



### Elektronischer Sonderdruck für

**A. Sann**

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1018–1028 · DOI 10.1007/s00103-010-1124-x

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

**A. Sann · D. Landua**

## Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser!

Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme  
bei Jugend- und Gesundheitsämtern

# Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser!

## Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme bei Jugend- und Gesundheitsämtern

Die Beobachtung der Praxisentwicklung im Bereich Früher Hilfen in Deutschland zählt zu den zentralen Aufgaben des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Verschiedene Untersuchungen [1] haben gezeigt, dass neben der evidenzbasierten Entwicklung und Implementation erfolgreicher Hilfemodelle eine aufeinander abgestimmte Kooperation von zum Teil sehr unterschiedlichen Einzelansätzen im Rahmen regionaler Hilfenetze entscheidend für die Qualitätsentwicklung von Frühen Hilfen ist. Bislang lagen jedoch nur wenige Informationen über kommunale Angebotsstrukturen und die sich (weiter)entwickelnden Kooperationsformen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe vor, die als Hauptakteure im Feld Früher Hilfen angesehen werden. Das NZFH beauftragte deshalb im Juni 2008 das Deutsche Institut für Urbanistik (DifU) mit der Durchführung einer bundesweiten Bestandsaufnahme zu Frühen Hilfen. Sie umfasst die parallele Untersuchung von zwei bislang weitgehend getrennten sozialen Versorgungs- und Unterstützungssystemen – dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe – und konzentriert sich dabei auf die Untersuchung von zwei unterschiedlichen Fragestellungen: Wie arbeiten die beiden Systeme beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen zusammen? Und welche Angebote an Familien werden vor Ort etab-

liert? Unter der Annahme, dass die kommunalen Steuerungsbehörden Jugendamt und Gesundheitsamt bei der Planung und Sicherung der Versorgung im Bereich Früher Hilfen eine zentrale Rolle einnehmen, wurden sie als Zielgruppe der Befragung ausgewählt. Die Hauptfragestellungen wurden dabei auf zwei Erhebungszeitpunkte (Dezember 2008 und Januar 2010) verteilt. Mit diesen beiden Teiluntersuchungen der Bestandsaufnahme werden Basisdaten darüber erfasst, wie sich das Feld Früher Hilfen zum Zeitpunkt des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ der Bundesregierung (2006–2010) darstellt [2].

Zentrale Fragestellungen der ersten Teiluntersuchung waren:

**Zum Begriff der „Frühen Hilfen“.** Der Begriff der Frühen Hilfen ist rechtlich nicht definiert und wird von der Praxis sehr unterschiedlich interpretiert und praktisch umgesetzt. Was verstehen also die Fachkräfte in Jugend- und Gesundheitsämtern genau unter Frühen Hilfen? Wie ordnen sie Frühe Hilfen ein im Spannungsfeld von früher Unterstützung beziehungsweise Förderung und rechtzeitigem Eingreifen im Kontext Kinderschutz?

**Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen.** Was waren für Jugend- und Gesund-

heitsämter die auslösenden Faktoren für Aktivitäten in diesem Bereich? Wo liegen Steuerungsverantwortung, strukturelle Verankerung, personelle Ressourcen bei den Behörden? Welche weiteren Unterstützungsbedarfe beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen werden von den kommunalen Behörden formuliert?

**Kooperationsstrukturen im Bereich Früher Hilfen.** Wie beurteilen die Behörden die Bedeutung möglicher Kooperationspartner? Wie werden der Umfang, die Qualität sowie die Verbindlichkeit der Kooperation mit einzelnen Partnern eingeschätzt?

**Netzwerkarbeit im Bereich Früher Hilfen.** Von wem ging die Initiative zur Bildung von Frühe-Hilfe-Netzwerken aus? Welchen Umfang, welche Funktionselemente und welche Verbindlichkeit zeichnen die einzelnen Netzwerke aus? Welche Auswirkungen der Netzwerkarbeit sind aus Sicht der Behörden festzustellen?

Der vollständige Ergebnisbericht zur ersten Teiluntersuchung [3] ist verfügbar unter <http://www.fruehehilfe.de>.

### Befragungsmethode und Teilnahmequoten der Bestandsaufnahme

Die beiden Datenerhebungen der bundesweiten Bestandsaufnahme erfolgten

über standardisierte, postalische Befragungen<sup>1</sup>. Bei den Instrumenten dieser Primärerhebungen handelt es sich um neu entwickelte und über Pretests validierte Indikatorensysteme. Der Zeitraum der Datenerhebung belief sich, einschließlich mehrerer Nachfassaktionen, jeweils auf rund zwei Monate (1. Teiluntersuchung: Dezember 2008 bis Januar 2009; 2. Teiluntersuchung: Januar bis Februar 2010). Im Rahmen der ersten Teiluntersuchung lagen von den 967 ermittelten Jugend- und Gesundheitsämtern letztlich insgesamt 573 auswertbare Datensätze vor. Der Rücklauf in Höhe von 59,3% ist für eine schriftliche Befragung als positiv zu bewerten.

Trotz der komplexen Befragungsthemen und der beachtlichen Bearbeitungszeit des Fragebogens, waren viele Jugend- und Gesundheitsämter bereit, bei der Befragung mitzuarbeiten. Das relativ hohe Interesse der Ämter an der Befragung resultierte zum einen aus der Gelegenheit, mit der Teilnahme einen inhaltlichen Beitrag zu einem aktuellen Thema leisten zu können, zum anderen aber auch aus der Zusage, über die Rückmeldung der Befragungsergebnisse Nutzen für die eigene Arbeit ziehen zu können. Allerdings fiel die Teilnahmequote unter den Jugendämtern mit 62,7% höher aus als unter den Gesundheitsämtern (51,9%). Aufgrund dieses Unterschieds, aber auch wegen der zum Teil sehr unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen, konkreten Aufträge und Ressourcen der Jugend- und Gesundheitsämter, werden die Befunde getrennt nach Ämtern dargestellt.

Als Ergebnis einer Überprüfung der Repräsentativität der Befragungsdaten kann festgehalten werden, dass sich teilnehmende und nicht teilnehmende Ämter hinsichtlich einer Reihe von strukturellen und geografischen Merkmalen nur unwesentlich unterscheiden und kaum Anhaltspunkte für signifikante Beeinträchtigungen der Befragungsdaten festzustellen sind [4].

<sup>1</sup> Der vorliegende Beitrag bezieht sich auf Ergebnisse der ersten Teiluntersuchung; die Auswertungen der Daten der zweiten Teilerhebung sind noch nicht abgeschlossen.

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1018–1028 DOI 10.1007/s00103-010-1124-x  
© Springer-Verlag 2010

A. Sann · D. Landua

## Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme bei Jugend- und Gesundheitsämtern

### Zusammenfassung

Ziel der vorgestellten Untersuchung ist die Erfassung und Beschreibung des Entwicklungsstandes kommunaler Systeme Früher Hilfen in der Bundesrepublik Deutschland. So gut wie alle teilnehmenden Jugendämter und eine große Mehrheit der teilnehmenden Gesundheitsämter geben an, den Aufbau Früher Hilfen aktiv voranzutreiben, die meisten sind dabei auch Teil eines ressortübergreifenden Netzwerks. Das Begriffsverständnis Früher Hilfen ist allerdings sehr unterschiedlich und reicht von „Früher Förderung“ bis zum „Präventiven Kinderschutz“. Die bestehenden Kooperationsbeziehungen sind sehr heterogen und von der Systemzugehörigkeit der jeweiligen Behörde geprägt, wenn gleich es auch einige Beispiele für gelingende systemübergreifende Kooperationen gibt. Vertraglich gesicherte, verpflichtende Kooperationen sind jedoch – entsprechend den ge-

setzlichen Vorgaben – weitgehend auf das System Jugendhilfe beschränkt. Es zeichnet sich zudem eine deutliche Asymmetrie in der Kooperation der beiden kommunalen Behörden miteinander ab, die systematisch den möglichen Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im frühpräventiven Bereich schmälert. Deutlicher Unterstützungsbedarf wird übereinstimmend in Bezug auf die Finanzierungsgrundlagen Früher Hilfen signalisiert. Soll die nachhaltige Verankerung dieser Leistungskomplexe in das Regelsystem gelingen, müssen sowohl die sozialrechtlichen Grundlagen als auch die Qualifizierung der Systeme optimiert werden.

### Schlüsselwörter

Frühe Hilfen · Kommunale Hilfesysteme · Jugendamt · Gesundheitsamt · Interdisziplinäre Kooperation

## A systemic approach to early childhood prevention. Outcomes of a first nationwide survey of Youth Welfare and Health Care System in Germany

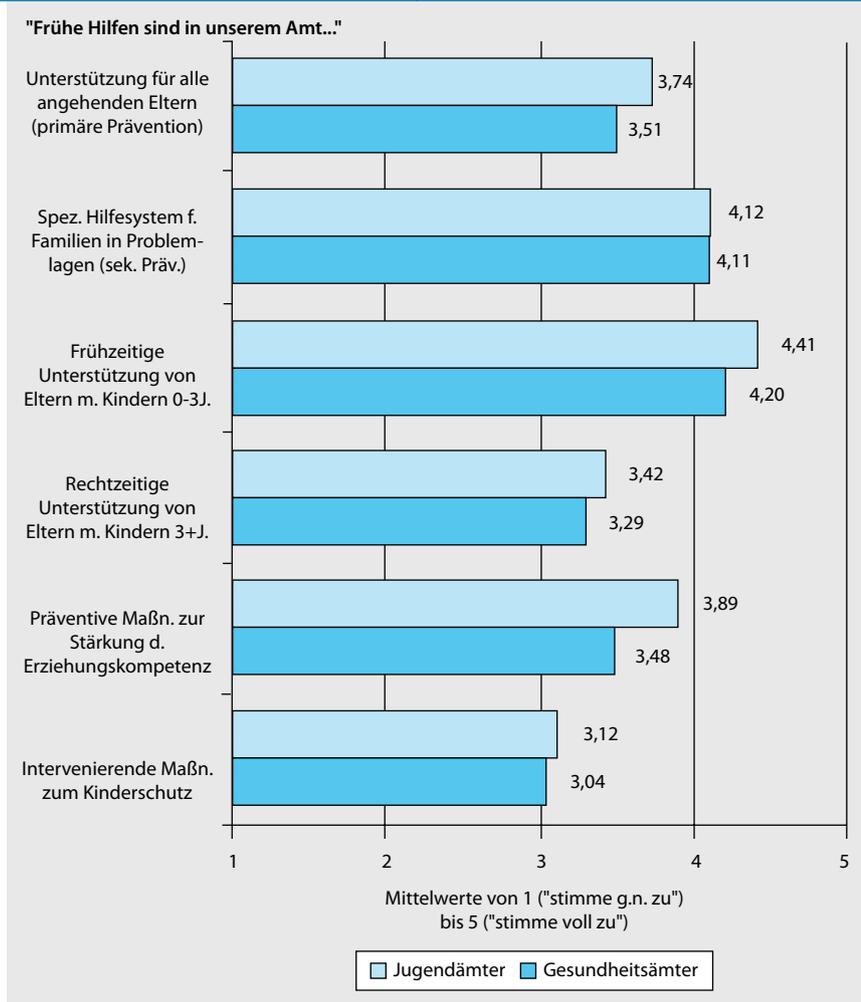
### Abstract

The objective of this survey is to record and describe the current development status of municipal support systems targeting early childhood prevention in Germany. Nearly all participating youth welfare offices and a large number of the participating public health departments report ongoing activities in setting up and strengthening such support systems. Most of them declare to be part of interdisciplinary networks acting across departments. However, comprehension of the actual implications of early prevention varies broadly among participants and is marked by two contradictory statements: early empowerment for all parents (to be) on the one hand and preventive child protection for families at risk on the other. Cooperation with many different partners is common and mostly found within the own system but

sometimes also by crossing borders. Mandatory cooperation, however, is an exclusive attribute of the youth welfare system, originating from the legal requirements. One of the most striking results is the almost complete ignorance of the powers and resources of public health departments' by the youth welfare offices, mainly in charge for organizing municipal support systems for children and families. Improving the legal basis for funding and efforts for better qualification will be crucial for a sustainable development.

### Keywords

Early childhood prevention and intervention · Municipal support systems · Youth Welfare Office · Public Health Department · Interdisciplinary cooperation



**Abb. 1** ▲ Zustimmung von Jugend- und Gesundheitsämtern zu einzelnen Begriffsbestimmungen von Frühen Hilfen

## Ergebnisse der ersten Teiluntersuchung

### Zum Begriffsverständnis Früher Hilfen

Um einen direkten Vergleich der Akzeptanz bestehender Auffassungen von Frühen Hilfen zu ermöglichen, wurden im Fragenbogen Aussagen vorgegeben, die drei wesentliche Aspekte des fachlichen Diskurses abbilden: Wird „früh“ eher im Sinne von frühzeitig im Leben eines Kindes verstanden oder eher im Sinne von rechtzeitig, bevor eine problematische Entwicklung manifest wird? Sollen sich Frühe Hilfen im Sinne primärer Prävention an alle (werdenden) Eltern wenden, oder geht es mehr darum, Hilfesysteme für Familien in Problemlagen im Sinne sekundärer Prävention zu etablieren? Und ist das Ziel Früher Hilfen eher die

präventive Stärkung elterlicher Kompetenzen oder mehr die Abwendung möglicher Kindeswohlgefährdungen? Obwohl die Inhalte dieser Aussagen nicht völlig überschneidungsfrei sind, heben sie dennoch jeweils unterschiedliche Einzelaspekte Früher Hilfen hervor, deren Zustimmung erfasst werden sollte. Die Ergebnisse der bundesweiten Befragung zeigen dabei auf, dass der Begriff „Frühe Hilfen“ in der Praxis kommunaler Steuerungsbehörden überwiegend im Sinne der Vorgaben des Aktionsprogramms [2] interpretiert wird (■ **Abb. 1**). So finden sowohl unter den befragten Jugend- als auch unter den Gesundheitsämtern am ehesten diejenigen Aussagen Zustimmung, die Frühe Hilfen als biografisch früh einsetzende Unterstützung und als sekundäre Prävention für Risikogruppen verstehen. An dritter Stelle – bezogen auf den Grad der Zustimmung –

steht die Beschreibung der Frühen Hilfen als Maßnahmen, die auf die präventive Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern abzielen, gefolgt von der Aussage, dass sich Frühe Hilfen im Sinne primärer Prävention an alle Eltern wenden. Dem wird vor allem von Jugendämtern zugestimmt. Die geringste Zustimmung findet das Item, das Frühe Hilfen als intervenierende Maßnahmen des Kinderschutzes beschreibt.

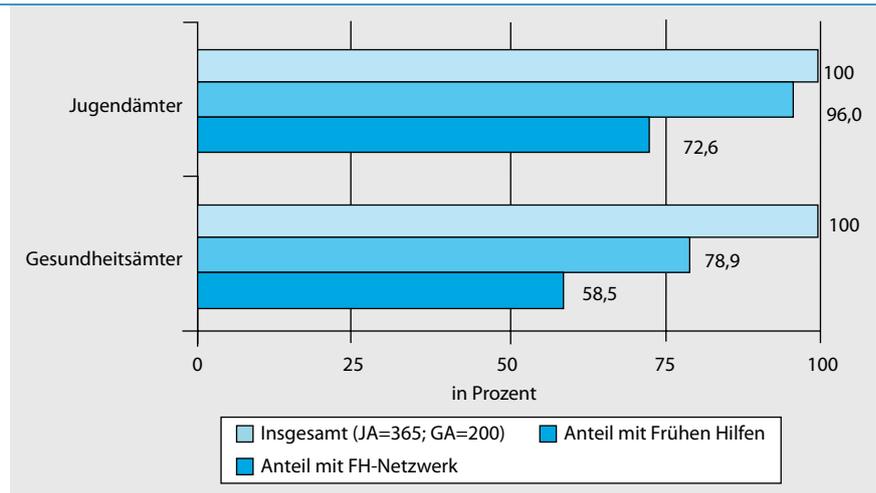
Eine tiefer gehende Analyse sollte der Frage nachgehen, ob sich bestimmte Antwortmuster (typische Kombinationen einzelner Aussagen) finden lassen. Eine entsprechende Faktorenanalyse [5] zur Begriffsbestimmung Früher Hilfen führt zu einem gut interpretierbaren Ergebnis. Die sechs vorhandenen Aussagen lassen sich zu zwei übergeordneten, voneinander unabhängigen Komponenten (Faktoren) zusammenfassen, die nur an wenigen Stellen für Jugend- und Gesundheitsämtern inhaltliche Abweichungen aufweisen. Der erste Faktor kann als Verständnis von Frühen Hilfen im Sinne von „Früher Förderung“ gedeutet werden. Er beschreibt Frühe Hilfen als ein primär-präventiv ausgerichtetes Unterstützungssystem für alle (angehenden) Eltern mit Kleinkindern bis drei Jahren, das die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern im Fokus hat. Der zweite Faktor, den man mit dem Begriff „präventiver Kinderschutz“ überschreiben könnte, fasst hingegen ein Verständnis Früher Hilfen zusammen, bei dem der Kinderschutzaspekt mit stärker sekundär-präventiven beziehungsweise intervenierenden Maßnahmen für Risikogruppen in den Vordergrund tritt. Viele Gesundheitsämter beziehen dabei auch stärker Familien mit älteren Kindern im Sinne von rechtzeitiger Hilfe mit ein, als dies bei den Jugendämtern der Fall ist. Diese Befunde korrespondieren inhaltlich gut mit der aktuellen Fachdebatte zum Begriffsverständnis Früher Hilfen und zeigen klar die unterschiedlichen Facetten der Interpretation durch die Fachpraxis: Frühe Hilfen werden mancherorts sehr eng mit der präventiven Abwendung möglicher Kindeswohlgefährdungen verbunden und sind daher klar Bestandteil des Kinderschutzsystems, während es an-

derenorts aber auch eine Ausrichtung der Frühen Hilfen in Richtung universeller Prävention beziehungsweise allgemeiner Förderung der Erziehung in der Familie gibt. Ob sich diese unterschiedlichen Interpretationen auch in den lokalen Angebotsstrukturen niederschlagen, wird die zweite Teiluntersuchung klären können.

## Aktivitäten und Ausstattung im Bereich Früher Hilfen

Die **Abb. 2** veranschaulicht die Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern nach ihrer jeweiligen Beteiligung an Aktivitäten oder Netzwerken zu Frühen Hilfen. Im Bereich Früher Hilfen ist nach eigenen Angaben demnach nahezu jedes der 365 befragten Jugendämter aktiv (96%); an einem Netzwerk zu Frühen Hilfen sind 72,6% beteiligt. Die öffentliche Jugendhilfe hat also erwartungsgemäß den Auftrag zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen aktiv aufgenommen. Weiterhin geben aber auch immerhin 78,9% der befragten Gesundheitsämter an, bereits Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen entwickelt zu haben – obwohl entsprechende Angebote nicht durchgehend in den Aufgabenbereich der Gesundheitsämter fallen (große Unterschiede bestehen hier sowohl hinsichtlich der landesgesetzlichen Regelungen als auch im Hinblick auf die konkrete kommunale Aufgabenzuweisung und Ausstattung). Schließlich sind auch 58,5% der Gesundheitsämter in einem Frühe-Hilfe-Netzwerk aktiv. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme weisen somit auf eine unerwartet hohe Beteiligung von Gesundheitsämtern beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen hin.

Obwohl beinahe alle Jugendämter und die überwiegende Mehrheit der Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen aktiv sind, geben nur rund 32% der teilnehmenden Jugendämter und 37% der teilnehmenden Gesundheitsämter an, amtsintern über einen speziellen Arbeitsbereich zu Frühen Hilfen zu verfügen. Dabei handelt es sich aber meist nicht um eigenständige Arbeitseinheiten; die Zuständigkeit für Frühe Hilfen ist vielmehr in den Jugendämtern häufig beim Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) an-



**Abb. 2** ▲ Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern nach ihren Beteiligungen im Bereich Früher Hilfen

gesiedelt, in den Gesundheitsämtern oft beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD).

Laut 72% aller Befragten liegt die Steuerungsverantwortung für den Auf- und Ausbau Früher Hilfen beim Jugendamt – diese Einschätzung wird vor allem von den Jugendämtern selbst vertreten. 20% der Befragten sehen Jugend- und Gesundheitsamt gemeinsam in der Pflicht – diese Position ist insbesondere unter Gesundheitsämtern (29%) zu finden. Trotz einer größeren Beteiligung und höheren Steuerungsverantwortung ist die personelle Ausstattung von Jugendämtern (36% geben an, dass sie Mitarbeiter/innen mit Hauptaufgabe Frühe Hilfen beschäftigen, im Schnitt 0,86 Vollzeitäquivalente) im Bereich Früher Hilfen den Ergebnissen der Bestandsaufnahme zufolge schwächer ausgeprägt als bei Gesundheitsämtern (45% geben an, dass sie Mitarbeiter/innen mit Hauptaufgabe Frühe Hilfen beschäftigen, im Schnitt 1,12 Vollzeitäquivalente). Dies weist auf ein mögliches Ungleichgewicht zwischen Auftrag beziehungsweise selbst wahrgenommener Zuständigkeit und tatsächlicher Ausstattung zwischen den Jugend- beziehungsweise Gesundheitsämtern hin. Es stellt sich in der Folge auch die Frage nach der Angemessenheit der Ausstattung bei den Jugendämtern, die per Gesetz den Auftrag haben, in Kooperation mit freien Trägern sowie Leistungserbringern aus anderen Systemen zum gelingenden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen beizutragen (§ 78

SGB VIII: Arbeitsgemeinschaften) und im Ernstfall das Kindeswohl zu sichern (§ 8a SGB VIII: Wächteramt). Die Angaben weisen aber auch darauf hin, dass der mögliche Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der aktuellen Debatte um die Weiterentwicklung des präventiven Kinderschutzes derzeit systematisch unterschätzt wird.

## Zur Umsetzung einzelner Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen

Die **Abb. 3** gibt eine Übersicht über Maßnahmen, die von den befragten Jugend- und Gesundheitsämtern im Bereich Früher Hilfen bereits umgesetzt wurden. Ergänzend hierzu werden die jeweiligen Planungen für das Jahr 2009 dargestellt. Vor allem drei Maßnahmen stehen im Vordergrund der Bemühungen: die allgemeine Verbesserung der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, der Aufbau von interdisziplinären Netzwerken und die Bereitstellung zusätzlicher, niedrigschwelliger Angebote für Familien. Erkennbare Defizite gibt es vor allem aufseiten der Gesundheitsämter noch im Bereich der systematischen Früherkennung von familiären Problemlagen.

Die bisherigen Aktivitäten der kommunalen Behörden beziehen sich vorrangig auf eine Intensivierung der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe: 67,9% der teilnehmenden Jugendämter und so-

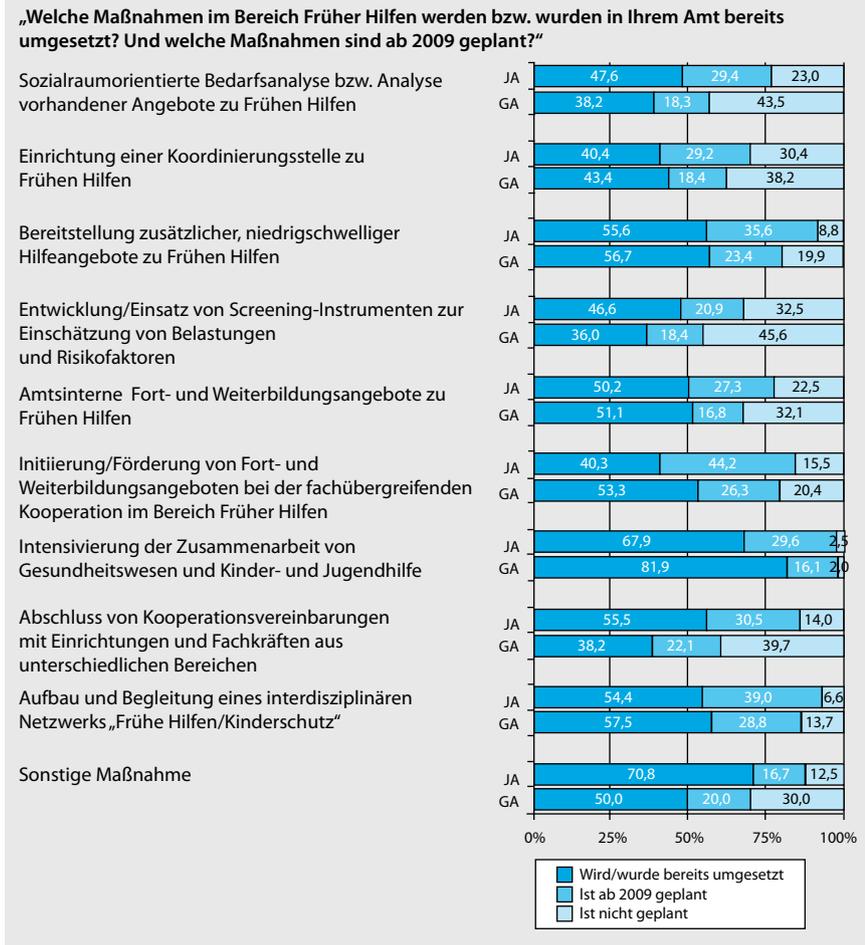


Abb. 3 ▲ Umsetzung einzelner Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen bei Jugend- und Gesundheitsämtern

gar 81,9% der Gesundheitsämter gaben im Rahmen der Befragung an, entsprechende Maßnahmen bereits umgesetzt zu haben. Gemäß den Planungen der Jugendämter für das Jahr 2009 dürften sich diese Werte jedoch relativ schnell angleichen.

Ein beachtlicher und zunehmender Teil der intensivierten Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern im Bereich Früher Hilfen scheint sich dabei im Rahmen von interdisziplinären Netzwerken zu organisieren. Über 85% der befragten Gesundheitsämter beziehungsweise über 90% der Jugendämter berichten von bereits etablierten oder von geplanten interdisziplinären Netzwerken „Frühe Hilfen/Kinderschutz“.

Relativ weit vorangeschritten ist auch die Bereitstellung zusätzlicher, niedrigschwelliger Angebote für Familien. Jeweils weit über 50% aller Jugend- und Gesundheitsämter gaben im Rahmen der

Bestandsaufnahme an, den Ausbau entsprechender Angebote vorangetrieben zu haben. Für das Jahr 2009 sehen die Planungen von weiteren 35,6% der Jugendämter die Bereitstellung solcher Angebote zumindest vor. Dies trifft lediglich auf 23,4% der Gesundheitsämter zu.

Allgemeine Screening-Verfahren zur Erkennung möglicher Risiken beziehungsweise Belastungen setzen idealerweise auf der Ebene systematischer Zugänge zu Familien im medizinischen System an. Lediglich 36% der Gesundheitsämter geben jedoch an, entsprechende Instrumente bereits entwickelt beziehungsweise eingesetzt zu haben. Der größte Teil der befragten Gesundheitsämter (45,6%) nutzt solche Verfahren bislang jedoch nicht und plant auch für 2009 keine Maßnahmen dieser Art. Der relativ verbreitete Einsatz von Screening-Instrumenten unter den Jugendämtern (46,6%) wird sich hingegen durch

geplante Weiterentwicklungen bis 2009 voraussichtlich weiter verstärken.

### Kooperationsstrukturen im Bereich Früher Hilfen

Zur Erfassung der Kooperationsstrukturen der kommunalen Behörden wurden die Befragten gebeten, zu 35 potenziellen Partnern Angaben zu Bedeutung, Häufigkeit, Qualität und Verbindlichkeit der Kooperationsbeziehung zu machen. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die Bedeutung als auch die Qualität der jeweiligen Zusammenarbeit aus Sicht der befragten Ämter erheblich variieren. Weiterhin werden die einzelnen Kooperationen von Jugend- und Gesundheitsämtern oft unterschiedlich bewertet. Als eine übergreifende Gemeinsamkeit erweist es sich, dass die Kooperationsbezüge der lokalen Steuerungsbehörden bislang zu meist loser und eher informeller Natur sind. Vertraglich vereinbarte Kooperationen bestehen vor allem seitens des Jugendamtes am ehesten noch mit Trägern von Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH), mit Erziehungsberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Kindertageseinrichtungen und Familienzentren, also vorwiegend mit Einrichtungen aus dem eigenen Hilfesystem.

Die **Abb. 4** gibt Aufschluss darüber, auf welchem Weg Jugend- und Gesundheitsämter versuchen, durch Kooperationen die eigenen „Grenzen“ zu überwinden: Welche möglichen Kooperationspartner werden im Bereich Früher Hilfen zum einen als besonders wichtig eingeschätzt (Bedeutung), mit welchen Einrichtungen/Personen wird zum anderen tatsächlich kooperiert (Häufigkeit) und wie wird die jeweilige Zusammenarbeit aus der Sicht kommunaler Behörden bewertet (Qualität)?

Zunächst kann den Ergebnissen aus **Abb. 4** entnommen werden, dass das „Ranking“ von Jugend- und Gesundheitsämtern hinsichtlich der Bedeutung einzelner Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen weitgehend übereinstimmt. So finden sich unter den zehn wichtigsten Kooperationspartnern übereinstimmend niedergelassene Kinderärztinnen/-ärzte, Kinder- und Geburtskliniken, Kindertageseinrichtungen,

	Kooperationspartner von Jugendämtern:	Häufigkeit (1)	Bewertung (2)	Kooperationspartner von Gesundheitsämtern:	Häufigkeit (1)	Bewertung (2)
<b>"Wichtige"</b> (die 10 wichtigsten) <b>Kooperationspartner</b>	Niedergelassener Kinderarzt			Jugendamt		
	Kinderklinik			Niedergelassener Kinderarzt		
	Geburtsklinik			Geburtsklinik		
	Kindertageseinrichtung			Hebamme		
	Hebamme			Kinderklinik		
	SPFH			Frühförderstelle		
	Familienberatungsstelle			Kinderschutzzentrum		
	Familiengericht			Kindertageseinrichtung		
	Schwangerenberatungsstelle			Familienberatungsstelle		
	Frühförderstelle			Schwangerenberatungsstelle		
<b>"Unwichtige"</b> (die 10 unwichtigsten) <b>Kooperationspartner</b>	Psycholog.Kinder-/Jugendtherapeut			Polizei		
	ARGE			Familiengericht		
	Klinik d. Erwachsenenpsychiatrie			Niederg. Erwachsenenpsychiater		
	Notfallambulanz			ARGE		
	Familienbildungsstätte			Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie		
	Sozialamt			Schulamt		
	Ehrenamtliche Einrichtungen			Notfallambulanz		
	Schulamt			Familienbildungsstätte		
	Niederg. Erwachsenenpsychiater			Wohnungsamt		
	Wohnungsamt			Ehrenamtliche Einrichtungen		

**Legende:** (1) Häufigkeit der Kooperation: Mittelwerte auf einer Skala von 0"nie" bis 5"oft";  
(2) Bewertung der Kooperation: Mittelwerte auf einer Skala von 1"sehr unzufrieden" bis 5"sehr zufrieden".  
■ = gehört zu den 10 "häufigsten"/"besten" Kooperationspartnern  
□ = nahm bei Häufigkeit und Bewertung einen mittleren Rang ein  
■ = gehört zu den 10 "seltensten"/"schlechtesten" Kooperationspartnern.

**Datenbasis:** Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen, Deutsches Institut für Urbanistik, 2009.

**Abb. 4** ▲ Übersicht zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen

Hebammen, Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen und interdisziplinäre Frühförderstellen.

Allerdings lassen sich in diesem Zusammenhang auch Unterschiede ausfindig machen. So nimmt aus Sicht vieler Jugendämter bei der Kooperation im Bereich Früher Hilfen die SPFH eine besondere und wichtige Rolle ein. Auch die Zusammenarbeit mit Familiengerichten ist für Jugendämter von größerer Bedeutung als für Gesundheitsämter – was unter anderem durch die gesetzlichen Bestimmungen des SGB VIII erklärt werden kann. Aber auch vonseiten der Gesundheitsämter werden teilweise andere Einrichtungen, wie beispielsweise die Kinderschutzzentren, zu den bedeutenden Kooperationspartnern im Bereich Früher Hilfen gezählt. Ein hervorhebenswerter Befund ist zweifellos, dass die Gesundheitsämter das Jugendamt als wichtigsten Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen nennen, wohingegen umgekehrt die Gesundheitsämter von den Jugendämtern bislang kaum als relevante Partner wahrgenommen werden. Die Ursachen für diesen Befund sind mit den

vorliegenden Daten nicht eindeutig zu klären. Trotz vergleichsweise guter Ausstattung und selbst wahrgenommener Verantwortung beziehungsweise Zuständigkeit, werden die Gesundheitsämter in ihren Potenziale für die Weiterentwicklung der Frühen Hilfen von den Jugendämtern oft übersehen. Dies gibt einen weiteren Hinweis auf die bereits im Kapitel „Aktivitäten und Ausstattung im Bereich Früher Hilfen“ festgestellte Asymmetrie der lokalen Steuerungsbehörden bei der ressortübergreifenden Umsetzung von Frühen Hilfen und in der Folge auf möglicherweise systematisch ungenutzte Ressourcen.

Zu den zehn weniger wichtigen Kooperationspartnern im Bereich Früher Hilfen werden sowohl von Jugendämtern als auch von Gesundheitsämtern Notfallambulanzen, Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, niedergelassene ErwachsenenpsychiaterInnen, Familienbildungsstätten, Wohnungs- und Schulämter, ARGEN und ehrenamtliche Einrichtungen gezählt.

Auch die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen sind interes-

sant: Der mehr oder minder große Abstand zwischen der zugeschriebenen Bedeutung einzelner Kooperationspartner und der tatsächlichen Häufigkeit sowie der erlebten Qualität (Bewertung) der jeweiligen Zusammenarbeit gibt Aufschluss darüber, mit welchen der (gewünschten) Kooperationspartner in der Praxis Früher Hilfen bislang tatsächlich gut kooperiert wird und wie die Zusammenarbeit dabei im Einzelnen funktioniert.

Erwartungsgemäß findet sich dabei ein Zusammenhang zwischen der Bedeutung einzelner Kooperationen und der Häufigkeit der jeweiligen Zusammenarbeit. So arbeiten Jugendämter laut eigenen Angaben im Bereich Früher Hilfen vor allem mit niedergelassenen Kinderärztinnen/-ärzten, Kinderkliniken, Kindertageseinrichtungen, niedergelassenen Hebammen, der Sozialpädagogischen Familienhilfe sowie mit Erziehungs- und Familienberatungsstellen und Familiengerichten häufig zusammen. Eine Differenz zwischen hoher Bedeutung und vergleichsweise seltenem Kontakt besteht bei den Jugendämtern

in Bezug auf die Geburtskliniken, die Schwangerschaftsberatungsstellen und die Frühförderstellen. Gesundheitsämter haben in vielen Fällen mit ihren zuständigen Jugendämtern Kontakt, nennen jedoch auch niedergelassene Kinderärztinnen/-ärzte, Hebammen, Kindertageseinrichtungen, Frühförderstellen und Familienberatungsstellen als relativ häufige Kooperationspartner. Eine Diskrepanz zwischen Bedeutung und Kontakthäufigkeit besteht bei den Gesundheitsämtern vor allem bei Geburtskliniken, Kinderkliniken, Schwangerschaftsberatungsstellen und Kinderschutzzentren. Für beide Behörden bestehen scheinbar größere Hürden im Kontakt mit den stationären Geburtshilfeeinrichtungen und den Schwangerschaftsberatungsstellen, bei Ersteren wird auch die Qualität der Zusammenarbeit eher mittelmäßig bewertet.

Am unteren Ende einer Rangreihe zur Häufigkeit von Kooperationen stehen für Jugendämter unter anderem Notfallambulanzen, Wohnungsämter, Familienbildungsstätten, niedergelassene ErwachsenenpsychiaterInnen, Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und ehrenamtliche Einrichtungen; dies lässt sich alles in allem auch für Gesundheitsämter bestätigen.

Durch den Vergleich der beiden Merkmale „Bedeutung“ und „Bewertung“ (Qualität) wird ersichtlich, dass Jugend- und Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen einerseits zwar der Zusammenarbeit mit mehreren Einrichtungen der Geburtshilfe und der Pädiatrie eine sehr hohe Bedeutung zuschreiben, andererseits die Qualität dieser Zusammenarbeit offenbar gewisse Mängel aufweist. Dies betrifft vor allem die Zusammenarbeit der Jugendämter mit den niedergelassenen Pädiatern und den niedergelassenen Hebammen. Unter den Ergebnissen der Jugendämter erscheint außerdem der Hinweis angebracht, dass die befragten Fachkräfte bei der als wichtig eingestuften Zusammenarbeit mit Familiengerichten durchaus noch Optimierungsbedarf sehen. Im Rahmen einer Befragung kommunaler Steuerungsbehörden sollte nicht unerwähnt bleiben, dass sich speziell für Gesundheitsämter die größte Distanz zwischen

Bedeutungszuweisung und Qualitätsbewertung bei der Zusammenarbeit mit Jugendämtern abzeichnet (siehe obigen Kommentar), aber auch die Kooperation mit den Hebammen scheint nicht immer reibungslos zu funktionieren.

Es lassen sich aber auch viele Beispiele „gelungener“ Kooperationen finden, in deren Rahmen eine als wichtig eingestufte Zusammenarbeit häufig praktiziert und weitgehend positiv bewertet wird. Vonseiten der befragten Jugendämter kann hier vor allem die Zusammenarbeit mit der SPFH und den Kinderkliniken hervorgehoben werden. Von Jugend- und Gesundheitsämtern gleichermaßen wird die Zusammenarbeit mit Familienberatungsstellen und Kindertageseinrichtungen rundum positiv erlebt. Die Gesundheitsämter haben darüber hinaus auch besonders gute Kontakte zu den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten sowie zu den Frühförderstellen.

### Umfang und Auswirkungen der Netzwerkarbeit im Bereich Früher Hilfen

Jeweils über 80% der im Bereich Früher Hilfen aktiven Ämter geben an, bei mindestens einem fachübergreifenden Netzwerk zu Frühen Hilfen mitzuarbeiten. Der für die Zielstellungen Früher Hilfen notwendige Bedarf an Vernetzung und Kooperation wird von vielen Jugend- und Gesundheitsämtern demzufolge offenbar erkannt und umgesetzt (■ **Abb. 2**).

Die Ergebnisse aus ■ **Abb. 5** zeigen auf, dass die Netzwerkarbeit nach Auskunft der befragten Ämter zu einer deutlichen Verbesserung im Bereich der Kommunikation (Zustimmung insgesamt: 81%) und der Kenntnis über Angebote anderer Institutionen (89%) sowie über deren Aufgaben, Kompetenzen und Zugangswege (86%) führt. Diese Entwicklungen weisen auf wichtige Erfolge beim Aufbau von Frühe-Hilfe-Netzwerken hin, denn Netzwerke „stehen“ nicht sofort und funktionieren auch nicht „von selbst“. Der zum Aufbau der Netzwerke notwendige Entwicklungsprozess bedarf gerade zu Beginn der Zeit für das wechselseitige Kennenlernen und für die

Verständigung zwischen den Netzwerkpartnern.

Als weitere wichtige und positive Veränderung durch die Netzwerkarbeit ist hervorzuheben, dass sich aus Sicht der befragten Jugend- und Gesundheitsämter die Zusammenarbeit sowohl im Einzelfall (bei insgesamt: 78%) als auch fallübergreifend (bei 73%) verbessert und damit auch die Möglichkeit, zeitnah bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu reagieren (bei 65%). Auch die Qualifizierung der Netzwerkakteure in Bezug auf Fragen des Kinderschutzes steigt infolge der Zusammenarbeit in Frühe-Hilfe-Netzwerken an (bei 64%). Die Inanspruchnahme von Hilfen durch Familien (bei 45%) und die Akzeptanz der Hilfeanbieter (bei 42%) werden hingegen offenbar seltener von der Netzwerkarbeit gefördert. Dieser Teilbefund ist aus unserer Sicht insofern kritisch, da gerade die Verbesserung des Zugangs zu Familien eine zentrale Voraussetzung dafür ist, um im Bedarfsfall frühzeitig Unterstützung anbieten zu können.

Ebenfalls nur vergleichsweise selten werden positive Auswirkungen der Netzwerkarbeit in den Bereichen Monitoring des Hilfeprozesses (30%), bei der Qualitätssicherung in der Hilfeerbringung (34%) sowie bei Fallübergaben (40%) und bei der Verstetigung der Hilfen (43%) wahrgenommen. In den meisten dieser Bereiche werden seitens der Jugendämter öfter positive Wirkungen der Netzwerkarbeit wahrgenommen als seitens der Gesundheitsämter.

Die Feinanalyse der Daten zur Einschätzung von Auswirkungen der Netzwerkarbeit zeigt, dass in der Selbsteinschätzung die Wirkungen verbindlich organisierter Netzwerke deutlich positiver wahrgenommen werden als die Wirkungen unverbindlicher Netzwerke. Dies betrifft nicht nur die Zusammenarbeit der Netzwerkakteure, sondern auch die Akzeptanz Früher Hilfen seitens der Familien. Diese Befunde lassen vermuten, dass die Vernetzung der Fachkräfte einzelner Hilfesysteme im Bereich Früher Hilfen stärkere Wirksamkeit entfalten kann, wenn es vor Ort gelingt, verbindliche Formen der Kooperation mit klar geregelten Verfahrenswegen und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten

„Wie bewerten Sie, alles in allem, die bisherigen Auswirkungen der Netzwerkarbeit?“



Abb. 5 ► Wahrgenommene Auswirkungen der Netzwerkarbeit

Professionen und Institutionen zu etablieren. Damit unterstreichen die Ergebnisse auch die Notwendigkeit, zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen für die Netzwerkarbeit zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, verbindliche Strukturen zu schaffen.

Weitere Unterstützungsbedarfe im Bereich Früher Hilfen

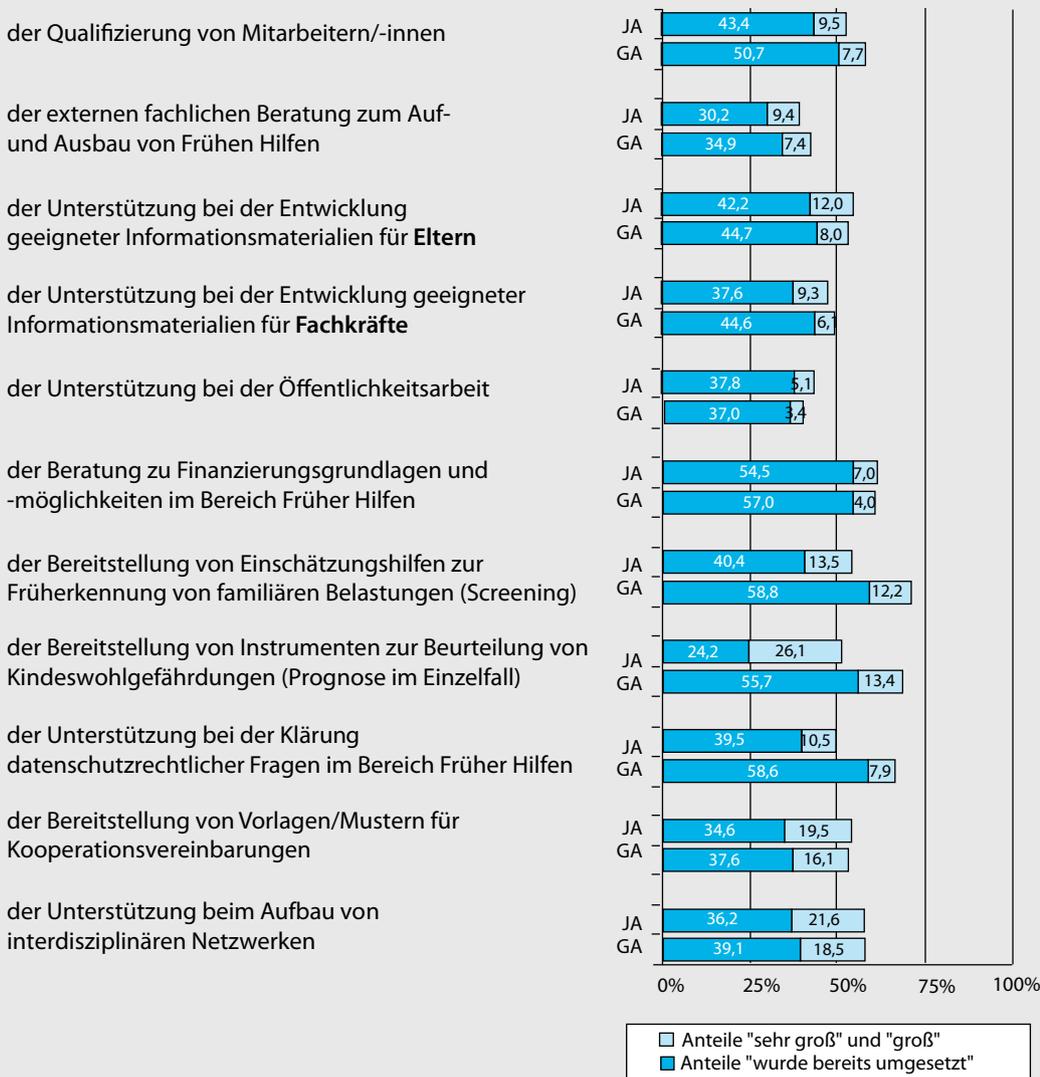
Größere Unterstützungsbedarfe werden beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen sowohl von Jugend- als auch von Ge-

sundheitsämtern vor allem hinsichtlich der Beratung zu Finanzierungsgrundlagen und -möglichkeiten formuliert. Frühe Hilfen sind kein definierter Leistungsbestand in den Sozialgesetzbüchern, sie entstehen in der Regel vor Ort durch die Kombination ganz unterschiedlicher Angebote aus verschiedenen Versorgungssystemen. Die Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle zwischen diesen Systemen verlangt einen kreativen Umgang mit den bestehenden gesetzlichen Grundlagen; entsprechende rechtliche Grundlagen und Finanzierungsmöglich-

keiten müssen geklärt beziehungsweise verbessert werden. Die Kommunen sind im Rahmen dieses Prozesses auf qualifizierte fachliche Beratung und Begleitung angewiesen. Das NZFH hat daher eine umfangreiche sozialrechtliche Expertise in Auftrag gegeben, die auch die qualitative Untersuchung gelingender Finanzierungsmodelle in Kommunen und Landkreisen beinhaltet, bei denen eine Überführung des Hilfesystems in die Regelpraxis möglich war beziehungsweise ist.

Zunehmende Kooperationen zwischen dem Gesundheitswesen und der

„Wo sehen Sie zurzeit noch Unterstützungsbedarfe, um Frühe Hilfen vor Ort aufbauen zu können?  
Wie groß ist bei Ihnen der Bedarf hinsichtlich...“



**Abb. 6** ◀ Wahrgenommene Unterstützungsbedarfe zum Aufbau Früher Hilfen bei Jugend- und Gesundheitsämtern

Kinder- und Jugendhilfe gehen mit einem zunehmenden Austausch von Informationen einher. Entsprechend gewinnen innerhalb der beiden Hilfesysteme Fragen nach den jeweiligen Verpflichtungen zur Verschwiegenheit und Vertraulichkeit an Gewicht. Vor allem unter den Gesundheitsämtern wird deshalb nach wie vor ein großer Unterstützungsbedarf bei der Klärung datenschutzrechtlicher Fragen wahrgenommen. Die für den Bereich der Frühen Hilfen relevanten Regelungen zum Datenschutz in Bundes- sowie Landesgesetzen erscheinen allerdings insgesamt praktikabel und ausreichend [6]. Dem Bedarf der Praxis nach Handlungssicherheit bei Fragen des Datenschutzes sollte deshalb nicht nur über gesetzgeberische Aktivitäten, sondern

auch über den Ausbau spezifischer Fort- und Weiterbildungen begegnet werden. Das NZFH gibt zudem in 2010 gemeinsam mit dem Informationszentrum Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung (IzKK) in Kooperation mit dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ einen Leitfaden für Praktikerinnen und Praktiker zum Datenschutz im Bereich Früher Hilfen heraus (■ **Abb. 6**).

Auch vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis einzuordnen, dass nach Einschätzung vieler Jugendämter, insbesondere jedoch aus der Sicht von Gesundheitsämtern ein hoher Bedarf bei der Qualifizierung der MitarbeiterInnen besteht. Die Weiterentwicklung bestehender Fort- und Weiterbildungsangebote in den unterschiedlichen Berufsfeldern

sowie die Etablierung interdisziplinärer Angebote wird eine der zentralen Aufgaben für das NZFH in der nächsten Förderphase sein.

Durchaus entsprechend zu den Befunden über bereits umgesetzte Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen ist der Umstand zu sehen, dass vor allem unter den befragten Gesundheitsämtern der Wunsch nach Unterstützung bei der Bereitstellung von Einschätzungshilfen zur Früherkennung familiärer Belastungen und von Instrumenten zur Beurteilung von Kindeswohlgefährdungen besteht. Gerade für ersteren Bereich werden im Zuge der vom NZFH geförderten wissenschaftlichen Begleitungen der Modellprojekte Instrumente entwickelt, die nach entsprechender Überprüfung

der Praxis zur Verfügung gestellt werden können. Entsprechende Bedarfe werden vonseiten der teilnehmenden Jugendämter seltener formuliert; insbesondere die Verfügbarkeit von Instrumenten zur Beurteilung von Kindeswohlgefährdungen ist aus Sicht der Befragten aus dem Jugendhilfereich relativ weit fortgeschritten.

Ebenfalls stärker unter Gesundheitsämtern verbreitet ist der Bedarf an Unterstützung bei der Entwicklung geeigneter Informationsmaterialien für Eltern oder für Fachkräfte. Auch in diesem Bereich sieht das NZFH einen Schwerpunkt seiner künftigen Tätigkeit. Unter Jugendämtern scheint hingegen insbesondere die Ausarbeitung entsprechender Materialien für Fachkräfte gut vorangekommen zu sein.

Geringer ausgeprägte Unterstützungsbedarfe werden vonseiten der Jugend- und Gesundheitsämter in den Bereichen „externe fachliche Beratung zum Aufbau Früher Hilfen“, „Öffentlichkeitsarbeit“, „Bereitstellung von Vorlagen für Kooperationsvereinbarungen“ und beim „Aufbau interdisziplinärer Netzwerke“ wahrgenommen. Allerdings gehören die beiden zuletzt genannten Bereiche zu Aufgabenfeldern, in denen aus Sicht der befragten Fachkräfte bereits viele Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden konnten.

## Diskussion der Befunde der ersten Teiluntersuchung

Generell lässt sich feststellen, dass der Auftrag zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen bei den kommunalen Behörden „angekommen“ ist – auch wenn darunter zum Teil ganz Unterschiedliches verstanden wird. Das Begriffsverständnis Früher Hilfen reicht von „Früher Förderung“ für alle (werdenden) Eltern bis zu „präventivem Kinderschutz“ bei Risikogruppen und differenziert sich dabei *nicht* entlang der Systemgrenzen.

Vor Ort sind so gut wie alle Jugendämter aktiv dabei, die Kooperation mit den unterschiedlichsten Akteuren des Gesundheitswesens zu verbessern, dabei interdisziplinäre Netzwerke für die professionellen Helfer und Helferinnen zu initiieren und gleichzeitig auch nied-

rigschwellige, präventive Angebote für Familien weiter auszubauen. Entgegen den im Vorfeld gehegten Erwartungen sind aber auch die Gesundheitsämter stark in den Frühen Hilfen engagiert, fast ein Drittel der Befragten aus diesem Bereich sieht sich sogar in gleichrangiger Verantwortung wie das Jugendamt. Die vorhandenen Potenziale des ÖGD im Bereich der Frühen Hilfen werden jedoch momentan noch zu wenig gesehen und genutzt. Darauf weisen die im Vergleich relativ hohen Werte bei der Ausstattung mit speziellen Arbeitseinheiten beziehungsweise Mitarbeiter/innen und der relativ hohe Grad an berichteten Aktivitäten der Gesundheitsämter hin, die jedoch in der Kooperation der beiden kommunalen Steuerungsbehörden nicht regelhaft zum Tragen kommen. Jugendämter nehmen diese Ressourcen und Kompetenzen meist nicht wahr, obwohl sie von den Gesundheitsämtern selbst als wichtigster Kooperationspartner genannt werden, mit dem man häufigen Kontakt sucht, wenn es um Prävention und Kinderschutz geht. Dementsprechend werden diese Kontakte seitens der Gesundheitsämter auch nicht so positiv bewertet. Gesundheitsämter könnten aber gerade zu den Partnern im Gesundheitswesen Brücken bauen, mit denen sich die Jugendämter eher schwertun: den niedergelassenen Pädiatern.

Quantität und Qualität der Kooperationen der kommunalen Steuerungsbehörden mit den verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen, die im Feld Früher Hilfen relevante Beiträge leisten (können), stellen sich äußerst heterogen dar. Verbindliche beziehungsweise vertraglich abgesicherte Kooperationen finden sich eher selten und wenn, dann vorwiegend zwischen dem Jugendamt und Akteuren aus dem Jugendhilfesektor. Dies spiegelt die gesetzliche Verpflichtung zur verbindlichen Kooperation zur Sicherung des Kindeswohls im Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfe) wider, die keine Entsprechungen in den anderen Sozialgesetzbüchern findet. Systemspezifisch hohe Bedeutung hat für die Jugendämter die Kooperation mit Trägern der Sozialpädagogischen Familienhilfe, die sich auch durch hohe

Frequenz und hohe Zufriedenheit auszeichnet, sowie die Zusammenarbeit mit den Familiengerichten, die jedoch in Bezug auf die Qualität weniger gut bewertet wird. Gesundheitsämter wiederum können innerhalb ihres Systems auf gute und häufige Kontakte mit niedergelassenen Pädiatern und Frühförderstellen verweisen. In der Schnittmenge der gemeinsamen „Wunschpartner“ finden sich Schwangerschaftsberatung, stationäre und ambulante Geburtshilfe, stationäre und ambulante Pädiatrie, Kindertagesstätten, Familienberatung und Frühförderung. Beide Behörden geben, bezogen auf die erlebte Realität, gewisse Hürden in der Kooperation mit der stationären Geburtshilfe an, auch die Zusammenarbeit mit den Hebammen funktioniert nicht immer reibungslos. Die Jugendämter berichten von nicht eingelösten Erwartungen in der Kooperation mit den niedergelassenen Pädiatern, die Gesundheitsämter sind eher von der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern enttäuscht. Positive Erfahrungen werden von beiden Behörden übereinstimmend vor allem mit Familienberatungsstellen und Kindertageseinrichtungen gemacht. Am unteren Ende der Skala rangieren einheitlich stationäre und ambulante Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie andere Sozialleistungsträger wie ARGE, Sozialamt, Wohnungsamt und Schulamt. Auch Familienbildungsstätten und Einrichtungen des bürgerschaftlichen Engagements werden im Kontext Früher Hilfen von beiden Systemen nicht als relevant angesehen. Hier lassen sich eventuell für die Zukunft noch Unterstützungspotenziale für Familien identifizieren, die nicht auf staatlichen Leistungen, sondern auf Selbsthilfe und Gemeinwesenarbeit beruhen.

Übereinstimmend berichten die Teilnehmer/innen der Befragung, dass sich Netzwerkarbeit für sie lohnt: Sie lernen die Angebote der verschiedenen Akteure besser kennen, entwickeln Verständnis für deren Strukturen und Arbeitsweisen und erleben auf dieser Basis eine Verbesserung der Kommunikation. Dies hilft bei der fallübergreifenden, aber auch fallbezogenen Zusammenarbeit und kann zumindest aus Sicht von zwei Dritteln der Befragten auch die schnell-

le Reaktion bei einer drohenden Kindeswohlgefährdung erleichtern. Eher selten dagegen werden positive Auswirkungen im Bereich von Monitoring und Fallübergaben sowie bei der Qualitätssicherung und Verstetigung von Angeboten gesehen. Die Hoffnung, dass sich durch die Vernetzung auch die Zugänge zu Familien verbessern, erfüllt sich leider nur für einen kleineren Teil der Netzwerke. Ein deutlicher Zusammenhang lässt sich dabei zwischen dem Grad an Verbindlichkeit eines Netzwerks und dem Ausmaß an positiven Auswirkungen ermitteln: je verbindlicher man zusammenarbeitet, desto eher werden die gemeinsamen Ziele und auch die Familien erreicht! Auch wenn dieser Befund auf Selbstaussagen beruht, gibt er einen begründeten Hinweis auf die hohe Bedeutung von gesicherter und institutionalisierter Vernetzung für die Qualitätsentwicklung im Feld Früher Hilfen.

Damit der Auf- und Ausbau Früher Hilfen erfolgreich weiter voranschreiten kann, melden die kommunalen Behörden einigen Unterstützungs- und Regelungsbedarf an die Politik. Übereinstimmend und mit großer Dringlichkeit wird die Verbesserung der rechtlichen Grundlagen zur Finanzierung der komplexen Systeme Früher Hilfen gefordert. Im Gesundheitsbereich gibt es zudem nach wie vor Unsicherheiten in Bezug auf die Datenschutzbestimmungen und ihre korrekte Anwendung. Auch ist hier der Bedarf an Weiterqualifizierung besonders hoch. Während die Jugendämter einen vergleichsweise guten Stand im Bereich der Früherkennung von Risiken und Gefährdungslagen beschreiben, signalisieren die Gesundheitsämter hier erheblichen Nachholbedarf. Das NZFH setzt sich intensiv mit diesen Bedarfen auseinander und erarbeitet Materialien zur Unterstützung der Praktikerinnen und Praktiker im Feld Früher Hilfen.

## Fazit und Ausblick auf die zweite Teiluntersuchung

**Der Auf- und Ausbau Früher Hilfen in Deutschland ist insgesamt gesehen schon ein gutes Stück vorangekommen. Dies ist vor allem dem großen Engagement der Fachkräfte vor Ort zuzuschrei-**

**ben. Als große Herausforderungen im Bereich Früher Hilfen lassen sich zusammenfassend drei Punkte festhalten: Verbesserung der Rechtsgrundlagen auf der Bundesebene, Instandsetzung des ÖGD für die Wahrnehmung frühpräventiver Aufgaben auf Länderebene sowie Institutionalisierung der Netzwerke und Qualifizierung der Systembetriebligen auf regionaler und kommunaler Ebene. Entsprechende Ressourcen müssen auf allen Ebenen bereitgestellt werden, um die Frühen Hilfen dauerhaft und nachhaltig zu verankern. Einige Ergebnisse aus der ersten Teiluntersuchung haben auch neue Fragen aufgeworfen. Diese sollen neben anderen in der zweiten Teiluntersuchung eingehender untersucht werden. Dies betrifft vor allem den Umfang und die Art der Angebote für Familien vor Ort, die Finanzierung und Verstetigung dieser Angebote, die Zugangswege zu Familien beziehungsweise zu den jeweiligen Angeboten sowie die derzeitige Praxis der Früherkennung von Belastungen und Risikolagen in Familien. In diesem Kontext spielt auch die Gestaltung der Schnittstelle zwischen den Frühen Hilfen (präventiver Kinderschutz) und dem interventiven Kinderschutzsystem gemäß § 8a SGB VIII eine Rolle. Außerdem soll untersucht werden, ob es seit der ersten Erhebung weitere Fortschritte beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen in den Kommunen gegeben hat. Ergebnisse können voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2010 berichtet werden.**

## Korrespondenzadresse

**Dipl.-Psych. A. Sann**  
Nationales Zentrum Frühe Hilfen  
Nockherstr. 2, 81541 München  
sann@dji.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Bastian P, Diepholz A, Lindner E (Hrsg) (2008) Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Waxmann, Münster
2. Deutsches Jugendinstitut München (2007) Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. DJI, München

3. Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/ausschreibung-fruehe-hilfen-konzept,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>
4. Landua D, Arlt M, Sann A (2009) Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“. Manuskript, Difu, Berlin
5. Arlt M, Landua D, Sann A (2009) Methodenbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“. Manuskript, Difu, Berlin
6. Brosius F (2004) SPSS 12. mitp, Bonn
7. Bortz J (2005) Statistik, 6. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
8. Deutsches Jugendinstitut München (2009) Fragenkatalog zur öffentlichen Anhörung der Kinderkommission zum Thema „Neue Konzepte Früher Hilfen“. Stellungnahme, DJI, München