
Zentrale Erkenntnisse zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) wurde 2012 ein umfassendes Förderprogramm auf den Weg gebracht, um präventive kommunale Angebotsstrukturen für (werdende) Eltern und ihre Kinder in den ersten drei Lebensjahren auf- und auszubauen. Vorrangiges Ziel war die Stärkung entwicklungsförderlicher Bedingungen in Familien mit psychosozialen Belastungen, auch um möglichen Gefährdungen des Kindeswohls vorzubeugen (Präambel und Art. 1 Abs. 2 Verwaltungsvereinbarung BIFH). Die weitreichenden Impulse zum flächendeckenden Auf- und Ausbau der Infrastruktur in den Frühen Hilfen bezogen sich insbesondere auf die Weiterentwicklung von intersektoralen Netzwerken für Frühe Hilfen sowie auf den Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften bei der Begleitung und Unterstützung von Familien. Um die Reichweite dieser Impulse beurteilen zu können sowie Einblicke in die Fortschritte und Herausforderungen beim Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zu gewinnen, wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) mit der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH beauftragt.

Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen liefern Grundlagen für die bundesweite sektorenübergreifende Unterstützung von Eltern

Der Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen war eines der zentralen Ziele der BIFH. Angestrebt wurde die sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation von Fachkräften und Institutionen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer Sozialleistungssysteme, die einen Beitrag für das gesunde Aufwachsen von Kindern und die Unterstützung ihrer Familien leisten können. Auf diese Weise soll es gelingen, zum einen Unterstützungsbedarfe von Eltern mit Säuglingen und Klein-

kindern frühzeitiger wahrzunehmen und ihnen zum anderen systematischer als bislang Zugänge zu passgenauen Unterstützungs- und Hilfeangeboten zu eröffnen.

Zur Dokumentation und Evaluation des Strukturaufbaus in Deutschland hat das NZFH von 2013 bis 2015 jährlich alle von der BIFH geförderten Kommunen befragt. Das sind 98 % aller Jugendamtsbezirke. Bereits Mitte 2013 gaben 93,7 % der befragten Kommunen an, dass in ihrem Jugendamtsbezirk eine Netzwerkstruktur mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen installiert ist. Dieser Anteil ist bis Mitte 2015 auf 98,4 % gestiegen. Zum 30.6.2015 gab es insgesamt 927 Netzwerke für Frühe Hilfen in Deutschland [1].

Fachlich qualifizierte Koordination sichert die Qualität der Netzwerkarbeit

Die Einrichtung einer fachlich qualifizierten Koordination gilt als Schlüssel für die Etablierung und Pflege von nachhaltig arbeitsfähigen Netzwerkstrukturen. In fast allen Kommunen gibt es für die Vernetzung verantwortliche Koordinierungsstellen. Diese sind mit beruflich erfahrenen und fachlich gut ausgebildeten Fachkräften besetzt: Zum 30.6.2014 waren in Deutschland in 529 Jugendamtsbezirken 905 Personen in der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen tätig. Die Ausstattung der Koordinierungsstellen mit Personalressourcen ist deutschlandweit unterschiedlich. Auch bei der Bewertung der Personalausstattung zeigt sich kein einheitliches Bild. Von den befragten Kommunen schätzten 40 % den zur Verfügung stehenden Stundenumfang als zu gering und als ein (gravierendes) Problem ein, gleich viele sehen darin kaum oder keine Schwierigkeiten [1].

Für die Sicherstellung der Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit sind die regelmäßige gemeinsame Verständigung der beteiligten Kooperationspartner über die Ziele der Kooperation, die Festlegung und Überprüfung der Ziele sowie die konzeptionelle Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zentral. Die Verbreitung von Dokumenten, die einen Verständigungsprozess über gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen unter den Netzwerkakteuren anzeigen, hat zwischen Mitte 2013 und Mitte 2015 merklich zugenommen. Zudem ist der von den Kommunen eingeschätzte Entwicklungsbedarf im Förderbereich „Netzwerke Frühe Hilfen“ deutlich zurückgegangen. Etwas mehr als ein Drittel der Kommunen sah hier noch einen hohen oder sehr hohen Entwicklungsbedarf. 2013 traf dies noch auf knapp die Hälfte der Kommunen zu. Der Anteil der Kommunen, die keinen oder wenig Entwicklungsbedarf bei der Netzwerkarbeit feststellen, ist im Laufe der BIFH auf über ein Fünftel gestiegen (vgl. Abbildung 1) [1].

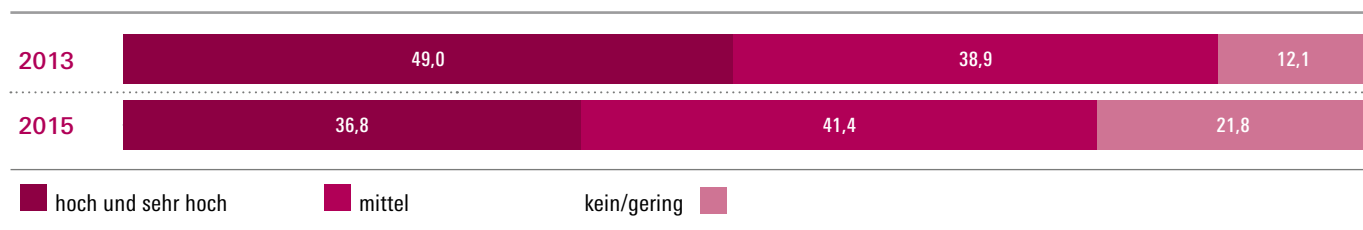
Auch wenn ein deutlicher Auf- und Ausbau von Netzwerken und für die Netzwerkarbeit zuständigen Koordinierungsstellen im Bereich Frühe Hilfen zu verzeichnen ist, kann davon ausgegangen werden, dass im gesamten Bundesgebiet bislang erst die strukturellen Voraussetzungen für die Etablierung von dauerhaften intersektoralen Kooperationsstrukturen geschaffen und wichtige Impulse für die Qualitätsentwicklung gesetzt wurden. Es besteht weiterhin ein erheblicher Bedarf hinsichtlich der Profilbildung von Netzwerken und der Weiterentwicklung interprofessioneller und familienbezogener Zusammenarbeit.

Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen erreichen und unterstützen Familien frühzeitig

Der Einsatz von Familienhebammen (FamHeb) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (FGKiKP) war der zweite Förderschwerpunkt der BIFH. Diese Gesundheitsfachkräfte werden in den Frühen Hilfen vor allem in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern eingesetzt. Diese Schwerpunktsetzung basiert auf der Erkenntnis, dass die Unterstützung durch eine aufsuchende Gesundheitsfachkraft bei Eltern hochgradig akzeptiert ist und nicht als stigmatisierend erlebt wird. Ziel der BIFH war die möglichst bundesweite bedarfsgerechte Versorgung mit diesem Angebot.

Die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien mit Kindern bis drei Jahre wurde 2015 in 87,9 % der Kommunen angeboten. Dabei waren in fast allen Kommunen (86,1 %) FamHeb und/oder FGKiKP im Einsatz. In 36,5 % der Kommunen mit diesem Angebot wurden die Fachkräfte von Ehrenamtlichen unterstützt, deren Engagement ebenfalls von der BIFH gefördert wurde (dritter Förderschwerpunkt) [2, 3].

ABBILDUNG 1: Einschätzung der Kommunen zum Entwicklungsbedarf im Bereich „Auf- und Ausbau und Weiterentwicklung von Netzwerken Frühe Hilfen“



Prozentwerte, Vergleich 2013 (N=543) und 2015 (N=555)
 Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH

Die Einschätzung der Versorgungslage mit diesem Angebot fiel in den Kommunen sehr unterschiedlich aus. 53,2 % der befragten Kommunen gingen Mitte 2015 von einer Unterversorgung aus, annähernd 40 % von einer bedarfsgerechten Versorgung. Um die Unterversorgung auszugleichen, benötigten die Kommunen 2013 noch 423,5 Vollzeitstellen. Diese Zahl ist bis 2015 auf 375,25 leicht gesunken.

2013 wurde das Fehlen von Fachkräften als Haupthindernis für die Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften genannt (61,1 % der Kommunen) (vgl. Tabelle 1). Darauf folgten nicht ausreichende Mittel (50,5 %) und strukturelle Merkmale des Sozialraums, die zu weiten Fahrwegen führen (49,3 %). An dieser Problembeschreibung hat sich auch 2015 kaum etwas geändert. Andere Hindernisse konnten hingegen in vielen Kommunen mittlerweile beseitigt oder gemindert werden. Dies betrifft insbesondere Fragen der konkreten Ausgestaltung der Angebote, die zwischen Auftraggeber – in der Regel dem örtlichen Jugendamt – und den Fachkräften geklärt werden mussten. Deutlich wird auch, dass eine mangelnde Qualifikation der Fachkräfte kaum als Hindernis für den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte gesehen wurde. Dieser Effekt ist vor allem auf die intensiven Qualifizierungsmaßnahmen in den Bundesländern zurückzuführen [2].

TABELLE 1: Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von FamHeb und FGKiKP

	2013	2015
Es sind nicht genügend Fachkräfte verfügbar	61,1	56,8
Die Mittel reichen nicht aus	50,5	51,8
Es bestehen weite Wege im Sozialraum	49,3	49,3
Unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung	50,7	33,3
Unterschiedliche Haltungen hinsichtlich des Auftrags	29,1	18,0
Die Qualifikation der vorhandenen Fachkräfte ist nicht ausreichend	17,1	7,0

Prozentwerte, Anteile der Kommunen mit Antworten 1 und 2 auf einer Skala von 1 („trifft voll und ganz zu“) bis 5 („trifft gar nicht zu“)

Vergleich 2013 (N=434–467) und 2015 (N=457–523).

Quelle: Kommunalbefragungen des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH

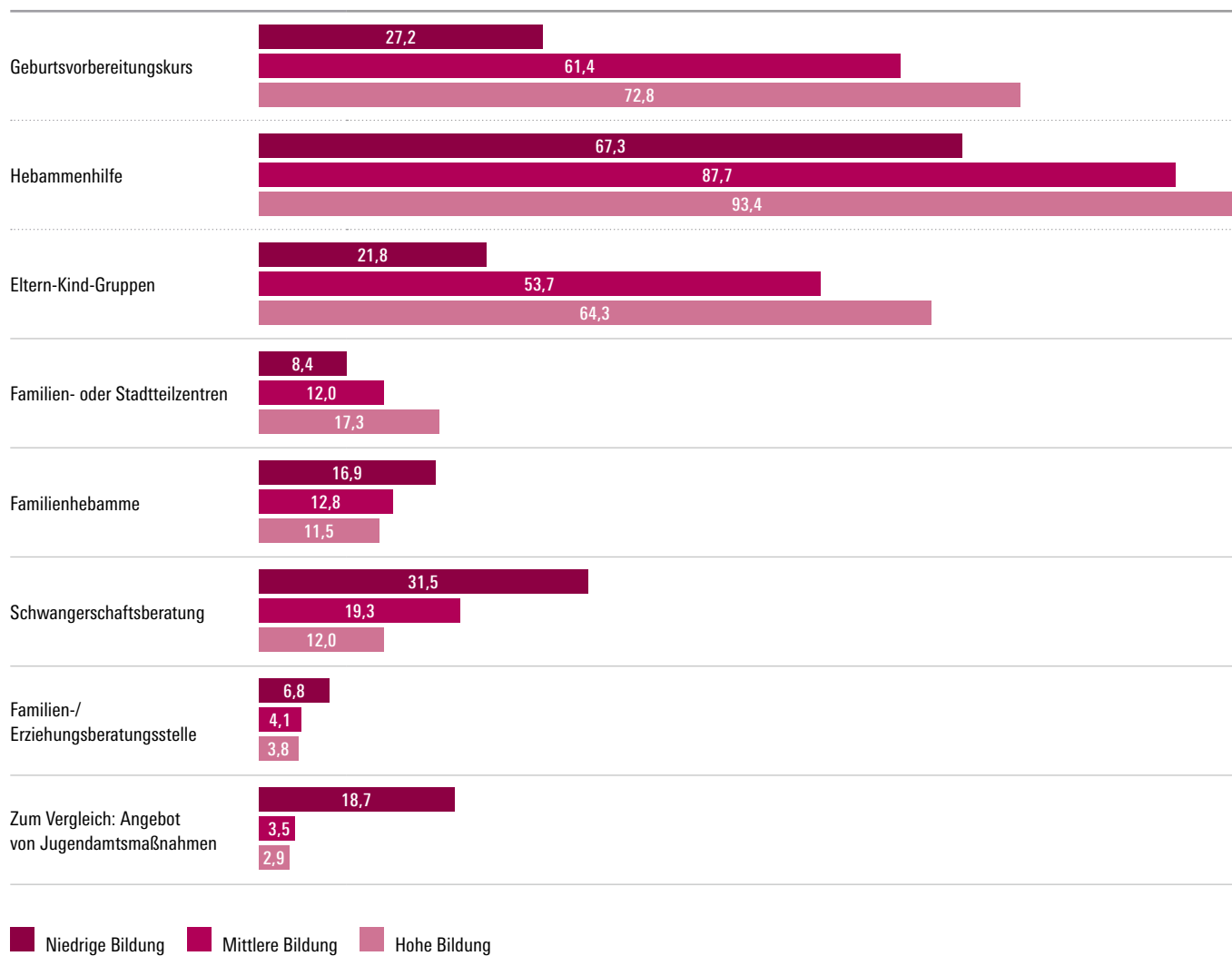
Insgesamt gesehen konnten im Zuge der BIFH die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte deutschlandweit als zentrales Angebot der Frühen Hilfen etabliert und wichtige Grundlagen der Qualitätsentwicklung erarbeitet werden. Der Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgung bleibt jedoch weiterhin ein Entwicklungsziel, ebenso wie die konzeptionelle Gestaltung des Übergangs von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsleistungen [2].

Welche Hilfen erreichen Familien in belastenden Lebenslagen?

Frühe Hilfen können nur dann zur Verbesserung der Situation von Familien in belastenden Lebenslagen beitragen, wenn die in den Kommunen flächendeckend vorgehaltenen Angebote auch von denjenigen Familien genutzt werden, für die sie konzipiert sind. Ob eine in dieser Hinsicht zielgenaue Zuteilung der Mittel gelingt, ist u. a. Forschungsgegenstand der „Prävalenz- und Versorgungsforschung“ des NZFH.

Die repräsentative Studie „Kinder in Deutschland KiD 0-3“ [4] belegt einen deutlichen sozialen Gradienten bei der Nutzung von familienunterstützenden Angeboten. Primärpräventive Angebote, die allen Familien mit jungen Kindern gleichermaßen offenstehen, wie beispielsweise Geburtsvorbereitungskurse, die Hebammenhilfe nach der Geburt oder Eltern-Kind-Gruppen, werden deutlich häufiger von Familien mit höherer Bildung in Anspruch genommen als von bildungsbenachteiligten Eltern. Überraschend ist, dass auch Angebote der Frühen Hilfen, also Angebote, die sich gezielt an Familien in belastenden Lebensumständen richten, zu einem hohen Anteil Familien in sozioökonomisch gut abgesicherten Lebenslagen – hier indiziert durch das Merkmal „hohe Bildung“ – genutzt werden. So gaben beispielsweise 11,5 % der hochgebildeten Familien und 12,8 % der Familien mit mittlerem Bildungsniveau an, eine Familienhebamme in Anspruch genommen zu haben (vgl. Abbildung 2). Die Inanspruchnahme durch Familien mit niedriger Bildung ist mit einem Anteil von 16,9 % nur wenig höher. Es ist natürlich nicht auszuschließen, dass auch höher gebildete Eltern, die mit größerer Wahrscheinlichkeit sozioökonomisch besser gestellt sind, einen psychosozialen Unterstützungsbedarf haben. Die gemessenen Proportionen sind jedoch bedenkenswert.

ABBILDUNG 2: Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten von Familien mit Kindern bis drei Jahre nach Bildungsniveau



Gewichtete Prozentwerte; geringe Bildung wird durch die ISCED-Gruppen (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens) 0 bis 2 (d. h. maximal mittlere Reife, aber keine Berufsausbildung), mittlere Bildung durch die Gruppen 3 und 4 (d. h. berufliche Abschlüsse bzw. Hochschulreife) und hohe Bildung durch die Gruppen 5 und 6 erfasst (d. h. Meister-Qualifikationen bzw. Hochschulabschlüsse).

Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

Mütter nehmen die Unterstützung durch eine Gesundheitsfachkraft an und bewerten sie äußerst positiv

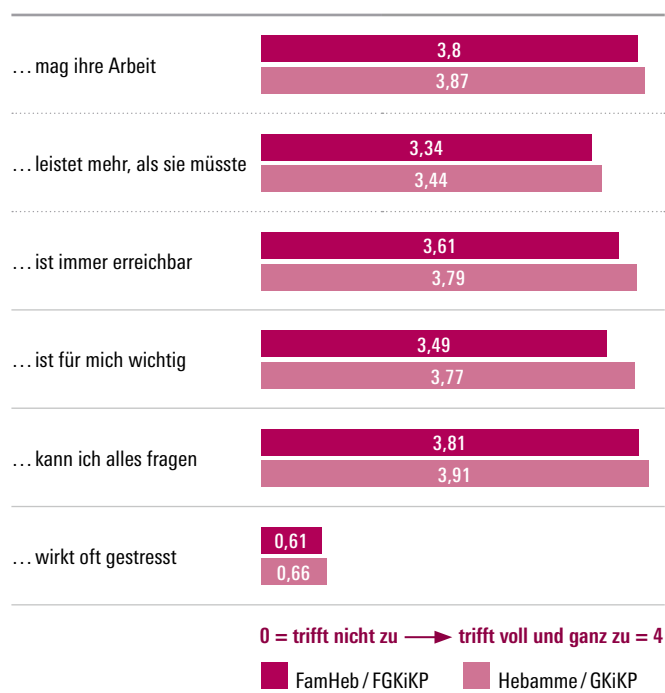
Damit die Betreuung durch eine FamHeb oder FGKiKP auch die gewünschten Wirkungen entfalten kann, ist es u. a. wichtig, dass die Familien das Angebot annehmen und positiv bewerten. Um hierzu Informationen zu erhalten, hat das NZFH Ende 2014/Anfang 2015 insgesamt 1.019 Mütter mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr zu ihren Erfahrungen

mit Gesundheitsfachkräften befragt. 618 der befragten Mütter gaben an, dass sie nach der Geburt des jüngsten Kindes entweder von einer FamHeb oder einer FGKiKP betreut wurden oder längerfristig, über die ersten Wochen nach der Geburt hinaus, von einer Hebamme oder einer Kinderkrankenpflegekraft ohne Zusatzqualifikation [6].

Die Mütter bewerteten die Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft ausgesprochen positiv: Gefragt nach der allgemeinen Zufriedenheit gaben über 90 % an, mit der erhaltenen Unter-

stützung zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Die Mütter wurden zudem gebeten, zentrale Eigenschaften der Gesundheitsfachkraft zu bewerten. Auch hier fanden sich durchweg positive Beurteilungen (vgl. Abbildung 3): Aus Sicht der Mütter mag die Gesundheitsfachkraft ihre Arbeit. Die Aussagen: sie „leistet mehr, als sie müsste“, „ist immer erreichbar“ und „ist für mich wichtig“ erhielten jeweils absolute Höchstwerte. Entsprechend fand die Aussage, die Gesundheitsfachkraft wirke oft gestresst, kaum Zustimmung. Auch die Qualität der Beziehung zur Gesundheitsfachkraft wurde in mehrerer Hinsicht als sehr hoch beschrieben. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um eine Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation (FamHeb/FGKiKP) oder ohne (Hebamme/GKiKP) handelt.

ABBILDUNG 3: Bewertung der Gesundheitsfachkraft durch die Mütter



Basis: N = 603 – 618 Mütter, die von einer Gesundheitsfachkraft betreut wurden.

Für jedes Item wurde für jede „Betreuungsgruppe“ ein Mittelwert errechnet.

Vielen Gesundheitsfachkräften ist es offensichtlich gelungen, ihr Unterstützungsangebot dem tatsächlichen Hilfebedarf der Familien anzupassen. Rund 90 % der Mütter gaben an, dass sie von den Gesundheitsfachkräften dazu ermutigt wurden, eigene Wünsche zu äußern. Mehr als 95 % berichteten, dass sie bei der Umsetzung ihrer Wünsche Unterstützung erhalten haben. Die Bewertung des Nutzens der erhaltenen Unterstützungsleistung fiel dann, wenn ein spezifischer Hilfewunsch bzw. -bedarf vorlag, positiv aus. Angesichts der durchweg positiven Bewertungen verwundert es nicht, dass fast alle Mütter das Unterstützungsangebot an eine andere Mutter weiterempfehlen würden (98 %).

Die Hilfe durch eine Gesundheitsfachkraft wirkt, aber nicht bei allen Familien gleich

Wenn Angebote flächendeckend vorgehalten und von Familien mit Hilfebedarf in Anspruch genommen werden, wird häufig implizit davon ausgegangen, dass die familienunterstützenden Maßnahmen auch Wirkung entfalten. Dies muss jedoch nicht zwangsläufig zutreffen. Welche Programmelemente sich bei welchen Zielgruppen hinsichtlich welcher Parameter als wirksam erweisen, ist deshalb Gegenstand eines weiteren Forschungsbereichs im NZFH, der „Einschätzung von Effektivität und Nutzen“. Aus Studien zu Modellprojekten vor dem Start der BIFH gibt es inzwischen zahlreiche Ergebnisse zur Wirksamkeit der Unterstützung durch FamHeb und FGKiKP. Im Kontrollgruppendesign konnten Effekte bei einzelnen Outcome-Parametern nachgewiesen werden, die jedoch insgesamt eher schwach ausgeprägt waren [7, 8]. Die Ergebnisse der nach Belastungsgrad differenzierten Auswertung einer Längsschnittuntersuchung des NZFH zeigen, dass nicht alle Familien gleichermaßen von der Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft profitieren. Familien mit sehr hohen Belastungen und schwach ausgeprägten Bewältigungsressourcen gelingt es kaum, Lebens- und Erziehungskompetenzen im Betreuungsverlauf zu verbessern. Demgegenüber erreichen Familien mit mittlerem Belastungsgrad in allen Kompetenzbereichen zum Betreuungsabschluss ein signifikant höheres Niveau [9].

Das Angebot der FamHeb/FGKiKP wendet sich insbesondere an Familien in psychosozialen Belastungssituationen. In diesen Familien liegen gehäuft multiple Problemlagen vor, welche die Risiken für eine negative Entwicklung für das Kind deutlich erhöhen. Im Verlauf der Betreuung kann sich herausstellen, dass die Bearbeitung der Problemlagen die Kompetenzen der Fachkraft übersteigt. Dann muss die Gesundheitsfachkraft erwägen, welche zusätzlichen intensiveren Hilfen, wie z.B. eine ambulante erzieherische Hilfe oder Maßnahmen zum Schutz des Kindes, notwendig sein können [10].

Weiterführende Hilfen können nötig werden

Bei häuslicher Gewalt, extremer Erschöpfung und Anzeichen für psychische Erkrankungen der Hauptbezugsperson gaben Gesundheitsfachkräfte besonders häufig an, dass die betreuten Familien zusätzliche Unterstützung benötigen, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Weniger häufig bedeutsam sind Belastungen, die sich allein aus der sozialen Lage der Familie ergeben, wie beispielsweise Armut und niedriger Bildungsstand. Keine Bedeutung haben hingegen kindbezogene Belastungen (wie z.B. Früh- oder Mehrlingsgeburt) und

auch einige weitere familiäre Charakteristika wie der Alleinerziehendenstatus oder ein Migrationshintergrund. Etwa ein Viertel der Familien mit Bedarf an zusätzlicher Unterstützung wurde bis zum ersten Geburtstag des Kindes weiter von der FamHeb oder FGKiKP betreut, was einer regulären Betreuungsdauer entspricht. In 13,4 % der Fälle wurde die Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft beendet, weil die Freiwilligkeit der Hilfe nicht mehr gewährleistet war bzw. das Kind in Obhut genommen wurde [10].

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

Auch wenn Gesundheitsfachkräfte selbst angeben, dass ihre Unterstützungsmöglichkeiten für Familien in sehr stark ausgeprägten Belastungslagen nicht ausreichend sind, dass diese Familien also mit der Betreuung unter- oder fehlversorgt sind, so bedeutet dies nicht, dass der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in diesen Familien nicht hilfreich war: Möglicherweise konnte erst dadurch der Familie ein Zugang zu intensiveren, passgenaueren Hilfen eröffnet werden. Ohne (anfängliche) Betreuung durch eine FamHeb oder FGKiKP wäre der zusätzliche Hilfebedarf womöglich gar nicht aufgefallen.

LITERATUR

[1] Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher / Sann, Alexandra (2017): Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen. Faktenblatt 3 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln



[2] Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher / Sann, Alexandra (2017): Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt 7 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

[3] Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher (2017): Freiwilligenarbeit in den Frühen Hilfen. Faktenblatt 9 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

[4] Eickhorst, Andreas / Schreier, Andrea / Brand, Christian / Lang, Katrin / Liel, Christoph / Renner, Ilona / Neumann, Anna / Sann, Alexandra (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Heft 10, S. 1271–1280

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

[6] Renner Ilona / Scharmanski, Sara / Paul, Mechthild (2017): Ergebnisse der NZFH-Elternbefragung: Wie bewerten Mütter den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen? Faktenblatt 2 zur Einschätzung von Effektivität und Nutzen der Angebote in den Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

[7] Sidor, Anna / Fischer, Cristina / Cierpka, Manfred (2015): The effects of the early intervention program „Nobody Slips Through the Net“. A longitudinal controlled study in an at-risk sample. In: Mental Health & Prevention, Volume 3, Issue 3, S. 103–116

[8] Jungmann, Tanja / Brand, Tilman / Dähne, Verena / Herrmann, Peggy / Günay, Hüsamettin / Sandner, Malte / Sierau, Susan (2015): Comprehensive evaluation of the Pro Kind home visiting program: A summary of results. In: Mental Health and Prevention, Volume 3, Issue 3, S. 89–97

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

[10] Renner, Ilona / Scharmanski, Sara (2018): Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz. In: Datenreport Frühe Hilfen Ausgabe 2017. Hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)/Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) und TU Dortmund. Köln, S. 80–87

Impressum

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI)
Maarweg 149–161, 50825 Köln
www.fruehehilfen.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. Sabine Walper (DJI)

Autorin und Autoren:

Ernst-Uwe Küster, Alexandra Sann, Ilona Renner

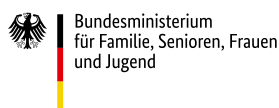
Stand:

8.1.2018

Zitierweise:

Küster, Ernst-Uwe / Sann, Alexandra / Renner, Ilona (2018): Zentrale Erkenntnisse zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland. Faktenblatt zur wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

