierung der Projekte und Maßnahmen legen. Ein weiterer wichtiger Aspekt – und Grundvoraussetzung für die Verstetigung der Netzwerke – ist die rechtzeitige Klärung der Ausgestaltung des Fonds.

2. Erreichte Wirkungen

Der Einsatz der Bundesmittel hat deutlich sichtbare Wirkungen erzielt. Durch eine flexible Ausgestaltung und Handhabung der Fördergrundsätze konnte ein hohes Maß an kommunaler Entscheidungsfreiheit in der Leistungserbringung erreicht werden. Den Jugendämtern war es hierdurch möglich, individuelle Gegebenheiten im Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen zu berücksichtigen und auf die konkreten örtlichen Bedarfe auszurichten. Etwa 35 % der Koordinierungsstellen wurden bereits 2010 oder früher eingerichtet.[61] Im Sinne des Vernetzungsgedankens sind rund 64 %[62] der Koordinierungsstellen der Familienhebammen und FGKiKP der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen zugeordnet. Durch die Bundesmittel wurden die Vollzeitäquivalente der Koordinierungsstellen nahe-

61
Quelle: Evaluationsergebnisse Baden-Württemberg der Erhebung »Strukturdaten der Kommunen« des NZFH, durchgeführt im Oktober 2013, Frage v3.1_2.

62
Quelle: Evaluationsergebnisse Baden-Württemberg der Erhebung »Strukturdaten der Kommunen« des NZFH, durchgeführt im Oktober 2013, Frage v3.4.

zu verdoppelt[63] und die Netzwerke sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgebaut. Seit dem Jahr 2012 konnten insbesondere Schwangerschaftsberatungsstellen, Kindertageseinrichtungen und Netzwerkpartner aus dem Gesundheitswesen (Geburts- und Kinderkliniken, kinder- und frauenärztliche Praxen) für die Zusammenarbeit gewonnen werden.[64] Durch die Bundesmittel steigerte sich der Bekanntheitsgrad der Frühen Hilfen (z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen).

Die Bundesinitiative war im ersten Förderzeitraum durch einen sehr hohen Aufwand bei der administrativen, insbesondere zuwendungsrechtlichen Abwicklung geprägt. In der Folge ist die fachliche Beratung durch die Koordinierungsstelle in den Hintergrund getreten.

3. Empfehlungen

Für eine stärkere fachliche Auseinandersetzung der (Landes-)Koordinierungsstellen, z. B. mit den Schnittstellen zum Kinderschutz, sowie für Netzwerk- oder auch Bedarfsanalysen sind nur begrenzte Ressourcen verfügbar. Um die Ziele der Bundesinitiative qualitativ voranzutreiben, sind frühzeitige Informationen des BMFSFJ zur Ausgestaltung des Fonds geboten. Voraussetzung für funktionierende Netzwerke sind eine feste Ansprechperson, verbindliche Strukturen und regelmäßige Netzwerktreffen mit ausreichenden Zeitfenstern für den fachlichen Austausch. Eine auf Informationsaustausch beschränkte Netzwerkarbeit bringt die Frühen Hilfen nicht hinreichend voran. Es bedarf Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren, deren Beschäftigungsumfang einen kontinuierlichen fachlichen Austausch ermöglicht und die für eine längere Dauer in den Koordinationsstellen tätig sind. Die verwaltungsmäßige Abwicklung sollte demgegenüber so ausgestaltet sein, dass sie nur ein Minimum an administrativem Aufwand erfordert. Eine fachlich-konzeptionell hochwertige sowie effiziente Umsetzung der Bundesinitiative nach dem Jahr 2015 setzt ein schlankes Abwicklungssystem voraus.

Konkrete Empfehlungen für den Fonds

- Verbindliche Beteiligung des Gesundheitswesens (vor allem Kliniken sowie kinder- und frauenärztliche Praxen) durch eine entsprechende Ausgestaltung des SGB V.
- Frühzeitige verbindliche Aussage über die Ausgestaltung des Fonds.
- Die Verschlankung und Weiterentwicklung der förderrechtlichen Umsetzung der Bundesinitiative durch:
  - Verzicht auf die förmliche Untergliederung in vier Förderbereiche
  - schlank gehaltenes Antragsverfahren
  - vereinfachte Länder-Verwendungsnachweise
  - Berücksichtigung von »Handgeld« für Ehrenamtliche
  - Aufnahme von Koordinierungsstellen Familienhebammen und FGKiKP
  - Sicherung der Koordinationsstellen Frühe Hilfen
  - Festlegung und Weiterentwicklung des Verteilerschlüssels über das Jahr 2015 hinaus (z. B. verstärkte Förderung von Landkreisen mit einer hohen Zahl von Gemeinden bzw. Städten)
  - verstärkte Förderung der kreis- und bundeslandübergreifenden Vernetzung

63
Quelle: Evaluationsergebnisse Baden-Württemberg der Erhebung »Strukturdaten der Kommunen« des NZFH, durchgeführt im Oktober 2013, Frage v3.2_2 und v3.2_6.

64
Quelle: Evaluationsergebnisse Baden-Württemberg der Erhebung »Strukturdaten der Kommunen« des NZFH, durchgeführt im Oktober 2013, Frage v2.4.

- Qualitätssicherung der Netzwerke Frühe Hilfen durch:
  - Vorgabe von zeitlichen und finanziellen Ressourcen für Fort- und Weiterbildungen der Netzwerkkoordination gemäß dem Kompetenzprofil des NZFH
  - Schwerpunkt auf der Primärprävention (Abgrenzung der Frühen Hilfen zu den Leistungen nach SGB VIII/Verweis auf das Leitbild Frühe Hilfen des NZFH)
  - deutlichere Abgrenzung zu den Aufgaben des ASD im Kinderschutz (z. B. durch die Beendigung der Maßnahmen in den Frühen Hilfen mittels Übergabegespräch zu einer Fachkraft HzE)
  - Vorgaben zur Ansiedlung der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen (nicht im ASD)
  - Definitionsklärung für
    - das Alter der Zielgruppe (»Vollendung des 3. Lebensjahres«)
    - die »psychosozialen Belastung«

FREISTAAT BAYERN

Einleitung

In Bayern fügen sich vielfältige Angebote und Maßnahmen, von präventiven Frühen Hilfen bis hin zum konsequenten Vollzug des staatlichen Wächteramtes, zu einem abgestimmten Gesamtkonzept zum Kinderschutz zusammen (www.kinderschutz.bayern.de).

Mit dem Ziel der Intensivierung der Zusammenarbeit des Gesundheitsbereiches mit der Kinder- und Jugendhilfe und der systematischen Vernetzung Früher Hilfen hat Bayern von 2006 bis 2008 am länderübergreifenden Modellprojekt »Guter Start ins Kinderleben« teilgenommen. Aus den Erkenntnissen des Modellprojektes hat das Bayerische Familienministerium (StMAS) gemeinsam mit der bayerischen Fachpraxis das Konzept Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit, www.koki.bayern.de) entwickelt, das mit fachlicher und finanzieller Unterstützung des StMAS seit 2009 flächendeckend in Bayern im Verantwortungsbereich der Jugendämter umgesetzt wird. Das mit positivem Ergebnis evaluierte bayerische KoKi-Konzept wurde zur Blaupause für die im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) beschriebenen Netzwerke und mit der Umsetzung des im Jahr 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetzes zum bundesweiten Standard.

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

1.1 Netzwerke Frühe Hilfen

Eine Finanzierung der Koordinierenden Kinderschutzstellen aus Mitteln der BIFH ist vor dem Hintergrund des Landesförderprogrammes (s. o.) in Bayern ausgeschlossen (Art. 2 Abs. 1 VV). Für die Umsetzung des KoKi-Förderprogrammes und zur Sicherstellung landesweit einheitlicher Qualitätsstandards hat sich die Durchführung regelmäßiger Fortbildungen für KoKi-Fachkräfte bewährt, die das Bayerische Landesjugendamt (ZBFS-BLJA) im Auftrag und mit Finanzierung des StMAS mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen anbietet.

1.2 Einsatz von Familienhebammen (FH) und vergleichbaren Gesundheitsberufen (FGKiKP)

Bei der Umsetzung der BIFH wird der Fokus auf Landesebene auf die Weiterbildung von FH und FGKiKP sowie deren Einsatz in den KoKi-Netzwerken gelegt. In der Praxis gestaltet sich der Einsatz regional unterschiedlich. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass in manchen Regionen noch keine oder nur wenige FH und FGKiKP akquiriert werden konnten.

1.3 Ehrenamtsstrukturen

Die KoKi-Netzwerke setzen zunehmend Ehrenamtliche im Kontext Früher Hilfen ein. Qualitätsmerkmal ist dabei eine vorausgehende zielgruppenspezifische Qualifizierung der Ehrenamtlichen.

In Abstimmung mit der bayerischen Fachpraxis wird daher auf Landesebene – aufbauend auf den Erfahrungen des Modellprojektes des StMAS »Netzwerk Familienpaten Bayern« (www.familienpaten-bayern.de) – das bestehende Curriculum weiterentwickelt.

1.4 Sonstige Fördermaßnahmen und Ausbau von Modellmaßnahmen als Regelangebot

Zusätzliche Maßnahmen gemäß Art. 2 Abs. 6 VV BIFH werden in Bayern vereinzelt und erst seit 2014 gefördert. Entsprechende Erfahrungswerte liegen daher noch nicht vor.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Die Qualifizierungsmaßnahmen werden vom ZBFS-BLJA in enger Abstimmung und mit Unterstützung des StMAS auf der Grundlage des Curriculums »Weiterbildung für Hebammen zu zertifizierten Familienhebammen« durchgeführt, das im Auftrag des StMAS vom Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb), mit dem StMAS, dem ZBFS-BLJA und dem Bayerischen Hebammen Landesverband (BHLV) erarbeitet wurde. Die Weiterbildungskurse werden fortlaufend intern evaluiert und zur Qualitätssicherung weiterentwickelt und fortgeschrieben. So wurden die Kurse zwischenzeitlich als Tandemkurse (KoKi-Fachkräfte, Hebammen und vergleichbar qualifizierte Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen) konzipiert, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Grundlage in Bayern bestehender Qualitätsstandards zu fördern. Ebenfalls bewährt hat sich das Anmeldeverfahren über die KoKis der Jugendämter, um den Bedarf für den Einsatz im Vorfeld abzuklären. Zur weiteren Qualitätssicherung werden regelmäßige Fortbildungen für bereits zertifizierte FH und FGKiKP angeboten.

Bei den Kommunen gibt es insbesondere hohen Beratungsbedarf hinsichtlich des Förderverfahrens, aber auch im Hinblick auf den Einsatz von FH und FGKiKP im Kontext Früher Hilfen. Auf Landesebene ist daher eine kontinuierliche Unterstützung und Begleitung der Kommunen bei der Umsetzung der BIFH erforderlich. Speziell zur Kooperation und zu Schnittstellen in den KoKi-Netzwerken wurde 2014 ein landesweiter Fachtag mit allen Jugendamtsleitungen, KoKi-Fachkräften und Netzwerkpartnern durchgeführt.

3. Fazit

Die KoKi-Netzwerke werden durch den familienunterstützenden Einsatz von qualifizierten FH und FGKiKP, aber auch durch den Einsatz von Ehrenamtlichen gestärkt. Die Förderschwerpunkte der BIFH haben sich bewährt und sollten auch ab 2016 beibehalten werden. Sehr bewährt haben sich die gute Abstimmung im Vorfeld der Umsetzung zwischen Bund und Ländern sowie das Abstimmungsverfahren über die Steuerungsgruppe nach Art. 7 VV BIFH. Damit konnte gewährleistet werden, dass die Umsetzung der BIFH auf den bereits bestehenden Strukturen Früher Hilfen in den einzelnen Ländern erfolgt ist. Darauf ist auch in Zukunft besonderes Augenmerk zu legen.

Die Einrichtung der Landeskoordinierungsstellen ist für die Durchführung des Förderverfahrens sowie zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bei der Umsetzung der Bundesinitiative elementarer Bestandteil und deshalb fortzuführen.

Auch innerhalb des Gesundheitsbereiches müssen bedarfsgerechte Strukturen und personelle Ressourcen für den präventiven Bereich sichergestellt und finanziert werden. Auf Bundesebene sollte im SGB V insbesondere die Ausweitung von Hebammen-Nachsorgeleistungen sowie die Anrechnung von fallübergreifenden Zeiten für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen angestrebt werden.

Es wird empfohlen, den Fonds pauschal an die Inflationsrate anzupassen.

BERLIN

Einleitung

Die Bundesinitiative (BIFH) konnte in Berlin auf dem in allen Bezirken etablierten »Netzwerk Kinderschutz« und einem breiten Spektrum an vielfältigen Unterstützungsangeboten für (werdende) Eltern in belasteten Lebenslagen aufbauen.

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

1.1 Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen

Das Ziel, in jedem Bezirk das »Netzwerk Kinderschutz« vor allem unter Einbezug des Gesundheitsbereichs zum »Netzwerk Kinderschutz/Frühe Hilfen« auszubauen, konnte im Wesentlichen erreicht werden. Die Stelle der Netzwerkkoordination (NWK) ist zwar beim Jugendamt angesiedelt, dennoch ist an der Koordinierung der Netzwerke in jedem Bezirk auch der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) beteiligt. Regelhaft sind in die Netzwerke bisher neben den Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe die Schwangerschaftsberatungsstellen, die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung und die Geburtskliniken eingebunden. Eine Zusammenarbeit mit den sozialpädiatrischen Zentren sowie mit niedergelassenen Kinderärzten und Gynäkologen konnte noch nicht flächendeckend realisiert werden. Die Koordinierung ist für die Arbeitsfähigkeit der Netzwerke unabdingbar. Sie gewährleistet, dass Vereinbarungen entwickelt und eingehalten werden.

1.2 Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen

Im Rahmen des Modellprojektes der Stiftung »Eine Chance für Kinder« waren zwölf Familienhebammen (FamHeb) tätig. Berlinweit konnte eine bedarfsgerechte Versorgung noch nicht erreicht werden, da erst im November 2013 zwanzig weitere qualifizierte Kräfte zur Verfügung standen und Unklarheit bezüglich der Vergütung bestand. Weitere Qualifizierungen haben begonnen. Neben der aufsuchenden Arbeit bieten FamHeb auch Kurse und Beratung in Familienzentren an, um Familien den Zugang zu erleichtern. Die Auslastung der FamHeb zeigt, dass Familien diese Hilfe annehmen. Eine Begleitung und Koordination durch erfahrene Fachkräfte im KJGD bzw. des Anstellungsträgers gewährleistet den passgenauen Einsatz.

1.3 Ehrenamtsstrukturen

Durch die BIFH wurden der ehrenamtliche Besuchsdienst »wellcome« ausgebaut und lokale Ehrenamtsprojekte für spezifische Zielgruppen (Migranten, Risikokinder, psychisch kranke Eltern) gefördert. Die Erfahrung zeigt, dass die ehrenamtliche Unterstützung am wirkungsvollsten ist, wenn sie in ein System von Hilfen eingepasst ist. Für die fachliche Begleitung der Ehrenamtlichen und die Abstimmung mit den weiteren Hilfen bedarf es einer Koordination, die auch die Einbindung der Ehrenamtlichen in das Netzwerk sichert.

1.4 Sonstige Fördermaßnahmen und Ausbau von Modellmaßnahmen als Regelangebot

Gemäß den spezifischen Strukturen in den Bezirken wurden vielfältige niedrigschwellige Angebote entwickelt, die den Eltern über den Einsatz der FamHeb hinaus zur Verfügung stehen. Konzepte von Lotsen, die die (werdenden) Eltern bezüglich passgenauer Hilfen beraten, wurden erprobt. Die Kursangebote in Familienzentren und Erziehungs- und Familienberatungsstellen wurden ausgebaut. Mit erweiterten Angeboten der Aufsuchenden Elternhilfe wurden auch Familien erreicht, die mit der Geburt des zweiten Kindes einen familiären Umstrukturierungsprozess bewältigen müssen.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Zur Qualifizierung von FamHeb wurden zwei Kurse mit acht Modulen durchgeführt. Die Landeskoordinierungs- und Servicestelle Netzwerke Frühe Hilfen (LKS) hat zur Qualifizierung der NWK eine Schulung aus fünf Modulen für die NWK und die Koordination der FamHeb der Bezirke entwickelt und durchgeführt. Zwei bezirksübergreifende Fachtagungen mit jeweils über 130 Teilnehmenden dienten der Verständigung über den Aufbau der Netzwerke sowie dem Austausch über die Schaffung von Zugängen der (werdenden) Eltern zu den Angeboten. Ein Konzept zur Evaluierung der Netzwerkstrukturen wurde entwickelt.

Unterstützung beim Ausbau der Frühen Hilfen gab die LKS bei regelmäßigen Treffen mit den NWK sowie persönlichen Gesprächen mit Akteuren in den Bezirken.

Fazit

Die Förderschwerpunkte der BIFH haben sich bewährt, allerdings wäre eine Durchlässigkeit zwischen den Förderbereichen II bis IV wünschenswert, um kombinierte Angebote (FamHeb/Ehrenamt/Sozialpädagogische Hilfe) entwickeln zu können. Lotsen in den überörtlichen Geburtskliniken oder Beratungsstellen garantieren durch das Finden von passgenauen Angeboten den Erfolg von Frühen Hilfen.

Für die Verstetigung der Netzwerke bedarf es einer regelhaften Koordination in allen Förderbereichen, die die Verbindlichkeit von Absprachen im Netzwerk verbürgt. Die Einbeziehung des Gesundheitswesens gelingt, wenn dieses auch an der Koordination beteiligt wird. Zur Vermeidung der Überforderung von FamHeb müssen weitere spezifische Angebote vorgehalten werden.

Zur Sicherung der Qualifizierung der Akteure und der verbindlichen Handlungsleitfäden sowie der Koordinierung der Entwicklung von übergreifenden Angeboten sollte die LKS erhalten bleiben.

BRANDENBURG

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

Ziel der Landesentwicklung in Brandenburg ist es, das gesellschaftliche Bewusstsein für den Kinderschutz von Anfang an als Querschnittsaufgabe sowohl in der Prävention als auch in der Intervention zu stärken, damit Kinder im Land Brandenburg gesund und sicher aufwachsen. In allen Regionen sollen Netzwerke Frühe Hilfen auch im Sinne des Kinderschutzes wirksam werden, indem sie insbesondere die Ansätze der Primär- und Sekundärprävention auf- und ausbauen und die Kompetenzen des Gesundheitsbereichs einbeziehen. Alle neuen Ansätze und Instrumente sind mit den bestehenden Angeboten verzahnt und in die regionalen Fachkonzepte integriert.

Gemäß § 3 KKG in Verbindung mit Art. 2 der Verwaltungsvereinbarung wurden im Land Brandenburg drei Förderschwerpunkte festgelegt.

1.1 Flächendeckender Aus- und Aufbau sowie Weiterentwicklung interdisziplinärer und verbindlicher Netzwerkstrukturen für Frühe Hilfen

Die kommunale Koordinierung der »Frühen Hilfen« liegt bei den Jugendämtern der 14 Landkreise und vier kreisfreien Städte. 2013 sind alle bestehenden regionalen interdisziplinären Netzwerke Kinderschutz um den Schwerpunkt der Förderung Früher Hilfen und Familienhebammen ergänzt bzw. erweitert worden. In allen Jugendämtern sind mit Ende des 1. Quartals 2014 Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren »Frühe Hilfen«, z. T. in Kombination mit Kinderschutzkoordination, eingesetzt; elf davon (ggf. anteilig) werden aus den Mitteln der Bundesinitiative gefördert. Darüber hinaus gibt es in fünf großflächigen Landkreisen zusätzliche sozialräumlich organisierte Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren für Frühe Hilfen. Mit der Qualifizierung und einem regelmäßigen Fachaustausch wurde begonnen. In den Netzwerken Frühe Hilfen/Kinderschutz sind entsprechend der infrastrukturellen Bedingungen alle gemäß § 3 Abs. 2 KKG erforderlichen Kooperationspartner.

1.2 Einsatz von Familienhebammen bzw. ihnen vergleichbaren Berufsgruppen

Im Flächenland Brandenburg stehen bisher nur wenige Familienhebammen zur Verfügung. Deshalb liegt der Schwerpunkt auf der Gewinnung bzw. Qualifizierung entsprechender Berufsgruppen. Nutzten 2012 lediglich fünf Jugendämter die Fördermittel für den Einsatz von Familienhebammen, so waren es 2013 bereits 13 Jugendämter, und der Anteil an der Fördersumme konnte von 4,1 % auf 17,8 % (vorbehaltlich des VN) gesteigert werden. In zwei Jugendämtern werden Familienhebammen aus Eigenmitteln finanziert und deren Netzwerkeinbindung unterstützt. Ein Jugendamt qualifiziert in einem gesonderten Projekt alle interessierten Hebammen zu Frühen Hilfen und wird diese mit den Koordinatorinnen der Familienzentren in Tandems einsetzen. In einem Landkreis ist die Familienhebamme im Gesundheitsamt (40 % einer VZÄ) fest angestellt und arbeitet im Netzwerk Frühe Hilfen mit.

Die Familienhebammen werden von den Familien immer gut angenommen, jedoch muss die Geeignetheit des Einsatzes fachlich gewissenhaft geprüft und von sozialpädagogischen Hilfen eindeutig abgegrenzt sein. Besonders effektiv gelingt der Einsatz von Familienhebammen durch die Anbindung an das Gesundheitsamt oder den Baby-Begrüßungsdienst und eine klar geregelte Einbeziehung in die Netzwerke mit festen Ansprechpartnern, Erstattung zusätzlicher finanzieller Aufwendungen und regelmäßigen Supervisionsmöglichkeiten. Problematisch sind differenzierte Vergütungen, unklare Einsatzmöglichkeiten sowie Unsicherheiten zur Kontinuität der Arbeit.

1.3 Einbeziehung von Ehrenamtsstrukturen

Ehrenamtliche Tätigkeit im Kontext Früher Hilfen findet im Land Brandenburg vor allem in den regionalen »Netzwerken Gesunde Kinder« (angesiedelt und gefördert beim MUGV) statt, deren Kernstück die nach einheitlichen »Mindeststandards« gestaltete Begleitung von jungen Familien während der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes durch geschulte und professionell angeleitete Pateninnen und Paten ist. Deshalb fließen die Mittel der Bundesinitiative vorrangig in die Kooperation und Vernetzung, die gemäß § 3 Abs. 2 KKG bereits in zehn Landkreisen konsequent umgesetzt wurde, um so Parallelstrukturen zu vermeiden und die Angebote miteinander zu verzahnen. In vier weiteren Landkreisen finden Abstimmungen zur Zusammenarbeit statt, um unterschiedliche Ziele und Aufträge klar zu definieren und abzugrenzen. Darüber hinaus gibt es gute Erfahrungen mit Familienpatenschaften in Kooperation mit Eltern-, Kind- und Familienzentren.

1.4 Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen

In sechs Jugendämtern wurden Besuchsdienste in Familien mit Neugeborenen (inkl. Elternheften, Familienordnern, Familienbegleitbuch, Begrüßungsgeschenken) aufgebaut. Verschiedene Eltern-Kind-Programme (z. B. STEEP® Baby-FuN®) wurden ausgebaut und Eltern-Kind-Gruppen regional ausgeweitet.

Weitere geförderte Projekte: Aufbau einer Datenbank für Angebote zu Frühen Hilfen, Fortbildungen für weitere Berufsgruppen zum Thema »Frühe Hilfen« und Prävention, Beratungsangebot für psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Die Landeskoordinierung der Bundesinitiative wird durch die Start gGmbH und das Kompetenzzentrum Frühe Hilfen am Familienzentrum der FH Potsdam gemeinsam wahrgenommen. Sie stellen den überregionalen fachlichen Austausch, die Qualitätsentwicklung und -sicherung in den einzelnen Förderbereichen sowie die Beratung und Qualifizierung in den Kommunen sicher, unterstützen die Organisation multiprofessioneller regionaler Netzwerke, beraten beim Einsatz und der Einbeziehung von Familienhebammen sowie ehrenamtlicher Strukturen in die Netzwerke.

Die Qualifizierung für 22 teilnehmende Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren umfasst 160 Stunden (zzgl. Eigenstudium und Fachbegleitung) und wird im November 2014 mit einem Zertifikat

enden. Ein Arbeitskreis der NWK für regelmäßigen Fachaustausch wird aufgebaut. Nach dem ersten Durchgang der Qualifizierung von 18 Familienhebammen (224 UE + 6 UE Supervision) hat 2014 ein zweiter mit neun Kinderkrankenschwestern und neun Hebammen begonnen (264 UE + 6 UE Supervision).

3. Fazit (momentane Einschätzung und Bewertung der Förderziele)

Im Land Brandenburg lassen sich folgende Diskussionsschwerpunkte ableiten, die für die weitere Ausgestaltung der Bundesinitiative wesentlich sind:

- Was sind die konkreten Aufgaben von **Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren Frühe Hilfen**, wie lassen sich diese mit denen von Kinderschutzkoordination verbinden und was muss klar abgegrenzt werden? (Schnittstellendiskussion zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention/Intervention)
- Wie können die Attraktivität und Ausweitung des **Einsatzes von Familienhebammen** durch konkretere Beschreibung der Einsatzmöglichkeiten und Grenzen, auskömmliche Vergütungsmodalitäten – möglichst verankert auch im SGB V –, mehr Planungssicherheit, festgeschriebene Supervisionsmöglichkeiten gesteigert werden?
- Welche Einsatzmöglichkeiten bewähren sich für **Ehrenamtsstrukturen** in den Frühen Hilfen und wo sind Grenzen? (In BB müssen klare Abstimmungen zu Zielen und Aufgaben der verschiedenen Netzwerkstrukturen – hier besonders »Netzwerk Gesunde Kinder« – erfolgen.)
- Wie lassen sich Abstimmungsprozesse zwischen den Ressorts Gesundheit, Soziales und Jugend auf Landes- und Regionalebene intensivieren, um Bedarfe zu erkennen, Ressourcen effektiv zu nutzen, Erfahrungen zu bündeln und Familien optimal zu fördern?

Im Land Brandenburg wird ausgehend von den bisherigen Erfahrungen eine Anpassung der Konzeption zu den Fördergrundsätzen der Bundesinitiative »Frühe Hilfen und Familienhebammen« erfolgen.

FREIE HANSESTADT BREMEN

Einleitung

Aufbauend auf vorhandenen familienpolitischen Angeboten wurde unter dem Leitbild einer landesweiten und örtlichen integrierten Jugendhilfe- und Gesundheitsplanung des Bremischen Länderkonzeptes Frühe Hilfen die Verstärkung der Frühen Hilfen und des präventiven Kinderschutzes fortgeschrieben. Die hierfür bereitgestellten Haushaltsmittel wurden durch Mittel der Bundesinitiative (BI) in Höhe von ca. 1,2 Mio. Euro während der ersten Förderperiode erweitert.

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

1.1 Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen

Die bereits vorhandenen Kooperationsstrukturen und Netzwerke Kinderschutz und Frühe Hilfen wurden weiterentwickelt und intensiviert. Dies geschieht durch zielgruppen- und altersspezifisch ausgerichtete Netzwerkstrukturen, Facharbeitskreise, Fachtage und Qualitätsworkshops. Im Rahmen vorgenommener Bestandsaufnahmen hat sich gleichwohl ein erhöhter Ausbaubedarf gezeigt, sowohl im Hinblick auf Personalbedarfe, Verbindlichkeit, Qualifizierung als auch auf die einzelnen Steuerungsebenen. Insgesamt ist dieser Förderbereich als ein längerfristig anzulegender Prozess zu betrachten.

1.2 Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen

Seit der Umsetzung von Modellprojekten Anfang der 1980er Jahre weist der Einsatz von Familienhebammen in Bremen landesweit eine langjährige Tradition auf. Die beratende, begleitende und aufsuchende Hilfe durch Familienhebammen (FH)/FGKiKP in unterschiedlichen niedrigschwelligen Angebotsformen wurde quantitativ verstärkt und qualitativ fortentwickelt. Sämtliche Mitarbeiterinnen wurden und werden entsprechend des Kompetenzprofils des NZFH weiterqualifiziert und agieren über die Gesundheitsämter bzw. die Stiftung Pro Kind in Festanstellung. Als erfolgreich erweist sich auch die Einbindung von FH/FGKiKP in interdisziplinäre Teams an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe.

1.3 Ehrenamtsstrukturen

Im Rahmen erforderlicher Schwerpunktsetzung konnte dieser Förderbereich nur nachrangig bedient werden. Gleichwohl konnten Mittel der BIFH als wichtige Impulsmittel (Qualifizierung) für ein örtlich weiterentwickeltes familienorientiertes Integrationstraining für Kinder mit Migrationshintergrund in Spielkreisen eingesetzt werden.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Die Landeskoordinierungsstelle wurde bei der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen eingerichtet. Sie begreift ihren hauptsächlichen Aufgabenbereich in der Gesamtsteuerung der geför-

derten Projekte, Planungsunterstützung der Kommunen und der Qualifizierung/Qualitätssicherung der Arbeit in den Frühen Hilfen. Die über die BIFH zur Verfügung gestellten Mittel für Qualifizierung waren ein wichtiges Förderinstrument zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Zukünftiger Schwerpunkt der Landeskoordination bleibt die Entwicklung eines landesweiten Monitoringkonzeptes. Hierzu konnte ein Pilotprojekt gefördert werden.

Unter Leitung der Koordinierungsstelle wurde eine Landesarbeitsgruppe unter Einbeziehung der Jugend- und Gesundheitsämter eingerichtet.

Für die bereichsübergreifende Weiterentwicklung der Frühen Hilfen an den Schnittstellen Kinderschutz, Kindergesundheit und Familienpolitik hat sich die Arbeit der Landeskoordinierungsstelle gesamtplanerisch als notwendig erwiesen.

3. Bewertung der Förderschwerpunkte der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Empfehlungen für die Ausgestaltung des Fonds ab 2016

Die Förderschwerpunkte haben sich grundsätzlich als sinnvoll erwiesen.

Mit Blick auf bedarfsgerechte Fortschreibung von Familienhebammenprogrammen bestehen weitergehende Klärungsbedarfe sowohl zur rechtlichen Zuordnung als auch zur Finanzierung, insbesondere auch an der Schnittstelle zum SGB V.

Die wachsende Bedeutung und Komplexität von Netzwerkarbeit im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes erweist sich strukturell und personell für die Jugendämter als große Herausforderung. Ein weiterhin ungelöstes Problem ist auch die Hinterlegung von Ressourcen der Kooperationspartner der örtlichen Träger der Jugendhilfe für Netzwerkarbeit.

Rechtlicher Klarstellungsbedarf zur Datenübermittlung besteht weiterhin im Zusammenhang mit dem Auftrag der Erstinformation (werdender) Eltern gem. § 2 KKG.

Der aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe ebenfalls dringliche vierte Förderbereich konnte im Rahmen der vorhandenen Mittel sowie des vorzunehmenden Rankings leider nicht zum Tragen kommen. Hier wird zunächst empfohlen, im Rahmen des Fonds die Möglichkeit eines Rankings der Förderschwerpunkte nach landesspezifischen und lokalen Erfordernissen zuzulassen.

Mit erheblicher finanzieller Anstrengung in den Kommunen wurden zusätzliche Haushaltsmittel für den Bereich Frühe Hilfen erschlossen. Gesamtgesellschaftliche Analysen und Entwicklungen lassen darauf schließen, dass zur frühen Unterstützung von Eltern weitere erhebliche Anstrengungen durch Bund, Länder und Kommunen erforderlich sein werden.

Zur Gesamtsteuerung ist die dauerhafte Einrichtung von (Landes-)Koordinierungsstellen erforderlich.

Die Begleitung der Umsetzung der BIFH durch das NZFH als koordinierende und evaluierende Institution, auch im Hinblick auf die Möglichkeit des moderierten Erfahrungsaustausches der Bundesländer untereinander, hat sich bewährt, sodass die Fortführung dieser Zusammenarbeit begrüßt wird.

FREIE UND HANSESTADT HAMBURG

Das Hamburger Landeskonzept »Guter Start für Hamburgs Kinder« wird flächendeckend in allen sieben Bezirken umgesetzt. Es wird in die sozialräumlich orientierte Angebotslandschaft der Jugend-, Familien- und Gesundheitshilfe integriert, um das vorhandene Wissen zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Das Konzept besteht aus folgenden Kernelementen:

Die **regionalen Netzwerke**, in denen Fachleute aus unterschiedlichen Einrichtungen und Berufsgruppen verbindlich zusammenarbeiten, werden weiterentwickelt.

In allen Geburtskliniken klären die **Babylotsen Hamburg** den Bedarf an psychosozialer Unterstützung, motivieren die Familien zur Annahme von Hilfe und vermitteln sie an die wohnortnahen Familienteams bzw. direkt an die passenden sozialräumlichen Hilfeangebote.

Die multiprofessionellen regionalen **Familienteams** kooperieren verbindlich mit den Fachkräften des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und betreuen und begleiten Familien mit kleinen Kindern oder vermitteln sie an andere geeignete Angebote im Stadtteil weiter.

Bisherige Erfahrungen bei der Umsetzung

Zum 01.07.2012 wurde die Landeskoordinationsstelle Frühe Hilfen bei der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration eingerichtet. Die Fachkoordination für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen sowie für die Babylotsen Hamburg liegt bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Eine **Begleitgruppe** aus Vertretern der beiden beteiligten Fachbehörden, aller Bezirksämter, des Trägers der Babylotsen Hamburg sowie der Träger der Familienhebammenstandorte unterstützt die Umsetzung des Landeskonzeptes. Sie stellt die erforderlichen Kommunikations- und Entscheidungsprozesse zwischen der Landes- und der kommunalen Ebene her, um ein möglichst einheitliches Verfahren zu gewährleisten.

Qualifizierung:

- Zusammen mit Schleswig-Holstein wurde ein gemeinsames, 270 Stunden umfassendes Curriculum zur Fortbildung der Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen entwickelt, das dem Kompetenzprofil des NZFH entspricht. 2014 läuft der zweite gemeinsame Schulungsdurchgang in Hamburg.

- Für die Babylotsen Hamburg wurde 2013 eine Weiterbildungsmaßnahme begonnen.
- Zur systematischen Qualifizierung der Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren auf der Grundlage des Kompetenzprofils des NZFH wurde ein Konzept erarbeitet, das bedarfsgerecht umgesetzt wird.

Die vorhandenen bezirklichen und regionalen Netzwerke konnten ausgebaut und neue **Netzwerke Frühe Hilfen** initiiert werden, vielfach bestehen Kooperationsvereinbarungen und gemeinsame Arbeitsplattformen. Von den Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren wird zum Teil berichtet, dass die Einbindung medizinischer Fachberufe, insbesondere wenn es sich um Freiberufler handelt, an organisatorische und teilweise an fachliche Grenzen stößt.

Nach der grundsätzlichen Zustimmung der Hamburger Krankenhausgesellschaft zur Umsetzung der **Babylotsen Hamburg** in allen zwölf Hamburger Geburtskliniken mussten in den Krankenhäusern die organisatorischen Voraussetzungen für die Integration der Babylotsinnen in den Klinikalltag und für deren konkrete Arbeit auf den Stationen geschaffen werden. Diese Prozesse nahmen mehr Zeit in Anspruch als geplant, sodass die letzten Babylotsen Hamburg erst zum Jahresbeginn 2014 ihre Tätigkeit in den Geburtskliniken aufnahmen.

Die bestehenden Hebammenstandorte konnten zu regionalen, multiprofessionellen **Familienteams** weiterentwickelt werden. Dazu wurden an einigen Standorten die personellen Kapazitäten um Hebammen und/oder Kinderkrankenschwestern aufgestockt, die alle die Qualifizierung zur Familienhebamme bzw. Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpflegerin absolviert oder sich für den nächstmöglichen Kurs angemeldet hatten. In Stadtteilen, in denen Bedarfslücken in der Versorgung mit Familienhebammen festgestellt wurden, entstanden zusätzlich neue Familienteams. Die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (Mütterberatung) ist gut angelaufen; es wurden gemeinsame Angebote zur Unterstützung, Beratung und Begleitung von Familien mit Hilfebedarf entwickelt.

Die Träger und Mitarbeiterinnen der bereits vor 2012 bestehenden Familienhebammenstandorte bedauern, dass die BIFH eine Finanzierung des »Hamburger Modells« nicht zulässt, wonach die Familienhebammen in ein Team mit Sozialpädagoginnen eingebunden sind und bei Bedarf z. B. gemeinsame Hausbesuche in der betreuten Familie durchführen können. Die langjährigen Erfahrungen haben gezeigt, dass durch die enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe in einem Team gute Voraussetzungen dafür gegeben sind, die richtige Ansprache zu finden und bei den Eltern erfolgreich für die Annahme der passgenauen Hilfen zu werben.

Ausblick

Die begonnenen Vernetzungs- und Qualitätsentwicklungsprozesse werden weiter ausgebaut und gefestigt. Dazu gehören insbesondere:

- die nachhaltige Integration der Frühen Hilfen in die bezirklichen Planungsprozesse und die Festigung der regionalen Netzwerkstrukturen
- die Verstetigung der Überleitung der Familien von den Babylotsen zu den Familienteams bzw. zu den passgenauen sozialräumlichen Hilfen
- die Fortsetzung der begonnenen Qualifizierungen aller Netzwerkpartner

HESSEN

Einleitung

Die BIFH fördert Hessen in 2012–2015 mit jährlichen Beträgen von rund 2,14 (2012) bis 3,46 Mio. Euro (2014/15). Das aktuelle hessische Landeskonzept für die Umsetzung der BIFH kann unter www.familienatlas.de eingesehen werden. Hessen gibt mit Ausnahme der Kosten für die Landeskoordination alle Fördergelder direkt an die Kommunen weiter. Parallel und ergänzend zur BIFH gibt es ein begleitendes Landesprogramm Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz mit einem Fördervolumen von 1.85 Mio. Euro.

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

1.1 Netzwerke (NW) mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen[65]

+ sind etabliert oder im Ausbau
+ In allen 33 Kommunen sind Netzwerkkoordinationen (NWK) beschäftigt
! Rahmenbedingungen für NWK sind sehr heterogen
! Die Einbindung des Gesundheitswesens in die NW ist schwierig
! Akteuren aus dem Gesundheitsbereich fehlen zeitliche Ressourcen und Anreize zur Teilnahme

1.2 Einsatz von Familienhebammen (FamHeb) und vergleichbaren Gesundheitsberufen/Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP)

+ In allen Kommunen werden FamHeb/FGKiKP eingesetzt
+ Sie sind in die NW Frühe Hilfen eingebunden
+ Es gibt über 200 ausgebildete FamHeb in Hessen
+ ab Sommer 2014 auch in Hessen ausgebildete FGKiKP
! Vergütung, Arbeitsbedingungen und strukturelle Verortung sind sehr heterogen
! Keine Empfehlung für Leistungs- und Entgeltvereinbarung in Hessen

1.3 Ehrenamtsstrukturen

+ Ausbau, Entwicklung und Etablierung von Ehrenamtsprojekten durch die BIFH
+ Begleitung und Beratung der Ehrenamtlichen durch Hauptamtliche
+ in der Mehrzahl »Familienpatenprojekte«
! Es bedarf der Entwicklung von Qualitätskriterien.

1.4 Sonstige Fördermaßnahmen und Ausbau von Modellmaßnahmen als Regelangebot

- Projekt zur Begrüßung Neugeborener (LK Offenbach)
- Offene Sprechstunde von FamHeb (Rheingau-Taunus-Kreis)
- Sozialraumorientierte Eltern-Kind-Freizeit für sozial benachteiligte Familien mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren (Stadt Frankfurt am Main)

65 Positive Entwicklungen sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe werden durch + sowie ! visualisiert.

- Wohnortnahe heilpädagogische Entwicklungsberatung für Eltern mit dem Ziel eines niedrigschwelligen Zugangs zur Frühförderstelle (Stadt Frankfurt am Main)
- Projekt »Babylotse« (Stadt Frankfurt am Main)
- Familiennetzwerke Frankfurter Berg (Stadt Frankfurt am Main)

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

2.1 Qualifizierung

+ Qualifizierung der NWK durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik ISS FfM an 4 x 2 Tagen bis Januar 2014
+ Teilnahme der NWK nahezu 100 %
+ Professionalisierung und Vernetzung der lokalen NWK durch die Qualifizierung
+ Seit 2007 Qualifizierung zur FamHeb
+ Seit 2013 gemeinsames Curriculum und Qualifizierung für FamHeb und FGKiKP
+ Zahlreiche Fortbildungsangebote zu Frühen Hilfen für alle Akteure und Fachkräfte

2.2 Qualitätsentwicklung/Qualitätssicherung

+ Etablierung einer Steuerungsgruppe Frühe Hilfen in Hessen (Kommunen/Land)
+ Etablierung von Qualitätszirkeln (QZ) Frühe Hilfen
+ für NWK (2–3 jährlich)
+ für Berufsverbände FamHeb und FGKiKP (2 x jährlich)
+ für Ehrenamt (in Planung, 2 x jährlich + Fachtag im November 2014)
+ Entwicklung von Zielvereinbarungen in den QZ Frühe Hilfen (in Planung)

2.3 Beratung der Kommunen

+ Infoveranstaltungen für Kommunen zum Förderverfahren in 2012 und 2013
+ Info für die AG Jugendhilfeplanung zu Frühen Hilfen (in Planung)

3. Fazit

+ **BIFH sorgt für Etablierung von Netzwerken und die Entwicklung von einheitlicher Qualität in den Frühen Hilfen.**
+ **Bund- und Länderkooperation wird durch die BIFH befördert.**
! **Einbezug des Gesundheitswesens ist ohne Änderung des SGB V schwierig.**
! **Die Entwicklung und Sicherung von Qualität ist bedroht durch Befristung der Personalstellen in kommunalen NW.**
! **Es besteht die Gefahr der Personalfluktuation in kommunalen NW bereits zum Jahresende, damit gehen Wissen und professionelle Umsetzung verloren.**

Eine frühzeitige Klarheit über die Gestaltung der Phase nach der BIFH im Rahmen eines Bundesfonds ist im Interesse von Qualitätssicherung unerlässlich!

MECKLENBURG-VORPOMMERN

1. Ziele und Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

Vor dem Hintergrund großer Flächenlandkreise steht Mecklenburg-Vorpommern vor der Herausforderung einer flächendeckenden Sicherstellung und Vernetzung von Angeboten und Maßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen.

Das Land setzt daher im Rahmen der Bundesinitiative vorrangig auf eine systematische, zielgruppenspezifische Zusammenführung der bereits vielfältig bestehenden Aktivitäten. Mit ca. 74 % der in 2013 verausgabten Mittel liegt der Förderschwerpunkt dementsprechend beim Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit Frühe Hilfen. Dies umfasst vor allem den Einsatz und die Qualifizierung von Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren sowie die Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit. Als zielführend hat sich hierbei die Unterteilung einzelner Landkreise in Sozial- bzw. Regionalräume mit jeweils zuständigen Organisationseinheiten erwiesen. Diese dienen als unterstützendes Instrument der Netzwerkkoordinierenden dem Auf- und Ausbau regionaler Netzwerke im ländlichen Raum und fungieren als Koordinatorinnen/Koordinatoren zwischen den diversen Netzwerkakteurinnen und -akteuren vor Ort.

Ein zweiter Schwerpunkt liegt auf der bedarfsgerechten Schaffung von zusätzlichen Angeboten im Bereich der Frühen Hilfen (ca. 24 % der Mittel in 2013). So wurde seit Beginn der Bundesinitiative die Zahl der Angebote in den Bereichen der offenen Beratungs- und Anlaufstellen für (werdende) Eltern (Eltern-Café, Eltern-Kind-Gruppen/-Kurse), Willkommensbesuche für Neugeborene und Angebotsvermittlung in Geburtskliniken signifikant erhöht.

Für den Auf- und Ausbau von Ehrenamtsstrukturen im Bereich der Frühen Hilfen stehen aktuell kaum finanzielle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung. Daher nimmt dieser Förderbereich mit einem Anteil von 2 % (in 2013) gezwungenermaßen noch einen geringen Stellenwert bei der Umsetzung der Bundesinitiative in Mecklenburg-Vorpommern ein.

Der Einsatz von Familienhebammen sowie die Landesfachstelle »Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in Mecklenburg-Vorpommern« werden bereits seit 2008 mit Landesmitteln gefördert. Im Rahmen der Bundesinitiative wurde aus Mitteln der Landeskoordinierungsstelle in 2013 die erste professionsübergreifende Qualifizierung von 14 Teilnehmerinnen zu Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen finanziell unterstützt. Damit gibt es in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 77 qualifizierte Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen.

2. Maßnahmen auf Landesebene

Der Landeskoordinierungsstelle als Schnittstelle zwischen Bund und Kommunen obliegt neben den zuwendungsrechtlichen Angelegenheiten vor allem die Aufgabe der Qualitätsentwicklung und -sicherung in den jeweiligen Förderbereichen. Neben der Unterstützung und Begleitung von Fachtagungen auf regionaler sowie überregionaler Ebene findet eine enge Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Praxis und Theorie der Jugendhilfe e.V.- Güstrow statt. Gemeinsam wurden und werden im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung modulare Schulungsangebote für die Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren konzipiert und zielgerichtet durchgeführt. Als direkter Ansprechpartner unterstützt die Landeskoordinierungsstelle überdies die örtlichen Jugendhilfeträger bei der Umsetzung der Bundesinitiative.

Darüber hinaus bestehen auf Landesebene Kooperationen mit dem Gesundheitsbereich im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft »Gesunder Start ins Leben« und dem Arbeitskreis Familienhebammen. Mit der Landeskoordinierungsstelle »Gesundheitliche Chancengleichheit« der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. findet zudem ein regelmäßiger Austausch statt mit dem Ziel der gegenseitigen Vernetzung der jeweiligen Angebote auf kommunaler Ebene.

3. Fazit – Erfahrungen und Empfehlungen

Mit der vom NZFH durchgeführten begleitenden Evaluation der Bundesinitiative konnten auch für Mecklenburg-Vorpommern positive Effekte auf die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz gem. § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) nachgewiesen werden. In Landkreisen/kreisfreien Städten, in denen keine Netzwerke mit Zuständigkeit Frühe Hilfen existierten, wurden Netzwerkstrukturen initialisiert. Dort, wo zuvor schon Netzwerke bestanden, wurden diese ausgebaut. Zudem konnte mit der Schaffung von zusätzlichen Angeboten die Bedarfsgerechtigkeit in der Fläche erhöht werden.

Ein wesentliches Ziel der Bundesinitiative – die Verzahnung der Maßnahmen der Frühen Hilfen mit den Maßnahmen der Gesundheitsförderung – konnte bislang nur zu Teilen erreicht werden. Während insbesondere die fallübergreifende Zusammenarbeit mit den örtlichen Jugend- und Gesundheitsämtern in der Regel problemlos verläuft, bilden in der fallbezogenen Arbeit diverse Unklarheiten oftmals schwer überwindbare Hürden. An diesem Punkt besteht mit Blick auf die gesetzliche Ausgestaltung noch Handlungsbedarf.

Letzteres trifft auch auf die Einbindung der praktizierenden Professionen aus dem Gesundheitsbereich zu. Neben den datenschutzrechtlichen Beschränkungen auf der Fallebene treten oftmals grundsätzliche Vorbehalte und Unsicherheiten insbesondere im Verfahren gegenüber den Handelnden der öffentlichen und freien Jugendhilfe auf. Häufig wird die Teilnahme an der Netzwerkarbeit mit Hinweis auf die zeitliche Ressourcenknappheit abgelehnt. Hier müssen weiterhin Offenheit und ein klares Rollenverständnis der beteiligten Mediziner/-innen hergestellt sowie weitere Anreize (z.B. Fortbildungspunkte für Ärztinnen und Ärzte) geschaffen werden.

Die Grundlage einer adäquaten Integration des Gesundheitsbereichs in die Frühen Hilfen könnte ein klarer gesetzlicher Auftrag bilden. Dies würde aus Sicht des Landes Mecklenburg-Vorpommern nicht nur Verbindlichkeiten auf- und Unsicherheiten abbauen, zugleich würde auch der politische Wille zum ganzheitlichen präventiven Kinderschutz zum Ausdruck kommen.

Es zeigt sich, dass es nicht immer gelingt, die Frühen Hilfen als eigenständigen Ansatz ergänzend zu den Leistungen des SGB VIII beim örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe anzusiedeln. Innerhalb der Jugendämter existieren teilweise Schwierigkeiten hinsichtlich der Aufgabendefinition der Frühen Hilfen und der Gestaltung von Übergängen. Eine verstärkte Sensibilisierung und Einbindung der Leitungsebene in Bezug auf die Frühen Hilfen muss daher weiterhin ein Ziel sein.

Aufgrund der Befristung der Bundesinitiative bestehen Unsicherheiten auf kommunaler Ebene hinsichtlich der mittel- bis langfristigen Finanzierung von Maßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen. Mit einer rechtzeitigen Ausgestaltung des Fonds könnten diese Bedenken frühzeitig gemindert werden. In diesem Zusammenhang muss auch sichergestellt sein, dass die jährlich veranschlagten Mittel im Rahmen des Fonds ab 2016 eine stetige Anpassung an den zu erwartenden Anstieg der Lohn- und Sachmittelkosten erfahren.

Insgesamt zeigt sich, dass sowohl der Aufbau und Erhalt von Netzwerkstrukturen als auch das diesbezügliche Qualitätsmanagement als fortlaufender Prozess zu betrachten sind. Nachhaltigkeit kann dabei in beiden Bereichen erfahrungsgemäß nur durch eine auf Dauer angelegte, professionelle Steuerung erreicht werden. Das macht folglich die dauerhafte Einrichtung von Koordinierungsstellen auf kommunaler wie Landesebene notwendig.

NIEDERSACHSEN

Einleitung

Mit dem Inkrafttreten der Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern sowie den hierzu vom Land Niedersachsen erlassenen Fördergrundsätzen im November 2012 konnte die individuelle Umsetzung der Bundesinitiative (BI) Frühe Hilfen mit einer begrenzten Anzahl von Jugendämtern gestartet werden. 2013 folgte die nahezu flächendeckende Umsetzung der BI in den einzelnen Kommunen.

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

Ziel der Förderung ist der kontinuierliche Ausbau des Schutzes von Kindern vor Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung. Im Rahmen der ersten Förderphase (01.07.2012 – 30.06.2014) steht die flächendeckende Verankerung kommunaler Netzwerke Früher Hilfen im Vordergrund. Einen weiteren Schwerpunkt bildet der landesweite flächendeckende und nachhaltige Einsatz von Familienhebammen sowie vergleichbarer Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in dieser Förderperiode.

1.1 Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen

Bereits in den Jahren 2007 bis 2011 wurde im Rahmen des niedersächsischen Modellprojekts »Koordinierungszentren Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Früher Hilfen« die verbindliche Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit anderen Institutionen, vor allem aus dem Gesundheitsbereich, erprobt. Standorte waren Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Oldenburg. Darüber hinaus wurde bereits in der Modellphase 24 weiteren Jugendämtern eine externe Beratung zur Entwicklung eigener Netzwerke Früher Hilfen angeboten und finanziert. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt fließen in die BI ein und stehen allen Jugendämtern online auf den Webseiten www.kinderschutz-niedersachsen.de bzw. www.netzwerke-frueher-hilfen.de zur Verfügung.

Im Rahmen der Antragstellungen der BI für die Förderjahre 2012 bis 2014 haben alle teilnehmenden Kommunen Konzepte zum Ausbau der Frühen Hilfen ausgearbeitet. Hierin enthalten sind Planungen, wie der flächendeckende Aufbau von Netzwerken gelingen kann, wie verbindliche Abläufe bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung geschaffen werden können und wie die gegenseitige Information über Angebote und die Klärung struktureller Fragen der Angebotsgestaltung erreicht werden sollen. Ausgehend von der Bestandserhebung vorhandener Strukturen haben sich die Jugendämter auf den Weg gemacht, diese Ziele zu erreichen.

1.2 Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen

Niedersachsen verfügt seit 2002 über Erfahrungen im Einsatz von Familienhebammen. Über die Stiftung »Eine Chance für Kinder« wurden seither mehr als 250 Hebammen zu Familienhebammen

qualifiziert. Um die Berufsbezeichnung der Familienhebamme zu schützen, die Ausbildung zu vereinheitlichen und gleichzeitig zu qualifizieren, wurde eine Weiterbildung zur staatlich anerkannten Familienhebamme etabliert. Aufgrund des hohen Bedarfs an Fachkräften in diesem Bereich werden zusätzlich Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ausgebildet.

1.3 Ehrenamtsstrukturen und sonstige Fördermaßnahmen und Ausbau von Modellmaßnahmen als Regelangebot

Die Fördergrundsätze des Landes Niedersachsen konzentrieren sich auf die Realisierung von Netzwerken Frühe Hilfen sowie den Einsatz von Familienhebammen. Insofern spielen andere Förderbereiche nur eine untergeordnete Rolle.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Qualifizierungs- und Unterstützungsangebote

Im Rahmen der Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen wurden und werden den Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren vielfältige Unterstützungsangebote seitens des Landes unterbreitet. In insgesamt drei Fortbildungskursen wurden rund 60 Personen zu Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren ausgebildet. Diese Kurse werden durch zwei Reflexionstage pro Jahr fortgeführt. Außerdem wurden und werden zu einzelnen Themen wie z. B. »Jugendhilfeplanung und Frühe Hilfen« oder »Frühe Hilfen im ländlichen Raum« einzelne Workshops durchgeführt.

Darüber hinaus werden durch die Landeskoordination halbjährlich überregionale Treffen angeboten, die dem Austausch und dem Informationsfluss der kommunalen Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren untereinander dienen. Diese werden ergänzt durch Vor-Ort-Beratungsgespräche der Landeskoordination.

Das Land Niedersachsen hat gemeinsam mit den Kommunen und freien Trägern das Fach- und Familiensystem Frühe Hilfen (kurz FIS) (www.fruehe-hilfen-niedersachsen.de) entwickelt. Mit dieser Website werden die unterschiedlichen Angebote der Frühen Hilfen erfasst und potenziellen Teilnehmenden bekannt gemacht. Gleichzeitig bietet sich hierdurch ein Weg, einen Überblick über das heterogene Feld der Frühen Hilfen zu erhalten. Die Kommunen erhalten so die Möglichkeit für eine Bestandsaufnahme, die der erste Schritt zu einem Jugendhilfeplanungsprozess im Bereich der Frühen Hilfen ist.

3. Fazit

Die Kommunen in Niedersachsen haben die sich ihnen durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen gebotenen Chancen aufgegriffen, die Frühen Hilfen zu etablieren und auszubauen. Insbesondere der Einsatz von Familienhebammen stellt hierbei einen wichtigen Baustein dar. Dabei wird darauf zu achten sein, dass dauerhaft der Bedarf an Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich für den Einsatz im Kontext Früher Hilfen sichergestellt werden kann.

Außerdem zeigt sich, dass der Auf- und Ausbau von Netzwerken im Sinne § 3 KKG der richtige Weg ist, um die handelnden Akteure zusammenzubringen. Aus den vorangegangenen Erfahrungen im Rahmen des Modellprojekts »Koordinierungszentren Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Früher Hilfen« ist bekannt, dass dieser Prozess über Jahre konsequent verfolgt werden muss.

Durch die Konzentration auf diese Schwerpunkte konnte es gelingen, das sehr heterogene Feld der Frühen Hilfen zu strukturieren. Hierbei ist auch der Einsatz des Fach- und Familieninformationssystems von großer Bedeutung.

Um das Erreichte abzusichern und zukünftige Entwicklungen hierauf aufzubauen, sollten diese Schwerpunkte auch über die Dauer der Bundesinitiative hinaus in dem sich anschließenden Fonds gefördert werden.

NORDRHEIN-WESTFALEN

Die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen (LK) wurde im Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport eingerichtet. Der Bericht beschränkt sich aus Kapazitätsgründen auf die ersten zwei Förderbereiche, in die ca. 80 % der kommunal verausgabten Mittel der Bundesinitiative (BIFH) flossen.

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

1.1 Netzwerke Frühe Hilfen

In NRW stellt das Netzwerk nach Art. 2 Abs. 3 B-L-VV das Basisnetzwerk zum Aufbau kommunaler Präventionsketten entlang der Lebensbiografie von Kindern und Jugendlichen dar. 2014 wurde quantitativ das Ziel erreicht, dass in allen 186 Jugendamtsbezirken Netzwerke Frühe Hilfen nach den Vorgaben der B-L-VV aufgebaut wurden bzw. werden. Bereits 2013 waren nahezu alle vorgegebenen Akteure in diese Netzwerke einbezogen. Ausbaufähig ist die Einbindung der Geburts- und Kinderkliniken sowie der kinderärztlichen und gynäkologischen Praxen. Motor der Netzwerke sind die Netzwerkkoordinierenden. Für ihren Einsatz wurden ca. 36 % der kommunal verausgabten BIFH-Mittel eingesetzt.

1.2 Familienhebammen (FamHeb) und vergleichbare Gesundheitsberufsgruppen

Ziel ist es, in NRW FamHeb und vergleichbare Gesundheitsberufsgruppen, die den NZFH-Kompetenzprofilen (KP) entsprechen, bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen. Hier sind deutliche Entwicklungen zu verzeichnen: Seit Beginn der BIFH bis zum 30.06.2013 wurden in NRW durchschnittlich pro Jugendamtsbezirk 1,2 FamHeb bzw. Personen vergleichbarer Gesundheitsberufsgruppen hinzugewonnen[66]. Bezüglich ihres Einsatzes in den Frühen Hilfen besteht ein hoher Informationsbedarf seitens der Anstellungsträger (z. B. bezüglich der Abgrenzung zur HzE). Schwierigkeiten bereiten nicht verbindlich geregelte Rahmenbedingungen (insbesondere fehlen verbindliche Regelungen bezüglich Aufsicht, Vergütung, Aufgaben und Qualifikation). Hinzu kommt die Unsicherheit der zukünftigen Haftpflichtversicherungsmöglichkeit für geburtshilflich tätige, selbstständige Hebammen.

2. Maßnahmen auf Landesebene

2.1 Fachberatung

NRW hat als zentrale Landesmaßnahme eine Fachberatung Frühe Hilfen je Landesjugendamt (LJÄ) ab dem 01.04.2014 zur Umsetzung der BIFH eingerichtet. Die Strukturen der 186 NRW-Jugendämter sind sehr heterogen. Die Entwicklung einer passgenauen und nachhaltigen Netzwerkstrategie stellt sie vor verschiedenste Herausforderungen, deren Bewältigung häufig eine Einzelfallberatung ggf. unter

66 NZFH – Befragung zur Evaluation der BIFH; N = 135, Spannweite: 0 bis 5.

Einbeziehung der Fachberatung Jugendhilfeplanung erfordert. NRW benötigt daher eine breit aufgestellte Beratungsstruktur.

2.2 Qualifizierungsmaßnahmen

Es wurden Fortbildungen für Netzwerkkoordinierende sowie zu FamHeb/Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (FGKiKP) – orientiert an den KP – gefördert, ein Landescurriculum für die gemeinsame Fortbildung FamHeb/FGKiKP entwickelt, Fachtage und Austauschtreffen veranstaltet sowie Arbeitshilfen erarbeitet.

3. Bewertung der Förderschwerpunkte/Empfehlungen für den Bundesfonds ab 2016

NRW spricht sich für eine Beibehaltung der vier Förderbereiche und insbesondere für eine Steuerung über Priorisierung und Qualitätsmerkmale aus. Die B-L-VV zum Bundesfonds sollte frühzeitig geschlossen werden, um Ländern und Kommunen Umsteuerungsmöglichkeiten und Planungssicherheit zu geben. In diesem Kontext sollten Hauptauftrag des Netzwerks (Gestaltung Infrastruktur Frühe Hilfen) und Kernaufgaben der Netzwerkkoordinierenden aufgenommen werden.

Empfohlen wird, das Gesundheitswesen an der Verantwortung für die Frühen Hilfen (Schnittstelle von Jugendhilfe/Gesundheitsbereich) angemessen zu beteiligen, soweit feststeht, dass gesundheitsfördernde und/oder präventive Leistungen erbracht werden. Auch das Haftpflichtversicherungsproblem der Hebammen sollte zeitnah gelöst werden. Nur so kann gelingen, FamHeb/FGKiKP als hilfreiches Unterstützungsangebot für Familien auf Dauer vorzuhalten. Die fallübergreifende und fallbezogene Netzwerkarbeit von Freiberuflern aus dem Gesundheitswesen (z. B. Ärztinnen/Ärzte) sollte unter bestimmten Voraussetzungen vergütet werden, um sie häufiger für die Kooperation gewinnen zu können.

Fallclearingstellen/Einsatzkoordinierende für FamHeb und vergleichbare Gesundheitsberufsgruppen sollten explizit als qualitätssichernde Maßnahmen benannt werden. Sie tragen dazu bei, dass der Einsatzbereich richtig gewählt wird (z. B. nicht tertiärpräventiv) und Familien passgenaue Unterstützung erhalten.

Über die aufsuchende Einzelfallbegleitung hinaus sollten andere Einsätze von FamHeb/FGKiKP in den zweiten Förderbereich aufgenommen werden, um mehr Zugangswege zum Angebot der aufsuchenden Begleitung zu schaffen.

Gezeigt hat sich ein bedeutender landesweiter Beratungs- und Koordinierungsbedarf. Dieser zeichnet sich auch für die Zeit nach der BIFH ab. Zur dauerhaften Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und -sicherung sollten die LK daher erhalten bleiben und bedarfsgerecht – orientiert an Einwohnerzahlen und Jugendamtsbezirken – ausgestattet werden.

RHEINLAND-PFALZ

Einleitung

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen setzt in Rheinland-Pfalz an den Zielen und Strukturen des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit aus dem Jahr 2008 an, das u. a. flächendeckende lokale Netzwerke vorsieht, um eine Zusammenarbeit im Bereich früher Förderung und Kindesschutz vor Ort zu verankern.

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

1.1 Netzwerke mit Zuständigkeit Frühe Hilfen

Da in Folge des Landesgesetzes in den rheinland-pfälzischen Kommunen Netzwerke Frühe Hilfen installiert wurden und das Land für jede Kommune eine Netzwerkkoordination fördert, konnten die dem Land zustehenden Mittel für andere Förderbereiche verwendet werden.

1.2 Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen

Ein verstärkter Einsatz von Familienhebammen ist erst dann möglich, wenn entsprechende Qualifizierungen stattgefunden haben. Hier konnten wir an Vorerfahrungen anknüpfen, da in der Vergangenheit bereits Hebammen und andere vergleichbare Gesundheitsberufe zur Stärkung der Familienkompetenz und Förderung der Kindergesundheit fortgebildet wurden. Dem darüber hinausgehenden Bedarf an Qualifizierung haben wir durch die Entwicklung einer Aufbauqualifizierung entsprechend dem Kompetenzprofil des NZFH Rechnung getragen. Daneben laufen auch landesweit grundständige Qualifizierungskurse für Hebammen.

1.3 Ehrenamtsstrukturen

Ehrenamtsprojekte, die zumeist in Begleitung durch Freie Träger stattfinden, bestehen flächendeckend und in vielfältiger Form. Sie reichen von Patenschaftsprojekten bis hin zu Schulungen und fachlicher Betreuung der Ehrenamtlichen vor Ort. Die Förderung erfolgt in begrenztem Umfang durch die Bundesinitiative.

1.4 Sonstige Fördermaßnahmen und Ausbau von Modellmaßnahmen als Regelangebot

Die rheinland-pfälzischen Kommunen haben flächendeckend Angebote Früher Hilfen entwickelt oder ausgebaut, wie z. B. Elterntreffs, Elterncafés, Vater-Mutter-Kind-Gruppen, Kompetenztrainings und Babytreffs. Viele dieser niedrigschwelligen Angebote werden auch von Eltern in schwierigen Lebenslagen oder von Eltern mit spezifischen Problemen (Sucht, psychische Erkrankung) genutzt und als hilfreich erlebt.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Die Landeskoordinierungsstelle ist im Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen angesiedelt. Ihre Aufgaben umfassen die Steuerung, Begleitung und Koordinierung der Umsetzung der Verwaltungsvereinbarung sowie die konzeptionelle Weiterentwicklung der Frühen Hilfen im Kontext der Bundesinitiative.

Im Landesjugendamt wird die Koordination mit den Kommunen und Trägern operativ umgesetzt, sodass eine abgestimmte Steuerung zwischen den Aufgaben nach dem Landeskinderschutzgesetz sowie der Aufgabenwahrnehmung im Rahmen der Bundesinitiative erreicht werden konnte. Zentral ist die Einbindung in die durch das Landeskinderschutzgesetz entwickelten Strukturen, besonders die Weiterentwicklung der lokalen Netzwerke.

Eine weitere bedeutsame Aufgabe ist die sukzessive Implementierung des »Guten Starts ins Kinderleben« an allen rheinland-pfälzischen Geburtskliniken.

2006 beginnend als Modellprojekt an zwei Standorten konnten durch die Bundesinitiative landesweite Strukturen zur Umsetzung der Maßnahme geschaffen werden. Ziel ist das Erkennen eines frühen Förderbedarfs durch den Einsatz von Familienhebammen in den Geburtskliniken sowie eine Weitervermittlung der Familien an die Angebote der Frühen Hilfen. Inzwischen beteiligen sich bereits rund drei Viertel aller rheinland-pfälzischen Geburtskliniken am Programm.

3. Fazit

Bei den Förderschwerpunkten sollte unter Beibehaltung des Förderbereichs I als erste Priorisierung eine gleichwertige Behandlung der Förderschwerpunkte II, III und IV erfolgen.

Die Entfristung des Fonds wird im Hinblick auf Qualitätssicherung, Gewinnung von Familienhebammen bzw. vergleichbaren Berufen, Planungssicherheit und Überführung in Regelsysteme die Zielerreichung befördern.

Die Einbeziehung des Gesundheitsbereichs ist – dort wo sie gelingt – eine wichtige Säule im Kontext Früher Hilfen. Dies zeigen die Erfahrungen mit Geburtskliniken im »Guten Start ins Kinderleben«, wo eine strukturelle Implementierung gelungen ist. Insgesamt besteht an dieser Schnittstelle jedoch eine zentrale Entwicklungssaufgabe: So sind bspw. die Akteure aus dem Gesundheitssektor über alle regionalen Unterschiede hinweg bei Netzwerkkooperationen deutlich unterrepräsentiert. Aus den Gesamterfahrungen ergibt sich daher eine verpflichtende Einbindung des Gesundheitssystems, etwa durch Verankerung im SGB V oder durch Ausgestaltung eines Präventionsgesetzes.

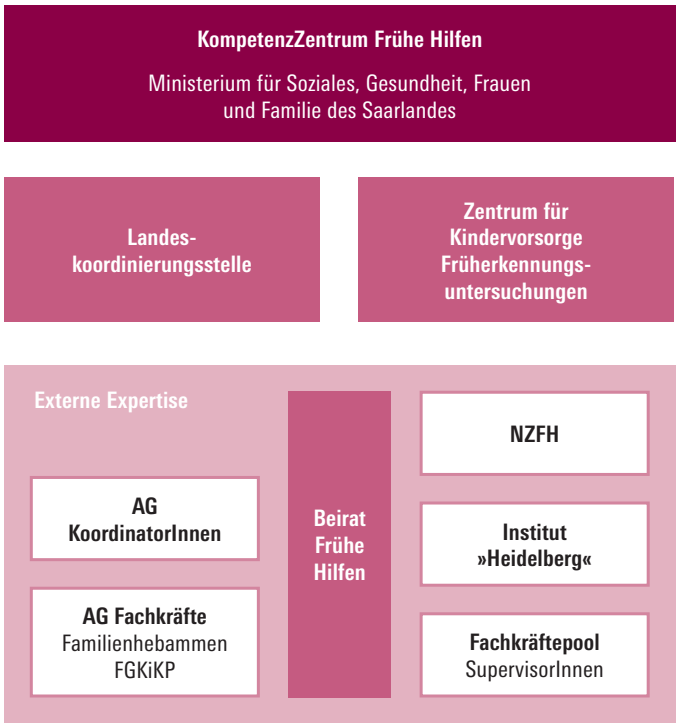
Die Koordinierung auf Landesebene stellt auch weiterhin eine wichtige Säule innerhalb der Bundesinitiative dar, um den großen landesweiten Beratungs- und Koordinierungsbedarf sicherzustellen sowie Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung zu gewährleisten.

SAARLAND

Einleitung

Mit dem Modellprojekt »Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz« wurden im Saarland seit 2008 zahlreiche Angebote für Familien vorgehalten. Der Erfolg der Maßnahmen wurde durch die wissenschaftliche Begleitung belegt.

Mit der Gründung des KompetenzZentrums Frühe Hilfen wurde im Jahr 2013 der strukturelle Rahmen geschaffen, um die landesweit einheitliche Verstetigung und Weiterentwicklung der Frühen Hilfen zu sichern.



1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

1.1 Netzwerke mit Zuständigkeit Frühe Hilfen

In jedem Landkreis wurde ein Netzwerk für Eltern installiert. Die Netzwerkbeteiligten treffen sich etwa vierteljährlich und widmen sich der Optimierung von Vermittlungs- und Kooperationsstrukturen von Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Den strukturellen Rahmen bilden die regionalen Koordinierungsstellen mit jeweils einer Kinderärztin und einer Sozialpädagogin. Durch diese Zusammensetzung konnte eine qualitative, inhaltliche Vernetzung der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe gewährleistet werden.

1.2 Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen

75 Fachkräfte Frühe Hilfen (Familienhebammen und FGKiKP) wurden auf der Grundlage des Kompetenzprofils des NZFH ausgebildet. 50 Fachkräfte arbeiten unter Honorarvertrag in den Kreisen. Einige sind in den Gesundheitsämtern und Jugendämtern angestellt. Fachkräfte mit Migrationshintergrund wurden qualifiziert, um die Erreichbarkeit von Migrantenfamilien zu verbessern. Bei 7.000 Geburten jährlich im Saarland entspricht dies einer herausragenden Betreuungsdichte.

1.3 Ehrenamtsstrukturen

Ehrenamtsprojekte sind auf kommunaler Ebene aktiv und sowohl im Netzwerk als auch im Beirat des KompetenzZentrums eingebunden.

Zurzeit werden keine Projekte des Ehrenamtes aus der BIFH gefördert.

Für 2014 ist eine Fachtagung mit Ehrenamtlichen aus Patenschaftsprojekten geplant sowie gemeinsame Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich positive Gesprächsführung mit Eltern und Erkennen von Risikokonstellationen.

1.4 Sonstige Fördermaßnahmen und Ausbau von Modellmaßnahmen als Regelangebot

Flächendeckend wird im Saarland – sowohl als Komm- als auch als Gehstruktur – der Elternkurs »Das Baby verstehen« angeboten. Ziel ist die Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern. Hierzu wurden 120 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Vermittlung der Kursinhalte ausgebildet. Die Inhalte des Kurses werden auch in die Arbeit der Gemeinwesenprojekte eingebunden.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Der Landeskoordinierungsstelle, als Bestandteil des »KompetenzZentrums Frühe Hilfen«, obliegt die Koordination auf Landesebene. Sie ist im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie angesiedelt.

Qualifizierung, Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung, Beratung der Kommunen, Organisation der Supervision für die Fachkräfte sowie Leitung und Organisation der Arbeitsgruppen der Koordinatorinnen und Koordinatoren und der Fachkräfte zur Entwicklung neuer Strategien gehören zu dem breiten Aufgabenfeld.

Empfehlungen und Richtlinien des NZFH werden durch die Landeskoordinierungsstelle umgesetzt.

Die thematische Weiterentwicklung der Inhalte Früher Hilfen wird mit dem Beirat des KompetenzZentrums abgestimmt.

Aufgrund der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Frühen Hilfen im Saarland werden zurzeit zur Qualitätssicherung Weiterentwicklungen eingeleitet.

Schwerpunkt ist die Vernetzung der Frühen Hilfen mit den Kindertageseinrichtungen, mit den Frühförderstellen und mit Angeboten ehrenamtlichen Engagements.

Ziel ist die Bildung von Betreuungsketten, die die erreichten positiven Effekte durch die aufsuchende Arbeit der Familienhebammen und FGKiKP langfristig sichern.

3. Fazit

Bewertung der Förderschwerpunkte der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Empfehlungen für die Ausgestaltung des Fonds ab 2016:

Für das Saarland haben sich die Förderschwerpunkte bewährt. Die Koordinierung durch die Landeskoordinierungsstelle gewährleistet die sachgerechte Verwendung der Mittel und die Qualitätssicherung der Maßnahmen.

Die Befristung der Finanzgrundlage hat jedoch negative Auswirkungen auf Qualität, Kontinuität und Rekrutierung von qualifizierten Fachkräften. Hier sollten die Rahmenbedingungen zur Gewährleistung einer langfristigen Planungssicherheit geschaffen werden. Die Überführung in ein Regelleistungssystem würde dieser Zielsetzung entsprechen. Vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe einer Weiterentwicklung Früher Hilfen wäre ein stärkeres Einbinden der Gesundheitsseite, sowohl systematisch als auch finanziell, wünschenswert.

FREISTAAT SACHSEN

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den Förderbereichen

1.1 Netzwerke Frühe Hilfen

Netzwerke für Kinderschutz bestehen in den Landkreisen und kreisfreien Städten seit dem Jahr 2007 und werden durch eine Förderung von Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren unterstützt. Mit der BIFH wurde die Zusammenarbeit stärker auf die Frühen Hilfen ausgerichtet und die Netzwerkkoordination personell erweitert. Inzwischen ist es landesweit gelungen, neue Partner zu gewinnen und verbindliche Kooperationsbeziehungen, insbesondere auch mit dem Gesundheitswesen, zu gestalten. Diese Entwicklung gilt es vor allem durch Kontinuität in der Netzwerkkoordination zu verstetigen.

1.2 Einsatz von FamHeb und FGKiKP

Ein Schwerpunkt bei der Umsetzung der BIFH ist die Etablierung des Angebots an FamHeb bzw. FGKiKP in möglichst allen Netzwerken. Nach anfänglichen Verzögerungen aufgrund der schwierigen Akquise von Fachkräften – verbunden mit einem hohen Beratungsbedarf zu strukturellen sowie Vergütungs- und Versicherungsfragen – konnten inzwischen alle 13 Gebietskörperschaften ein Angebot aufbauen. Dieses hat sich zu einer passgenauen Unterstützung entwickelt, die von den Familien gut angenommen und nachgefragt wird. Um perspektivisch auf einen Pool an Fachkräften zurückgreifen zu können, wurde eine interdisziplinäre Qualifikation mit einem Umfang von 320 Stunden konzipiert, die ab Herbst 2014 bereits im dritten Kurs angeboten wird.

Derzeit sind 62 Fachkräfte im Einsatz, die größtenteils freiberuflich tätig sind oder sich in Festanstellung beim Gesundheits- oder Jugendamt oder bei freien Trägern befinden. Die offene Gestaltungsmöglichkeit hat sich mit Blick auf die regionale Akzeptanz und Einbindung der Angebotsform bewährt. Um einen dem Aufgabenprofil von FamHeb bzw. FGKiKP entsprechenden Einsatz zu gewährleisten, ist die Koordination und Begleitung durch eine Fachkraft erforderlich.

1.3 Ehrenamtsstrukturen

Ehrenamtsprojekte wurden bislang in neun Gebietskörperschaften initiiert. Eine kontinuierliche Begleitung und Koordination der ehrenamtlich Tätigen durch eine hauptamtliche Fachkraft erweist sich dabei als unabdingbar. Vor allem im ländlichen Raum ist aufgrund langer Fahrtwege die dezentrale Anbindung der Koordination an verschiedene freie Träger erforderlich.

1.4 Sonstige Fördermaßnahmen

In einigen Gebietskörperschaften wurden die Möglichkeiten der BIFH genutzt, um weitere Maßnahmen im Kontext Früher Hilfen umzusetzen. Die Projekte entsprechen den regionalen Bedarfen an niedrigschwelligen Angeboten, die den Zugang zu Familien insbesondere in belasteten Lebenslagen ermöglichen sollen.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Die Landeskoordinierungsstelle (LKS) wurde im November 2012 beim Landesjugendamt eingerichtet und ist seit April 2013 mit zwei Mitarbeiterinnen besetzt.

Durch die kontinuierliche Fachbegleitung der Kommunen und weitere Maßnahmen der LKS zur Qualitätsentwicklung konnte die BIFH in allen Gebietskörperschaften wirksam implementiert werden. Als Voraussetzung für die Handlungssicherheit der Fachkräfte hat sich die zielgenaue Qualifizierung durch die LKS erwiesen. Dazu werden laufend die aktuellen Bedarfe in den Förderbereichen erfasst und entsprechende Fortbildungsangebote entwickelt. Die Durchführung von regelmäßigen Treffen der Netzwerkkoordinatoren sowie die Einbindung der LKS in Facharbeitskreise auf Landesebene entsprechen dem hohen Bedarf an Information und Austausch der Fachkräfte und sind für die inhaltliche Weiterentwicklung und den Praxistransfer erforderlich.

Der bundesweite Austausch der LKS ermöglicht eine Reflexion landesspezifischer Erfahrungen und guter Praxis.

3. Fazit und Empfehlungen für die Ausgestaltung des Fonds

Nach der Anlaufphase werden die Zielstellungen der BIFH inzwischen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten wirksam. Der Ausbau der Netzwerke, der Einsatz von FamHeb bzw. FGKiKP, die Ehrenamtsprojekte sowie die sonstigen Maßnahmen haben die Weiterentwicklung Früher Hilfen wesentlich vorangebracht. Um die Nachhaltigkeit zu sichern, sollten die Förderbereiche in dieser Form fortgeführt werden. Von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche Umsetzung ist die weitgehende strukturelle Gestaltungsfreiheit, die die Passfähigkeit der Angebote auf kommunaler Ebene gewährleistet. Deshalb sollte die Flexibilität des Mitteleinsatzes durch eine offene Formulierung der Fördergegenstände und -voraussetzungen ausgebaut werden.

So sollte bei den Ehrenamtsprojekten eine variablere Erstattung von Fahrtkosten und Sachausgaben in Form von pauschalen Aufwandsentschädigungen ermöglicht werden. Ein flexibler Mitteleinsatz für weitere Maßnahmen, insbesondere auch für Präventionsangebote für psychisch kranke Eltern, wird angeregt.

Die Steuerung, Qualifizierung und Qualitätsentwicklung durch die LKS ist ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung der BIFH und sollte beibehalten werden.

SACHSEN-ANHALT

1. Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen in den einzelnen Förderbereichen

Mit der BIFH wurden die Frühen Hilfen in Sachsen-Anhalt flächendeckend ausgebaut.

1.1

Zur Umsetzung der Netzwerke Frühe Hilfen wurde an die seit 2010 bestehenden Lokalen Netzwerke Kinderschutz angeknüpft. Seit 2012 wird in den Netzwerken eine gezielte Ausrichtung »Frühe Hilfen« verfolgt. Die Personalstellen zur Koordinierung konnten bis Mitte 2013 in allen Kommunen besetzt werden. In den Gebietskörperschaften wurden erfolgreiche Netzwerkkonferenzen durchgeführt. So war bereits Anfang 2013 in den lokalen Netzwerken eine erfreuliche Beteiligung neuer, für die Frühen Hilfen relevanter Partner zu verzeichnen. Die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erweist sich als schwierig.

1.2

Das Landesmodellprojekt Familienhebammen wurde 2011 abgeschlossen und Anfang 2012 in ein Regelangebot überführt. Für den Einsatz und die fachliche Begleitung der Familienhebammen wurden 2013 in allen Kommunen Koordinationsstellen (angebunden an die Netzwerke) eingerichtet. Sie sichern die Anbindung der Familienhebammen an die Netzwerke ab. Die Verständigung zwischen den Familienhebammen und den Jugendämtern wurde mit einer landesweiten Honorarempfehlung und einer Verfahrensregel zur Datenweitergabe unterstützt. Derzeit sind in Sachsen-Anhalt 31 Familienhebammen tätig. In jeder Gebietskörperschaft werden mindestens zwei Fachkräfte eingesetzt. 2013 und 2014 haben acht Fachkräfte den Qualifizierungskurs zur Familienhebamme bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin begonnen. Für 2015 ist die Qualifizierung von etwa zehn Fachkräften vorgesehen.

1.3

Der Ausbau ehrenamtlicher Strukturen erfolgt in den Kommunen vor allem in Kooperation mit dem Landesprojekt Familienpaten/-innen, welches seit 2011 von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen Sachsen-Anhalt e.V. koordiniert wird. Die Steuerung des konkreten Einsatzes, die örtlichen Fortbildungen und die Aufwandentschädigungen werden auf kommunaler Ebene zum Teil aus Mitteln der BIFH finanziert. Die lokalen Projektträger sind in die Netzwerke integriert. Daneben werden von Ehrenamtlichen auch Willkommensbesuche durchgeführt.

1.4

Der Bereich »zusätzliche Maßnahmen« wird nachrangig betrachtet. Die bisher umgesetzten Maßnahmen dienten vor allem der Information und Unterstützung für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern sowie der Kooperation mit Geburtskliniken.

2. Maßnahmen auf Landesebene, Erfahrungen der Landeskoordinierung

Mit den Jugendämtern wurden in 2012 Beratungstermine zur Umsetzung der BIFH und die Anbindung der Familienhebammen-Koordinierung an das Jugendamt durchgeführt. Für die Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren werden seit 2013 monatliche Seminare zur Netzwerkarbeit und quartalsmäßig Austauschtreffen angeboten. Durch eine extern beauftragte »Landeskoordinationsstelle Familienhebammen« werden die Kommunen und die Familienhebammen vor Ort in ihrer Zusammenarbeit unterstützt. Es werden jährlich vier bis sechs Fortbildungsveranstaltungen vorgehalten, um die aktiven Familienhebammen weiter zu qualifizieren.

Für die Fachöffentlichkeit wird pro Jahr eine landesweite Fachtagung veranstaltet, auf der spezielle Schwerpunkte der Frühen Hilfen thematisiert werden (2013 Netzwerkkonferenz, 2014 Kooperation mit dem Gesundheitswesen).

3. Fazit

Mit der BIFH konnte der flächendeckende Ausbau Früher Hilfen weiter vorangebracht werden. Die in der Verwaltungsvereinbarung bestimmte Priorität der Förderbereiche I und II hat zur Konzentration auf diese Bereiche geführt, was einer qualitätsgerechten Arbeit in den Netzwerken dienlich ist. Die Zusammenarbeit von Bund und Ländern sollte auch nach 2015 aufrechterhalten werden, denn nur so lässt sich langfristig eine vergleichbare Qualität in den Frühen Hilfen sicherstellen.

Die Entwicklungen im zweiten Förderbereich sind nicht vollends zufriedenstellend. Der Einsatz von Familienhebammen wurde aus verschiedenen Gründen gehemmt. Für die Ausgestaltung des Fonds ist zu definieren, welche Fachkräfte für die in § 3 Abs. 4 KKG genannte »psychosoziale Unterstützung von Familien« ab 2016 förderfähig sind.

Der flächendeckende Einbezug des Gesundheitswesens in die Frühen Hilfen wird ohne eine gesetzliche Verankerung auch künftig nicht umfassend zu erzielen sein. Die Förderfähigkeit zusätzlicher Maßnahmen sollte so gestaltet werden, dass die Mittel für die Kommunen kurzfristig und flexibel für erforderliche Maßnahmen einsetzbar sind.

Nun gilt es, das bisher Erreichte zu sichern, weiterzuentwickeln und auszubauen. Deshalb sollten möglichst zeitnah die ab 2016 geltenden Konditionen verhandelt und bekanntgegeben werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die erreichte Qualität infolge von Personalfluktuation nicht aufrechterhalten werden kann. Die bisher qualifizierten Fachkräfte (v. a. Koordinatorinnen und Koordinatoren) könnten den Frühen Hilfen schon 2014 verloren gehen, wenn sie nicht frühzeitig Sicherheit für ihre Personalstellen erfahren.

SCHLESWIG-HOLSTEIN

In Schleswig-Holstein setzen alle 15 Kreise und kreisfreien Städte auf der Grundlage des Länderantrags die BIFH erfolgreich um; dafür werden 2014 ca. 1,5 Mio. Euro eingesetzt. Ergänzend stehen 450.000 Euro durch das Landesprogramm »Schutzengel vor Ort« für weitere ergänzende Angebote der Frühen Hilfen zur Verfügung.

1. Förderbereich I – Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen

Ziele und Erfahrungen

Flächendeckend existieren Netzwerke Frühe Hilfen, die durch eine qualifizierte Fachkraft koordiniert werden. Die verpflichtende schriftliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit hat verbindlichere Strukturen geschaffen und die Kooperation der Akteure verbessert. Die Aufwandsentschädigung für einzelne Akteursgruppen zur Teilnahme am Netzwerk hat zu höheren Teilnahmequoten dieser Personen geführt. Hingegen sind Akteure aus dem Gesundheitsbereich noch nicht überall für eine Mitwirkung zu gewinnen.

Empfehlungen

Die Aufwandsentschädigung zur Teilnahme am Netzwerk sollte auf alle relevanten Personen ausgeweitet werden (insbesondere Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Geburtskliniken u. a.): Hierzu ist eine Änderung des Leistungskatalogs des SGB V empfehlenswert.

Die Netzwerkkoordination muss qualifiziert und mit einem ausreichenden Stundenkontingent ausgestattet sein, denn sie ist Voraussetzung für die adäquate Angebotsentwicklung und -steuerung. Qualifizierte Netzwerkkoordination sollte weiterhin prioritär gefördert werden. Um bspw. das zielgruppen- und bedarfsgerechte Vorhalten von Angeboten zu gewährleisten, sollten die planungsbezogenen Kompetenzen der Netzwerkkoordination gestärkt werden, dafür ist u. a. die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfeplanung zu konkretisieren.

2. Förderbereich II – Einsatz von Familienhebammen (FamHeb) und vergleichbaren Gesundheitsberufen

Ziele und Erfahrungen

Die begonnene Kooperation von FamHeb und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP) hat sich in Schleswig-Holstein bewährt und ist fortzusetzen. Durch die Mittel der BIFH konnte der Einsatz beider Akteure in den Familien flächendeckend ausgeweitet werden.

Empfehlungen

Die Koordination für den Einsatz von FamHeb und FGKiKP ist ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung und sollte explizit förderrechtlich berücksichtigt werden. Der kooperative Ansatz in der Aus- und Weiterbildung von FamHeb und FGKiKP ist fortzuführen.

Für die nach wie vor länder-, aber auch bundesweit uneinheitliche Vergütung vor allem von freiberuflichen FamHeb erscheint eine bundesweit rahmengebende Empfehlung zielführend.

3. Förderbereich III – Ehrenamtsstrukturen

Ziele und Erfahrungen

Ehrenamtliche Projekte mit einer qualifizierten hauptamtlichen Koordination können eine sinnvolle Ergänzung der Angebote Früher Hilfen im Bereich der Primärprävention darstellen.

Empfehlungen

Für ehrenamtliche Projekte sollten bundesweit Instrumente zur Qualitätssicherung (z. B. Qualitätskriterien zum Einsatz von Ehrenamtlichen) entwickelt werden.

4. Förderbereich IV – Sonstige Maßnahmen

Ist in Schleswig-Holstein nicht beantragt und auch absehbar nicht vorgesehen.

5. Allgemein

Erfahrungen

Die Konstruktion der BIFH (verbindlicher Rahmen mit Handlungskorridor) ermöglichte eine gute Anknüpfung der unterschiedlichen Länderstrategien und daran anschließend die Konzeptionen auf kommunaler Ebene. Die BIFH hat durch die Finanzierung der Landeskoordinierungsstellen, aber auch durch die Materialien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH), zu einer höheren Qualitätssicherung insbesondere in den Förderbereichen I und II geführt. Durch die BIFH konnte das Handlungsfeld der Frühen Hilfen deutlich aufgewertet werden, das zweistufige Zuwendungsverfahren verursacht aber einen hohen Verwaltungsaufwand.

Empfehlungen

Der förderrechtliche, administrative Aufwand für die weitere Begleitung des Fonds muss sich sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene gegenüber dem Verfahren der BIFH reduzieren. Langfristige Länderkonzepte mit konkreten Zielen und Meilensteinen und entsprechenden jahresbezogenen Berichten könnten weiterhin die Grundlage bilden.

Die Entwicklung eines Fonds muss zügig erfolgen, da viele Stellen im Rahmen der BIFH befristet sind und frühzeitig Planungssicherheit hergestellt werden muss. Außerdem müssen neu geschaffene Strukturen erhalten bleiben.

Die Priorisierung der Förderbereiche ist fortzusetzen.

Die Landeskoordinierungsstellen haben sich für die Koordinierung der landesbezogenen Qualitätssicherung und -entwicklung bewährt und sollten fortgesetzt werden. Das NZFH sollte auf Bundesebene die fachliche Begleitung fortführen.

Die Frühen Hilfen müssen als eigenständiges, vom Kinderschutz sich abgrenzendes Handlungsfeld im Kontext von Gesundheitsförderung und Jugendhilfe in der Primär- und Sekundärprävention weiterentwickelt werden. Die systematische Verknüpfung mit dem SGBV, auch in der Finanzierung, ist dabei unumgänglich.

FREISTAAT THÜRINGEN

Ziele, Ergebnisse und Erfahrungen

Seit 2008 werden in Thüringen vernetzte Strukturen im Kinderschutz und der Einsatz von Familienhebammen gefördert, um insbesondere Informations- und Unterstützungsangebote weiterzuentwickeln, verbindliche Kooperationsstrukturen auszubauen und die Prävention zu stärken. Mit Start der Bundesinitiative lagen unterschiedliche Ausbaustände der lokalen **Netzwerke** Frühe Hilfen vor. Mittlerweile sind in allen Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten koordinierte Netzwerke unter Federführung der Jugendämter etabliert. Die verbindliche Einbindung der für Frühe Hilfen relevanten Akteure ist weit fortgeschritten, wobei die Integration der Ärzteschaft nach wie vor eine besondere Herausforderung darstellt. Verortung, Anbindung und Aufgabenprofil der Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren stellen sich in Abhängigkeit der regionalen Strukturen sehr unterschiedlich dar.

In Thüringen wurden 75 **Familienhebammen** seit 2007 qualifiziert. Von diesen sind noch 57 in Thüringen im Hebammenberuf tätig. Aktuell gibt es im Freistaat Thüringen etwa 50 aktive Familienhebammen, die auch als solche i. d. R. mit geringen Stundenkontingenten arbeiten. Mit den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen ist der Bedarf gegenwärtig nicht zu decken. In fünf Landkreisen und kreisfreien Städten können bisher gar keine entsprechenden Leistungen angeboten werden, da potenzielle Familienhebammen nicht verfügbar sind. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP) sind bisher noch nicht im Freistaat eingesetzt. In die laufende Qualifizierung von Familienhebammen wurden die FGKiKP erfolgreich integriert. Für die FGKiKP müssen noch Einsatz- und Beschäftigungsmodelle entwickelt und etabliert werden. Für Familienhebammen und FGKiKP gilt, dass die strukturelle Anbindung, der niedrigschwellige Fallzugang und die Verortung im präventiven Kinderschutz weiter entwickelt werden müssen. Die Integration in die bestehenden Netzwerke funktioniert nach Einschätzung der Praktiker vor Ort gut. Die Arbeit der Familienhebammen wird als ein wichtiger Baustein der Netzwerkangebote gesehen.

In die Entwicklung von **Ehrenamtsstrukturen** flossen im Verlauf der Bundesinitiative nur geringe Ressourcen. Teilweise sind diese Projekte wegen ihres Bestehens vor dem 01.01.2012 nicht förderfähig oder es gibt Finanzierungswege außerhalb der Bundesinitiative. Es handelt sich i. d. R. um kommunenspezifische Einzelmaßnahmen.

Mit den **sonstigen Maßnahmen** schließen die Kommunen ihre Angebotslücken, insbesondere auch mit dem Ziel, den unzureichenden bzw. nicht förderfähigen Einsatz von Familienhebammen, die bereits vor dem 01.01.2012 im Einsatz waren, durch sozialraumspezifische Projekte zu kompensieren. Die Maßnahmen sind auf kommunale Erfordernisse zugeschnitten und daher konzeptionell vielschichtig. Die sonstigen Maßnahmen nehmen bei der Verwendung der Fördermittel direkt nach der Förderung der Netzwerke Platz 2 ein.

Maßnahmen der Landeskoordinierung

Zwei Mitarbeiter der Landeskoordination organisieren die zweijährige Fortbildung der **Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren** als eine wesentliche Maßnahme zur Qualitätsentwicklung und moderieren deren fachlichen Austausch in enger Rückkoppelung mit den Jugendämtern. Der interkommunale Austausch ist eine wesentliche Forderung der lokalen Netzwerke, der auch nach Abschluss der Fortbildung mit Unterstützung des Landes prozessbegleitend weitergeführt werden soll.

Den bedarfsgerechten Ausbau von **Familienhebammen** unterstützt das Land durch Finanzierung, Qualitätssicherung und Bewerbung der Qualifizierungsmaßnahme. Aktuell werden weitere zwölf Familienhebammen und sechs FGKiKP ausgebildet. Den bisher ausgebildeten Familienhebammen wird gemäß dem Landeskonzept und dem Kompetenzprofil des NZFH eine Aufbauschulung angeboten, um deren Einsatz und Förderfähigkeit zu gewährleisten. Die Landeskoordination berät die Jugendämter zu niedrigschwelligen Einsatzmodellen und unterstützt die Akquise von weiteren Fachkräften. In Abstimmung mit den Jugendämtern und dem Landeshebammenverband hat das Land einen verbindlichen Vergütungssatz für die Familienhebammen festgesetzt. Für die Vergütung der FGKiKP wird ein analoges Verfahren zur Anwendung kommen.

Maßnahmen des **ehrenamtlichen Engagements** haben in den Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten aus verschiedenen Gründen bislang keine Priorität. Potenziale ehrenamtlicher Projekte, insbesondere für Flächenlandkreise, werden durchaus gesehen und sollen zukünftig berücksichtigt werden. Unstrittig dabei sind die Notwendigkeit der Einbindung dieser Projekte in die lokalen Netzwerkstrukturen sowie hauptamtliche Fachbegleitung und Qualitätssicherung.
Die beantragten **sonstigen Maßnahmen** Früher Hilfen wurden wegen ihrer richtlinienbedingten Nachrangigkeit und geringen Spezifizierung besonders geprüft. Eine intensive Beratung der Jugendämter bezüglich der Förderfähigkeit von Maßnahmen in diesem Bereich war notwendig.

Empfehlungen für den Fonds ab 2016

- Land und kommunale Ebene sehen in der Stabilisierung und kontinuierlichen Entwicklung von Netzwerken unter Federführung der Jugendämter eine wesentliche Bedingung, um Frühe Hilfen nachhaltig zu etablieren und bisher Erreichtes zu sichern.
- Eine Vereinfachung des Verwaltungsaufwandes, insbesondere bezüglich der Förderzeiträume, -modalitäten und der Evaluation, ist anzustreben. Gegebenenfalls zukünftig bundesweit verantwortete Evaluationen müssen im Ergebnis für die kommunale Ebene als Planungsgrundlage nutzbar sein.
- Die Zielstellung, dass Familienhebammen und FGKiKP als Regelleistung im SGB V finanziert werden, muss unbedingt weiterverfolgt werden. Darüber hinaus sind unter Einbindung des Gesundheitsbereiches weitere Modelle von präventiven Frühen Hilfen sowie Rahmenbedingungen für die verbindliche Einbindung der medizinischen Fachkräfte in die Netzwerkstrukturen zu entwickeln. Aufgrund des begrenzten Fachkräftepotenzials und der Komplexität der Frühen Hilfen sollte der Vorrang des Förderschwerpunktes Familienhebammen aufgegeben werden.

- Die Förderung der Ehrenamtsstrukturen soll künftig kein eigener Förderschwerpunkt sein, sondern mit Blick auf den nachrangigen Stellenwert in der Praxis im Rahmen der sonstigen Maßnahmen förderfähig bleiben.
- Die Entwicklung sonstiger Maßnahmen (z. B. Erstbesuchsdienste, Entwicklungspsychologische Beratung oder Angebote der Familienbildung), die auf die psychosoziale Unterstützung von Familien ausgerichtet sind, muss an der Entwicklung in der Praxis ansetzen. Sie sollen als regulärer Bestandteil der sonstigen Maßnahmen förderfähig sein. Die Landeskoordinierung hat hierfür eine besondere Steuerungsverantwortung.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Direktorin: Prof. Dr. Elisabeth Pott
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Telefon: 0221 8992 0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Redaktion:
Jörg Backes, Ernst-Uwe Küster, Mechthild Paul, Alexandra Sann

Gestaltung:
Lübbeke | Naumann | Thoben, Köln

Druck:
Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Auflage:
2.5.11.14

Alle Rechte vorbehalten.
Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder
Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:
BZgA
51101 Köln
Fax: 0221-8992-257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000164

ISBN-Nummer: 978-3-942816-56-4

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

Gefördert vom:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Träger:

BZgA Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

DJI Deutsches
Jugendinstitut