

Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen

Ergebnisbericht der Difu-Umfrage
bei Jugend- und Gesundheitsämtern:
Kurz- und Langfassung sowie Methodenbericht

Detlef Landua
Maja Arlt
Alexandra Sann



Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)

Ergebnisüberblick

zum Projekt
“Bundesweite Bestandsaufnahme zu
Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“

Berlin
März, 2009



1. Projektübersicht

Projekttitel	„Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“
Auftraggeber	Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
Auftragnehmer	Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)
Förderung durch	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“)
Projektlaufzeit	Juni 2008 bis April 2010
Projektmitarbeiter/-in am Difu	Maja Arlt und Detlef Landua (Projektleitung)
Projekthinhalte	Erfassung von Kooperationsformen, der Angebotsstruktur und der Instrumente im Bereich Früher Hilfen
Grundgesamtheit der Befragung	Alle Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland
Erhebungsverfahren	Standardisierte postalische Befragungen und ergänzende qualitative Interviews
Erhebungszeitraum (1. und 2. Teiluntersuchung)	1. Befragung: November 2008 bis Januar 2009 2. Befragung: Juni 2009 bis September 2009
Umfang des Datensatzes	1. Befragung: 573 befragte Ämter; 290 Variablen

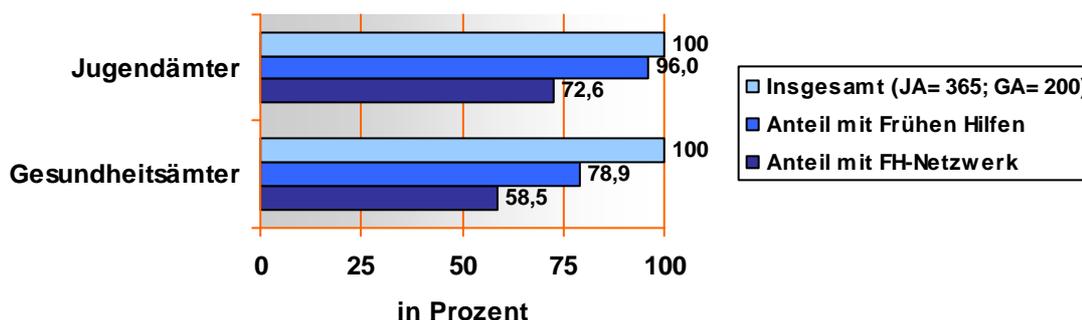
2. Ausgewählte Projektergebnisse

Großes Interesse am Thema Frühe Hilfen und hohe Teilnahmebereitschaft am Projektvorhaben.

- 573 auswertbare Fragebögen (Rücklauf: 59,3%).
- Etwas höhere Teilnahmequote bei den Jugendämtern (62,7%) im Vergleich zu den Gesundheitsämtern (51,9%).

Vielfältige Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen – besonders unter Jugendämtern.

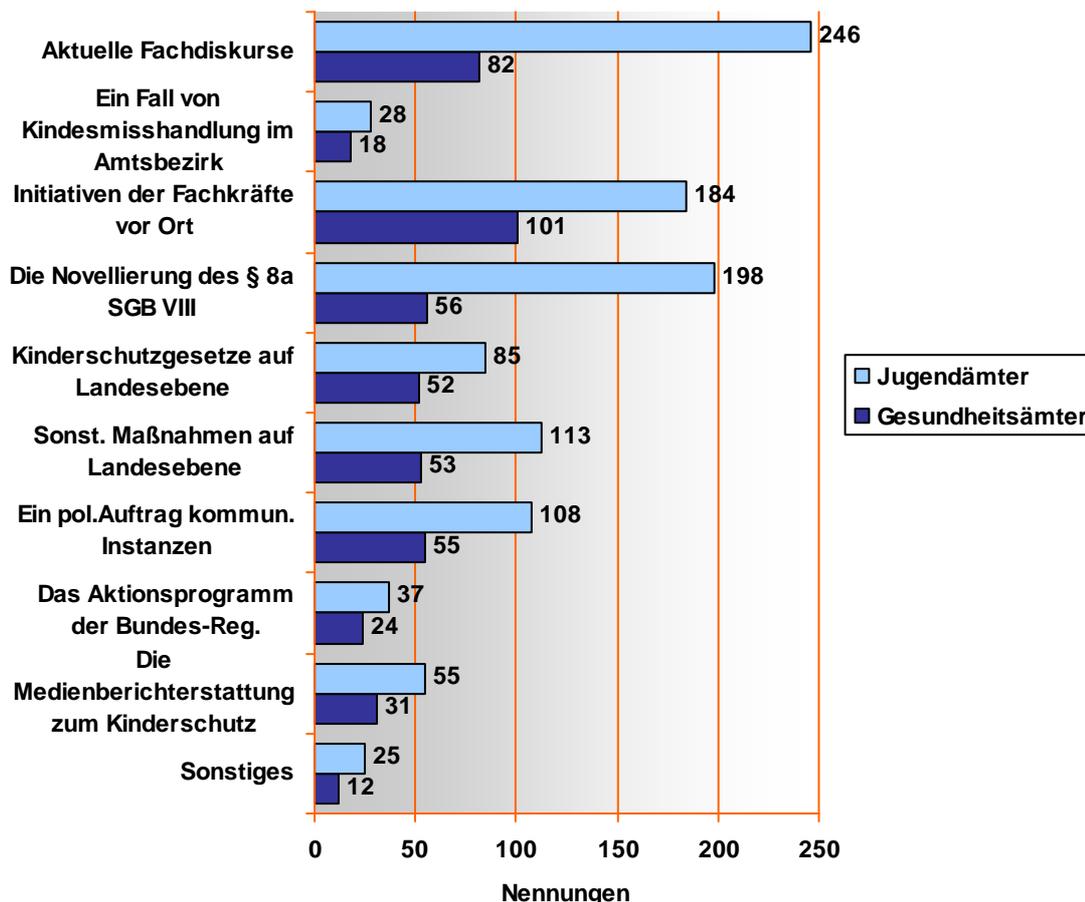
- Eigene Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen bei 89% der teilnehmenden Ämter.
- 96% der befragten Jugendämter in diesem Bereich aktiv, davon 72,6% in einem Netzwerk mit anderen Professionen.
- 78,9% der Gesundheitsämter in diesem Bereich aktiv, davon 58,5% in einem Netzwerk mit anderen Professionen.



Koordinierung der Frühen Hilfen meist bei den Jugendämtern.

- 72% aller befragten Ämter sehen die Steuerungsverantwortung für den Auf- und Ausbau Früher Hilfen beim Jugendamt.
- 20% der Befragten sehen Jugend- und Gesundheitsamt gemeinsam in der Pflicht.

Auslöser für Aktivitäten meist Fachdiskurse, Initiativen von Fachkräften und der in § 8a SGB VIII neu geregelte Schutzauftrag.



Nur wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten hauptverantwortlich im Bereich Früher Hilfen.

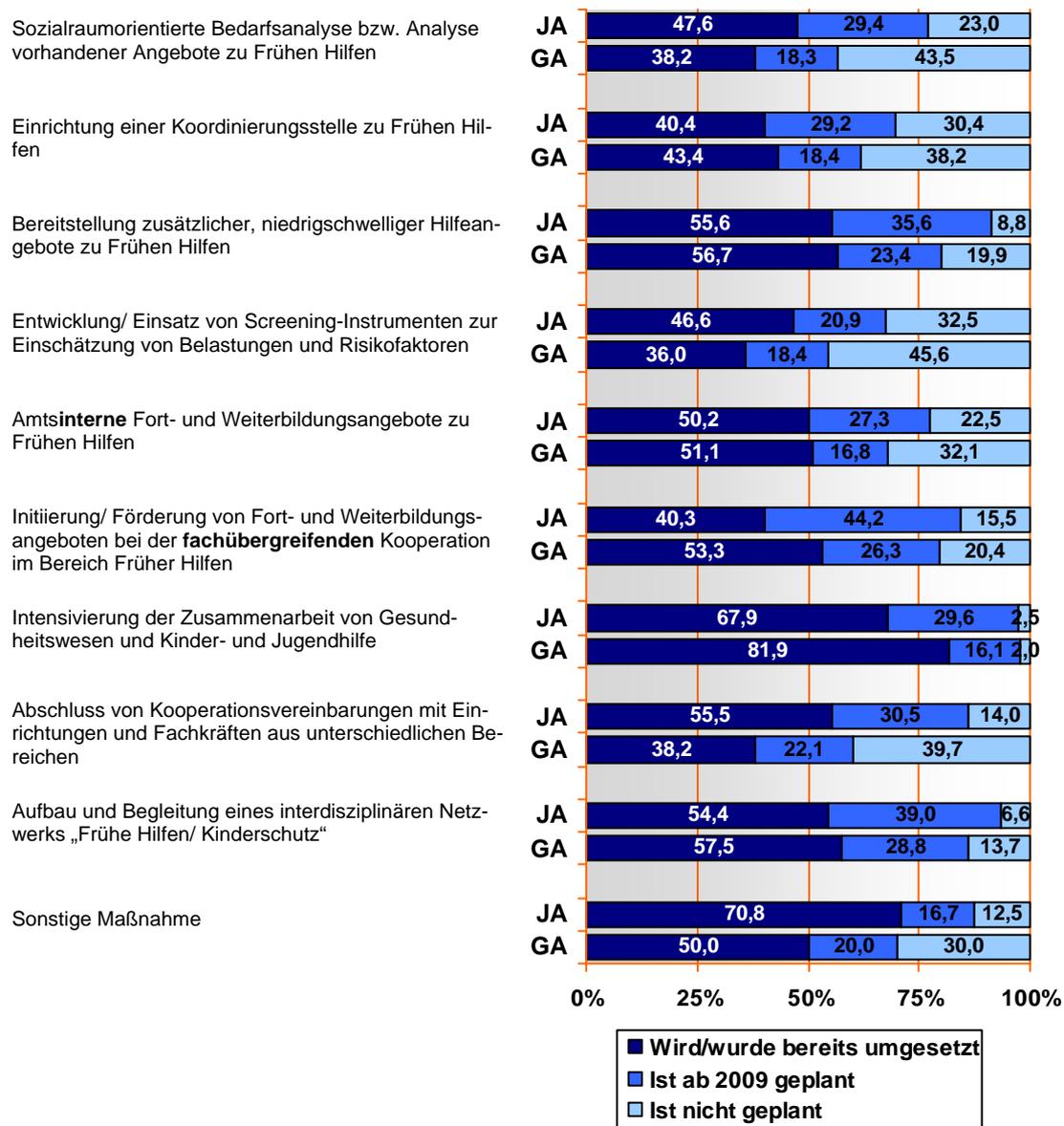
- Nur bei 39% der an der Befragung teilnehmenden Behörden sind Frühe Hilfen personell hinterlegt.
- Wenn, dann zumeist mit einer halben oder ganzen Stelle für Koordinierungsaufgaben.

Weitere Unterstützungsbedarfe bei Fragen der Finanzierung zum Datenschutz, zur Einschätzung von Belastungen und Gefährdungen sowie bei Qualifizierungsmaßnahmen.

- Beratung zu Finanzierungsgrundlagen und -möglichkeiten für Jugend- und Gesundheitsämter wichtig (zusammen 55%).
- Besonders wichtig für Gesundheitsämter: Klärung datenschutzrechtlicher Fragen (58,6%), Bereitstellung von Einschätzungshilfen (58,8%) und Prognoseinstrumenten (55,7%), Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (50,7%).

Schwerpunkt bisheriger Maßnahmen ist die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen.

„Welche Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen werden bzw. wurden in Ihrem Amt bereits umgesetzt? Und welche Maßnahmen sind ab 2009 geplant?“



Überwiegend unverbindliche Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen

- Gesundheitsämter werden von den Jugendämtern bislang kaum als relevante Partner im Bereich Früher Hilfen wahrgenommen, Gesundheitsämter nennen hingegen das Jugendamt als wichtigsten Kooperationspartner.
- Jugendämter arbeiten besonders gut mit Trägern von Familienhilfe, Familienberatungsstellen, Kinderschutzzentren und mit der Polizei zusammen; Gesundheitsämter besonders gut mit interdisziplinären Frühförderstellen, Schwangerenberatungsstellen, Kindertageseinrichtungen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst.
- Verbindlich organisierte Netzwerke erzielen deutlich bessere Wirkungen im Bereich Früher Hilfen als unverbindliche Netzwerke.

Ergebnisbericht

(1. Teiluntersuchung)

zum Projekt
“Bundesweite Bestandsaufnahme zu
Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“

Detlef Landua
Maja Arlt
Alexandra Sann

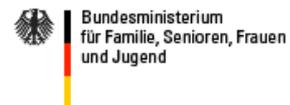
Berlin
Mai, 2009



Im Auftrag von:



Gefördert vom:



Inhaltsübersicht

	Seite
Vorwort des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen	2
Vorwort des Deutschen Instituts für Urbanistik	3
1. Eine Kurzvorstellung des Projekts	4
2. Einführung zum Untersuchungsthema	6
2.1 Zum Arbeits- und Problemfeld Früher Hilfen	
2.2 Frühe Hilfen als gemeinsame Herausforderung für Bund, Länder und Kommunen	7
3. Frühe Hilfen und Vernetzung als Themen einer bundesweiten Befragung	8
3.1 Zur Notwendigkeit einer Definition „Früher Hilfen“	
3.2 Probleme der Begriffsbestimmung von „Kooperation und Vernetzung“	9
4. Eine Übersicht zur Projektentwicklung	10
4.1 Auswahl der Befragungsform	
4.2 Entwicklung des Erhebungsinstruments	11
4.3 Maßnahmen zur Planung und Vorbereitung der Datenerhebung	12
4.4 Ablauf der Datenerhebung	13
4.5 Ergebnisse einer Non-Responder-Befragung	14
4.6 Teilnahmequoten und Repräsentativität der Daten	
5. Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme	17
5.1 Zum Umfang der Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen	
5.2 Zum Verständnis des Begriffs „Frühe Hilfen“	18
5.2.1 Zum Verständnis Früher Hilfen: Ergebnisse aus geschlossenen Fragen	
5.2.2 Zum Verständnis Früher Hilfen: Ergebnisse der offenen Einträge	22
5.3 Auslösende Faktoren für Frühe Hilfen	24
5.4 Steuerungsverantwortung für Frühe Hilfen	26
5.5 Strukturelle Verankerung und personelle Ressourcen	27
5.6 Zur Umsetzung einzelner Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen	30
5.7 Wahrgenommene Unterstützungsbedarfe im Bereich Früher Hilfen	33
5.8 Kooperationsstrukturen im Bereich Früher Hilfen	35
5.8.1 Allgemeine Ergebnisse zu Kooperationen im Bereich Früher Hilfen	
5.8.2 Kooperationsformen „unter der Lupe“ – einige Ergebnisse im Detail	39
5.9 Netzwerkarbeit im Bereich Früher Hilfen	46
5.9.1 Umfang von Netzwerketeiligungen und Initiatoren von Netzwerken	
5.9.2 Funktionselemente und Merkmale von Frühe-Hilfe-Netzwerken	48
5.9.3 Wahrgenommene Auswirkungen der Netzwerkarbeit	52
5.9.4 Ergebnisse einer Typisierung von Frühe-Hilfe-Netzwerken	
6. Ergebnisse zur Auswertung der abschließenden Anmerkungen	54
7. Zusammenfassung und Ausblick	56
Literaturverzeichnis	61

Vorwort des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung von Arbeitsansätzen Früher Hilfen beizutragen, zählt zu den grundlegenden Aufgaben des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Das NZFH wurde 2007 im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ eingerichtet, um den Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen für Schwangere und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zu fördern und damit den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung zu verbessern. Dazu erstellt das NZFH unter anderem eine Wissensplattform, die Informationen aus Wissenschaft und Praxis im Feld Früher Hilfen bündelt.

Derzeit gibt es in Deutschland bereits vielfältige Hilfeangebote, die Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben unterstützen. Jedoch ist man sich im Fachdiskurs einig, dass ein funktionierendes Hilfenetz und verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen unterschiedlichen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen aus verschiedenen Hilfesystemen, vor allem aus der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem, unerlässlich sind, damit Familien schnell und unkompliziert von passgenauen Hilfen erreicht werden können. Auch diese Aufgabenstellung wird in vielen Kommunen und Landkreisen in Deutschland engagiert angegangen. Die Entwicklungen vor Ort beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen aufzuzeigen, dabei aber auch Schwierigkeiten und Bedarfe der Kommunen an weiterer Unterstützung aufzunehmen und den Verantwortlichen in Politik, Praxis und Wissenschaft rückzumelden, ist eine wichtige Aufgabe des NZFH.

Unter dem Stichwort „Monitoring der Praxisentwicklung“ hat das NZFH daher die Deutsche Institut für Urbanistik GmbH (Difu) beauftragt, eine erste Bestandsaufnahme Früher Hilfen in Deutschland vorzunehmen. Ob es gelingt, die Unterstützung von (werdenden) Eltern mit Babys und Kleinkindern – und hierbei vor allem derjenigen Familien, die mit vielfachen Belastungen zu kämpfen haben – nachhaltig zu verbessern, hängt vor allem davon ab, in welchem Umfang und in welcher Qualität die Angebote vor Ort von den kommunalen Gebietskörperschaften entwickelt und bereit gestellt werden. Die kommunalen Steuerungsbehörden Jugendamt und Gesundheitsamt nehmen bei der Planung und Sicherung der Versorgung im Bereich Früher Hilfen eine zentrale Rolle ein, daher wurden sie als AdressatInnen der Befragung ausgewählt. In einer ersten Teiluntersuchung haben wir uns auf das Verständnis Früher Hilfen vor Ort, die Aktivitäten der Behörden in diesem Bereich und im Schwerpunkt auf ihre Vernetzung und Kooperation mit einer großen Vielfalt von anderen Akteuren konzentriert. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden mit diesem Bericht einer breiten Fachöffentlichkeit zur Kenntnis gebracht. In einer zweiten Erhebungswelle in 2009 werden wir uns mit den Angebotsstrukturen vor Ort und ihrer breiten Palette ganz unterschiedlicher Ansätze und Projekte befassen, dabei auch erheben, inwieweit es bisher gelungen ist, diese Angebote an Familien nachhaltig zu implementieren und zu verstetigen und der Frage nachgehen, wie sich in der Praxis die Zugänge gerade zu belasteten Familien gestalten.

Wir bedanken uns beim Difu für die kompetente und zuverlässige Durchführung der Untersuchung. Die Erfahrung des Difu im Bereich kommunaler Strukturen stellte dabei einen wichtigen Gelingensfaktor dar. Des Weiteren gilt unser Dank auch den ExpertInnen aus Gesundheits- und Jugendämtern sowie den kommunalen Spitzenverbänden, die uns bei der Konzeption der Befragung beraten haben. Großer Dank gebührt aber auch und vor allem den MitarbeiterInnen in den teilnehmenden Ämtern, welche die Mühe auf sich genommen haben, unsere vielen Fragen geduldig und umfassend zu beantworten. Diese Mühe hat sich gelohnt: Wir können Ihnen im Resultat viele interessante Informationen zum Stand der Entwicklung Früher Hilfen in Deutschland zur Verfügung stellen!

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

Vorwort des Deutschen Instituts für Urbanistik

Die Deutsche Institut für Urbanistik GmbH (Difu) ist ein 1973 gegründetes, interdisziplinär ausgerichtetes Institut, das als wissenschaftliche Gemeinschaftseinrichtung von mehr als 100 Zuwerderstädten tätig ist. Es unterstützt Kommunen durch praxisorientierte Forschung, Fortbildung und Beratung zu aktuellen Themen und Problemen. Die Arbeit des Difu wird durch die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Partnern, vor allem aber durch den Dialog mit der kommunalen Praxis, die engen Kontakte zu kommunalen Entscheidungsträgern und durch vielfältige Kooperationen mit Städten und Kommunen, Landes- und Bundesministerien gekennzeichnet.

(Auch) deshalb hat sich das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) 2008 dazu entschlossen, das Difu mit der Durchführung des Projekts „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“ zu beauftragen. Das Projekt greift ein aktuelles Thema der kommunalen Sozialpolitik auf, das dem Informationsbedarf von Bund, Ländern und Kommunen entspricht: Projekte, Maßnahmen und Initiativen unter dem Label „Frühe Hilfen“ erfahren von fachlicher und öffentlicher Seite eine hohe Aufmerksamkeit; Kooperationen und Vernetzungen gelten als zentrale Bestandteile im Bereich Früher Hilfen. In dem neuen, sich gerade etablierenden Praxisfeld gibt es bislang noch wenige empirisch gesicherte Erkenntnisse.

Immer wieder haben in den letzten Jahren Meldungen über Fälle schwerer Vernachlässigung oder Misshandlung von Kindern die Öffentlichkeit schockiert. Mit dem Aktionsprogramm der Bundesregierung „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ wurde deshalb eine Verzahnung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe angestrebt, um den Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft zu stärken.

In einem ersten Schritt hat das Difu vorhandene Kooperationsformen und Vernetzungsstrategien kommunaler Steuerungsbehörden untersucht und hierzu alle Jugend- und Gesundheitsämter befragt. Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse geben somit einen Überblick über den derzeitigen Stand der Praxis im Bereich Früher Hilfen. Ausdrücklich bedanken möchten wir uns an dieser Stelle bei allen MitarbeiterInnen der Jugend- und Gesundheitsämter, die sich die Zeit zum Ausfüllen der Fragebögen genommen haben und durch ihre Beteiligung das Gelingen des ersten Projektbausteins ermöglichten.

In einer zweiten Befragungswelle soll 2009 die aktuelle Angebotsstruktur Früher Hilfen in den Kommunen ermittelt werden. Auch hier geht es um die konkrete alltägliche Arbeit vor Ort und wir hoffen natürlich wieder auf die Mitwirkungsbereitschaft der Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe und im Gesundheitswesen.

Als maßgeblich für die erfolgreiche Durchführung des Projekts erwies sich auch die gute und enge Zusammenarbeit mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Auftraggeber. Stellvertretend für alle möchten wir uns bei Frau Mechthild Paul als Leiterin des NZFH herzlich bedanken.

Die Projektentwicklung erfolgte in enger Abstimmung mit den Kommunalen Spitzenverbänden. Für die unbürokratische und effektive Kooperation gilt unser besonderer Dank Frau Verena Göppert, Beigeordnete des Deutschen Städtetags, Herrn Jörg Freese, Beigeordneter des Deutschen Landkreistags und Herrn Uwe Lübking, Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebunds.

Wir wünschen uns als Ergebnis der Projektdurchführung, für die Fachkräfte in den Kommunen einen „Mehrwert“ zu schaffen, der seinen Niederschlag in der Arbeit der Praxis findet.

Prof. Dr.-Ing. Klaus-J. Beckmann
Wissenschaftlicher Direktor, Institutsleiter und Geschäftsführer,
Deutsches Institut für Urbanistik GmbH, Berlin



“Wenn sich etwas nicht in Zahlen ausdrücken lässt, ist es nicht Wissenschaft, sondern Meinung. Man weiß schon lange, dass ein Pferd schneller läuft als das andere – aber welches? Der Unterschied ist entscheidend.“

Robert A. Heinlein, 1973

1. Eine Kurzvorstellung des Projekts

Im Juni 2008 startete am Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) das Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“. Auftraggeber ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)¹. Das Vorhaben wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert und ist Bestandteil des Aktionsprogramms der Bundesregierung „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“. Übersicht 1 enthält die wichtigsten Informationen zum Projekt.

Übersicht 1: Eckdaten zum Projekt des Difu „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“

<p>Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen</p>	Projekttitel	Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen
	Projektlaufzeit	Juni 2008 bis April 2010
	Projekthalte	Erfassung von Kooperationsformen, der Angebotsstruktur und der Instrumente im Bereich Früher Hilfen
	Grundgesamtheit	Alle Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland
	Erhebungsverfahren	Standardisierte postalische Befragungen
	Erhebungszeitraum	1. Teiluntersuchung: November 2008 bis Januar 2009
	Datensatz	1. Teiluntersuchung: 573 befragte Ämter; 290 Variablen

Im Auftrag von:



Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Gefördert vom:



Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Durchgeführt vom:



Mit dem Aktionsprogramm der Bundesregierung wurde angestrebt, über die Verzahnung gesundheitsbezogener Leistungen und Jugendhilfeleistungen sowie zivilgesellschaftlichen Engagements den Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft zu stärken. Die Wirksamkeit Früher Hilfen bzw. sozialer Frühwarnsysteme wird jedoch nicht nur durch eine große Vielzahl an Projekten oder Maßnahmen erreicht. Entscheidend für die Qualitätsentwicklung in solchen Hilfesystemen ist vielmehr eine aufeinander abgestimmte Kooperation unterschiedlicher Partner im Rahmen regionaler Hilfenetze (siehe auch DJI, 2007). In diesem Zusammenhang kommt den kommunalen Steuerungsbehörden wie Jugend- und Gesundheitsämtern eine be-

¹ Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen wurde im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtet. Seine Aufgabe ist die wissensbasierte Weiterentwicklung des Feldes und der Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen. Träger sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI). Der Sitz des NZFH ist bei der BZgA in Köln.

sondere Bedeutung zu. Bislang liegen jedoch nur wenige Informationen über die bereits vorhandenen Kooperationsformen und Vernetzungsstrategien von Gesundheitswesen und Jugendhilfe im Bereich Früher Hilfen vor.

Mit dem Projekt wurden deshalb 2008 im Rahmen einer **ersten Teiluntersuchung** zunächst die in diesem Bereich vorhandenen Kooperationsformen kommunaler Steuerungsbehörden wie Jugend- und Gesundheitsämter eingehender untersucht. Zielstellung dieser ersten Teiluntersuchung war es, über eine bundesweite postalische Befragung aller Jugend- und Gesundheitsämter Ziel/Ausrichtung, Umfang, Struktur und Qualität der Kooperationen bzw. der lokalen Vernetzung im Bereich Früher Hilfen aus der Perspektive kommunaler Steuerungsbehörden zu erfassen². Der vorliegende Ergebnisbericht fasst die wichtigsten Befunde dieser ersten Teiluntersuchung zusammen. Die Themenschwerpunkte der Befragung von 2008 waren:

- **Begriffsverständnis und Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen (Kapitel 5.1 bis 5.7)**
Inhalte: Selbsteinschätzungen von Jugend- und Gesundheitsämtern zu Entwicklungen und zum Zustand des Praxisfeldes „Frühe Hilfen“. Die hierbei abgefragten Inhalte beziehen sich auf das Begriffsverständnis von Frühen Hilfen, auf konkrete (umgesetzte oder geplante) Maßnahmen und geben Aufschluss über die seitens der Ämter wahrgenommenen Bedarfe in diesem Arbeitsbereich.
- **Kooperationen der Jugend- und Gesundheitsämter (Kapitel 5.8)**
Inhalte: Angaben der kontaktierten Ämter zu vorhandenen Kooperationsformen mit kommunalen Steuerungsbehörden und anderen Einrichtungen/Diensten im Bereich Früher Hilfen. Erfasst werden jeweils die Merkmale „Bedeutung“, „Häufigkeit“, „Qualität“ sowie die „Verbindlichkeit“ der Kooperationen aus der Sicht der Jugend- und Gesundheitsämter.
- **Netzwerkarbeit der Jugend- und Gesundheitsämter (Kapitel 5.9)**
Inhalte: Angaben der Jugend- und Gesundheitsämter zu bestehenden Netzwerkstrukturen im Bereich Früher Hilfen. Ermittelt werden allgemeine Angaben zu den Netzwerken (Initiative, Netzwerkaufbau) und zum Vorhandensein formaler/funktionaler Qualitätskriterien von Netzwerken. Darüber hinaus werden Einschätzungen über die Auswirkungen der bisherigen Netzwerkarbeit auf die Entwicklung des Arbeitsfeldes aus Sicht der Jugend- und Gesundheitsämter erfasst.

Die Ausarbeitung des Ergebnisberichts folgte der Absicht, einerseits zu allen Themenbereichen aussagekräftige Informationen zu liefern, gleichzeitig aber verständlich und lesbar zu bleiben. Auf eine tabellarische Darstellung wurde deshalb weitgehend verzichtet und die meisten Ergebnisse in Form von graphischen Abbildungen aufbereitet.

An der inhaltlichen Konzeption der Befragung wirkten mit: Herr Detlef Landua (Projektleiter am Deutschen Institut für Urbanistik), Frau Maja Arlt (wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Urbanistik) und Frau Alexandra Sann (zuständige Referentin des NZFH). Herzlich bedanken möchten wir uns bei Frau Beate Jaschik für ihre kompetente Unterstützung als studentische Mitarbeiterin.

² Eine zweite Teiluntersuchung ist für 2009 geplant. Hier geht es um die Teilerfassung der Angebotsstruktur von Maßnahmen/ Projekten (Selektive Bestandsaufnahme von Praxisprojekten im Bereich Früher Hilfen). Damit soll die Option einer Nacherhebung im Sinne von Good Practice offen gehalten werden. Einen ergänzenden Themenbereich bildet die Abfrage von Materialien/ Instrumenten, wie Kooperationsvereinbarungen oder Einschätzungshilfen.

2. Einführung zum Untersuchungsthema

2.1 Zum Arbeits- und Problemfeld Früher Hilfen

Die meisten Kinder wachsen in einem behüteten Umfeld auf, jedoch verfügen nicht alle Eltern über die erforderlichen persönlichen, familiären und/oder sozialen Ressourcen, um ihrer Erziehungsverantwortung gerecht zu werden. Eltern sind durch die Entwicklungen (post-)moderner Gesellschaften zunehmend mit Belastungen konfrontiert, die zu Überforderungen führen können. Nicht nur die Probleme bei der Alltagsbewältigung, sondern auch die Anforderungen in der Erziehung nehmen zu. Das Risiko der Vernachlässigung von Kindern steigt, je höher die familiären Belastungen, je schwächer persönliche Unterstützungsnetzwerke ausgeprägt und je geringer die Ressourcen der Eltern sind (Thyen, 2006; Ziegenhain, 2007).

Dabei gilt es, Risiken und Gefährdungen möglichst frühzeitig zu erkennen und bereits in frühen Lebensphasen Hilfen anzusetzen, um Fehlentwicklungen oder Schädigungen vorzubeugen. Die Konzentration auf die frühe kindliche Entwicklung liegt entwicklungspsychologisch darin begründet, dass entscheidende Grundlagen für eine gesunde körperliche, psychische, kognitive und soziale Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensmonaten gelegt werden. Die komplexe und prägende Entwicklung in dieser frühen, vulnerablen Lebensphase der Kinder bedeutet, dass sie aufgrund ihres Alters existenziell von der Fürsorge und Zuneigung ihrer Eltern abhängig sind. Studien haben nachgewiesen, dass vor allem unter 3-jährige Kinder häufig von schwerwiegenden Folgen durch Vernachlässigung und Misshandlung betroffen sind. Sie belegen aber auch, dass die Entwicklung frühzeitig beeinflusst werden kann, noch bevor sich Schädigungen verfestigen (Münder, Mutke & Schone, 2000).

Risiken können jedoch nur frühzeitig erkannt und Hilfen rechtzeitig angeboten werden, wenn zu den Betroffenen ein Kontakt besteht. An dieser Stelle kommt für die Wirksamkeit Früher Hilfen dem Gesundheitssystem eine besondere Bedeutung zu, da bereits während der Schwangerschaft und rund um die Geburt die meisten Frauen Kontakt zu Einrichtungen und Diensten des Gesundheitssystems (Schwangerschaftsberatungsstellen, Gynäkologie, Hebammen, Geburtskliniken etc.) haben. Dementsprechend werden Beratungs- und Unterstützungsangebote in diesem Bereich kaum als stigmatisierend wahrgenommen und deshalb eröffnen sich hier gute Chancen, früh- und rechtzeitig mögliche Belastungen von werdenden Eltern zu erkennen und sie auf Hilfsangebote aufmerksam zu machen. Der Vertrauensvorschluss, den das medizinische System bei den Familien genießt, kann darüber hinaus vorhandene Schwellen zur Inanspruchnahme von weiterer Unterstützung abbauen.

Die Zugangsmöglichkeiten des Gesundheitswesens verlieren auf längere Sicht jedoch von ihrer Wirkung, wenn es nicht gelingt, Familien bei Bedarf schnell und gezielt in geeignete Hilfen weiter zu vermitteln. Insbesondere zum Zeitpunkt der Geburt und in den ersten Lebensjahren sind deshalb im Bedarfsfall nicht nur ein Hilfesystem, sondern mehrere und miteinander **verzahnte Hilfesysteme** erforderlich, um die Problemlagen in betroffenen Familien wirksam beseitigen zu können.

Neuere Konzepte Früher Hilfen setzen dabei vor allem auf die Kooperation von Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe. Die Angebote und Maßnahmen der beteiligten Institutionen sollten allerdings gut aufeinander abgestimmt werden, um Reibungsverluste zu vermeiden und Eltern, bei denen ein Hilfebedarf vermutet wird, zur Annahme von Hilfen zu motivieren. Die Erfahrungen aus bestehenden Netzwerken zeigen zum einen, dass es für eine tragfähige und wirksame Zusammenarbeit der Fachkräfte verbindlicher Formen der Kooperation sowie klar geregelter Verfahrenswege und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Disziplinen und Hilfesystemen bedarf (Böttcher et al., 2008). Darüber hinaus ist feststellbar, dass nicht nur die gegenseitige Kenntnis, sondern auch die Anerkennung der Aufgaben und Kompe-

tenzen der am Netzwerk beteiligten Institutionen wesentlich dazu beiträgt, Eltern und Kinder für die Inanspruchnahme der jeweiligen Angebote motivieren bzw. über geeignete Verfahren informieren zu können (LIWF, 2007). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Vernetzungsarbeit nicht nur zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen braucht, sondern auch ein professionelles Management benötigt, etwa durch die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle.

2.2 Frühe Hilfen als gemeinsame Herausforderung für Bund, Länder und Kommunen

Die gesellschaftliche und staatliche Aufgabe, Kinder vor Vernachlässigungen und Misshandlungen zu schützen, hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Nicht zuletzt die öffentlich bekannt gewordenen Fälle von schwerer Kindesvernachlässigung und Kindstötung haben den Handlungsbedarf zur Stärkung des Schutzauftrages deutlich gemacht. Die Bestrebungen der (Weiter-)Entwicklung des Kinderschutzes wurden deshalb auf Bundes- und auf Landesebene intensiviert. Der Gesetzgeber hat 2005 im Rahmen der Novellierung des SGB VIII durch das ‚KICK‘ und die damit verbundene Einführung des § 8a reagiert und diese Entwicklung weiter forciert. Um den Kinderschutz bundesweit zu verbessern, haben die Bundesregierung und die Regierungschefs der Länder auf den Kinderschutzgipfeln am 19. Dezember 2007 und am 12. Juni 2008 konkrete Maßnahmen für einen aktiven Kinderschutz beschlossen. Mit der Verabschiedung des Gesetzesentwurfs zur Verbesserung des Kinderschutzes am 21. Januar 2009 durch das Bundeskabinett sollen Lücken im Kinderschutz geschlossen werden und zu bundesrechtlichen Kinderschutzevorschriften im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) weiterentwickelt werden.

Die Landesregierungen haben bereits 2007 mit der Entwicklung eigener Gesetzesregelungen zur Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung im Anwendungsbereich der Frühen Hilfen begonnen. Mittlerweile sind in den meisten Bundesländern gesetzliche Regelungen in Kraft getreten, liegen als Entwurf vor oder sind in Planung. Die Ländergesetze regeln im Kern zwei Schwerpunkte: den Aufbau lokaler Netzwerke und/oder den Aufbau eines zentralen Einladungs- und Erinnerungssystems zu Früherkennungsuntersuchungen (Nothhaft, 2008).

Obwohl die Aktivitäten der Bundesregierung im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ sowie die Entwicklungen von Gesetzesregelungen auf Bundes- und Landesebene zur Verbesserungen des Schutzes von Kindern der Öffentlichkeit bekannt sind, werden diese allein keinen wirksamen Kinderschutz gewährleisten können. Hierzu bedarf es zusätzlich bewährter sowie vernetzter Angebote und Strukturen Früher Hilfen auf lokaler und regionaler Ebene.

Der Auf- und Ausbau Früher Hilfen findet im Wesentlichen auf der kommunalen Ebene statt. Jugendämter und Öffentlicher Gesundheitsdienst sind vor Ort für die Planung und Steuerung von Angeboten verantwortlich, wobei dem Jugendamt aufgrund seines staatlichen Wächteramts eine besondere Rolle zukommt. Seit Jahren engagieren sich die Fachkräfte verschiedener Hilfesysteme im Bereich Früher Hilfen und fördern die hilfesystemübergreifende Zusammenarbeit. Potenzielle Netzwerkpartner sind dabei grundsätzlich alle Einrichtungen und Dienste, die im Bereich Frühe Hilfen aktiv sind und/oder sich mit dem Kindeswohl beschäftigen. Hierzu gehören u. a. die Freien Träger der Jugendhilfe als Maßnahmeträger von Hilfsangeboten, das Gesundheitswesen, die Schwangerschaftsberatungsstellen, die Frauenunterstützungseinrichtungen, das Bildungs- und Betreuungssystem für Kinder, die Justiz sowie die Polizei (DJI, 2007).

In den Kommunen Deutschlands existiert bereits ein verzweigtes Angebot von Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Frühe Hilfen. Für den Aufbau von Netzwerken konnten dabei die vielerorts bestehenden Kooperationen sowohl innerhalb als auch zwischen den verschiedenen Hilfesystemen auf lokaler und regionaler Ebene genutzt werden. Die Fachkräfte einzelner Professionen unterhalten im Rahmen ihrer Aufgaben teils schon langjährige bilaterale Kooperationen. Bislang liegen jedoch nur wenige Informationen über erprobte bzw. über neu entstandene lokale, regionale und überregionale Kooperations- und Vernetzungsstrukturen im Bereich Früher Hilfen vor. Um einen Überblick über die Entwicklung zu erhalten, hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) mit einer bundesweiten Befragung aller Jugend- und Gesundheitsämter beauftragt.

3. Frühe Hilfen und Vernetzung als Themen einer bundesweiten Befragung

3.1 Zur Notwendigkeit einer Definition „Früher Hilfen“

Die bundesweite Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern zu Kooperationsformen und Netzwerkstrukturen im Bereich Früher Hilfen bezieht sich auf ein Untersuchungsthema, dessen Inhalte in der Praxis keineswegs einheitlich definiert sind. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die vorhandenen Ansätze Früher Hilfen von einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen und Behörden aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühförderung und der Schwangerenberatung aufgebaut und umgesetzt werden (siehe NZFH, 2008). Die meisten Angebote und Maßnahmen Früher Hilfen stehen deshalb in unmittelbarer Nähe zu anderen Hilfeformen – wie z.B. der Frühförderung (für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder), der frühkindlichen Bildung (für bildungsbenachteiligte Kinder) oder der frühkindlichen Gesundheitsförderung (für Kinder mit gesundheitlichen Risiken) – was ihre Abgrenzung und ein einheitliches Verständnis erschwert.

Die Erfahrungen aus der Vorbereitung der Untersuchung (Expertengespräche und -workshops) zeigten dementsprechend, dass es sich bei Frühen Hilfen überwiegend (noch) um keinen festen Leitbegriff innerhalb bestehender Hilfesysteme handelt. Das Begriffsverständnis Früher Hilfen variiert dabei hinsichtlich der einzelnen Zielgruppen, der Zielstellung und des genutzten Hilfeansatzes. Während z.B. nach Ansicht eines Teils der Fachkräfte Frühe Hilfen sich an alle (angehenden) Eltern mit Kindern richten sollten, fokussieren Andere entsprechende Hilfen nur auf bestimmte Zielgruppen wie Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf. Hinsichtlich der Zielstellung werden Frühe Hilfen als erzieherische Hilfen verstanden, die auf die Stärkung der Erziehungs-, Beziehungs- und Bindungskompetenz³ von (werdenden) Eltern zielen, sowie als medizinische Hilfen, die vor allem die Gesundheitskompetenz⁴ der Eltern fördern sollen. Eine weitere erkennbare Unterscheidungslinie beim Verständnis Früher Hilfen liegt schließlich zwischen der Position, Frühe Hilfen als einen eher präventiven Ansatz anzusehen, der die Bereiche „Förderung und Unterstützung“ stärker gewichtet und der Ansicht, dass Frühe Hilfen eher als intervenierende Maßnahmen zur Vermeidung von Risiken für das Kindeswohl zu verstehen sind.

³ Der Begriff der Erziehungskompetenz beschreibt die elterlichen Bemühungen, eine entwicklungsfördernde Familieninteraktion zu schaffen und entwicklungshemmende Faktoren zu vermeiden. Die Anforderungen an die Eltern hängen auch vom Alter des Kindes ab. Erziehungskompetenz ist nach Petermann & Petermann (2006) die Passung „zwischen den altersgemäßen Bedürfnissen des Kindes und der Gestaltung der kindlichen Umwelt durch die Eltern“ (ebd., S.1).

⁴ Der Begriff der Gesundheitskompetenz umfasst Fähigkeiten und Fertigkeiten, die jeder Einzelne braucht, um Entscheidungen für sich und seine Umwelt treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Kickbusch, Maag & Saan, 2005).

Die unter den Fachkräften erkennbar uneinheitlichen Verständnisse und Definitionen des Untersuchungsthemas stellten für das Projektvorhaben einer Bestandsaufnahme ein erhebliches Risiko für die Validität (Gültigkeit) der Befragungsergebnisse dar. Um sicherstellen zu können, dass sich die Antworten aus einer bundesweiten Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern auf einen eindeutig definierten Untersuchungsgegenstand beziehen, war es im Rahmen der Entwicklung des Erhebungsinstruments notwendig, am Anfang des Fragebogens eine verbindliche Definition des Begriffs „Frühe Hilfen“ vorzugeben.

Für die Ausarbeitung dieser Definition war zu berücksichtigen, dass Ansätze Früher Hilfen stets einen Doppelauftrag von Prävention/Förderung durch frühzeitige Hilfe **und** Kontrolle beinhalten (Schone, 2008; Helming, 2008). Ansätze Früher Hilfen haben damit zwar einen erkennbaren Schwerpunkt im Bereich der Sekundärprävention, sie reichen in der Praxis jedoch von freiwilligen Angeboten im Sinne primärer Prävention/Förderung, wie z.B. einem Erstbesuchsdienst nach der Geburt eines Kindes, über spezifische Hilfen für belastete Eltern mit Säuglingen, wie z.B. die Betreuung durch eine Familienhebamme, bis hin zur Etablierung sozialer Frühwarnsysteme, die Mitteilungspflichten und Reaktionsketten zwischen verschiedenen Leistungserbringern aus Gesundheitssystem, Jugendhilfe, Betreuungseinrichtung, Schulen und Polizei/Familiengericht umfassen (Bastian et al., 2008). Als Bezugsrahmen der Befragung diente deshalb die folgende Arbeitsdefinition des NZFH von Frühen Hilfen:

„Frühe Hilfen sind gemäß dem Aktionsprogramm der Bundesregierung präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern ab Beginn einer Schwangerschaft bis etwa zum Ende des 3. Lebensjahrs eines Kindes. Sie richten sich vorwiegend an Familien in belastenden Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen. Die aus diesen Bedingungen resultierenden Risiken für ein gesundes Aufwachsen der Kinder sollen frühzeitig erkannt und die Eltern zur Inanspruchnahme passender Angebote zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz motiviert werden. Auf diese Weise soll der Schutz der Kinder vor einer möglichen, späteren Vernachlässigung und/oder Misshandlung verbessert werden. Frühe Hilfen sind dabei Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes, das sowohl präventive Angebote wie auch Interventionen zum Schutz des Kindeswohls umfasst. Diese Ziele sollen durch eine enge Vernetzung und Kooperation insbesondere von Akteuren und Institutionen aus dem Gesundheitsbereich wie aus der Kinder- und Jugendhilfe erreicht werden.“ (Sann & Schäfer, 2008: 504; NZFH, 2009)

3.2 Probleme der Begriffsbestimmung von „Kooperation und Vernetzung“

Fast alle Familien haben während der Schwangerschaft und in den ersten Jahren nach der Geburt Kontakt zu Personen oder Einrichtungen des Gesundheitssystems. Es ist deshalb nahe liegend, diesen Kontakt und das hier vorhandene Vertrauen zu nutzen, um Familien bei Bedarf zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren. Gerade das frühe Erkennen von Belastungen und das rechtzeitige Anbieten von Unterstützung, erfordern jedoch eine verbindliche Zusammenarbeit sowie klar geregelte Verfahrenswege und Zuständigkeiten von Einrichtungen und Diensten verschiedener Hilfesysteme. Kooperation und Vernetzung sind demzufolge zentrale Strukturelemente einer effektiven Hilfestaltung.

In der Praxis der Zusammenarbeit von Einrichtungen bzw. Diensten der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens sind die Grenzen zwischen alltäglichen Kooperationsformen und der Zusammenarbeit in „formellen Netzwerken“ aus der Sicht der Akteure allerdings nicht immer trennscharf. Um mit der bundesweiten Befragung die vorhandene Vielfältigkeit bei der Zusammenarbeit im Bereich Früher Hilfen erfassen zu können, wurde an dieser Stelle bewusst auf eine strikte Vorgabe enger Definitionen

und Abgrenzungen verzichtet. Vielmehr wurden zentrale Strukturparameter wie Umfang, Bedeutung, Qualität und (wahrgenommene) Auswirkungen bestehender Kooperationen und Netzwerke zwischen einzelnen Einrichtungen und Diensten erst nachträglich und über die Befragungsergebnisse selbst ermittelt.

Dementsprechend wurden bei der Entwicklung des Fragebogens die Themen „Kooperationen“ und „Netzwerkarbeit“ einerseits zwar als separate Abschnitte aufgebaut, andererseits wurden beide Bereiche jedoch durch eher offene und beispielhafte Einleitungen eröffnet. Der Fragebogenabschnitt zu „Kooperationen“ wurde dabei auf fallbezogene Arbeitskontakte zwischen dem jeweiligen Amt und anderen Akteuren im Bereich Früher Hilfen gerichtet. „Kooperation“ sollte dabei – auf indirektem Wege – als ein Verfahren angesprochen werden, „bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird“ (van Santen & Seckinger, 2003: 29). Der Fragebogenabschnitt zur Netzwerkarbeit im Bereich Früher Hilfen bezog sich hingegen auf Prozesse, die i.d.R. über fallbezogene Kooperationen hinausreichen, in denen „Strukturen entwickelt werden, die die Kooperation unterschiedlicher Institutionen und Personen in ritualisierter Form absichern“ (Kindler et al., 2006: 106-2). Zur Veranschaulichung wurden an dieser Stelle im Fragebogen als mögliche Beispiele solcher Netzwerke Arbeitskreise, runde Tische, lokale Netzwerke und soziale Frühwarnsysteme genannt. Weitergehende Eingrenzungen des Begriffs „Netzwerk“ wurden hingegen nicht vorgenommen.

4. Eine Übersicht zur Projektentwicklung

4.1 Auswahl der Befragungsform

Jede Befragungsform hat ihre spezifischen Vor- und Nachteile, deren jeweilige Gewichtung unter Berücksichtigung der Forschungsziele eines konkreten Projekts meist unterschiedlich ausfällt. Der Einsatz qualitativ-offener Befragungsmethoden wurde im Rahmen der geplanten bundesweiten Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der hohen Fallzahlen ausgeschlossen. Unter den Varianten quantitativ-standardisierter Befragungsformen war zu entscheiden, ob die Erhebung als Online-Befragung, in schriftlicher, telefonischer oder in mündlicher Form erfolgen sollte. Da persönliche und telefonische Methoden aus technischen oder aufwandsbezogenen Gründen für das Projekt nur bedingt realisierbar waren, wurde der Auswahlprozess auf die Alternativen einer postalischen und einer Online-Befragung beschränkt.

Die Option einer Online-Befragung wurde angesichts zu erwartender Nachteile und Risiken letztlich verworfen. So war davon auszugehen, dass die Präsentation von Einzelitems eines Fragebogens via Bildschirm sich weniger flexibel als bei einem schriftlichen Layout erweisen könnte. Vor allem die Abfrage von großen Frageblöcken mit hoher Itemdichte hätten bei einer Online-Befragung an Bildschirmen technische Probleme aufgeworfen. Als Risiko galt weiterhin die Frage nach der Akzeptanz einer Online-Befragung bei Jugend- und Gesundheitsämtern; nicht selten wird die Anonymität der so erhobenen Daten in Zweifel gestellt. Ein praktisches Problem resultierte aus der Frage, wie die Handhabung eines Online-Fragebogens technisch gesteuert werden kann, falls amtsintern mehrere Personen für die Beantwortung der Fragen nötig sind. Um eine möglichst hohe Flexibilität bei der Handhabbarkeit des Fragebogens zu erreichen sowie unter Beachtung der zeitlichen Rahmenbedingungen des Projekts und der Zumutbarkeitsgrenzen der zu befragenden Zielgruppe wurde letztlich entschieden, die Befragung postalisch und unter Einsatz eines standardisierten Fragebogens mit überwiegend geschlossenen Fragen durchzuführen.

4.2 Entwicklung des Erhebungsinstruments

Für die Durchführung einer schriftlichen Befragung benötigt man ein geeignetes Erhebungsinstrument – einen Fragebogen. In der quantitativen Sozialforschung handelt es sich dabei vor allem um so genannte standardisierte Erhebungsinstrumente, bei denen darauf geachtet wird, dass die Inhalte und die Reihenfolge der Stimuli – i.d.R. sind dies „geschlossene“ Fragen („Items“) eines Fragebogens mit identischen Antwortvorgaben – für alle Probanden unverändert bleiben. Durch dieses Vorgehen wird angestrebt, die abgegebenen Antwortreaktionen miteinander vergleichbar zu halten. Erfahrungsgemäß sind an die Entwicklung der Erhebungsinstrumente für postalische Befragungen besonders hohe Ansprüche zu stellen, denn anders als bei mündlichen („face-to-face“) Interviews steht im Rahmen einer postalischen Befragung kein persönlicher Ansprechpartner bereit, der bei der Kontaktaufnahme die Probanden zur Teilnahme an der Befragung persönlich motiviert oder während der Befragung für Hilfestellungen zur Verfügung steht. Diese Aufgaben müssen im Rahmen einer postalischen Befragung durch die schriftlichen Erhebungsmaterialien gewährleistet werden. Vor allem das Begleitschreiben und der eigentliche Fragebogen müssen dabei so gestaltet sein, dass sie auf die Zielgruppe motivierend wirken und in einfacher, selbsterklärender Form alle zur Bearbeitung notwendigen Informationen bereitstellen (Landua, 1995; Sudman & Bradburn, 1983).

Als ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz und Einsatztauglichkeit des Erhebungsinstruments war die Länge des Fragebogens anzusehen. Bereits bei den ersten Projektplanungen wurde in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass zwischen der Komplexität des Untersuchungsthemas und der begrenzten „Aufwandstoleranz“ der Befragten ein Kompromiss zu finden war. Angestrebt wurde ein Erhebungsinstrument, dessen Bearbeitungszeit im Mittel unter einer halben Stunde lag. Weiterhin wurden bei der Konstruktion des Fragebogens folgende Richtlinien berücksichtigt:

- Zu komplexen Themenbereichen wurden stets mehrere Fragen gestellt (Konzept der „Multiplen Indikatoren“).
- Fragen, die einem übergeordneten Themenbereich zuzuordnen waren, wurden nacheinander abgefragt.
- Neue Themenbereiche wurden stets mit Überleitungssätzen eingeleitet.
- Themenbereiche, die nicht für alle Befragten von Belang waren, wurden durch den Einsatz von Filterfragen auf den relevanten Probandenkreis beschränkt.
- Sensible oder „heikle“ Fragen wurden – soweit dies der thematische Aufbau des Fragebogens zuließ – an das Ende des Fragebogens gestellt, um das Abbruchrisiko bei der Bearbeitung zu mindern.
- Die Befragung wurde nicht mit (eher uninteressanten) statistischen Angaben zu den einzelnen Ämtern, sondern mit inhaltlichen Fragen begonnen.

Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde weiterhin berücksichtigt, dass nicht alle Untersuchungsthemen alleine mit geschlossenen Fragen hinreichend erfasst werden konnten. Entsprechend wurden an mehreren ausgesuchten Stellen des Fragebogens auch offene Fragen platziert. Für ein besseres Verständnis der Einzelbefunde sollen die Vor- und Nachteile der beiden Fragetypen kurz vorgestellt werden⁵:

⁵ Bei **offenen Fragen** können die Befragten ihre Antworten frei formulieren, sie können persönliche Schwerpunkte setzen und bestimmen damit Inhalt, Form und Tiefe des Antwortverhaltens. Die Nutzung offener Fragen bietet sich insbesondere an, wenn zu einem bestimmten Forschungsthema nur geringe Vorkenntnisse hinsichtlich der Einstellungen und Ansichten der Zielgruppe existieren oder wenn das Befragungsthema sehr heterogen ist und vorab keine detaillierte Aufgliederung des Untersuchungsgegenstands vorgenommen werden kann. Die Verwendung offener Fragen hat allerdings den Nachteil, dass man zwar viele persönliche aber nur begrenzt vergleichbare Daten erhält. Außerdem hängt die Qualität der Antworten stark von der Artikulationsfähigkeit und -bereitschaft der Befragten ab. Offene Fragen sind also i.d.R. besser für Personen geeignet, die sich zum Befragungsthema differen-

- Offene Fragen sind einfach zu erstellen; geschlossene Fragen sind einfach auszuwerten.
- Offene Fragen schränken die Antworten nicht ein; geschlossene Fragen bieten den Befragten Anhaltspunkte für die Meinungsbildung.
- Offene Fragen können helfen, spezielle Einzelmeinungen zu identifizieren; geschlossene Fragen helfen, verbreitete Sichtweisen zu quantifizieren.

Die Wirksamkeit von vielen der in Fußnote 5 detaillierter beschriebenen methodischen Probleme wird im Rahmen einer Befragung der MitarbeiterInnen von Jugend- und Gesundheitsämtern begrenzt, denn es handelt sich um eine Befragung von Fachkräften zu einem ihnen bekannten Thema. Allerdings sind einige der Unterschiede zwischen den beiden Fragetypen auch an dieser Stelle zu berücksichtigen: So kann z.B. nicht ausgeschlossen werden, dass die geringen Zeitressourcen der teilnehmenden Zielgruppe die Akzeptanzschwelle gegenüber offenen Fragen reduzieren. Ebenso fließen auch bei Fachkräften im Zusammenhang mit der Beantwortung offener Fragen unterschiedliche sprachliche Ausdrucksweisen in die Ergebnisse mit ein.

Die Operationalisierung einzelner Themenbereiche wurde gemeinsam und in enger Abstimmung zwischen dem Deutschen Institut für Urbanistik (Difu), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) umgesetzt. Da für die konkreten Messanweisungen kaum geprüfte Vorgaben aus anderen Studien zur Verfügung standen, wurden im Rahmen des Fragebogaufbaus neue und somit ungeprüfte Items entwickelt. Zur Optimierung der praktischen Handhabbarkeit und der inhaltlichen Validierung der Instrumente wurden zwei Expertenworkshops in Berlin durchgeführt (September und Oktober 2008). Die Ergebnisse dieser Workshops wurden zur Weiterentwicklung des Erhebungsverfahrens und des Befragungsinstruments genutzt. Die praktische Handhabbarkeit des Fragebogens wurde schließlich noch durch einen Pretest überprüft (siehe Kapitel 4.3).

4.3 Maßnahmen zur Planung und Vorbereitung der Datenerhebung

Als Grundgesamtheit wurden alle Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland definiert, da dort ein Schwerpunkt der kommunalen Steuerungsfunktion im Bereich Früher Hilfen anzunehmen ist. Die Möglichkeit, nur eine Auswahl von Jugend- und Gesundheitsämtern zu kontaktieren, wurde unter Berücksichtigung des zu erwartenden Stichprobenfehlers und des relativ kleinen Umfangs der Grundgesamtheit (N < 1.000) nicht befürwortet. Die Entwicklung eines geeigneten Auswahlkonzepts, als vorbereitender Schritt zur Datenerhebung, konnte damit entfallen.

Eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung der postalischen Befragung lag in dem Aufbau einer Datenbank mit den aktuellen Adressen und Kontaktdaten aller Jugend- und Gesundheitsämter. Als Informationsgrundlage diente dabei eine Da-

ziert ausdrücken können bzw. wollen. Die Antworten auf offene Fragen führen zu qualitativen Daten (Texte); dies zieht einen relativ hohen Auswertungsaufwand nach sich, da solche Texte zunächst inhaltsanalytisch bearbeitet und erst unter Nutzung eines Kategoriensystems zusammengefasst werden können. Die Nachteile offener Fragen sind zumeist Vorteile von **geschlossenen Fragen** mit wenigen, identischen Antwortvorgaben. Personen, die sich zu einem bestimmten Thema nicht differenziert ausdrücken können oder wollen, kommen mit geschlossenen Fragen besser zurecht und beantworten diese Fragen eher als offene. Die Daten geschlossener Fragen lassen sich gut vergleichen, man erhält quantitative Ergebnisse, die leicht zu interpretieren sind. Geschlossene Fragen beziehen sich auf das Bezugssystem der/des Forscherin/Forschers; über die Gesichtspunkte, die darüber hinaus für die Befragten relevant sind, erfährt man nur wenig. Dies kann Probleme nach sich ziehen, z.B. wenn sich die Befragten mit Themen konfrontiert sehen, zu denen sie sich noch keine Meinung gebildet haben. Verstärkt werden die Probleme geschlossener Fragen durch ihre vorgegebenen bzw. eingeschränkten Antwortmöglichkeiten. Um diese Probleme zu umgehen, werden in der Praxis u. a. „Indifferenzangebote“ (Kategorie „weiß nicht“) oder das Hinzufügen von „Öffnungskategorien“ („Sonstiges, und zwar...“) genutzt (Schnell, Hill & Esser, 1995: 341 f.).

tenbank der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe (AGFJ) im Deutschen Institut für Urbanistik. Eine hierauf aufbauende Recherche sollte insbesondere zur Aktualisierung der Anschriften und der Namen der Amtsleitungen beitragen. Diese Aktualisierung der Datenbank erfolgte für die Jugendämter vorrangig anhand der Broschüre des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. „Jugendamtsverzeichnis 2007“ (DIJuF, 2007a) und wurde durch eine Internetrecherche ergänzt.

Die Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen bezieht sich auf ein thematisch relativ neues Forschungsfeld, in dem kaum erprobte und getestete Fragebogenitems vorhanden sind. Der inhaltliche Aufbau des Erhebungsinstruments erfolgte deshalb im Rahmen des Projekts ausschließlich über die Entwicklung neu formulierter Items. Um allgemeinen Verständnisschwierigkeiten bei der Bearbeitung der schriftlichen Erhebungsunterlagen vorzubeugen und um die Qualität der Materialien, ihre Eignung für die einzelnen Fragestellungen sowie ihre Handhabbarkeit zu sichern, sollten solche Neu-Formulierungen erst nach ihrer Prüfung durch einen so genannten „Pretest“ in einer Haupterhebung zum Einsatz kommen. Der Abschlusstest (Standard-Pretest und kognitiver Pretest) wurde im Zeitraum Oktober/November 2008, wenige Wochen vor Beginn der Feldphase, durchgeführt und diente der Prüfung des Gesamtinstruments (Begleitschreiben und Fragebogen), einschließlich der Prüfung formaler Aspekte sowie der technischen Umsetzung, Filterführungen und Bearbeitungsdauer.

Die Ergebnisse des Pretests sind ausführlich im Rahmen eines Pretestberichts dargestellt (Arlt & Landua, 2008). An dieser Stelle erfolgt deshalb lediglich eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Befunde: Der Pretest brachte detaillierte Informationen über die mittlere Bearbeitungszeit einzelner Frageblöcke und des gesamten Fragebogens. Es zeigte sich, dass die angestrebte durchschnittliche Bearbeitungsdauer von weniger als 30 Minuten erreicht wurde. Dennoch äußerten viele Amtsleitungen die Befürchtung, dass dieser Aufwand für viele Jugend- und Gesundheitsämter zu hoch sei und die Teilnahmebereitschaft negativ beeinflussen könnte.

Ein weiteres Ziel des Pretests war es zu prüfen, ob sich die neu entwickelten Indikatoren als praxistauglich erweisen. Als ein wichtiger Befund war festzuhalten, dass die formalen und technischen Voraussetzungen des Erhebungsinstruments für einen erfolgreichen Einsatz weitgehend gegeben waren. Das Anschreiben und der Einleitungstext im Fragebogen wurden als informativ und motivierend beschrieben. Das Sprachniveau und die Begrifflichkeiten orientierten sich an der Zielgruppe und wurden überwiegend als verständlich wahrgenommen. Die Filterführungen im Fragebogen wurden seitens der Befragten erkannt und meist korrekt angewendet. Erwartungsgemäß mussten in Folge der Pretestergebnisse mehrere Frageformulierungen und Antwortvorgaben verändert bzw. einzelne Items gestrichen werden. Der Test zeigte insgesamt aber auch, dass das entwickelte Erhebungsinstrument für eine postalische Befragung grundsätzlich geeignet ist. Es ließen sich keine Hinweise auf gravierende inhaltliche oder technische Probleme finden.

4.4 Ablauf der Datenerhebung

Die Datenerhebungsphase begann am 27. November 2008 mit dem Versand der Untersuchungsmaterialien und endete (offiziell) nach rund zwei Monaten, Ende Januar 2009 (siehe Tabelle 01, Seite 15). Insgesamt wurden an die Jugend- und Gesundheitsämter bundesweit 967 Fragebögen verschickt (582 Jugendämter; 385 Gesundheitsämter). Die Zeitspanne zwischen Weihnachten und Neujahr hatte dabei eine unerwünschte, aber durch die vorgegebenen Zeitplanungen des Projekts leider unvermeidliche, Unterbrechung der Erhebungsphase zur Folge. Generell ungünstig war für die Teilnahmebereitschaft von Jugend- und Gesundheitsämtern der Befragungszeitraum gegen Jahresende einzuschätzen, da die Arbeitsbelastungen der

Ämter in dieser Zeit besonders hoch sind und die Motivation zur Bearbeitung eingeschickter Fragebögen entsprechend eher gering ausgeprägt ist. Um den Zeitraum der Datenerhebung möglichst kurz zu halten, wurde bereits am 19. Dezember 2008 ein erstes Erinnerungsschreiben an alle nicht-teilnehmenden Ämter verschickt. Der Rücklauf lag zu diesem Zeitpunkt bei etwa 150 Bögen bzw. bei 15,5%. Bis zum 15. Januar 2009 hatte sich dieser Anteil auf rund 44,5% erhöht. Um Kontaktierungsprobleme, die sich durch die genutzten Postanschriften ergeben konnten, nicht zu wiederholen, wurde die 2. Kontaktierungsrunde der Nichtteilnehmer über E-Mail oder telefonisch umgesetzt.

4.5 Ergebnisse einer Non-Responder-Befragung

Für eine systematische und quantifizierbare Analyse der Gründe, warum Jugend- und Gesundheitsämter an der Befragung des Difu nicht teilnehmen konnten bzw. wollten, wurde eine Non-Responder-Analyse durchgeführt. Hierzu wurden die nicht-teilnehmenden Ämter, von denen bis zum Abschluss der Datenerhebung keine Rückmeldungen vorlagen, nochmals kontaktiert. Diese Kurzbefragung richtete sich an ca. 260 Jugend- und Gesundheitsämter und erfasste letztlich Informationen von 140 Ämtern. Hierunter waren 66 Jugend- und 74 Gesundheitsämter. Die Rückmeldungen schließen Angaben aus allen Bundesländern ein.

Die häufigsten Gründe für Jugend- und Gesundheitsämter, die für ihre Nichtteilnahme maßgeblich waren, sind die „fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen“ sowie die hohen Arbeitsbelastungen im Amt. Auch wenn die AmtsleiterInnen der Thematik Frühe Hilfen ein großes Interesse entgegenbringen und in diesem Bereich bereits aktiv sind, war es ihnen vor allem in Verbindung mit diesem Grund nicht möglich, an der Erhebung mitzuwirken. Als einen weiteren zentralen Grund für die fehlende Mitarbeit gaben insbesondere die Gesundheitsämter „fehlende Zuständigkeiten“ im Bereich Früher Hilfen an. Die Nichtteilnahme resultierte teilweise auch daraus, dass sich einige Jugend- und Gesundheitsämter (noch) nicht im Bereich Früher Hilfen engagieren und daher auf die Bearbeitung der Erhebungsunterlagen verzichteten. Des Weiteren verhinderten organisatorische und inhaltliche Umstrukturierungsprozesse von Ämtern die Teilnahme an dem Befragungsprojekt. Eine detaillierte Übersicht zur Methode und zu Ergebnissen der Non-Responder-Befragung findet sich im Methodenbericht zur 1. Teilbefragung (Arlt, Landua & Sann, 2009).

4.6 Teilnahmequoten und Repräsentativität der Daten

Informationen zur Dauer und zur Ausschöpfungsquote der postalischen Befragung sind Tabelle 01 zu entnehmen. Bis Ende Januar 2009 trafen 581 Fragebögen beim Difu ein, das entspricht einer Brutto-Ausschöpfungsquote von 60,1 Prozent. 386 von 967 kontaktierten Ämtern nahmen nicht an der Befragung teil. Nicht alle Rückmeldungen führten letztlich jedoch auch zu auswertbaren Datensätzen. Durch Fragebögen, die seitens einzelner Ämter mehr als einmal an das Difu zurückgeschickt wurden oder durch nicht ausgefüllte und anonymisierte Fragebögen ohne Absender reduzierte sich der Umfang des Datensatzes auf 573 Fälle (Teilnehmer-Netto). Dennoch ist dieses Ergebnis alles in allem positiv zu werten. Die schwierigen Themen – insbesondere im Bereich der Netzwerkarbeit – und die beachtliche Bearbeitungszeit des Fragebogens waren für viele der Jugend- und Gesundheitsämter auch ohne „monetary incentives“ offenbar kein echtes Hindernis, um an einer Befragung teilzunehmen, die thematisch als aktuell und interessant empfunden wurde. Allerdings fiel die Teilnahmequote unter den 365 Jugendämtern mit 62,7 Prozent etwas höher aus als unter den 200 Gesundheitsämtern (51,9%).

Tabelle 01: Dauer und Rücklauf der Datenerhebung

Zeitlicher Ablauf und Ausschöpfung:	Rücklauf (n):	Rücklauf %):
27./28.11.08 – Versand der Fragebögen → (N= 967)	(kumuliert)	
Rücklauf bis zum 19.12.08; ca.	150	15,5
19.12.08 – Versand des 1. Erinnerungsschreibens		
Rücklauf bis zum 14.01.09; ca.	430	44,5
14.01.09 – Beginn 2. Kontaktierung (E-Mail, Telefon)		
Rücklauf bis zum 01.02.09 (Ende der Datenerhebung)	581	60,1
Gesamt (Nichtteilnehmer):	386	39,9
Gesamt (Teilnehmer-Brutto):	581	60,1
Gesamt (Teilnehmer-Netto):	573	59,3
Darunter :		
Teilnahmequote der Jugendämter	→ 365	→ (62,7)
Teilnahmequote der Gesundheitsämter	→ 200	→ (51,9)
Fehlende Angaben	8	
Angaben im Fragebogen bis Filter 1	540	55,8
Angaben im Fragebogen bis Filter 2	478	49,4
Vollständige Fragebögen	384	39,7

Nicht jedem der auswertbaren Datensätze liegt ein vollständig ausgefüllter Fragebogen zugrunde. Nur 384 der 967 verschickten Fragebögen wurden tatsächlich bis zum Ende ausgefüllt. Dies ist jedoch vor allem auf eine beabsichtigte Maßnahme der Fragebogenkonstruktion zurückzuführen: Da sich alle Items inhaltlich auf den Bereich Früher Hilfen beziehen, wurde für diejenigen Ämter, die in diesem Bereich bislang noch gar keine Aktivitäten zeigen, bereits auf der ersten Seite ein technischer Filter eingebaut (Filter 1), der die weitere Bearbeitung des Fragebogens für diese Teilgruppe unnötig machte. Ebenso wurde für alle Ämter, die noch nicht im Rahmen eines „Netzwerks Früher Hilfen“ tätig sind, an einer späteren Stelle im Fragebogen ein zweiter technischer Filter platziert, der dieser Teilgruppe ein „Überspringen“ aller Netzwerk bezogenen Fragen ermöglichte (Filter 2).

Der insgesamt hohe Rücklauf ist erfreulich und ermöglicht eine zuverlässige Analyse der Daten. Neben einer hohen Beteiligung sind für die Qualität der Befragungsergebnisse jedoch vor allem Faktoren maßgeblich, die die Repräsentativität der Daten betreffen. Für eine Einschätzung der Repräsentativität werden an dieser Stelle mehrere Indikatoren genutzt.

Zunächst soll die Frage beantwortet werden, ob sich die beiden Gruppen der teilnehmenden und der nicht-teilnehmenden Ämter hinsichtlich relevanter Strukturmerkmale nennenswert unterscheiden. Ein Indiz für eine Verzerrung der Daten läge beispielsweise vor, wenn es beachtliche Unterschiede hinsichtlich der Einwohnerzahlen zwischen den Städten und Kreisen gibt, aus denen uns Antworten vorliegen, und den Städten und Kreisen, von denen wir keine Antworten erhalten haben⁶.

⁶ Die entsprechenden Angaben der teilnehmenden Ämter wurden entweder im Fragebogen erhoben oder – bei fehlenden Werten – durch Angaben der amtlichen Statistik aus dem Jahr 2007 ergänzt. Für die Gruppe der nicht-teilnehmenden Ämter wurden die entsprechenden Daten ausschließlich über offizielle Statistiken des Jahres 2007 ermittelt.

Tabelle 02: Der Vergleich der Bevölkerungszahlen von (nicht-)teilnehmenden Ämtern

Bevölkerungszahl (Stadt/Kreis):	Teilnehmer	Nichtteilnehmer	Insgesamt
	In Prozent		
bis 50 Tsd.	11,5	11,3	11,4
51 bis 100 Tsd.	21,3	22,0	21,6
101 bis 250 Tsd.	45,9	49,5	47,5
251 bis 500 Tsd.	17,0	14,6	16,0
über 500 Tsd.	4,3	2,5	3,5
Mittelwerte (in Tsd.):	178	161	171

Den Daten aus Tabelle 02 kann entnommen werden, dass weder die Anteilswerte noch die Mittelwerte von (nicht-)teilnehmenden Ämtern größere Abweichungen aufweisen. Dieser augenscheinliche Eindruck wird durch statistische Prüfverfahren unterstützt⁷: Ein nichtparametrischer Test („Chi-2“) für die Verteilungsunterschiede und ein t-Test für die Mittelwertdifferenzen führen jeweils zu dem Ergebnis, dass die vorhandenen Abweichungen zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ämtern noch im Bereich „zufälliger“ Schwankungen liegen, d.h. auf „nicht-signifikanten“ Unterschieden beruhen.

Ein negativer Effekt auf die Repräsentativität der Befragungsdaten könnte weiterhin dadurch entstehen, dass sich teilnehmende und nicht-teilnehmende Ämter hinsichtlich ihrer geografischen Zuordnung zu einzelnen Bundesländern unterscheiden. Eine entsprechende Analyse zeigt jedoch, dass die meisten landesbezogenen Unterschiede nur schwach ausgeprägt sind und keine Anhaltspunkte für eine nennenswerte Beeinträchtigung der Befragungsdaten liefern⁸.

Tabelle 03: Die Verteilung von Jugend- und Gesundheitsämtern unter (nicht-)teilnehmenden Ämtern

Amtsform:	Teilnehmer	Nichtteilnehmer	Insgesamt
	In Prozent		
Jugendämter	64,6	55,8	60,8
Gesundheitsämter	35,4	44,2	39,2
Zusammen:	100,0 (N= 573)	100,0 (N= 394)	100,0 (N= 967)

Ein drittes Kriterium zur Überprüfung der Repräsentativität der Befragungsdaten beruht auf einem zentralen Unterteilungsmerkmal der Grundgesamtheit, nämlich dem Anteil von Jugend- und Gesundheitsämtern. Den Verteilungen aus Tabelle 03 kann

⁷ Die Frage, ob inferenzstatistische Methoden auch bei Vollerhebungen angewandt werden sollten, ist bekanntermaßen nicht unumstritten (siehe z.B. Broscheid & Gschwend, 2005). Wir benutzen entsprechende Verfahren an dieser Stelle mit dem Argument, dass Vollerhebungen zwar keine Stichprobenfehler aufweisen, aber dennoch die resultierenden Daten durch eine Reihe stochastischer Prozesse beeinflusst werden, die ihre Ursache etwa in Messfehlern haben können.

⁸ Auf die tabellarische Darstellung dieses Befunds wird hier aus Platzgründen verzichtet. Einzelheiten zur Repräsentativitätsprüfung können dem Methodenbericht zur 1. Teiluntersuchung entnommen werden (Artl, Landua & Sann, 2009).

entnommen werden, dass sowohl unter den teilnehmenden als auch unter den nicht-teilnehmenden Ämtern insgesamt zwar jeweils die Teilgruppe der Jugendämter eine absolute Mehrheit bildet. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass der Anteil der Jugendämter unter den Teilnehmern mit 64,6 Prozent höher ausfällt als in der Gruppe der Nichtteilnehmer (55,8%). Ein statistischer Test weist diesen Unterschied als „signifikant“ aus (auf dem 1%-Niveau), was seine inhaltliche Bedeutung unterstreicht. Die Ergebnisse der Befragung werden demnach durch den überproportional hohen Anteil von Jugendämtern unter den teilnehmenden Ämtern verzerrt. Die Ursachen für diese Verzerrung stehen nicht zuletzt in Verbindung mit dem Befragungsthema und waren somit kaum zu unterbinden (Arlt, Landua & Sann, 2009). Die praktischen Auswirkungen dieser Verzerrung halten sich hier allerdings in Grenzen, da die folgenden Einzelbefunde meistens getrennt für Jugend- und Gesundheitsämtern ausgewiesen werden und deren jeweilige Anteilswerte auf die Ergebnisse dieses Berichts demzufolge keinen Einfluss nehmen.

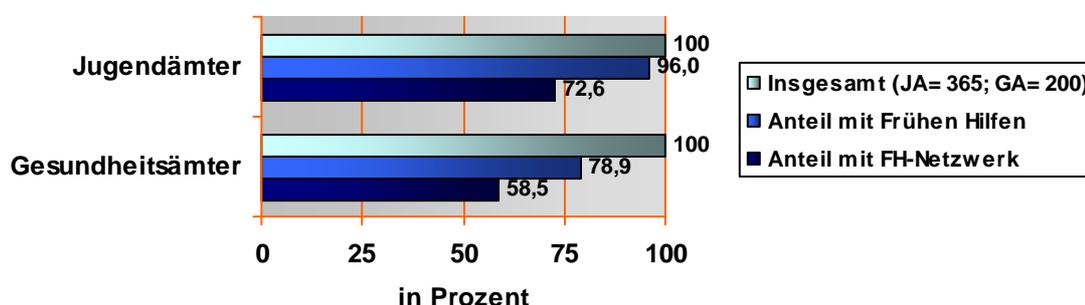
5. Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme

5.1 Zum Umfang der Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen

Auch wenn es sich bei den Fällen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zum Glück nur um eine relativ geringe Zahl von Einzelfällen handelt, sind Staat und Gesellschaft herausgefordert, dem Recht eines jeden Kindes auf Entwicklung und Entfaltung Geltung zu verschaffen. Bei eingeschränkten Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern ist das Risiko von Vernachlässigung und -misshandlung in der frühen Kindheit besonders groß, was sowohl die Bedeutung als auch den Bedarf an Frühen Hilfen beim Aufbau wirksamer Hilfe- und Unterstützungssysteme unterstreicht.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zeigen, dass deutschlandweit seitens kommunaler Steuerungsbehörden bereits vielfältige Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen aufgebaut wurden. Bei insgesamt rund 89 Prozent der teilnehmenden Ämter finden sich eigene Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen. Unter Berücksichtigung der nicht-teilnehmenden Ämter bedeutet dies, dass bundesweit bislang mindestens 50 Prozent der Jugend- und Gesundheitsämter in diesem Bereich aktiv (geworden) sind.

Abbildung 01: Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern nach ihren Beteiligungen im Bereich Früher Hilfen



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

Für die Realisierung eines umfassenden Schutzes der physischen und psychischen Gesundheit von Kindern sind vor allem systemübergreifende Kooperationen von Gesundheitswesen und Jugendhilfe von ausschlaggebender Bedeutung. Beide Sys-

teme erreichen jeweils Eltern und Kinder in unterschiedlichen Lebenslagen. Jugendhilfe und Gesundheitswesen verfügen jeweils über besondere Kompetenzen, die sich wirksam ergänzen können.

Abbildung 01 veranschaulicht die Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern nach ihrer jeweiligen Beteiligung an Aktivitäten (Filter 1) oder Netzwerken zu Frühen Hilfen (Filter 2). Im Bereich Früher Hilfen ist nach eigenen Angaben demnach nahezu jedes der 365 befragten Jugendämter (96%) aktiv; an einem Netzwerk zu Frühen Hilfen sind immerhin 72,6 Prozent beteiligt. Hingegen geben „nur“ 78,9 Prozent der befragten Gesundheitsämter an, bislang Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen entwickelt zu haben und lediglich 58,5 Prozent aller Gesundheitsämter sind in einem entsprechenden Netzwerk aktiv⁹.

5.2 Zum Verständnis des Begriffs „Frühe Hilfen“

Wie bereits in Kapitel 3.1 dargestellt, war davon auszugehen, dass innerhalb der Arbeitspraxis unterschiedlicher Hilfesysteme kein festes und einheitliches Begriffsverständnis von Frühen Hilfen existiert. Angesichts eines sehr heterogenen Untersuchungsgegenstands ist es im Rahmen einer postalischen Befragung nahe liegend, die bestehenden Verständnisformen sowohl über geschlossene als auch über offene Fragen zu erfassen. Ein solches Vorgehen kann sowohl auf die Vorteile qualitativer Daten zurückgreifen als auch die bessere Vergleichbarkeit der Daten aus geschlossenen Antwortvorgaben nutzen (siehe Kapitel 4.2). In den beiden folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse aus beiden Fragentypen zusammengefasst.

5.2.1 Zum Verständnis Früher Hilfen: Ergebnisse aus geschlossenen Fragen

Eine systematische Einordnung des Begriffs „Frühe Hilfen“ ist nicht einfach. Die gesamte Palette vorhandener Angebote bildet eine Präventionskette, um unterschiedlichen familiären Konstellationen mit passenden sowie dem Belastungsgrad entsprechenden Angeboten gerecht werden zu können. Aber auch präventive Hilfen beinhalten in jedem Fall einen Kontrollaspekt, da dritte Personen Einblicke in das Familienleben erhalten (Helming, 2008). Um dennoch einen direkten Vergleich der Akzeptanz bestehender Auffassungen von Frühen Hilfen zu ermöglichen, wurden im Fragenbogen sechs Aussagen vorgegeben. Obwohl die Inhalte dieser Aussagen nicht völlig überschneidungsfrei sind, heben sie dennoch jeweils unterschiedliche Einzelaspekte Früher Hilfen hervor, deren Zustimmung erfasst werden sollte. Die Ausrichtung der Einzelaussagen folgte dabei den drei Dimensionen „primäre Prävention – sekundäre Prävention“, „frühzeitige Hilfen (für Kinder bis 3J.) – rechtzeitige Hilfen (auch für ältere Kinder)“ und „Prävention – Intervention“. Die Befragten wurden gebeten anzugeben, inwieweit sie diesen Aussagen jeweils zustimmen.

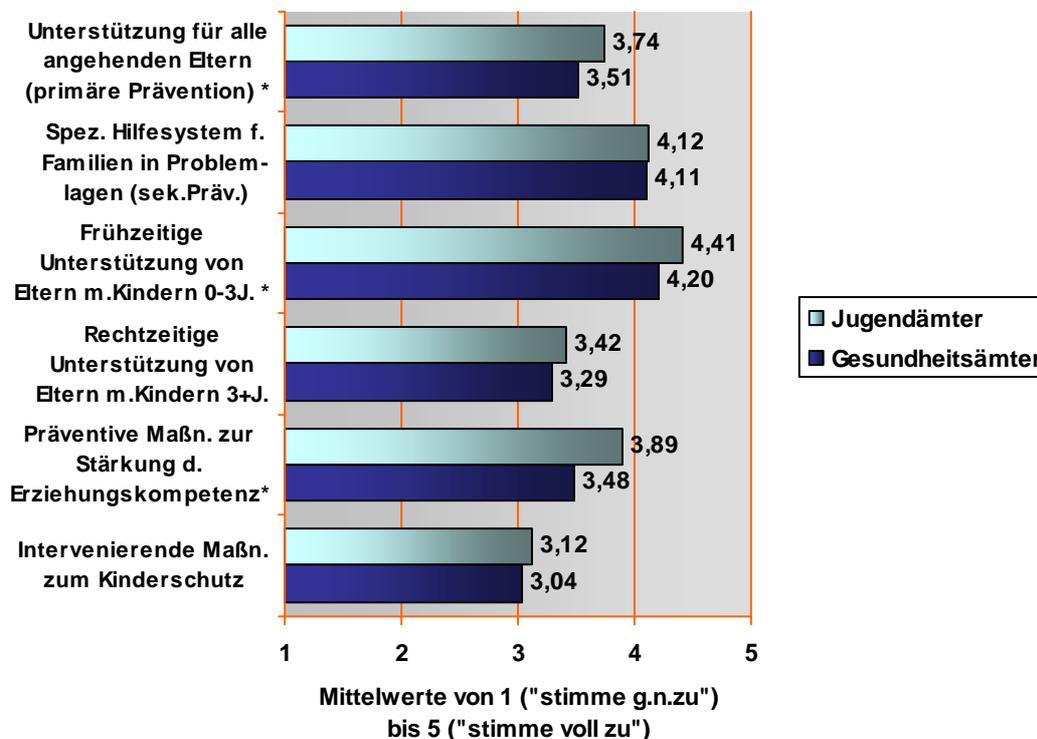
Die Ergebnisse der bundesweiten Befragung zeigen auf, dass der Begriff „Frühe Hilfen“ in der Praxis kommunaler Steuerungsbehörden überwiegend im Sinne sekundärer Prävention verstanden wird und dabei weitgehend der Definition des NZFH folgt (Abbildung 02). So finden sowohl unter den befragten Jugend- als auch unter den Gesundheitsämtern am ehesten diejenigen Aussagen Zustimmung, die Frühe Hilfen als biografisch früh einsetzende Unterstützung bzw. als sekundäre Prävention für Risikogruppen verstehen. Allerdings fällt das Meinungsbild unter den teilnehmenden Ämtern keineswegs einheitlich aus, denn viele Ämter verstehen Frühe Hilfen auch im Sinne primärer Prävention bzw. als präventive Angebote, die vorrangig auf eine Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern abzielen. Das zuletzt genannte Begriffsverständnis ist dabei vor allem unter Jugendämtern verbreitet. Die

⁹ Für acht Ämter liegen keine Angaben über die Amtsform (Jugend- oder Gesundheitsamt) vor.

geringste Zustimmung findet hingegen sowohl unter Jugend- als auch unter Gesundheitsämtern eine Aussage, die Frühe Hilfen ausschließlich als intervenierende Maßnahmen des Kinderschutzes begreift.

Abbildung 02: Zustimmung von Jugend- und Gesundheitsämtern zu einzelnen Begriffsbestimmungen von Frühen Hilfen

„Frühe Hilfen sind in unserem Amt...“



* Signifikanter Mittelwertunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ($p < 0.05$).

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

Die erkennbare Zustimmung bzw. Ablehnung bestimmter Begriffsverständnisse von Frühen Hilfen seitens der befragten Jugend- und Gesundheitsämter legt die Frage nahe, ob zwischen einzelnen Verständnisformen nicht inhaltliche Zusammenhänge festzustellen sind, oder – etwas anders formuliert – ob die Zustimmung zu einem bestimmten Begriffsverständnis nicht zwingend die Befürwortung anderer Positionen ausschließt. Alternativ wäre dabei die Frage zu prüfen, ob sich der Begriff Frühe Hilfen nicht auf ein inhaltlich eher unspezifisches Arbeitsfeld bezieht, in dem eine Akzeptanz unterschiedlicher Definitionen möglich ist. Die hierbei aufgeworfenen Fragestellungen entsprechen somit letztlich auch dem Bedarf einer Plausibilitätsprüfung des vorliegenden Datenmaterials. Fragen dieser Art können jedoch nicht augenscheinlich beantwortet werden, sondern setzen die Nutzung geeigneter statistischer Methoden voraus (Tabelle 04). Im Rahmen von (bivariaten) Zusammenhangsanalysen kann dabei nicht nur untersucht werden, **ob** zwischen zwei Merkmalen ein Zusammenhang besteht oder nicht, sondern es wird konkreter hinterfragt, **wie stark** ein bestehender Zusammenhang ausgeprägt ist. Durch die Berechnung von so genannten „Korrelationskoeffizienten“ bzw. von Zusammenhangsmaßen¹⁰ kann die Stärke eines Zusammenhangs bestimmt und quantifiziert werden.

¹⁰ Bei der Analyse von Daten stellt sich immer wieder die Frage, ob bzw. wie stark bestimmte Merkmale zusammenhängen. Von einem statistischen Zusammenhang („Korrelation“) wird gesprochen, wenn

Tabelle 04: Der Zusammenhang zwischen einzelnen Begriffsbestimmungen Früher Hilfen für Jugend- und Gesundheitsämter (Spearman-rho)

„Frühe Hilfen sind in unserem Amt...“	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Unterstützungsangebote für alle (angehenden) Eltern (primäre Prävention)		-.01	.39	.24	.34	-.15
2. ein spezielles Hilfesystem für Familien in besonderen Problemlagen	.12		.21	.14	.19	.28
3. Frühzeitige Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern der Altersgruppe 0-3 J.	.41	.37		.08	.33	-.10
4. Rechtzeitige Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern (auch) 3+J.	.26	.27	.31		.16	.13
5. Eher präventive Maßnahmen, zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz	.48	.19	.42	.21		-.03
6. Eher intervenierende Maßnahmen, zur Verbesserung des Kinderschutzes	.07	.14	.09	.18	.03	

Legende: Oberhalb der Diagonalen: Korrelationswerte der Jugendämter;
unterhalb der Diagonalen: Korrelationswerte der Gesundheitsämter.

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

Erwartungsgemäß ist festzustellen, dass ein Verständnis Früher Hilfen im Sinne primärer Prävention vor allem in Zusammenhang mit Aussagen steht, die andere präventiv ausgerichtete (Unterstützungs-)Angebote Früher Hilfen betonen. Umgekehrt schließt ein (primär-)präventives Verständnis von Frühen Hilfen die Zustimmung zu intervenierenden Konzepten Früher Hilfen oder zu Konzepten der sekundären Prävention für Risikogruppen weitgehend aus. Dieses Ergebnis ist sowohl bei Jugend- als auch bei Gesundheitsämtern zu erkennen (Tabelle 04; Spalte 1 und Zeile 1¹¹).

Das Verständnis Früher Hilfen als sekundäre Prävention für bestimmte Risikogruppen steht bei Jugendämtern in keinem nennenswerten Zusammenhang mit anderen Konzepten Früher Hilfen (Tabelle 04, Zeile 2, oberhalb der Diagonalen). Für Gesundheitsämter findet sich an dieser Stelle hingegen eine gewisse Übereinstimmung mit einem Verständnis, das Frühe Hilfen als biografisch früh einsetzende Unterstützung begreift (Tabelle 04, Spalte 2, unterhalb der Diagonalen: rho= 0.37).

ein Merkmal x und ein Merkmal y sich stets gemeinsam verändern. Für statistische Zusammenhänge existieren so genannte „Korrelationskoeffizienten“, die die Stärke des Zusammenhangs mit nur einer einzigen Zahl zum Ausdruck bringen. Bei nominalem Messniveau (z.B. „Ja-Nein“-Antworten) können entsprechende Koeffizienten („phi“, „Cramer's V“) nur ausdrücken, ob es einen Zusammenhang gibt (Maximalwert: 1.0) oder nicht (Wert: 0). Liegt jedoch mindestens ordinales Messniveau vor (Daten lassen sich der Größe bzw. dem Rang nach ordnen), besteht darüber hinaus die Möglichkeit, die „Richtung“ einer Beziehung anzugeben. Man unterscheidet dabei zwischen positiven und negativen Beziehungen. Wenn ein Merkmal x (z.B. „Körperlänge“) dann größer wird, wenn auch ein Merkmal y größer wird (z.B. „Schuhgröße“) liegt ein positiver Zusammenhang vor (Maximalwert: +1.0). Wird hingegen ein Merkmal kleiner, wenn ein anderes größer wird, handelt es sich um eine negative Korrelation (Maximalwert: -1.0). Der Wert „0“ signalisiert wiederum das Fehlen eines Zusammenhangs. Entsprechende Zusammenhangsmaße sind „Spearman-rho“ für Ordinaldaten oder der Pearsonsche Korrelationskoeffizient „r“ für metrische Daten (siehe: Brosius, 2004: Kap. 17; Benninghaus, 1998).

¹¹ Die Frage, bis zu welchem Korrelationswert man lediglich von einem „schwachen“ bzw. ab welchem Wert von einem „starken“ Zusammenhang gesprochen werden kann, wird in der Literatur nicht einheitlich beantwortet. Wir folgen einer Orientierungshilfe von Brosius (2004) zur Interpretation der Stärke von Korrelationen und beschränken die inhaltlichen Ausführungen auf Werte > 0.3.

Die Position, Frühe Hilfen als biografisch früh einsetzende Unterstützungsmaßnahmen zu begreifen, korrespondiert bei den teilnehmenden Jugendämtern mit Konzepten der primären Prävention und, wenn auch etwas schwächer ausgeprägt, mit einem Begriffsverständnis, das auf eine präventiv ausgerichtete Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern abzielt. Für Gesundheitsämter finden sich hier leichte bis mäßige Zusammenhänge mit fast allen anderen angeführten Konzepten Früher Hilfen; lediglich zum Verständnis Früher Hilfen als intervenierende Maßnahmen des Kinderschutzes besteht aus Sicht der Gesundheitsämter hier offensichtlich kein inhaltlicher Bezug ($\rho = 0.09$).

Tabelle 05: Zentrale Dimensionen zum Verständnis Früher Hilfen
– Ergebnisse einer Faktorenanalyse

Variablen:	Komponenten (Faktorladungen):			
	1. Faktor		2. Faktor	
	JA(*)	GA	JA	GA
Unterstützungsangebote für alle (angehenden) Eltern	.76	.74		
Ein spezielles Hilfesystem für Familien in besonderen Problemlagen		.46	.77	.49
Frühzeitige Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern der Altersgruppe 0-3 J.	.75	.78		
Rechtzeitige Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern (auch) 3+J.	.32	.32	.38	.63
Eher präventive Maßnahmen, zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz	.71	.79		
Eher intervenierende Maßnahmen, zur Verbesserung des Kinderschutzes			.78	.81

Legende: Hauptkomponentenanalyse; Eigenwertkriterium; Varimaxrotation; ausgewiesen werden nur Faktorladungen > 0.3.

(*) JA= „Jugendämter“; GA= „Gesundheitsämter“.

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

Die Vorstellung, Frühe Hilfen als Unterstützungsangebote für Familien mit älteren Kindern aufzufassen, wird von Jugend- und Gesundheitsämtern vergleichsweise selten geteilt (Abbildung 02) und steht in kaum einen nennenswerten Zusammenhang mit anderen Auffassungen zu Frühen Hilfen. Allerdings scheint einigen Gesundheitsämtern an dieser Stelle die „Grenzziehung“ zu biografisch früher einsetzenden Unterstützungsformen etwas schwerer zu fallen ($\rho = 0.31$).

Nur wenige Jugend- und Gesundheitsämter verstehen Frühe Hilfen als intervenierende Maßnahmen des Kinderschutzes (Abbildung 02) und entsprechende Auffassungen stehen kaum in Verbindung mit alternativen Konzepten Früher Hilfen (Tabelle 04, Spalte 6 und Zeile 6). Lediglich für Jugendämter deutet sich hier ein schwacher Bezug zur sekundären Prävention für Familien in belasteten Problemlagen an.

Die oben vorgestellte Analyse der (bivariaten) Zusammenhänge zwischen einzelnen Aussagen zum Verständnis Früher Hilfen führt zu der Frage, ob nicht einige der vorhandenen Begriffsverständnisse inhaltlich so eng miteinander verbunden sind, dass sie nur **einen** (komplexeren) Sachverhalt repräsentieren und zu **einem** Merk-

mal zusammengefasst werden können. Da sich eine solche Fragestellung auf die Zusammenhänge von mehreren Variablen bezieht, muss zu ihrer Beantwortung auf ein „multivariates“ Analyseverfahren zurückgegriffen werden. Die Art der Fragestellung legte dabei die Anwendung einer Faktorenanalyse¹² nahe (Tabelle 05).

Die Faktorenanalyse zur Begriffsbestimmung Früher Hilfen führt zu einem gut interpretierbaren Ergebnis. Die sechs Aussagen lassen sich zu zwei übergeordneten Komponenten (Faktoren) zusammenfassen, die nur an wenigen Stellen für Jugend- und Gesundheitsämtern inhaltliche Abweichungen aufweisen. Der **erste Faktor** kann anhand der hohen Faktorladungen von drei Einzelitems als „Primär-präventive“ Form Früher Hilfen gedeutet werden. Er beschreibt Frühe Hilfen als ein primär-präventiv ausgerichtetes Unterstützungssystem für alle (angehenden) Eltern mit Kleinkindern bis drei Jahren. Der **zweite Faktor** bezieht sich hingegen auf ein Verständnis Früher Hilfen, bei dem der Kinderschutzaspekt mit stärker sekundär-präventiven bzw. intervenierenden Maßnahmen in den Vordergrund tritt. Dabei scheint sich dieser Aspekt Früher Hilfen für viele Gesundheitsämter stärker auf Familien mit älteren Kindern zu beziehen, als dies bei den Jugendämtern der Fall ist. Dieser Befund korrespondiert inhaltlich gut mit der aktuellen Fachdebatte zum Begriffsverständnis Früher Hilfen und zeigt klar die unterschiedlichen Facetten der Interpretation durch die Fachpraxis.

5.2.2 Zum Verständnis Früher Hilfen: Ergebnisse der offenen Einträge

Im Rahmen der bundesweiten Bestandsaufnahme wurde das Begriffsverständnis von Frühen Hilfen seitens der Jugend- und Gesundheitsämter auch offen abgefragt. Die auf diese Weise erfassten inhaltlichen Beschreibungen spiegeln die in der Arbeitspraxis bestehenden Verständnisse und Definitionen nicht mittelbar, über die Zustimmung/Ablehnung vorgegebener Indikatoren, sondern unmittelbar wider. Als Ergebnis der Analyse offener Einträge lassen sich hinsichtlich Hilfeansatz, Zielstellung, Zielgruppen und rechtlichem Rahmen sowohl bei den Jugend- als auch bei den Gesundheitsämtern zwar verschiedene Verständnisse Früher Hilfen finden, dennoch beruhen diese Abweichungen eher auf Akzentuierungen einzelner Begriffsinhalte als auf einem grundsätzlich differierenden Verständnis Früher Hilfen.

Ein Teil der Unterschiedlichkeit im Begriffsverständnis findet sich hinsichtlich des Hilfeansatzes z.B. darin, dass Frühe Hilfen aus Sicht der Fachkräfte sowohl schwerpunktmäßig präventive Unterstützungsangebote umfassen als auch intervenierende Maßnahmen einschließen können: *"Präventive Unterstützung u. Hilfsangebote für*

¹² Das Ziel einer Faktorenanalyse besteht darin, eine Vielzahl von Einzelvariablen (das sind an dieser Stelle die Einzelaussagen zum Verständnis Früher Hilfen) auf wenige komplexere Hintergrundvariablen (Faktoren) zusammenzufassen. Ein wichtiger Aspekt aller Faktorenanalysen liegt deshalb in der Datenreduktion. Zum Beispiel könnte man im Rahmen einer Marktanalyse zum Image einer Kaufhauskette versuchen, die Einschätzung von Kunden bezüglich einer großen Zahl von Items auf wenige, übergeordnete Faktoren wie "Preis-Leistungsverhältnis", "Atmosphäre", "Service" usw. zu reduzieren. Eine erfolgreiche Faktorenanalyse zeichnet sich also dadurch aus, dass sie mehrere Variablen, die stark miteinander zusammenhängen (korrelieren) zu einem gemeinsamen Faktor zusammenfasst und diese Faktoren hinsichtlich ihrer realen Bedeutung interpretierbar macht. Die Durchführung einer Faktorenanalyse erfolgt in mehreren Schritten: Zunächst wird die Korrelationsmatrix (d.h. eine Tabelle für die Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen) erstellt. Auf deren Grundlage werden anschließend die relevanten Faktoren ermittelt („Faktorextraktion“). Unter den zur Verfügung stehenden Methoden wurde hier die so genannte „Hauptkomponentenanalyse“ genutzt. Ziel dieser Methode ist es, mit möglichst geringem Informationsverlust eine kleine Anzahl von Linearkombinationen (Hauptkomponenten) aus einer Menge von Variablen zu bilden. Um die so gefundenen Faktoren inhaltlich leichter interpretierbar zu machen, werden diese in einem letzten Arbeitsschritt „rotiert“. Zur Anwendung kam dabei die „Varimax-Methode“, die die ermittelten Faktoren so rotiert, dass die Anzahl von Variablen mit hoher Faktorladung minimiert wird. Dies ist das gebräuchlichste Rotationsverfahren (für eine ausführlichere Darstellung von Faktoranalysen siehe Brosius, 2004: Kap. 32; Bortz, 2005: Kap. 15).

Eltern.“, „Frühe Präventionsmaßnahmen ergänzt durch notwendige Interventionsmaßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls.“, „Interventionen bei Familien mit Unterstützungsbedarf, so früh wie möglich.“. Förder- und Kontrollaspekte spielen in vielen Konzepten Früher Hilfen eine Rolle. Allein die Gewichtung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention fällt unter den befragten Fachkräften unterschiedlich aus. Frühe Hilfen werden jedoch überwiegend als eher präventive Hilfeangebote verstanden. Vor allem die Jugendämter betonen dabei die primär-präventive Ausrichtung Früher Hilfen. Weiterhin nimmt im Rahmen einzelner Hilfeansätze der Aspekt der Niedrigschwelligkeit Früher Hilfen einen besonderen Stellenwert ein. Frühe Hilfen sollen für Familien leicht zugänglich, unbürokratisch, zeitnah verfügbar, entsprechend der individuellen Lebenslagen von Familien bedarfsorientiert und aufsuchend sein. Vor allem über aufsuchende Angebote finden sich Zugangsmöglichkeiten zu Eltern, die nicht von sich aus in der Lage oder gewillt sind, geeignete Hilfe einzufordern: „Zugehende, nachgehende, niederschwellige, verbindliche Hilfen für belastete Familien.“, „(...) unterstützend, niederschwellig, ressourcenorientiert, unbürokratisch.“, „Orts- und zeitnah interdisziplinäre Hilfen(...)“, „Ein aufeinander abgestimmtes und auf den jeweiligen Problembereich maßgeschneidertes Netzwerk passgenauer Hilfen.“.

Dementsprechend variieren die Begriffsverständnisse auch zu den Zielen Früher Hilfen. Während für manche Fachkräfte Frühe Hilfen vorrangig der Förderung und Unterstützung von (werdenden) Eltern dienen, zielen für andere Befragte Frühe Hilfen vornehmlich auf die Kontrolle möglicher Kindeswohlgefährdungen bzw. auf die Gewährleistung einer dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung ab. Das grundsätzliche Anliegen ist dabei, „das gesunde, körperliche, geistige und seelische Aufwachsen von Kindern zu fördern(...)“. Hierfür gilt es, Risiken und Gefährdungen möglichst frühzeitig wahrzunehmen, um die Wahrscheinlichkeit für deren Eintreten zu verringern, und bereits in frühen Lebensphasen Hilfen anzusetzen, um Fehlentwicklungen oder Schädigungen vorzubeugen. So gaben mehrere Jugend- und Gesundheitsämter in diesem Zusammenhang entweder an, Frühe Hilfen seien „Hilfen, die die Erziehungskompetenz der Eltern von Anfang an fördern.“ sollten oder „Maßnahmen um Kinder früher und besser zu schützen (...)“.

Unterschiede beim Verständnis Früher Hilfen sind auch bei der Zielgruppenfokussierung festzustellen; sowohl bezogen auf die Altersspanne der Kinder als auch auf die soziale Lage der Eltern. So finden sich Jugend- und Gesundheitsämter, die Frühe Hilfen als möglichst frühzeitige Hilfeangebote für (werdende) Eltern mit Säuglingen bis zum Ende des 1. Lebensjahrs eines Kindes verstehen: „Alle Unterstützungsangebote für werdende Eltern und Eltern von unter 1-jährigen Kindern.“, „Unterstützende und begleitende Hilfen vor und nach der Geburt bis zum Alter von 1 Jahr.“. Andere Ämter erweitern hingegen die Altersspanne der Kinder auf das Vorschulalter oder sogar bis zur Volljährigkeit: „Unterstützungsangebote für alle Eltern (werdende Eltern) mit Kindern von 0-6 Jahren.“, „Strukturelle Förderung von Familien ab Schwangerschaft bis Volljährigkeit des Kindes.“. Andere Ämter setzen explizit keine Altersgrenze der Kinder: „Präventiver und kurativer Kinderschutz in allen Altersgruppen.“. Bei der Bestimmung der Hauptzielgruppe der Eltern werden als Adressaten Früher Hilfen häufig Familien in „schwierigen“ Lebenslagen benannt: „Hilfeangebote für Eltern in belasteten Lebenslagen (...)“, „Spezielle Hilfeprogramme für Familien in Problemlagen.“. Vereinzelt werden konkrete Bevölkerungsgruppen erwähnt, deren Lebenslage die Versorgung eines Kindes erschweren könnte: „Unterstützungsangebote für jüngere Mütter (...)“, „Primärprävention in sozial schwächeren Familien.“. Diese Zielgruppeneingrenzung wird jedoch nicht von allen Ämtern geteilt, vielmehr werden die Adressaten Früher Hilfen vielfach auf alle Eltern ausgeweitet: „Primärpräventive Angebote für alle Familien, entsprechend deren Bedarfslage. Kein Herausfiltern von so genannten Risikofamilien (...)“, „Niedrigschwellige Hilfeangebote, die allen Familien zur Verfügung stehen.“. Im Rahmen dieser Ausweitung

der Zielgruppen Früher Hilfen werden auch Angebote genannt, die sich an die Schülerschaft weiterführender bzw. Berufsbildender Schulen richten: *„Hilfen von Anfang an, beginnend mit Teenager Sprechstunden (...)“*, *„(...) früheste Aktivitäten der Familienbildung mit Schülern der Sek. 1 und 2“*.

Manche der in der Praxis bestehenden Begriffsverständnisse finden ihren Ursprung auch in dem jeweils geltenden gesetzlichen Rahmen Früher Hilfen. Frühe Hilfen werden als Leistungsangebote bzw. Aufgaben unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zugeordnet. Jugendämter nehmen dabei erwartungsgemäß eher Bezug auf die Regelungen des SGB VIII. Sie verstehen Frühen Hilfen als Bestandteil des allgemeinen Auftrags der Kinder- und Jugendhilfe: *„Die Erfüllung des Auftrages gem. § 1 SGB VIII, und nicht die Interventionen der so genannten soz. Frühwarnsysteme.“*, bzw. konkretisiert als Mittel zur Förderung der Erziehung in der Familie: *„Vorwiegend entsprechend den gesetzlichen Grundlagen des § 16 SGB VIII.“*, oder als Teil des Anspruchs auf Hilfen zur Erziehung: *„(...) sind Hilfen gemäß § 27, 1, SGB VIII.“*. Aus Sicht vieler Jugendämter bewegen sich Frühe Hilfen aber vorrangig im Vorfeld von Hilfen zur Erziehung: *„Hilfen, die vor dem Einsatz von Hilfen zur Erziehung greifen.“*, *„Niedrigschwellige Angebote unterhalb der Hilfen zur Erziehung.“*. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Angebote und Leistungen der Gesundheitsämter sind komplexerer Art. Der Begriff Frühe Hilfen wird hier deshalb weniger direkt über die Regelungen der jeweils geltenden Sozialgesetzbücher, sondern eher indirekt anhand von konkreten Aufgaben und Angeboten definiert, wie beispielsweise *„Untersuchung von Kindern und Beratung der Eltern im Rahmen der Einschulungsuntersuchung.“*, *„Beratung, Erziehungs- und Eingliederungshilfen.“*, *„Beratung für Eltern mit Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten (...)“* oder *„(...) Begutachtung zur Frühförderung.“*

Trotz der oben dargestellten unterschiedlichen Akzentuierungen ist auch anhand der offenen Einträge durchaus ein übergreifendes Konzept Früher Hilfen zu erkennen, das von einer Mehrheit der befragten Ämter gemeinsam vertreten wird. Dieses Konzept ist auf frühzeitige und präventive Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern, insbesondere in belastenden Lebenslagen, ab Beginn einer Schwangerschaft bis etwa zum Ende des 3. Lebensjahrs eines Kindes ausgerichtet. Weiterhin sind aus Sicht der befragten Fachkräfte Frühe Hilfen vor allem durch ein interdisziplinäres und niedrigschwelliges System von Hilfeangeboten gekennzeichnet. Ein großer Teil dieser Begriffsverständnisse entspricht somit der Arbeitsdefinition des NZFH¹³.

5.3 Auslösende Faktoren für Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen

Die Jugend- und Gesundheitsämter wurden auch danach gefragt, was ihre Kommune im Einzelnen veranlasste, im Bereich Früher Hilfen aktiv zu werden (Abbildung 03). Ausschlaggebend für Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen waren für Jugendämter insbesondere aktuelle Fachdiskurse, die Novellierung des § 8a SGB VIII und Initiativen der Fachkräfte vor Ort. Nur in wenigen Kommunen waren hingegen für Jugendämter ein gravierender Fall von Kindesvernachlässigung bzw. Kindesmisshandlung, das Aktionsprogramm der Bundesregierung oder die aktuelle Medienberichterstattung Auslöser, im Bereich Früher Hilfen aktiv zu werden.

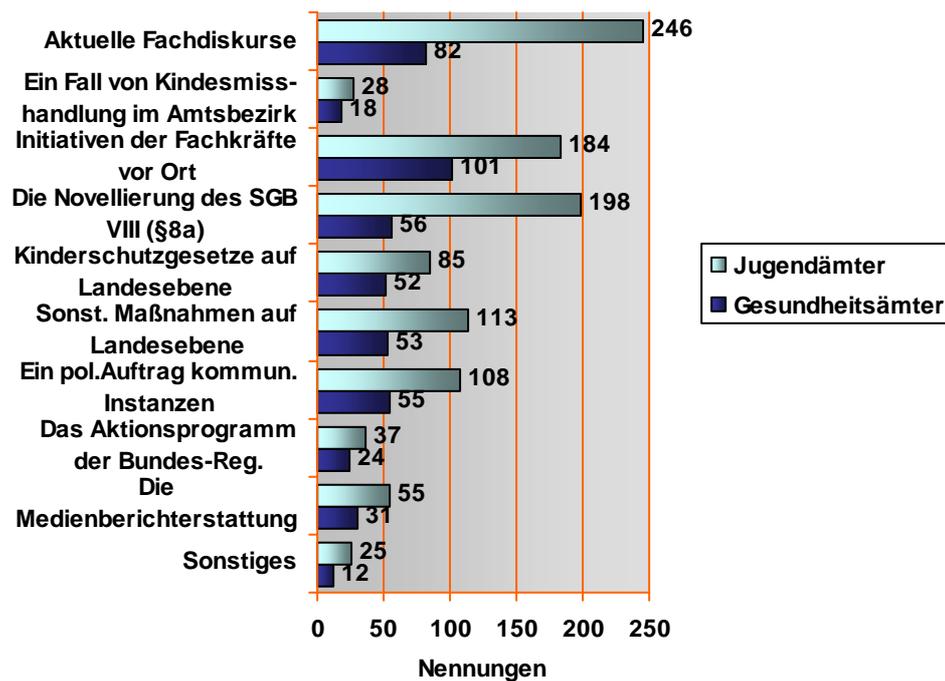
Für Gesundheitsämter ist eine etwas andere Struktur von auslösenden Faktoren als für Jugendämter zu erkennen. Zwar waren Eigeninitiativen von Fachkräften oder aktuelle Fachdiskurse auch bei Gesundheitsämtern für Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen von großer Bedeutung. Erwartungsgemäß spielte jedoch in diesem Zusam-

¹³ Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass durch die notwendige Vorgabe einer einheitlichen Definition Früher Hilfen im Fragebogen eine gewisse „Meinungsbildende Wirkung“ auf das Antwortverhalten der TeilnehmerInnen ausging.

menhang die Novellierung des SGB VIII (§ 8a) eine weitaus geringere Rolle. Der Stellenwert dieser Gesetzesreform in Bezug auf die Initiierung Früher Hilfen unterscheidet sich für Gesundheitsämter kaum von anderen, landesbezogenen Maßnahmen, wie z.B. die Einführung von Kinderschutzgesetzen auf Landesebene. Wie bei den Jugendämtern hatten auch für Gesundheitsämter Einzelfälle von Kindesvernachlässigung bzw. -misshandlung sowie deren mediale Aufbereitung fast keine auslösende Wirkung für den Start von Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen.

Abbildung 03: Auslöser für Initiativen im Bereich Früher Hilfen bei Jugend- und Gesundheitsämtern

„Was hat Ihre Kommune/ Ihre Gebietskörperschaft veranlasst, im Bereich Früher Hilfen aktiv zu werden?“



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

Die Jugend- und Gesundheitsämter hatten an dieser Stelle die Möglichkeit, unter der Kategorie „Sonstiges“ weitere auslösende Faktoren zur Aktivierung Früher Hilfen in ihrer Kommune zu benennen. Auch diese Einträge bestätigen, dass für den Start Früher Hilfen insbesondere die Initiativen von Fachkräften und kommunale bzw. landesbezogene Maßnahmen von ausschlaggebender Bedeutung waren.

Das Engagement der Fachkräfte für den Auf- und Ausbau Früher Hilfen vor Ort liegt vorrangig sowohl auf eigenen Praxiserfahrungen als auch auf aktuellen Entwicklungen in den Kommunen begründet. So führten u. a. folgende Erfahrungen und Wahrnehmungen aus der Praxis die befragten Jugend- und Gesundheitsämter zu der Entscheidung, im Bereich Früher Hilfen verstärkt aktiv zu werden: „Praxis der sozialen Arbeit vor Ort.“, „Erkenntnisse langjähriger Frühförderung.“, „Erkenntnisse der Kitas.“. Auch die kommunale Berichterstattung („Familienbericht.“, „Ergebnisse der städtischen Gesundheitsberichterstattung.“, „Kindergesundheitsbericht, sozialer Problemdichtebericht.“) sowie die Fallanalysen wie die der Hilfen zur Erziehung („Analyse der Fallverläufe HzE.“, „Bedarfsermittlung durch Fallanalyse.“) legten einen Bedarf an Früher Hilfen offen. Von großer Bedeutung scheint diesbezüglich in einigen Kommunen die Änderung bzw. Verschärfung von sozialen Problemlagen zu sein:

„Zunehmende soziale Problematik (...).“ Der Bedarf an Frühen Hilfen resultiere z.B. aus der steigenden Fallzahl von Hilfen zur Erziehung¹⁴ oder aus der hohen Zahl an jungen und/oder drogenabhängigen Müttern: *„Steigende HzE-Fallzahlen.“*, *„Hohe steigende Zahl an jungen Schwangeren.“*, *„Große Anzahl Junkie Mütter.“*

Bei den kommunalen und landesbezogenen Maßnahmen, die zur Initiierung Früher Hilfen führten, handelte es sich vor allem um die im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung geförderten Modellprojekte. Ebenso wurden des Öfteren die „Lokalen Bündnisse für Familie“¹⁵ als Auslöser benannt. Die Lokalen Bündnisse sind Netzwerke, in denen konkrete Maßnahmen für eine kind- und familiengerechtere Gesellschaft entwickelt und umgesetzt werden. Als eine weitere Maßnahme auf Landesebene nannten einzelne Ämter das jeweilige Landeskinderschutzgesetz.

Aus Sicht einiger der befragten Jugendämter war das Vorhaben, das Präventionsangebot für die Familien vor Ort zu verbessern, ausschlaggebend gewesen, sich im Feld Früher Hilfen zu betätigen: *„Präventionsangebote verbessern.“*, *„Mehr Vorsorge, weniger Nachsorge.“* Vereinzelt verwiesen einige Jugend- und Gesundheitsämter auf die Tatsache, dass Frühe Hilfen Bestandteil des bereits (jahrzehntelang) bestehenden Betreuungsangebotes seien, so dass die jeweilige Kommune nicht „erst“ aktiv werden musste: *„Bestehendes Beratungsangebot seit 30 Jahren.“*, *„War schon immer eine Aufgabe.“*

5.4 Steuerungsverantwortung für Frühe Hilfen

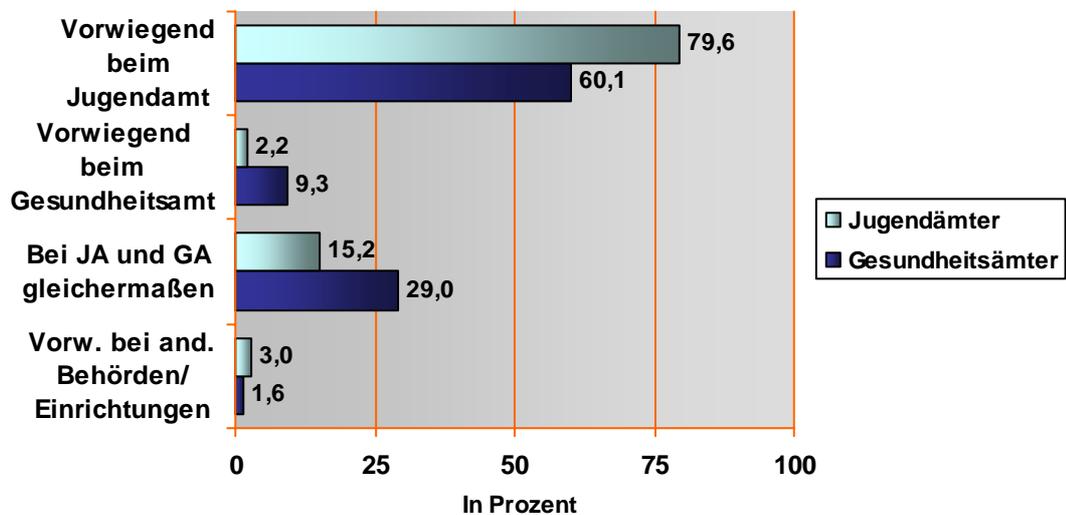
Die Frage, wo die Steuerung bzw. Koordinierung der Angebote zu Frühen Hilfen in den jeweiligen Amtsbezirken liegt, wurde von Jugend- und Gesundheitsämtern unterschiedlich beantwortet (Abbildung 04). Zwar ist davon auszugehen, dass bei der überwiegenden Mehrheit aller Ämter diese Steuerungsverantwortung beim Jugendamt liegt (insgesamt: 72%), doch wird diese Einschätzung vor allem von den Jugendämtern selbst vertreten (\cong 80%) und lediglich von 60 Prozent der befragten Gesundheitsämter geteilt. Rund 20 Prozent der Befragten sehen Jugend- und Gesundheitsamt gemeinsam in der Pflicht – diese Position ist insbesondere unter den Gesundheitsämtern zu finden (29%); Jugendämter sprechen hinsichtlich der Angebote Früher Hilfen hingegen weitaus seltener von einer gemeinsamen Steuerungsverantwortung in ihrem Amtsbezirk (15,2%). Immerhin fast jedes zehnte Gesundheitsamt sieht sich bei der Steuerung/ Koordinierung Früher Hilfen vorwiegend alleine in der Pflicht; diese Position wird nur von etwa zwei Prozent der Jugendämter geteilt. Eine vorwiegende Zuständigkeit Früher Hilfen bei anderen Behörden oder Einrichtungen stellen in nennenswertem Umfang weder Jugend- noch Gesundheitsämter für ihre Amtsbezirke fest.

¹⁴ Die Aussagen der Jugendämter bezüglich der zunehmenden Fallzahl an Hilfen zur Erziehung werden durch die amtliche Statistik bestätigt. Es ist in den letzten Jahren ein stetiger Anstieg der Leistungen der Hilfen zur Erziehung zu beobachten. Die Zahl der innerhalb eines Jahres neu begonnenen Hilfen zur Erziehung für Kinder im Alter von unter 6 Jahren und deren Familien hat im Jahr 2007 um 19% gegenüber dem Vorjahr deutlich zugenommen (Statistisches Bundesamt, o.J.; Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2009).

¹⁵ Die Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“ werden seit 2004 vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend getragen und aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds kofinanziert. In den Lokalen Bündnissen engagieren sich neben den Kommunen auch u. a. Unternehmen, Verbände, Stiftungen, Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Kirchen in den Handlungsfeldern wie beispielsweise „Familienfreundliches Lebensumfeld“, „Erziehungsverantwortung wahrnehmen“, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ sowie „Kinderbetreuung“.

Abbildung 04: Steuerungsverantwortung für Frühe Hilfen aus der Sicht von Jugend- und Gesundheitsämtern

„Wo liegt die Steuerung/ Koordinierung der Angebote zu Frühen Hilfen in Ihrem Amtsbezirk?“ (*)



* Signifikanter Verteilungsunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ($p < 0.05$).

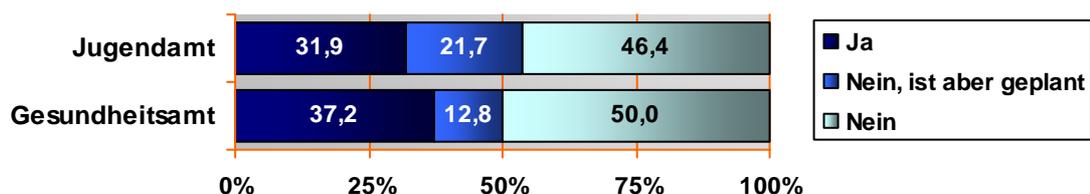
Datenbasis: Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen, Deutsches Institut für Urbanistik, 2009.

5.5 Strukturelle Verankerung und personelle Ressourcen

Um ein nachhaltig wirksames System Früher Hilfen aufbauen zu können, müssen die in diesem Bereich entstehenden neuen Hilfeformen bzw. Angebote strukturell verankert werden. Gerade für die neuen Angebote Früher Hilfen im Schnittstellenbereich zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe ist an dieser Stelle – aufgrund der föderalen Strukturen der Bundesrepublik – derzeit der politische Wille auf Landes- oder kommunaler Ebene entscheidend. Immerhin rund 32 Prozent der teilnehmenden Jugendämter und 37 Prozent der teilnehmenden Gesundheitsämter gaben im Rahmen der Befragung an, amtsintern über eine/einen Arbeitseinheit bzw. -bereich zu Frühen Hilfen zu verfügen (Abbildung 05). Die Gesundheitsämter sind strukturell also unerwartet und im Verhältnis zu den Jugendämtern relativ gut aufgestellt, obwohl sie nach eigener Einschätzung (und auch nach Einschätzung der Jugendämter) eher keine steuernde oder initiative Funktion in der Kommune im Bereich Früher Hilfen innehaben (siehe 5.4 und 5.9).

Abbildung 05: Verbreitung eigener Arbeitsbereiche zu Frühen Hilfen bei Jugend- und Gesundheitsämtern

„Gibt es in Ihrem Amt eine eigene Arbeitseinheit/ einen eigenen Amtsbereich zu Frühen Hilfen?“



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

Allerdings zeigt die Analyse offener Einträge an dieser Stelle, dass sich diese Angaben wohl nur selten auf eigenständige „Abteilungen“ oder „Fachbereiche“ Früher Hilfen beziehen, sondern die Eingliederung Früher Hilfen in bestehende Organisationseinheiten oder Dienste beschreiben. Entsprechend wurden in diesem Zusammenhang als zuständige Arbeits- bzw. Amtsbereiche seitens der Jugendämter beispielsweise sehr häufig der „Allgemeine Soziale Dienst“ (ASD) und seitens der Gesundheitsämter der „Kinder- Jugendgesundheitsdienst“¹⁶ (KJGD) genannt. Die Analyse offener Einträge lässt darüber hinaus erkennen, dass der ASD seitens der Jugendämter offenbar als zentrale Vermittlungsinstanz im Feld Früher Hilfen fungiert, denn i.d.R. liegen auch die Fallverantwortung und das Monitoring im Bereich der Kindeswohlgefährdung beim ASD. Der KJGD ist als sozialpädiatrischer Facharzt-dienst des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der Gesundheitsüberwachung und Gesundheitsförderung für den Schutz des Wohles der Kinder und Jugendlichen zuständig. Seine Angebote umfassen Beratung, Begutachtung, Förderplanung und aufsuchende Gesundheitshilfe. Für Frühe Hilfen sind des Weiteren in den befragten Ämtern strukturell verankerte lokale Koordinierungsstellen (*Netzwerkstelle Frühe Hilfen (...)*“ oder *„Koordinierungsstelle Kinderschutz.“*) bzw. AmtsmitarbeiterInnen als KoordinatorInnen eines Netzwerkes im Bereich Frühe Hilfen (*„Kordinator ‚Netzwerk für Kinderschutz‘.“*, *„Kordinatorin ‚Soziales Frühwarnsystem – Frühe Hilfen für Familien‘.“*) zuständig. Darüber hinaus obliegt die Verantwortung für Frühe Hilfen in einigen Ämtern nicht einem, sondern mehreren Arbeits- bzw. Amtsbereichen: *„Alle Teams (Hilfen zur Erziehung, Erziehungs- und Familienberatung, Jugendförderung, Vormünder, Jugendhilfeplanung).“* Zudem ist in einzelnen Ämtern bisher nur die Amtsleitung bzw. die Fachbereichsleitung für diesen Bereich zuständig. Seitens der Jugendämter sind zum Teil Familien- und Kinderbüros für Frühe Hilfen zuständig: *„Familien- und Kinderservicebüro.“*, *„Familienbüro.“* Nur selten sind aus Sicht der Gesundheitsämter die Schwangerenberatungsstellen, ein Leistungserbringer im Bereich Früher Hilfen, die zuständige Stelle.

Bei immerhin fast 22 Prozent der Jugendämter existierten zum Zeitpunkt der Befragung zwar keine eigenen Arbeitseinheiten bzw. Amtsbereiche zu Frühen Hilfen, laut Angaben dieser Jugendämter sind solche aber geplant; entsprechende Planungen sind dagegen nur bei weniger als 13 Prozent der Gesundheitsämter vorgesehen (Abbildung 05). Bei einem großen Teil der kontaktierten Ämter sind Arbeitseinheiten oder Amtsbereiche zu Frühen Hilfen jedoch weder vorhanden noch geplant. Dies betrifft im Rahmen der bundesweiten Bestandsaufnahme 46,4 Prozent der befragten Jugendämter und 50 Prozent der Gesundheitsämter.

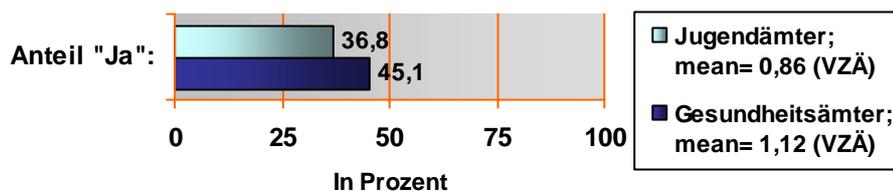
Die nachhaltige Umsetzung Früher Hilfen wird befördert durch entsprechende personelle Kapazitäten und Kostentragung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems. Bislang hängt die Ausstattung Früher Hilfen aber weitgehend von der Finanzlage und der politischen Prioritätensetzung der Kommunen/Landkreise ab. Dem entspricht, dass mittlerweile zwar der überwiegende Teil aller Jugend- und Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen aktiv ist, die Aktivitäten sind jedoch insgesamt nur bei 39 Prozent der an der Befragung teilnehmenden Behörden personell hinterlegt. In der Regel handelt es sich dabei nur um eine halbe oder eine ganze Stelle für Koordinierungsaufgaben. Trotz einer größeren Beteiligung und höheren Steuerungsverantwortung ist die personelle Ausstattung von Jugendämtern im Bereich Früher Hilfen schwächer ausgeprägt als bei Gesundheitsämtern (Abbildung 06). Auch der Durchschnitt der Vollzeitstellenäquivalente liegt bei Jugendämtern niedriger als bei Gesundheitsämtern (0,86 VZÄ vs. 1,12 VZÄ). Dies unterstreicht noch einmal das Ungleichgewicht von selbst wahrgenommener Zuständigkeit und tatsächlicher Ausstattung zwischen Jugend- bzw. Gesundheitsäm-

¹⁶ Der KJGD steht hier auch synonym für Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD) und Kinder- und Jugendmedizinischer Dienst (KJMD).

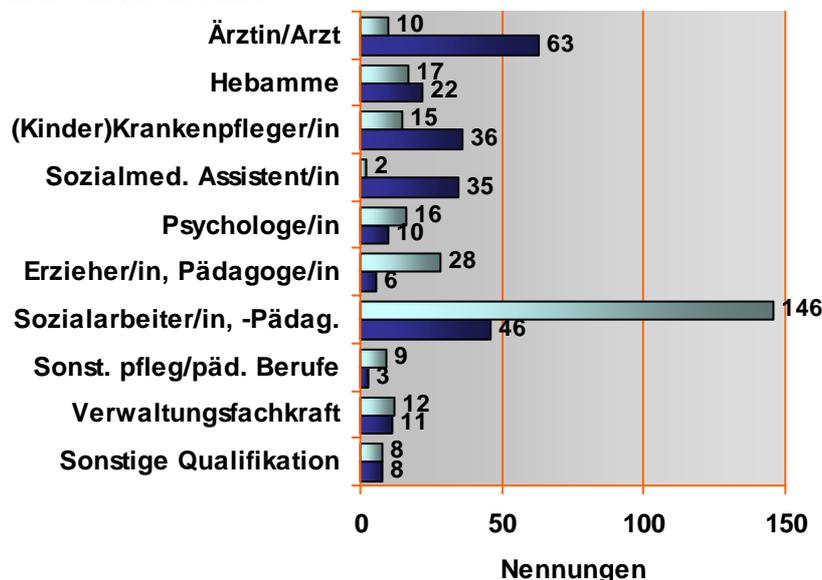
tern, das sich schon unter 5.5 in Bezug auf die strukturelle Verankerung Früher Hilfen dargestellt hat. Dieser Befund wirft im Hinblick auf die effektive Nutzung vorhandener Ressourcen zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen Fragen nach möglichen Reserven im Gesundheitsbereich auf. Diese Frage stellt sich insbesondere auch in Verbindung mit dem Befund aus 5.8, dass die Gesundheitsämter nicht zu den häufig frequentierten, bedeutsamen Kooperationspartnern der Jugendämter gehören.

Abbildung 06: Umfang und Qualifikation der Mitarbeiter/-innen

„Gibt es momentan in Ihrem Amt Mitarbeiter/-innen, die überwiegend im Bereich Früher Hilfen arbeiten?“



„Welche beruflichen Qualifikationen haben die im Bereich Früher Hilfen tätigen Fachkräfte in Ihrem Amt?“



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

Die beruflichen Qualifikationen der im Bereich Früher Hilfen tätigen Fachkräfte weisen für Jugend- und Gesundheitsämter deutliche Unterschiede auf (Abbildung 06). So findet sich innerhalb von Jugendämtern unter den im Bereich Früher Hilfen tätigen Personen einerseits eine insgesamt große Bandbreite unterschiedlicher Qualifikationen, andererseits stellen jedoch SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie erzieherische/pädagogische Berufe eine klare Mehrheit unter den hier eingesetzten Fachkräften. Bei Gesundheitsämtern ist hingegen im Bereich Früher Hilfen eine etwas heterogenere Beschäftigtenstruktur festzustellen. Zwar kommen auch im Gesundheitsdienst in diesem Zusammenhang in beachtlichem Umfang SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen zum Einsatz, die mit Abstand größte Teilgruppe der im Bereich Früher Hilfen tätigen Fachkräfte bilden jedoch Ärztinnen und Ärzte. Erwartungsgemäß findet sich in Gesundheitsämtern dabei eine allgemein stärkere Gewichtung von medizinisch/pflegerischen Berufen. Neben Ärztinnen und Ärzten sind dabei vor allem (Kinder-)KrankenpflegerInnen, Sozialmedizinische AssistentIn-

nen und Hebammen zu nennen. Eine zahlenmäßig eher schwach vertretene Berufsgruppe bilden hingegen PsychologInnen. Dies trifft sowohl für Gesundheits- als auch für Jugendämter zu. Abschließend sollte darauf hingewiesen werden, dass der Bereich Früher Hilfen sowohl im Gesundheitsdienst als auch innerhalb der Jugendhilfe bislang offenbar kaum über eigene Verwaltungsfachkräfte verfügt.

Die Auswertung der offenen Kategorie „Sonstige Qualifikationen“ ergänzt die oben vorgestellten Informationen und führt zu dem Ergebnis, dass in Jugend- und Gesundheitsämtern auch sozialwissenschaftliche Fachkräfte im Bereich Früher Hilfen tätig sind: „Soziologe“, „Sozialwissenschaftlerin“. In einem Teil dieser Ämter sind dabei „Koordinstellungen“ die für Früher Hilfen zuständigen Arbeitsbereiche. Zu vermuten ist, dass die wissenschaftlichen Fachkräfte in den Ämtern als KoordinatorInnen mit der Planung und Steuerung der Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen sowie ggf. der wissenschaftlichen Begleitung beauftragt sind. Schließlich gehören in einzelnen Ämtern die für Früher Hilfen zuständigen MitarbeiterInnen der Berufsgruppe der HeilpädagogInnen an; vereinzelt wurden als Beschäftigte auch medizinische Fachangestellte (bis zum Juli 2006: ArzhelferInnen) genannt.

5.6 Zur Umsetzung einzelner Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen

Abbildung 07 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. Dabei zeigt sich der Stand der Umsetzungen für einzelne Maßnahmen insgesamt recht uneinheitlich; weiterhin finden sich sowohl bei der Umsetzung als auch bei den vorgesehenen Planungen zum Teil beträchtliche Abweichungen zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern.

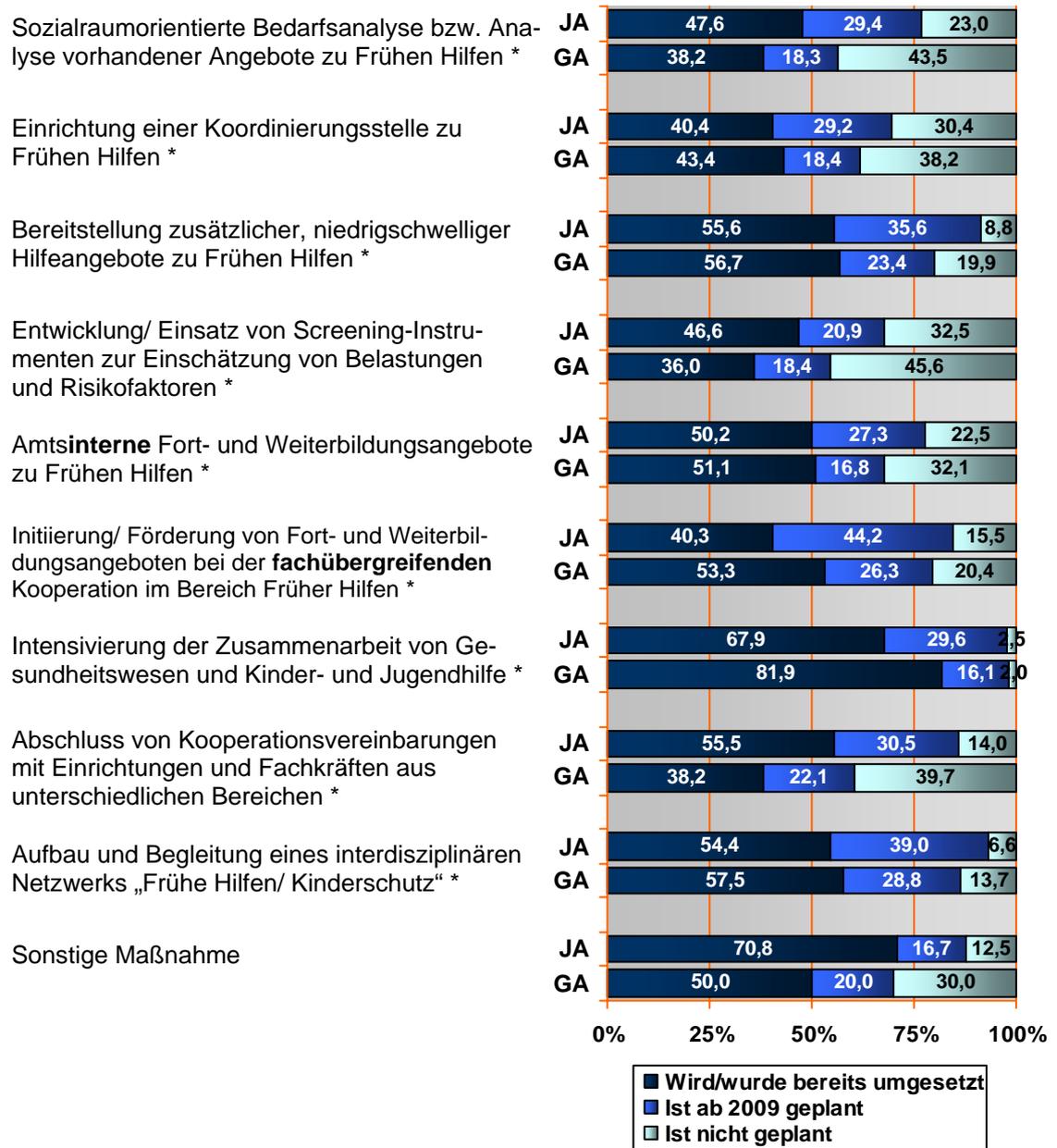
Für die Weiterentwicklung Früher Hilfen und für einen nachhaltigen Wandel der Angebotsstrukturen der Jugendhilfe wäre auf kommunaler Ebene eine **sozialräumliche Analyse** von Bedeutung, die zunächst den Bedarf bzw. Defizite an bestimmten Angeboten ermittelt. Entsprechende Bedarfsanalysen wurden von fast der Hälfte aller befragten Jugendämter bereits durchgeführt, bei weiteren 29,4 Prozent sind solche Bestandsaufnahmen für 2009 geplant. Lediglich 23 Prozent aller Jugendämter ziehen diese Maßnahme bislang nicht in Betracht. Unter den teilnehmenden Gesundheitsämtern fallen sowohl der Umfang bereits durchgeführter Analysen als auch diesbezügliche Planungen geringer aus: Fast 44 Prozent der Gesundheitsämter haben entsprechende Untersuchungen bislang weder durchgeführt noch geplant.

Relativ weit vorangeschritten ist die Bereitstellung zusätzlicher, **niedrigschwelliger Angebote** für Familien. Jeweils weit über 50 Prozent aller Jugend- und Gesundheitsämter gaben im Rahmen der Bestandsaufnahme an, den Aufbau entsprechender Angebote weiterentwickelt zu haben. Für das Jahr 2009 sehen die Planungen von weiteren 35,6 Prozent der Jugendämter die Bereitstellung solcher Angebote zumindest vor. Dies trifft lediglich auf 23,4 Prozent der Gesundheitsämter zu; nahezu jedes fünfte befragte Amt des Gesundheitsdienstes verzichtet demzufolge bislang auf die Bereitstellung zusätzlicher Hilfeangebote.

Allgemeine Screening-Verfahren zur Erkennung von möglichen Risiken bzw. Belastungen setzen idealerweise auf der Ebene von systematischen Zugängen zu Familien im medizinischen System an. Sie können dazu beitragen, mehr Familien mit Unterstützungsangeboten zu versorgen. Lediglich 36 Prozent der Gesundheitsämter geben an, entsprechende Instrumente bereits entwickelt bzw. 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 weiter verstärken.

Abbildung 07: Umsetzung einzelner Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen bei Jugend- und Gesundheitsämtern

„Welche Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen werden bzw. wurden in Ihrem Amt bereits umgesetzt? Und welche Maßnahmen sind ab 2009 geplant?“



* Signifikanter Verteilungsunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ($p < 0.05$).

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

Viele Schwierigkeiten bei der Umsetzung Früher Hilfen ergeben sich aus der mangelnden Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal, das sowohl allgemein auf die Arbeit mit Säuglingen und Klein(st)kindern spezialisiert ist als auch Zusatzkenntnisse und Erfahrungen in der Elternarbeit und im Kinderschutz vorweisen kann. Die vorhandenen Fachkräfte müssen sich größtenteils erst in das Themengebiet einarbeiten. Dem hohen Qualifizierungsbedarf im Bereich Früher Hilfen entsprechen viele Ämter durch fundierte und themenspezifische Weiterbildung ihrer MitarbeiterInnen. Jeweils etwas mehr als die Hälfte der befragten Jugend- und Gesundheitsämter gibt

an, bereits **amtsinterne Fort- und Weiterbildungsangebote** zu Frühen Hilfen aufgebaut zu haben. Vor allem unter Jugendämtern scheint sich diese Entwicklung auch für 2009 weiter fortzusetzen. Hingegen ist die Initiierung bzw. Förderung von Fort- und Weiterbildungsangeboten bei der **fachübergreifenden** Kooperation im Bereich Früher Hilfen besonders unter den Gesundheitsämtern fortgeschritten. 53,3 Prozent bestätigen den Aufbau fachübergreifender Fortbildungsmaßnahmen. Dies trifft zwar nur für 40,3 Prozent unter den Jugendämtern zu, allerdings ist innerhalb der Jugendhilfe gerade der Umfang der geplanten Vorhaben in 2009 an dieser Stelle relativ stark ausgeprägt (44,2%).

Die bisherigen Aktivitäten beziehen sich vorrangig auf eine **Intensivierung der Zusammenarbeit** von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe: 67,9 Prozent der teilnehmenden Jugendämter und sogar 81,9 Prozent der Gesundheitsämter gaben im Rahmen der Befragung an, entsprechende Maßnahmen bereits umgesetzt zu haben. Gemäß den Planungen der Jugendämter für das Jahr 2009 dürfte sich jedoch der Umfang der Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern voraussichtlich 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 Prozent der befragten Gesundheitsämter bzw. über 90 Prozent der Jugendämter berichten von bereits etablierten oder von geplanten interdisziplinären Netzwerken „Frühe Hilfen/ Kinderschutz“.

Je stärker sich die Zusammenarbeit im Bereich Früher Hilfen interdisziplinär und fachübergreifend gestaltet, desto wichtiger wird ein professionelles Management, etwa durch die Einrichtung einer zentralen **Koordinierungsstelle**, die regelmäßige Treffen professionell vorbereitet, koordiniert und moderiert, Fachkräfte berät und als vermittelnde Stelle ansprechbar ist. Eine Koordinierungsstelle ist der Knotenpunkt für die unterschiedlichen Systeme, die im Bereich Früher Hilfen aktiv sind. Über 40 Prozent der befragten Jugend- und Gesundheitsämter (40,4% bzw. 43,4%) geben im Rahmen der Befragung an, bereits eine Koordinierungsstelle zu Frühen Hilfen eingerichtet zu haben. Bei knapp einem Drittel der Jugendämter ist die Etablierung einer solchen Stelle noch für 2009 geplant. Mehr als 38 Prozent der Gesundheitsämter werden jedoch auch in 2009 voraussichtlich keine solche Stelle einrichten.

Für zunehmende Veränderungen in der Struktur der Zusammenarbeit kommunaler Steuerungsbehörden mit Einrichtungen und Fachkräften aus unterschiedlichen Bereichen spricht auch der Befund, dass insbesondere Jugendämter bemüht sind, bestehenden Arbeitskontakten durch den Abschluss von **Kooperationsvereinbarungen** eine verbindlichere Basis zu geben. Dies ist sicher auch als eine Folge der Einführung des § 8a SGB VIII zu sehen. Mehr als die Hälfte der Jugendämter haben dies bereits begonnen und bis Ende 2009 wollen über 85 Prozent der Jugendämter diesen Prozess weiter vorantreiben. Seitens der Gesundheitsämter gibt es in diesem Bereich mehr Zurückhaltung: Nur gut ein Drittel nutzt dieses Instrument bereits und gut ein Fünftel plant den Abschluss solcher Vereinbarungen in 2009.

Die Angaben zu den offen abgefragten Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen beziehen sich vorrangig auf die eben beschriebenen zentralen von den Jugend- und Gesundheitsämtern bereits umgesetzten Handlungen. Zum einen wurden dabei die bereit gestellten niedrigschwelligen Angebote zu Frühen Hilfen von den befragten Ämtern konkret benannt. Zum anderen führten die Ämter Einzelmaßnahmen im Rahmen der Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sowie der Netzwerkbildung an, die als Grundlagen für eine gelingende und nutzbringende Zusammenarbeit der Leistungserbringer erforderlich sein könnten.

Bei den Hilfeangeboten bzw. -projekten handelte es sich vor allem um aufsuchende und an alle (werdenden) Eltern gerichtete Hilfen. Die Jugend- und Gesundheitsämter führten Besuchsdienste ein („*Neugeborenenbesuche*“, „*Familienbesuche*“), stellten den Eltern von Neugeborenen Informationsmaterial zur Verfügung („*Babybegrüßungspaket*“, „*Elternbegleitbuch*“) und/oder setzten auf „*Hebammenprogramme*“ sowie „*Elternkurse*“. Sie sind Beispiele für niedrigschwellige Angebote im Bereich Früher Hilfen, die von ihrer Konzeption her auf der Idee basieren, Eltern frühzeitig über bestehende Angebote und Hilfen für Familien zu informieren sowie Zugang zu Familien zu erhalten, insbesondere zu jenen Eltern mit Kindern, die Unterstützung benötigen, aber nicht selbst in der Lage sind, sich geeignete Hilfe zu holen. Solche Angebote sind aber auch für diejenigen Eltern bestimmt, die zwar fähig sind, sich eigenständig Hilfe zu suchen, sich aber aus Angst nicht trauen, um Hilfe zu bitten. Besonders (Familien-)Hebammen könnten hierzu motivieren. Die dabei zugrunde liegende Idee ist es, dass sie als „intime“ Beraterin und Vertrauensperson für die Mütter und Familien i.d.R. als wenig stigmatisierend wahrgenommen werden, da aus Sicht der (werdenden) Eltern die gesundheitliche Betreuung der Mutter und ihres Säuglings im Vordergrund steht.

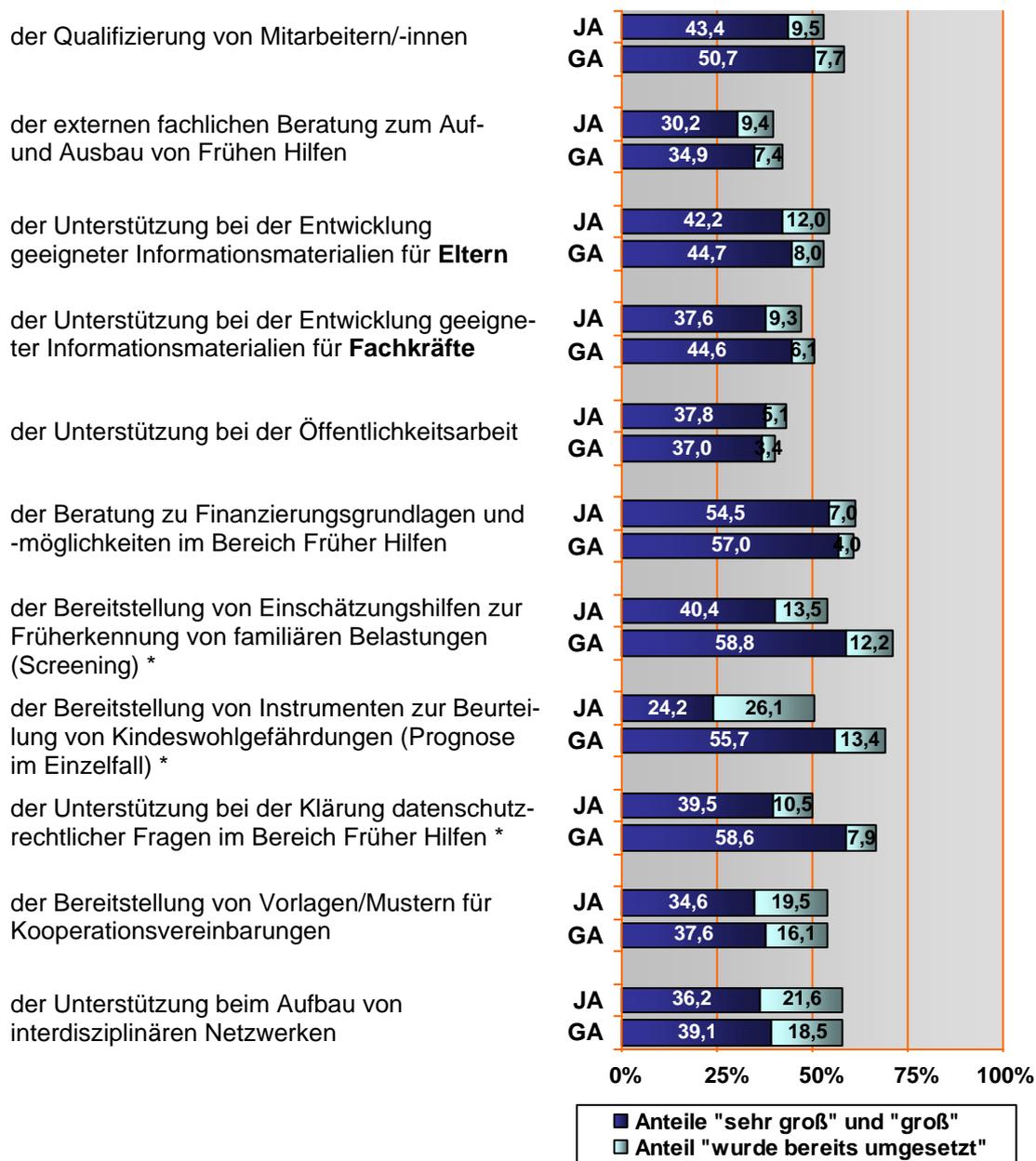
Überdies sollten die hier benannten Maßnahmen der Förderung von Kooperation und Vernetzung des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie mit weiteren Einrichtungen bzw. Akteuren im Bereich Früher Hilfen dienen. Um einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern und andererseits ein umfassendes, vernetztes Hilfeangebot lokal zu installieren, initiierten die kommunalen Steuerungsbehörden u. a. „Arbeitsgruppen“, „Lenkungsgruppen“, „Fachtagungen“, „Kinderschutzkonferenzen“, „Kooperationskreise“ oder „Koordinierungsstellen“. Durch die engere und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Hilfeerbringer ließen sich deren Leistungen besser aufeinander abstimmen und einander ergänzen, was zur ganzheitlichen Versorgung der Familien beitrug. Ferner gaben einzelne Jugend- und Gesundheitsämter an, verbindliche Handlungs-, Informations- und Dokumentationsmuster für die Netzwerkarbeit erstellt zu haben, um Handlungssicherheit zu schaffen: „*Erarbeitung von Handlungsrichtlinien*.“, „*(...) Erstellung eines Netzwerkhandbuchs*.“, „*Katalog mit Überblick der Hilfeangebote (...)*“. Schließlich zählten einige Jugendämter die „*Öffentlichkeitsarbeit*“ zu ihren „sonstigen“, bereits umgesetzten Maßnahmen. Hierbei galt es, nicht nur bei allen Verantwortlichen ein Bewusstsein für eine frühzeitige bzw. rechtzeitige Prävention in der frühen Kindheit zu schaffen, sondern auch die vorhandenen Angebote zu Frühen Hilfen möglichst vielen AdressatInnen bekannt zu machen. Hierzu gehörten neben den (potenziellen) Hilfeempfängern auch die Leistungserbringer sowie die Entscheidungsträger auf behördlicher und politischer Ebene.

5.7 Wahrgenommene Unterstützungsbedarfe im Bereich Früher Hilfen

In direktem Zusammenhang mit bereits umgesetzten oder geplanten Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen steht die Frage nach den hier seitens der Jugend- und Gesundheitsämter wahrgenommenen Unterstützungsbedarfe (Abbildung 08). Einige Bereiche mit großen Unterstützungsbedarfen werden im Folgenden kurz vorgestellt. So werden größere Unterstützungsbedarfe beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen sowohl von Jugend- als auch von Gesundheitsämtern vor allem hinsichtlich der **Beratung zu Finanzierungsgrundlagen und -möglichkeiten** formuliert. Die Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle zwischen beiden Systemen verlangt einen kreativen Umgang mit den bestehenden gesetzlichen Grundlagen; entsprechende rechtliche Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten müssen geklärt bzw. geschaffen werden. Die Kommunen sind im Rahmen dieses Prozesses auf qualifizierte fachliche Beratung und Begleitung angewiesen.

Abbildung 08: Wahrgenommene Unterstützungsbedarfe zum Aufbau Früher Hilfen bei Jugend- und Gesundheitsämtern

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



* Signifikanter Verteilungsunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ($p < 0.05$).

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

Zunehmende Kooperationen zwischen dem Gesundheitswesen und der 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 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- wie Landesgesetzen erscheinen allerdings insgesamt praktikabel und ausreichend (DJI,

2009). 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.

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.

Durchaus entsprechend zu den Befunden über bereits umgesetzte Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen (Abbildung 07) 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. Entsprechende Bedarfe werden von Seiten der teilnehmenden Jugendämter seltener formuliert; insbesondere die Verfügbarkeit von Instrumenten zur Beurteilung von Kindeswohlgefährdungen ist aus Sicht der Befragten aus dem Jugendhilfebereich relativ weit fortgeschritten. Ebenfalls stärker unter Gesundheitsämtern verbreitet ist der Bedarf an **Unterstützung bei der Entwicklung geeigneter Informationsmaterialien** für Eltern oder für Fachkräfte. Unter Jugendämtern scheint hingegen insbesondere die Ausarbeitung entsprechender Materialien für Fachkräfte gut vorangekommen zu sein.

Geringer ausgeprägte Unterstützungsbedarfe werden von Seiten der teilnehmenden 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 den Aufgabenfeldern, in denen aus Sicht der befragten Fachkräfte bereits viele Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden konnten.

5.8 Kooperationsstrukturen im Bereich Früher Hilfen

In der Bundesrepublik existieren neben der Kinder- und Jugendhilfe noch eine Reihe weiterer Unterstützungssysteme, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Kindern und Eltern zu verbessern und negativen Entwicklungen vorzubeugen. Unstrittig ist zwar, dass die Jugendämter als Fachbehörden für Kinderschutz und als Leistungsträger der Jugendhilfe eine zentrale Rolle bei allen Fragen des Kinderschutzes einnehmen. Unstrittig ist jedoch auch, dass präventiver Kinderschutz und Frühe Hilfen nur als eine gemeinschaftliche Aufgabe und als verantwortliches gemeinsames Handeln unterschiedlicher Professionen gelingen kann. Diese „soziale Verantwortungsgemeinschaft“ (Göppert, 2009) stützt sich auf die gute und verbindliche Kooperation aller Beteiligten – von Jugendämtern, Gesundheitsdiensten, Beratungsstellen, Kinderarztpraxen, Hebammen, Polizei, Justiz, Schulen und Kitas. Von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung Früher Hilfen ist es, die bereits bestehende und bewährte Zusammenarbeit einzelner Unterstützungssysteme flächendeckend zu verbindlichen Kooperations- und Koordinationsstrukturen auszubauen.

5.8.1 Allgemeine Ergebnisse zu Kooperationen im Bereich Früher Hilfen

Die Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme bestätigen das Bild eines stark differenzierten Systems von Kooperationen zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Unterstützungssysteme¹⁷. Diese Vielschichtigkeit erschwert einerseits

¹⁷ Dabei ist in Erinnerung zu rufen, dass die im Folgenden dargestellten Einschätzungen und Bewertungen nicht alle beteiligten Kooperationspartner einbeziehen, sondern lediglich die Perspektiven von Jugend- und Gesundheitsämtern abbilden.

Tabelle 06: Übersicht zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen

(Mögliche) Kooperationspartner:	Bedeutung(1) (Mean)		Kooperation? „Ja“ (%)		Häufigkeit (2) (Mean)		Qualität (3) (Mean)		Verbindl. Koop.(4) (%)	
	JA	GA	JA	GA	JA	GA	JA	GA	JA	GA
Ein (anderes) Jugendamt	3,63	4,74	74,0	89,2	3,30	3,74	3,76	3,73	43,3	59,6
Ein (anderes) Gesundheitsamt	4,14	3,44	80,0	53,1	3,18	2,38	3,49	3,95	54,1	20,2
Kinderklinik	4,71	4,51	85,7	66,7	3,39	2,89	3,88	3,88	43,1	32,4
Geburtsklinik	4,68	4,57	81,1	63,4	3,14	3,09	3,70	3,80	36,8	37,1
Notfallambulanz	3,43	3,39	24,6	14,0	1,97	1,78	3,26	3,41	21,4	30,0
Sozialpädiatrisches Zentrum	4,13	4,22	63,8	59,3	3,26	3,34	3,63	3,98	36,4	22,8
Klinik Kinder-/Jugendpsychiatrie	4,06	4,09	76,6	48,3	3,87	2,93	3,17	3,70	43,1	23,4
Klinik Erwachsenenpsychiatrie	3,47	3,49	58,2	31,9	2,44	1,97	2,88	3,13	15,2	12,3
Sozialpsychiatrischer Dienst	3,82	4,10	71,9	68,0	2,77	3,04	3,40	4,02	29,9	33,7
(Interdisziplinäre) Frühförderstelle	4,28	4,42	78,0	73,6	3,34	3,84	3,79	4,26	36,9	42,9
Niedergelassene Hebammen	4,62	4,52	87,1	64,6	3,15	3,16	3,72	3,71	34,6	31,6
Niedergelassene Frauenärzte	4,16	4,16	50,7	44,1	2,18	2,31	2,94	3,07	16,9	11,3
Niedergelassene Hausärzte	3,77	3,95	51,3	44,4	2,43	2,44	3,03	3,23	10,4	2,9
Niedergelassene Kinderärzte	4,76	4,68	89,6	83,7	3,48	3,58	3,58	3,94	22,0	17,9
Niederg.Kinder-/Jugendpsychiat.	3,97	4,13	66,9	46,8	3,26	2,62	3,40	3,66	23,0	13,9
Niederg. Erwachsenenpsychiater	3,10	3,51	38,1	28,4	2,03	1,92	2,85	3,26	7,5	4,2
Psy. Kinder-/Jugendtherapeuten	3,73	3,82	61,8	39,9	2,98	2,35	3,43	3,67	18,9	9,8
Suchtberatungsstelle	3,96	3,88	77,2	47,5	2,99	2,48	3,57	3,70	36,5	28,0
Schwangerschaftsberatungsstelle	4,36	4,36	77,9	58,0	3,17	3,20	3,77	4,06	32,0	34,5
Kinderschutzzentrum	4,24	4,40	45,6	37,2	3,51	2,66	4,09	4,00	51,5	33,9
Erziehungs-/Fam.beratungsstelle	4,57	4,36	93,8	68,9	4,21	3,16	4,11	3,92	74,4	31,4
Mutter-Kind-Einrichtungen	3,95	3,80	72,7	36,6	3,13	2,41	3,85	3,67	59,7	25,0
Kindertageseinrichtung	4,64	4,37	92,9	76,9	4,18	3,93	3,81	4,02	65,4	26,1
Familienbildungsstätte	3,39	3,22	52,4	28,6	2,98	2,80	3,62	3,81	41,6	37,5
Familien- /Mütterzentrum	3,91	3,79	61,5	37,0	3,39	2,93	3,78	3,89	52,4	28,6
Sozialpädagogische Familienhilfe	4,59	4,31	91,6	67,1	4,71	3,40	4,30	3,55	83,3	25,8
Frauen-/Kinderschutzhaus	3,93	4,06	70,7	38,5	2,95	2,27	3,56	3,62	35,2	11,9
ARGE	3,50	3,50	76,6	44,8	2,91	2,89	3,00	3,04	34,1	15,2
Sozialamt	3,24	3,77	71,0	63,0	2,85	3,59	3,40	3,76	30,7	37,1
Wohnungsamt	2,97	3,05	53,8	24,6	2,49	2,40	3,35	3,28	22,7	18,4
Schulamt	3,12	3,41	63,4	51,0	2,98	3,00	3,35	3,58	31,8	30,8
Schule	4,00	3,81	79,4	63,3	4,00	3,70	3,11	3,66	38,0	29,7
Polizei	4,24	3,72	86,1	47,3	3,74	2,15	3,95	3,79	48,0	18,9
Familiengericht	4,37	3,52	82,0	34,0	4,11	1,87	3,61	3,20	48,3	18,0
ehrenamtliche Einrichtungen	3,16	2,85	41,0	17,3	2,79	2,48	3,52	3,80	24,6	12,5

Legende: (1) Mittelwerte auf einer Skala von 1“unwichtig“ bis 5“sehr wichtig“;
(2) Mittelwerte auf einer Skala von 1“selten“ bis 5“oft“;
(3) Mittelwerte auf einer Skala von 1“sehr unzufrieden“ bis 5“sehr zufrieden“.
(4) Anteile verbindlicher Kooperationen mit und ohne Vertragsgrundlage.

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

zwar eine übersichtliche Darstellung der Einzelbefunde. Andererseits wäre mit einer weniger detaillierten Abfrage von Einzelkooperationen eine gute Chance zur Erfassung der vorhandenen Strukturen ungenutzt geblieben: Tabelle 06 stellt – getrennt für Jugend- und Gesundheitsämter – zunächst die wahrgenommene Bedeutung („Wichtigkeit“) einzelner Einrichtungen/ Behörden als Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen dar. In der nächsten Spalte wird der Anteil der Ämter ausgewiesen, die im Laufe der letzten 12 Monaten mit den jeweiligen Einrichtungen/ Behörden im Bereich Früher Hilfen zusammengearbeitet haben. Die beiden ersten Fragen richteten sich an alle Jugend- und Gesundheitsämter; die folgenden Fragen nach der Häufigkeit, der wahrgenommenen Qualität sowie nach der Verbindlichkeit einzelner Kooperationen wurden nur von denjenigen Ämtern beantwortet, die mit den jeweiligen Einrichtungen/ Behörden in den letzten 12 Monaten zusammengearbeitet haben. Zur Erleichterung der Interpretation der Ergebnisse aus Tabelle 06 sind die wichtigsten und die häufigsten Kooperationspartner, die am besten bewerteten sowie die verbindlichsten Kooperationen jeweils in blauer Farbe unterlegt. Die gegenüberwerteten Werte in den Spalten sind durch die rote Farbe gekennzeichnet. Auf eine vollständige Interpretation aller Zahlenwerte muss an dieser Stelle verzichtet werden. Als Gesamtbefund kann festgehalten werden, dass Jugend- und Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen zwar mit einer großen Zahl anderer Einrichtungen und Behörden kooperieren. Die Bedeutung, die Qualität und auch der Grad der Verbindlichkeit der jeweiligen Zusammenarbeit variieren allerdings aus Sicht der befragten Ämter zum Teil erheblich. Weiterhin werden die einzelnen Kooperationen von Jugend- und Gesundheitsämtern oft unterschiedlich bewertet.

Bedeutung der Kooperationen: Ein hervorhebenswerter Befund in diesem Zusammenhang ist, dass die Gesundheitsämter das Jugendamt als wichtigsten Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen nennen, wohingegen umgekehrt die Gesundheitsämter von den Jugendämtern bislang weniger deutlich als relevante Partner wahrgenommen werden. Die Gründe dafür sind mit Hilfe der hier dargestellten Daten nicht aufzuklären. Eventuell spielt es eine Rolle, dass Gesundheitsämter oft auf Kreisebene angesiedelt sind, während Jugendämter kommunal organisiert sind. Möglicherweise sind einzelne Gesundheitsämter auch aufgrund mangelnder Ressourcen nicht in der Lage, bedeutsame Beiträge zu einer Kooperation zu leisten. Auch der konkrete Auftrag eines Gesundheitsamtes (der nach landesspezifischen und kommunalen Gegebenheiten variiert) lässt ein stärkeres Engagement im Bereich Früher Hilfen evtl. nicht zu. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass die Funktionen von Jugend- und Gesundheitsämtern nicht vergleichbar sind¹⁸.

Jugend- und Gesundheitsämter betonen für die Zusammenarbeit im Bereich Früher Hilfen allerdings gleichermaßen die Bedeutung bestimmter Einrichtungen aus dem Gesundheitssystem wie Kinderkliniken, Geburtskliniken oder niedergelassene Kinderärztinnen/-ärzte. Die geringste Bedeutung als mögliche Kooperationspartner nehmen aus Sicht der befragten Jugendämter niedergelassene ErwachsenenpsychiaterInnen, Wohnungs- und Schulämter ein. Seitens der Gesundheitsämter sind für die Zusammenarbeit ebenfalls Wohnungsämter, aber auch Familienbildungsstätten sowie ehrenamtliche Einrichtungen von geringer Bedeutung.

Häufigkeit der Kooperationen: Erwartungsgemäß findet sich ein gewisser Zusammenhang zwischen der Häufigkeit einzelner Kooperationen und deren wahrgenommener Bedeutung. Entsprechend arbeiten Jugendämter laut eigenen Angaben

¹⁸ Das Jugendamt hat einen konkreten Versorgungsauftrag (Bereitstellung von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Kooperation mit den freien Trägern) und nimmt im Bereich des Kinderschutzes sogar eine Garantenstellung ein; das Gesundheitsamt ist dagegen ein Teil eines komplexen Versorgungssystems, das nur z. T. öffentlich, zu einem größeren Teil aber auch korporativ (Krankenversicherungen) oder privatwirtschaftlich (Praxen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte) organisiert ist. Dem Gesundheitsamt kommt also keine vergleichbare zentrale Steuerungsfunktion in der Versorgung zu wie dem Jugendamt.

im Bereich Früher Hilfen vor allem mit Kinderkliniken, niedergelassenen Hebammen sowie Kinderärztinnen/-ärzten, mit Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Kindertageseinrichtungen, aber auch mit Schulen, Familiengerichten, der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) und der Polizei häufig zusammen. Gesundheitsämter haben in vielen Fällen mit den Jugendämtern Kontakt, nennen jedoch auch Kinderärztinnen/-ärzte, Kindertageseinrichtungen und Frühförderstellen als relativ häufige Kooperationspartner. Am unteren Ende einer Rangreihe zur Häufigkeit von Kooperationen stehen für Jugendämter Notfallambulanzen, niedergelassene ErwachsenenpsychiaterInnen und ehrenamtliche Einrichtungen; dies lässt sich alles in allem auch für Gesundheitsämter bestätigen, allerdings wird von diesen zusätzlich noch die Zusammenarbeit mit Wohnungsämtern sowie mit Familiengerichten eher selten genannt.

Als ein weiterer allgemeiner Befund ist den Ergebnissen aus Tabelle 06 zu entnehmen, dass Gesundheitsämter mit vielen der genannten Kooperationspartner bislang seltener im Bereich Früher Hilfen zusammenarbeiten als die Jugendämter. Ausnahmen stellen die vergleichsweise häufigen Kooperationen von Gesundheitsämtern mit Frühförderstellen, Sozialämtern und den Jugendämtern selbst dar.

Qualität der Zusammenarbeit: Manche Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen haben für die Jugendämter im Bereich Früher Hilfen zwar eine hohe Bedeutung, die Zusammenarbeit wird aber nicht immer als voll zufrieden stellend bewertet. Dies stellt sich bei den Gesundheitsämtern ähnlich dar. Besonders gut arbeiten die Jugendämter nach eigenen Angaben mit Trägern von SPFH, Familienberatungsstellen, Kinderschutzzentren und mit der Polizei zusammen. Die Gesundheitsämter beurteilen besonders positiv die Zusammenarbeit mit interdisziplinären Frühförderstellen, Schwangerenberatungsstellen, Kindertageseinrichtungen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Vergleichsweise schlechte Wertungen werden seitens der Jugendämter für die bislang bestehenden Kooperationen mit Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, niedergelassenen Frauenärztinnen/-ärzten und ErwachsenenpsychiaterInnen abgegeben. Dieses Bild stimmt mit den Einschätzungen vieler Gesundheitsämter weitgehend überein. Zusätzlich wird aus deren Sicht aber auch die Kooperation mit den ARGE'n relativ schlecht bewertet.

Verbindlichkeit der Kooperationen: Als eine übergreifende Gemeinsamkeit zeigt sich, dass die Kooperationsbezüge der lokalen Steuerungsbehörden im Bereich Früher Hilfen bislang oft loser und informeller Natur sind. Verbindlich organisierte Kooperationen (insbesondere mit einer vertraglichen Basis) lassen sich nur für einige spezifische Bereiche feststellen. Die Jugendämter gehen sehr viel öfter verbindliche Kooperationen (mit und ohne vertragliche Grundlage) ein, insbesondere mit Trägern von SPFH, Erziehungsberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Kindertageseinrichtungen, Familienzentren (alle aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe!) und mit Gesundheitsämtern. Die Gesundheitsämter kooperieren generell weit aus seltener verbindlich mit anderen Partnern im Bereich Früher Hilfen. Dabei geben sie vor allem der Zusammenarbeit mit Jugendämtern eine festere Struktur. Einige verbindlich ausgerichtete Kooperationen finden sich weiterhin zwischen Gesundheitsämtern und Geburtskliniken sowie interdisziplinären Frühförderstellen, Familienbildungsstätten und Sozialämtern. Durch geringere Verbindlichkeit gekennzeichnet ist die Zusammenarbeit von Jugendämtern offenbar mit Einrichtungen des Gesundheitssystems. Hierzu gehören Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, niedergelassene Hausärztinnen/-ärzte und ErwachsenenpsychiaterInnen. Die beiden zuletzt genannten Gruppen arbeiten allerdings auch selten mit Gesundheitsämtern verbindlich zusammen. Auch Kinder- und JugendtherapeutInnen bzw. -psychiaterInnen sowie niedergelassene Frauenärztinnen/-ärzte stehen im Bereich Früher Hilfen bislang überwiegend auf der Basis informeller Arbeitskontakte mit Gesundheitsämtern in Verbindung.

Die befragten Jugend- und Gesundheitsämter hatten an dieser Stelle die Möglichkeit, über offene Einträge noch zusätzliche Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen zu nennen. Als weitere wichtige Partner wurden dabei mehrfach verschiedene Beratungsstellen und Vereine genannt. Bei den Beratungsstellen handelte es sich um „Eheberatung“, „Frauenberatung“, „Schuldnerberatung“ und „Drogenberatung“. Die angeführten Vereine engagierten sich beispielsweise für die Förderung der Interessen von Eltern und Erziehungsberechtigten („*Elternvereine*“) oder setzten sich speziell für Familien in schwierigen Lebenssituationen ein, wie z.B. „*Feuervogel e.V.*“ – ein Verein gegen sexuelle Gewalt. Darüber hinaus wurde – vor allem von Jugendämtern – mehrmals der Kinderschutzbund¹⁹ als Kooperationspartner benannt, deren Landes- und Ortsverbände mit ihren Angeboten und Projekten als wichtige Träger der Jugendhilfe beschrieben wurden.

Die offenen Einträge zeigten auch, dass einige Jugend- und Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen eng mit Einrichtungen und Diensten für MigrantInnen zusammenarbeiten: „*Asylbewerberheime*“, „*Migrationsvereine*“, „*Migrationsdienst*“, „*Referat Migration*“ oder „*Regionale Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA)*“. Dies wurde dadurch erklärt, dass Familien mit Migrationshintergrund zu den Elterngruppen in „besonderen Lebenssituationen“²⁰ gezählt werden müssten und besonders häufig mit sozialer Benachteiligung²¹ zu kämpfen hätten. Eltern mit Migrationshintergrund sind nach Angaben vieler Ämter zudem „schwerer erreichbar“.

5.8.2 Kooperationsformen „unter der Lupe“ – einige Ergebnisse im Detail

Um eine bessere Übersicht über die vorhandenen Kooperationen im Bereich Früher Hilfen zu erhalten, liegt es nahe, als Ergänzung zu dem komplexen Gesamtbefund, die Ergebnisdarstellung inhaltlich auf wenige Merkmale zu konzentrieren und die Darstellungsmethode zu vereinfachen. Die Abbildungen 09 und 10 geben den Ergebnissen zum einen ein grafisches Layout, zum anderen werden die Inhalte auf die Bereiche „Bedeutung“, „Bewertung“ und „Häufigkeit“ von Kooperationen beschränkt. Zur Veranschaulichung der Daten werden einzelne Kooperationspartner von Jugend- und Gesundheitsämtern nach der Bedeutung (Abbildung 09) sowie nach der Bewertung der jeweiligen Zusammenarbeit (Abbildung 10) anhand der Durchschnittswerte **ranggeordnet**. Ausgewiesen werden in den Abbildungen nur die 10 wichtigsten (bzw. besten) und die 10 unwichtigsten (bzw. schlechtesten) Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen. Zwar fehlt dieser ranggeordneten Kombination von Merkmalen etwas von der Komplexität eines Gesamtüberblicks, jedoch ermöglicht sie ein besseres Verständnis von den Details einzelner Kooperationsstrukturen.

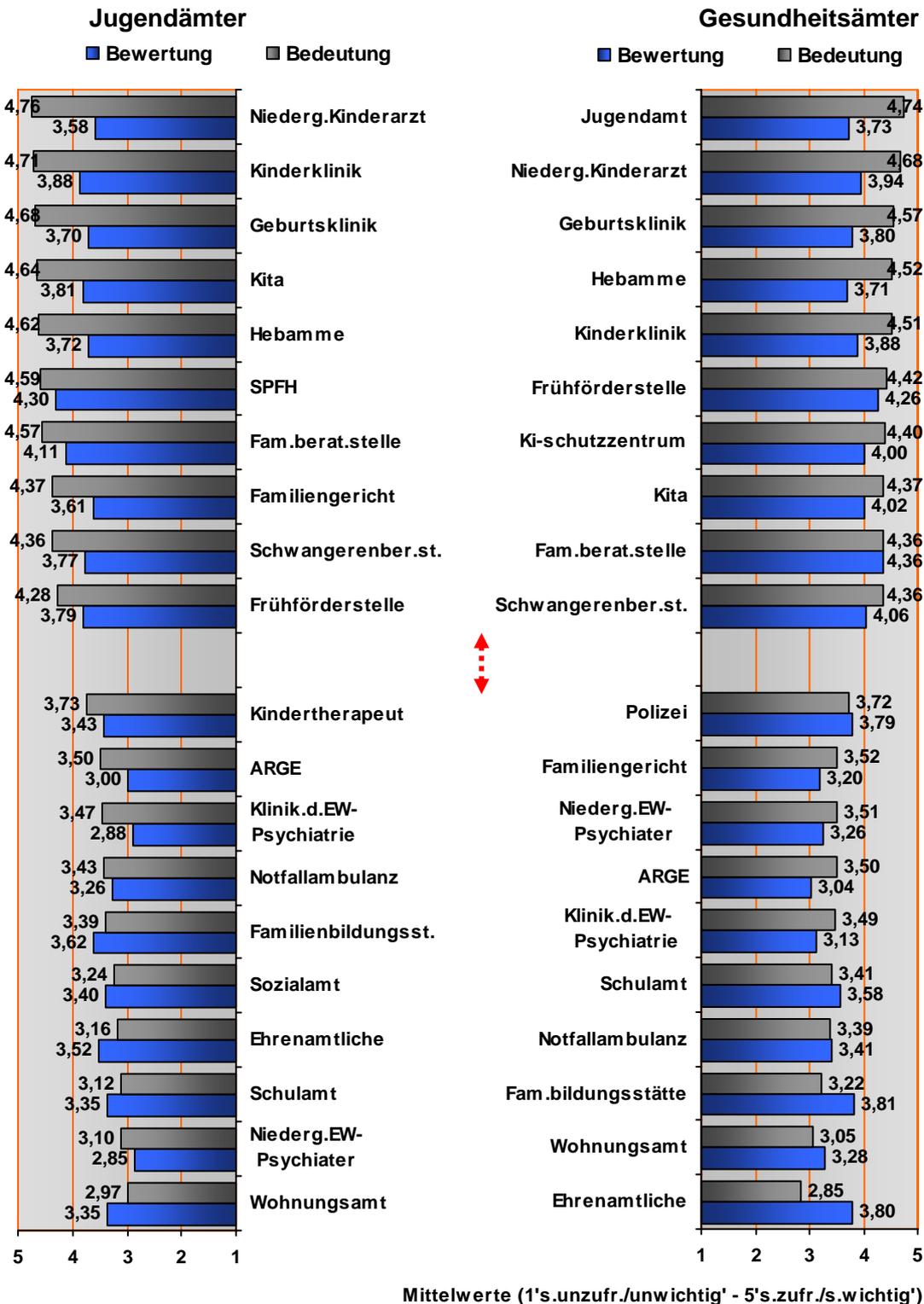
Zunächst kann den Ergebnissen aus Abbildung 09 entnommen werden, dass sich das „Ranking“ von Jugend- und Gesundheitsämtern hinsichtlich der Bedeutung einzelner Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen weitgehend ähnelt. So finden sich unter den 10 wichtigsten Kooperationspartnern kommunaler Steuerungsbehörden übereinstimmend niedergelassene Kinderärztinnen/-ärzte, Kinder- und Geburtskliniken, Hebammen, Familienberatungs-, Schwangerschaftsberatungsstellen und interdisziplinäre Frühförderstellen.

¹⁹ Der Deutsche Kinderschutzbund ist in 420 Ortsverbänden aktiv und unterhält Kinderschutzzentren und Beratungsstellen für Familien.

²⁰ Eltern mit Migrationshintergrund stehen vor der Aufgabe, die Verbundenheit zur Herkunftskultur und die Eingliederung in die deutsche Gesellschaft sowie die unterschiedlichen Wertvorstellungen hinsichtlich Erziehungsstile und Sozialisationspraktiken zu verbinden (Rupp & Oberndorfer, 2005).

²¹ „Der Anteil sozial benachteiligter und bildungsferner Familien [ist bei Familien mit Migrationshintergrund] größer als bei deutschen Familien“ (Wahl et al. 2006, S. 41).

Abbildung 09: Bedeutung (ranggeordnet) und Qualitätsbewertung der Kooperationen mit einzelnen Partnern im Bereich Früher Hilfen



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

Allerdings lassen sich zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern auch Unterschiede ausfindig machen. So nimmt aus Sicht vieler Jugendämter bei der Kooperation im Bereich Früher Hilfen die „Sozialpädagogische Familienhilfe“ (SPFH)²² eine besondere und wichtige Rolle ein. Aufgrund der hohen Komplexität und Mehrdimensionalität familialer Probleme sind Kooperation und Vernetzung zentrale Bestandteile einer effizienten Arbeit in der SPFH. Auch die Zusammenarbeit mit Familiengerichten ist für Jugendämter im Bereich Früher Hilfen von weitaus größerer Bedeutung als für Gesundheitsämter – was u. a. durch die gesetzlichen Bestimmungen für Jugendämter durch das SGB VIII erklärt werden kann (§ 50 „Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten“). Aber auch von Seiten der Gesundheitsämter werden teilweise andere Einrichtungen bzw. Berufsgruppen zu den wichtigsten Kooperationspartnern im Bereich Früher Hilfen gezählt. Die besonders hohe Bedeutung, die in diesem Bereich der Zusammenarbeit mit Jugendämtern zugewiesen wird, soll hier nochmals hervorgehoben werden. Ebenfalls weitaus wichtiger als von Jugendämtern wird von Gesundheitsämtern bei der Umsetzung Früher Hilfen die Kooperation mit Kinderschutzzentren eingestuft.

Zu den 10 weniger wichtigen Kooperationspartnern im Bereich Früher Hilfen werden sowohl von Jugend- als auch von Gesundheitsämtern Notfallambulanzen, Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, niedergelassene ErwachsenenpsychiaterInnen, Familienbildungsstätten, Wohnungs- und Schulämter, ARGE'n und ehrenamtliche Einrichtungen gezählt.

Neben der wahrgenommenen Bedeutung einzelner Kooperationspartner enthält Abbildung 09 zusätzlich die Bewertungen zur Qualität der jeweiligen Zusammenarbeit. Durch den Vergleich der beiden Merkmale „Bedeutung“ und „Bewertung“ wird ersichtlich, dass Jugend- und Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen einerseits zwar der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Pädiatrie eine sehr hohe Bedeutung zuschreiben, andererseits die Qualität dieser Zusammenarbeit offenbar durchaus gewisse Mängel aufweist. Die „Kluft“ zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit bei der Zusammenarbeit mit Kinderärztinnen/-ärzten, Hebammen, Kinder- und Geburtskliniken wird jedenfalls sowohl von Seiten der Jugend- als auch der Gesundheitsämter als deutlich ausgeprägt beschrieben. Es sollte im Rahmen einer Befragung kommunaler Steuerungsbehörden nicht unerwähnt bleiben, dass sich speziell für Gesundheitsämter die größte Distanz zwischen Bedeutungszuweisung und Qualitätsbewertung bei der Zusammenarbeit mit Jugendämtern abzeichnet: Jugendämter werden als wichtigster Kooperationspartner angesehen, man ist mit der Zusammenarbeit jedoch keineswegs hochzufrieden. Unter den Ergebnissen der Jugendämter erscheint der gesonderte Hinweis angebracht, dass die befragten Fachkräfte bei der als wichtig eingestuften Zusammenarbeit mit Familiengerichten durchaus noch Optimierungsbedarf sehen.

Es lassen sich anhand der vorliegenden Daten, aber auch Beispiele „gelungener“ Kooperationen finden, in deren Rahmen eine als wichtig eingestufte Zusammenarbeit weitgehend positiv bewertet wird. Von Seiten der befragten Jugendämter kann hier die Zusammenarbeit mit der SPFH oder mit Familienberatungsstellen hervorgehoben werden. Auch unter den Gesundheitsämtern wird die Zusammenarbeit mit Familienberatungsstellen als wichtig und als zufrieden stellend eingestuft. Ein ebenso positiver Befund zeichnet sich hier für die Zusammenarbeit mit interdisziplinären Frühförderstellen²³ ab (der zumindest teilweise auch der Tatsache geschuldet sein

²² Die SPFH ist ein ambulantes Leistungsangebot der Jugendhilfe, sie wird nur in Familien mit Kindern tätig. Im direkten Kontakt mit den Familien hilft sie Alltagsprobleme, Krisen und Konflikte zu lösen.

²³ Ziel der Frühförderung ist es insbesondere, Kinder mit Behinderungen und drohenden Behinderungen in ihrer Entwicklung so zu fördern, dass sie ihre Anlagen und Fähigkeiten entfalten und am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können. Frühförderung orientiert sich also nicht in erster Linie am Nachvollzug der "normalen" Entwicklung, sondern an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des einzelnen Kindes in seinem Umfeld.

mag, dass die Gesundheitsämter eine Begutachtungsfunktion im Rahmen der Frühförderung übernehmen). Dies ist sehr zu begrüßen, da Frühförderangebote mittlerweile ein breites Spektrum an Hilfs- und Fördermaßnahmen verschiedener Professionen und Einrichtungen umfassen und als offenes Hilfesystem auf eine gelungene Kooperation der Teilsysteme angewiesen sind. Ärztliche, medizinisch-therapeutische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen sollten dabei als Bestandteile eines integralen und nicht lediglich additiven Rehabilitations- und Förderkonzepts miteinander verknüpft werden (Thurmair & Naggl, 2000).

Bei den als eher unwichtig eingestuften Kooperationen im Bereich Früher Hilfen wird von den befragten Jugend- und Gesundheitsämtern vielfach auch die Qualität der jeweiligen Zusammenarbeit vergleichsweise stark kritisiert. Als Ausnahmen sind Familienbildungsstätten und ehrenamtliche Einrichtungen zu nennen, die, insbesondere von Seiten der Gesundheitsämter, in diesem Arbeitsfeld zwar nicht als sehr wichtige Kooperationspartner eingestuft, jedoch bei der Qualität der Zusammenarbeit relativ positiv bewertet werden.

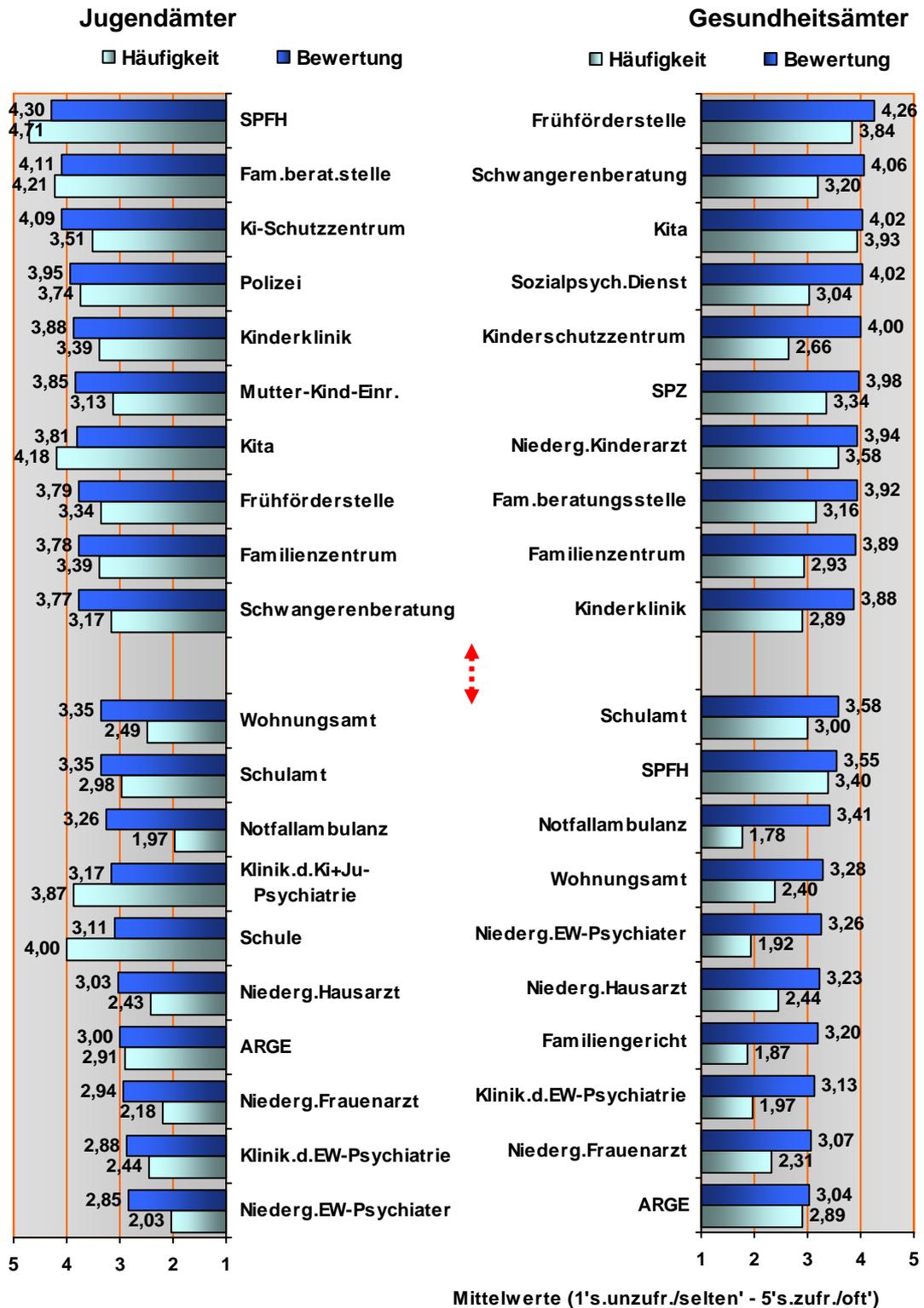
Abbildung 10 nutzt in der Darstellung die gleiche Systematik wie Abbildung 09, kontrastiert jedoch das ranggeordnete Merkmal „Qualitätsbewertung“ mit der „Häufigkeit“ von Kooperationen innerhalb eines Jahres. Auch hinsichtlich der Qualitätsbewertung finden sich innerhalb der Listen mit den 10 höchsten bzw. niedrigsten Zufriedenheitswerten für Jugend- und Gesundheitsämter insgesamt durchaus Übereinstimmungen, die Struktur der jeweiligen Rangordnungen weist im Detail jedoch einige nennenswerte Unterschiede auf.

Von Jugendämtern wird die Zusammenarbeit mit der Sozialpädagogischen Familienhilfe am besten bewertet. Dabei handelt es sich zugleich um den am häufigsten frequentierten Kooperationspartner von Jugendämtern, insgesamt also um eine „bewährte“ Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Gesundheitsämter geben der Zusammenarbeit mit der SPFH hingegen schlechtere „Noten“ und greifen nur vergleichsweise selten auf diesen Kontakt zurück. Am zufriedensten sind Gesundheitsämter hingegen mit der Kooperation mit interdisziplinären Frühförderstellen. Auch diese Zusammenarbeit hat sich in der Praxis Früher Hilfen offenbar bereits vielfach bewährt, was sicher auch vor dem Hintergrund der beratenden und gutachterlichen Tätigkeit der Gesundheitsämter bei der Antragstellung auf Frühförderung von behinderten oder entwicklungsauffälligen Kindern zu sehen ist.

Frühförderstellen gehören zwar auch für Jugendämter zu der Gruppe von Kooperationspartnern mit den besten Bewertungen, die entsprechenden Arbeitskontakte werden jedoch seltener genutzt als von Gesundheitsämtern.

Als weitere Kooperationspartner, die aus Sicht von Jugendämtern im Bereich Früher Hilfen gute Arbeitskontakte ermöglichen, sind zu nennen: Familienberatungsstellen, Kinderschutzzentren, die Polizei, Kinderkliniken, Mutter-Kind-Einrichtungen sowie Kindertageseinrichtungen. Letztere werden von Jugendämtern im Bereich Früher Hilfen recht häufig kontaktiert; auch hier kann deshalb von einer guten und erprobten Zusammenarbeit ausgegangen werden. Gute und häufige Kooperationen mit Kindertageseinrichtungen werden auch von den Gesundheitsämtern berichtet, was die Bedeutung dieser Einrichtungen für den Bereich Früher Hilfen unterstreicht. Kindertageseinrichtungen sind alltagsbezogene Orte für Familien, in denen sich vielfache Gesprächsanlässe mit Eltern bieten. Durch den angestrebten Ausbau der Betreuungsangebote für unter Dreijährige werden Kindertageseinrichtungen in Zukunft eine größere Rolle für die Frühen Hilfen spielen, da nun auch vermehrt Kleinkinder in Institutionen betreut werden. Doch schon jetzt haben Kitas häufig Kontakt zu Familien, in denen kleinere Geschwisterkinder aufwachsen. Besonders viel versprechend sind in diesem Zusammenhang integrierte Angebote für Familien, die Kinder-

Abbildung 10: Bewertung (ranggeordnet) und Häufigkeit der Kooperationen mit einzelnen Partnern im Bereich Früher Hilfen



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

betreuung, Elternbildung, Gesundheitsförderung und Erziehungsberatung unter einem Dach vereinen (Diller et al., 2008). Kindertagesstätten können auch einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Risikolagen leisten: Insbesondere Einrichtungen in sozialen Brennpunkten haben einen guten Zugang zu Familien in schwierigen Lebenslagen. ErzieherInnen können auf diesem Weg oft frühzeitig Belastungen von Familien und Entwicklungsprobleme von Kindern wahrnehmen. Auch im Bereich der Frühen Prävention bzw. Förderung können Kindertagesstätten aktiv zum Kinderschutz beitragen: Die meisten Eltern sind durchaus offen für Anregungen im Bereich der Förderung und Erziehung ihrer Kinder (DJI, 2007).

Zu den am besten bewerteten Kooperationspartnern im Bereich Früher Hilfen gehören aus Sicht der befragten Gesundheitsämter weiterhin die Schwangerenberatung, Kinderschutzzentren, Familienberatungsstellen und Kinderkliniken – was der Einschätzung vieler Jugendämter weitgehend entspricht. Ebenfalls von Jugend- und Gesundheitsämtern gleichermaßen hervorgehoben wird die Qualität der Zusammenarbeit mit Familienzentren, wobei die entsprechenden Kooperationen von Jugendämtern weitaus häufiger wahrgenommen werden als von Gesundheitsämtern. Die hohe Qualität bei der Zusammenarbeit mit Familienzentren im Bereich Früher Hilfen ist zu begrüßen, da Familienzentren prinzipiell gut geeignet sind, die Kooperationsbeziehungen und Vernetzungsstrukturen relevanter Akteure zu stärken, die mit jungen Menschen und deren Familien zu tun haben. Der Aufbau von Familienzentren erhöht deshalb die Chance, den Kinderschutz näher an die Familien heranzubringen. Familienzentren als Center-Based-Angebote mit Kommstrukturen bieten den Vorteil, dass sie – da sie allen Familien offen stehen – wenig stigmatisierend und somit motivierend wirken können. Allerdings erfordert eine Kommstruktur ein gewisses Eigenengagement von Familien. Deshalb bietet es sich an, gerade für Familien in ausgeprägten Unterversorgungslagen qualifizierte, methodisch alltagsnahe und zumindest in Teilen aufsuchende Hilfen in die Familienzentren zu integrieren (siehe auch DJI, 2007).

Eine bessere Bewertung der Zusammenarbeit als von Jugendämtern wird von Seiten der befragten Gesundheitsämter dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sowie niedergelassenen Kinderärztinnen/-ärzten erteilt (alles Partner aus dem Gesundheitsbereich!). Insbesondere mit der letztgenannten Gruppe stehen Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen vergleichsweise häufig in Kontakt. Dass von Seiten der Jugendämter, mit Ausnahme der Kinderkliniken, die Zusammenarbeit mit vielen Akteuren des Gesundheitssystems im Durchschnitt nicht sonderlich gut bewertet wird, könnte ein Indiz dafür sein, dass die dringende Notwendigkeit zur Kooperation zwischen den beiden Hilfesystemen in der Praxis immer noch mit Problemen verbunden ist: Wie kann diese Zusammenarbeit vor dem Hintergrund von Datenschutz und Verschwiegenheitspflichten erleichtert werden? Wie kann es einer/einem Kinderärztin/Kinderarzt gelingen, den vertrauensvollen Zugang zu Eltern zu erhalten, wenn sie/er massive Probleme wahrnimmt und anspricht oder das Jugendamt hinzuziehen möchte? Aus Sicht des Gesundheitswesens stellt sich nicht zuletzt die Frage, wie die für den Hilfeerfolg so wesentliche Vertrauensbeziehung zu den PatientInnen oder zu Rat suchenden Eltern geschützt werden kann (siehe auch 5.7, Abbildung 08). Die vorhandenen guten Bewertungen der Zusammenarbeit im Bereich Früher Hilfen beispielsweise mit Kinderkliniken könnten jedoch andeuten, dass auf dem Weg „Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe“ (AGFJ, 2006) trotz der vorhandenen Schwierigkeiten bereits nennenswerte Fortschritte gemacht wurden.

Die Zusammensetzung der 10 Kooperationspartner, die hinsichtlich der Qualität der Zusammenarbeit im Bereich Früher Hilfen am schlechtesten bewertet wurden, weist für Jugend- und Gesundheitsämter große Ähnlichkeiten auf. Zu dieser Teilgruppe gehören Wohnungs- und Schulämter, Notfallambulanzen, die ARGE'n, niedergelas-

sene Frauen- und Hausärztinnen/-ärzte und auch psychiatrische Einrichtungen bzw. Dienste. An dieser Stelle zeichnet sich für die Zukunft im Bereich Früher Hilfen wohl noch ein besonderer Handlungsbedarf ab, denn Kinder psychisch kranker Eltern haben ein Recht auf präventive Angebote, die das Risiko verringern, selbst psychisch zu erkranken und sie in ihrer Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit – wie es im § 1 (1) SGB VIII formuliert ist – zu fördern. Damit diese Aufgabe gelingen kann, ist eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren Partnern, z.B. Schulen oder Einrichtungen der Frühförderung notwendig. Die vorliegenden Ergebnisse deuten an, dass es noch weiterer Anstrengungen bedarf, bis diese Zusammenarbeit wirksam und nachhaltig ausgestaltet ist.

Viele der von Jugend- und Gesundheitsämtern vergleichsweise stark bemängelten Kooperationen führten im Zeitraum der letzten 12 Monate eher selten zu direkten Arbeitskontakten. Eine Ausnahme hiervon stellen für Jugendämter die Schulen dar. Viele Jugendämter stehen nach eigenen Angaben bei der Umsetzung Früher Hilfen oft mit Schulen in Kontakt; gleichwohl gab im Rahmen der Befragung immerhin fast jedes vierte Jugendamt an, mit der Qualität der Zusammenarbeit mit Schulen „eher“ oder sogar „sehr“ unzufrieden zu sein. Dabei ist zunächst zu beachten, dass diese Wertungen den Bereich Früher Hilfen betreffen und nicht die allgemeine Zusammenarbeit zwischen Schulen und Jugendhilfe beschreiben. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den vorliegenden Daten um eine Momentaufnahme handelt, die keinen Einblick in die Richtung laufender Entwicklungen gestattet.

Es lassen sich durchaus Anzeichen dafür finden, dass im Zusammenwirken von Jugendhilfe und Schulen in den letzten Jahren Fortschritte erzielt wurden und sich die Kooperation zwischen den beiden Systemen (weiter)entwickelt und stabilisiert hat (siehe z.B. Henschel et al., 2008; Balnis, Demmer & Rademacker, 2005). Trotz der nach wie vor bestehenden Unterschiede gelingt es Jugendhilfe und Schulen immer besser, ihre jeweiligen und besonderen Kompetenzen in der Förderung der Bildung, Integration und Teilhabe junger Menschen zusammenzuführen. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass nach wie vor einige Fragen unbeantwortet bleiben. So wäre zu prüfen, über welche Maßnahmen eine konstruktive und nachhaltige Kooperation zwischen Akteuren der Jugendhilfe und der Schule zukünftig noch weiter verbessert werden kann und welche Faktoren diese Zusammenarbeit behindern.

5.9 Netzwerkarbeit im Bereich Früher Hilfen

5.9.1 Umfang von Netzwerkbeteiligungen und Initiatoren von Netzwerken

Bisherige Erfahrungen und Studien zeigen klar, dass eine Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Gefährdungen eine frühzeitige Erkennung von Risiken und die Bereitstellung geeigneter Hilfen zur Stärkung der Elternkompetenzen nicht allein mit dem quantitativen Ausbau einzelner Modelle bzw. Initiativen, sondern nur in umfassenden und nachhaltigen Netzwerken erreicht werden können, die auf der kommunalen Ebene initiiert und unterhalten werden. Fast alle Familien haben in der Schwangerschaft und in den ersten Jahren nach der Geburt Kontakt zu Personen oder Einrichtungen des Gesundheitssystems. Es ist deshalb nahe liegend, diesen Kontakt und das hier vorhandene Vertrauen zu nutzen, um Familien bei Bedarf zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren. Neuere Konzepte Früher Hilfen setzen entsprechend vor allem auf die Vernetzung des Gesundheitssystems mit der Kinder- und Jugendhilfe.

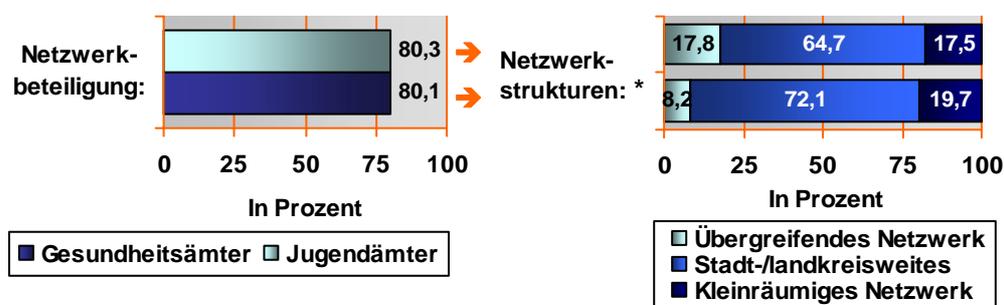
Es ist anzunehmen, dass eine verlässliche Zusammenarbeit aller wichtigen Akteure jedoch erst durch die Auflösung der institutionellen Abschottung von Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens sowie weiterer Organisationen wie z.B. Polizei, Justiz, Schulen oder Elterninitiativen erreichbar sein wird. Eine strukturierte Kooperation von Fachkräften bei öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und anderen familienbezogenen Dienstleistern dürfte erheblich zur Verbesserung bei der frühzeitigen Erkennung und Beurteilung riskanter Lebenslagen von Familien sowie bei der Förderung der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung von Kindern beitragen.

Das Thema „Netzwerkarbeit“ nahm dementsprechend im Rahmen der bundesweiten Bestandsaufnahme des Difu einen besonders hohen Stellenwert ein. Um die Vielfalt vorhandener Netzwerkstrukturen im Bereich Früher Hilfen detailliert erfassen zu können, wurde der Themenbereich im Rahmen des eingesetzten Fragebogens nicht durch die Vorgabe einer formalen und engen Definition des Begriffs „Netzwerk“ eingeleitet, sondern mit einer vergleichsweise offen gestalteten Frage begonnen:

„Gibt es in Ihrem Amtsbezirk ein oder mehrere fachübergreifende/interdisziplinäre Netzwerke, Arbeitskreise, runde Tische, soziale Frühwarnsysteme o.ä., in denen, neben Ihrem Amt, zusätzlich noch mindestens zwei weitere Einrichtungen im Bereich Früher Hilfen zusammenarbeiten?“

Die Qualität und die (wahrgenommenen) Auswirkungen der anschließend benannten Netzwerke wurden über eigene Frageblöcke nachträglich ermittelt.

Abbildung 11: Beteiligung von Jugend- und Gesundheitsämtern an Netzwerken zu Frühen Hilfen



* Signifikanter Verteilungsunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ($p < 0.05$).

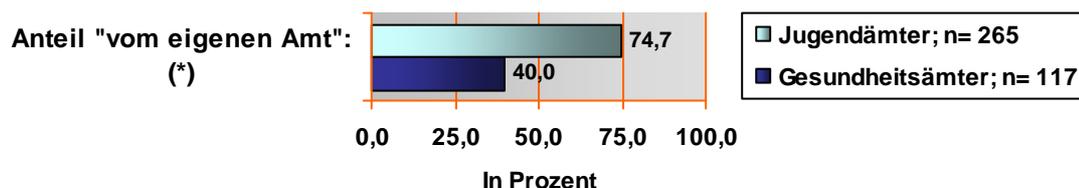
Datenbasis: Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen, Deutsches Institut für Urbanistik, 2009.

Den Angaben aus Abbildung 11 kann entnommen werden, dass zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern – die sich im Bereich Früher Hilfen engagieren (siehe hierzu Abbildung 01) – kein nennenswerter Unterschied hinsichtlich des Umfangs der Beteiligung an Netzwerken zu Früher Hilfen besteht. Jeweils eine deutliche Mehrheit von über 80 Prozent der im Bereich Früher Hilfen aktiven Ämter geben an, bei mindestens einem solchen Netzwerk mitzuarbeiten. Der für die Zielstellungen Früher Hilfen notwendige Bedarf an Vernetzung und Kooperation wird von vielen Jugend- und Gesundheitsämtern demzufolge offenbar anerkannt.

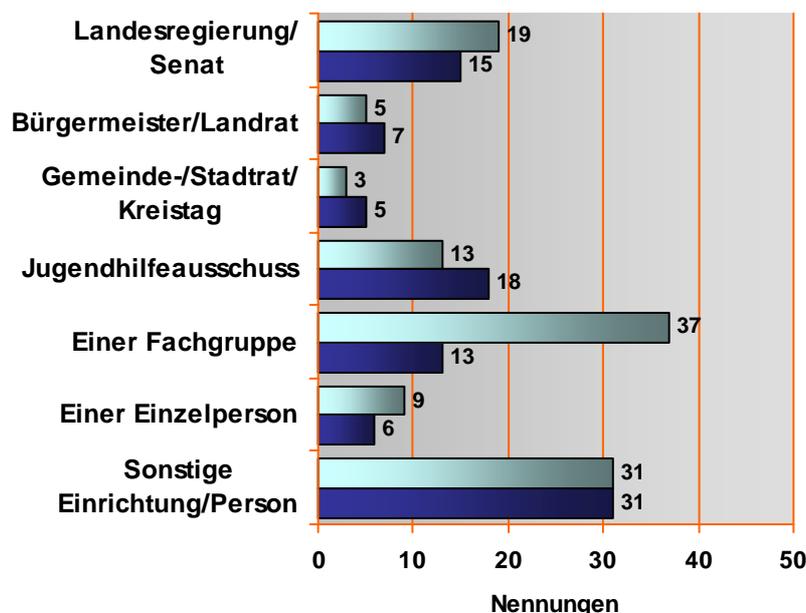
Bei den Frühe-Hilfen-Netzwerken handelt es sich zum überwiegenden Teil um regionale stadt- und landkreisweite Netzwerke. Dies trifft auf rund 65 Prozent der Netzwerke von Jugendämtern und sogar auf über 72 Prozent der Netzwerke von Gesundheitsämtern zu. Ebenfalls relativ weit verbreitet sind allerdings auch kleinräumige Netzwerke (z.B. von Stadtteilen oder Verbandsgemeinden). Ein deutlicher Unterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern findet sich bei der Beteiligung an stadt-/landkreisübergreifenden Netzwerken. Beteiligungen an solch großräumigen Kooperationsstrukturen werden lediglich von rund 8 Prozent der Gesundheitsämter genannt; die entsprechende Beteiligung von Jugendämtern an solchen Netzwerken liegt hingegen bei fast 18 Prozent.

Abbildung 12: Initiativen zur Bildung von „Frühe-Hilfen-Netzwerken“

„Ging die Initiative zur Bildung dieses Netzwerks von Ihrem Amt oder von einer anderen Einrichtung/Organisation/Person aus?“



Für den Anteil „von einer anderen Stelle“: „Von welcher Stelle ging die Initiative aus?“



* Signifikanter Verteilungsunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ($p < 0.05$).

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

Die in Frühe-Hilfe-Netzwerken aktiven Ämter wurden gefragt, von wem die Initiative zur Bildung dieses Netzwerks ausging. Bei der Beantwortung dieser Frage ist zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ein klarer Unterschied zu erkennen (Abbildung 12): Während nahezu drei Viertel aller in einem Netzwerk beteiligten Jugendämter angeben, dass die Initiative zu dessen Bildung von ihrem eigenen Amt ausging, äußern nur 40 Prozent der in einem Netzwerk aktiven Gesundheitsämter, dass ihr Amt eine auslösende Rolle für die Bildung dieses Netzwerks einnahm. Obwohl für diesen auffälligen Unterschied bundesweit mehrere Faktoren maßgeblich sein dürften, ist davon auszugehen, dass eine Erklärung in der Ausgestaltung landesbezogener Kinderschutzgesetze liegen dürfte, die die Verantwortung zum Aufbau lokaler Netzwerke den Jugendämtern zuweisen (s. hierzu: DIJuF, 2007b).

Diejenigen Ämter, die in solchen Frühe-Hilfe-Netzwerken mitarbeiten, deren Bildung „fremdinitiiert“ wurde, hatten die Möglichkeit die Stellen bzw. Personen zu benennen, von denen die Netzwerkinitiative ausging. Die häufigste Nennung unter den Jugendämtern war dabei „eine Fachgruppe“. Dies deutet darauf hin, dass für den Aufbau von Frühe-Hilfe-Netzwerken nicht nur politische Entscheidungen und Gesetze, sondern vor allem der Eigenanspruch von Jugendämtern an ihre professionelle Arbeit bestimmend waren bzw. sind. Darüber hinaus wurden von Jugendämtern in diesem Zusammenhang relativ häufig „sonstige Einrichtungen/Personen“ sowie „Landesregierung/Senat“, vergleichsweise selten hingegen die Kategorien „Bürgermeister/ Landrat“, „Gemeinderat/Stadtrat/Kreistag“ sowie „Einzelpersonen“ genannt. Unter der entsprechenden Teilgruppe der Gesundheitsämter nimmt der „Jugendhilfeausschuss“ zwar eine besondere Stellung ein; die mit Abstand häufigste Nennung betrifft jedoch die Kategorie „sonstige Einrichtungen/Personen“.

Die Analyse offener Einträge zeigt hier erwartungsgemäß, dass aus Sicht vieler Gesundheitsämter die regional zugeordneten Jugendämter als Initiatoren eines Netzwerks zu Frühen Hilfen fungierten. In den Textfeldern des Fragebogens wurde dabei des Öfteren hervorgehoben, dass Jugendämter aufgrund ihres „staatlichen Wächteramtes“ für die Planung und Steuerung von Frühen Hilfen eine besondere Rolle bzw. Verantwortung einnehmen. Umgekehrt führten nur sehr wenige Jugendämter ein Gesundheitsamt als initiiierende Behörde für ihr Frühe-Hilfe-Netzwerk an. Von Jugend- und Gesundheitsämtern etwa gleichermaßen häufig genannte sonstige Initiatoren von Netzwerken waren medizinische Einrichtungen wie Kinderkliniken und Kinderarztpraxen, weiterhin Beratungsstellen von öffentlichen und/oder freien Trägern, Vereinen und Kinderschutzverbänden: „Suchtberatung“, „Schwangerschaftsberatung“, „Kinderschutzbund“. Bei den seltenen Nennungen von Einzelpersonen, die den Aufbau des Netzwerks bewirkt haben, handelte es sich insbesondere um Leitungskräfte von Jugendämtern und Kreisverwaltungen. Schließlich wurden von einigen Ämtern die vom NZFH begleiteten Modellprojekte oder die Lokalen Bündnisse für Familie als Auslöser für die Netzwerkbildung hervorgehoben.

5.9.2 Funktionselemente und Merkmale von Frühe-Hilfe-Netzwerken

Kooperation und Vernetzung stellen im Bereich Früher Hilfen grundsätzlich große Herausforderungen für die Praxis dar. Die Erfahrungen aus bestehenden lokalen Netzwerken zur Verbesserung des Kinderschutzes weisen aber auch auf besondere Umsetzungsprobleme hin und verdeutlichen, dass es für eine tragfähige und wirksame Zusammenarbeit der Fachkräfte in den Kommunen vor allem verbindlicher Formen der Kooperation sowie klar geregelter Verfahrenswege und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Disziplinen und Hilfesystemen bedarf (Böttcher et al. 2008). Kooperationsvereinbarungen zwischen den einzelnen Netzwerkakteuren sichern verbindliche Kommunikations- und Verfahrenswege sowohl im Hinblick auf die einzelfallbezogene Zusammenarbeit als auch bezüglich der Rechte und Pflich-

Abbildung 13: Funktionselemente und Merkmale von Frühe-Hilfe-Netzwerken

„Geben Sie nun bitte zu jeder der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf das oben genannte Netzwerk zutreffen. In dem Netzwerk zu Frühen Hilfen gibt es...“



* Signifikanter Mittelwertunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern ($p < 0.05$).

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

ten der jeweiligen Partner bei der Gestaltung der Kooperation und von institutionellen Übergängen. Um den Prozess der Verständigung und gegenseitigen Wertschätzung anzustoßen, werden Runde Tische, gemeinsame Veranstaltungen oder interdisziplinäre Fortbildungen als unerlässlich betrachtet. Vernetzungsarbeit benötigt daher zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen sowie ein professionelles Management etwa durch die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle (DJI, 2007; LIWF, 2007). Um das Vorliegen bestimmter Funktionselemente von Frühe-Hilfe-Netzwerken erfassen zu können, wurden im Fragebogen die folgenden Vorgaben genutzt (siehe Abbildung 13):

Bereich: „Austausch und Kommunikation“; die Aussagen 1 bis 7.

Bereich: „Leitbilder und Zielstellungen“; die Aussagen 8 bis 10.

Bereich: „Verfahrensweisen und Aufgabenverteilung“; die Aussagen 11 bis 14.

Bereich: „Rahmenbedingungen und Netzwerkstruktur“; die Aussagen 15 bis 19.

Bereich: „Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit“; die Aussagen 20 bis 24.

Abbildung 13 verdeutlicht, dass die oben beschriebenen Funktionselemente unter den vorhandenen Frühe-Hilfe-Netzwerken unterschiedlich stark entwickelt sind. Am häufigsten werden dabei die Merkmale „regelmäßige Netzwerktreffen“, „ein von gegenseitigem Respekt getragenes Arbeitsklima“, das Vorhandensein einer „interdisziplinären, fächerübergreifenden Zusammenarbeit“ sowie ein „reger persönlicher Erfahrungsaustausch im Netzwerk“ genannt; weitaus weniger verbreitet ist hingegen der „fachliche Austausch mit anderen Netzwerken“. Zumindest für Jugendämter kann darüber hinaus auch eine gewisse „personelle Kontinuität von Schlüsselpositionen“ festgestellt werden.

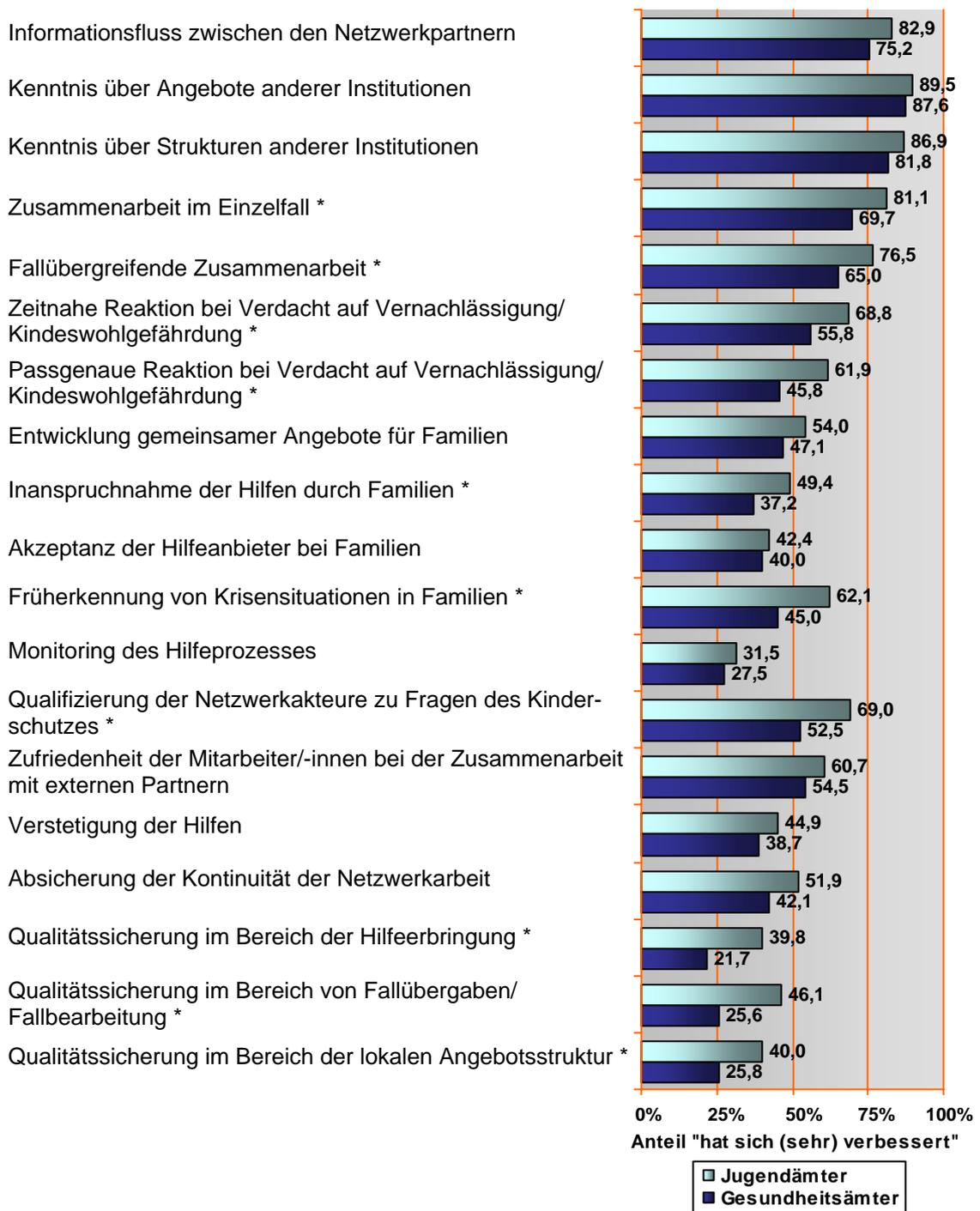
Weniger verbreitet, aber dennoch für viele Netzwerke zumindest teilweise zutreffend, sind Merkmale wie „feste Kommunikationsstrukturen zwischen den am Netzwerk beteiligten Institutionen“, ein „Austausch über den gesetzlichen Auftrag einzelner Netzwerkpartner“, ein „gemeinsam getragener Zielfindungsprozess“, eine „klare und einvernehmliche Zieldefinition“, eine „verbindliche Festlegung von Zuständigkeiten im Netzwerk“ und – zumindest für die Netzwerke von Jugendämtern – eine „Festlegung von konkreten Schritten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“.

Vergleichsweise selten werden als Merkmale der Frühe-Hilfe-Netzwerke hingegen ein „gemeinsam erstelltes Regelwerk für die Arbeit im Netzwerk“, ein „Steuerungsgremium für Entscheidungen im Netzwerk“, „Regelungen zur verbindlichen Teilnahme an den Netzwerktreffen“, eine „gemeinsam abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit nach Außen“, „fachübergreifende Qualifizierungsmaßnahmen im Netzwerk“, „Maßnahmen zur Identifizierung von Lücken im Netzwerk“, „Maßnahmen zur Prozessdokumentation“ und „Maßnahmen zur Evaluation der Angebote bzw. Netzwerkarbeit“ genannt. Demzufolge sind gerade Bereiche wie Verfahrensverbindlichkeit bzw. -sicherheit, als Voraussetzungen für Qualitätsentwicklung und gelingender Kooperation, relativ schwach ausgeprägt. Allerdings sind die drei zuletzt genannten Funktionselemente unter den Frühe-Hilfe-Netzwerken von Gesundheitsämtern eher zu finden als unter den Netzwerken von Jugendämtern.

Zusammenfassend kann im Ergebnis festgestellt werden, dass von den bestehenden Kooperationsstrukturen die qualitativen Anforderungen an das komplexe System eines „Kommunalen Netzwerks Früher Hilfen“ oft nur teilweise erfüllt werden, da sich die stark ausgeprägten Merkmale bestehender Frühe-Hilfe-Netzwerke eher auf die Weiterentwicklung kommunikativer Prozesse (innerhalb des eigenen Netzwerks) und weniger auf den Aufbau verbindlicher Netzwerkstrukturen und wirksamer Maßnahmen zur Qualitätssicherung beziehen. Weiterhin ist in quantitativer Hinsicht zu beachten, dass die Merkmalskombinationen vieler Netzwerke lückenhaft sind: Nur für etwa jedes siebte Frühe-Hilfe-Netzwerk treffen alle 24 aufgeführten Funktionselemente gleichzeitig zu.

Abbildung 14: Wahrgenommene Auswirkungen der Netzwerkarbeit

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



* Signifikanter Verteilungsunterschied zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern (p < 0.05).

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

5.9.3 Wahrgenommene Auswirkungen der Netzwerkarbeit

Die Ergebnisse aus Abbildung 14 zeigen auf, dass die Netzwerkarbeit nach Auskunft der befragten Ämter zu einer deutlichen Verbesserung im Bereich der Kommunikation (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 selber“. Der zum Aufbau funktionierender Netzwerke notwendige Entwicklungsprozess benötigt gerade zu Beginn Zeit für das gegenseitige Kennenlernen und Kommunikation zwischen den Netzwerkpartnern. Nur eine ausreichende Aufmerksamkeit für den Aufbau und die Gestaltung der Arbeitsbeziehungen der Akteure verbessert das Verständnis der jeweiligen Arbeitsbedingungen einzelner Hilfesysteme und fördert eine ganzheitliche Betrachtungsweise im Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen mit ihren unterschiedlichen Perspektiven auf Familien (LIWF, 2007).

Als weitere wichtige positive Veränderungen durch die Netzwerkarbeit ist hervorzuheben, dass sich aus Sicht der befragten Jugend- und Gesundheitsämter die Zusammenarbeit sowohl im Einzelfall (insgesamt: 78%) als auch fallübergreifend (73%) verbessert und damit auch die Möglichkeit, zeitnah bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu reagieren (65%). Auch die Qualifizierung der Netzwerkakteure in Bezug auf Fragen des Kinderschutzes steigt in Folge der Zusammenarbeit in Frühe-Hilfe-Netzwerken an (64%). Die Inanspruchnahme von Hilfen durch Familien (45%) und die Akzeptanz der Hilfeanbieter (42%) profitieren hingegen weniger von der Netzwerkarbeit. Dieser Teilbefund ist aus unserer Sicht insofern besonders bedauerlich, da gerade die Verbesserung des Zugangs zu Familien zu den wichtigsten Zielen des Aktionsprogramms der Bundesregierung „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ gehört, um frühzeitig Unterstützung anbieten zu können.

Ebenfalls nur vergleichsweise geringfügige positive Auswirkungen der Netzwerkarbeit sind 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%) festzustellen. In den meisten der Bereiche werden dabei seitens der Jugendämter positivere Wirkungen der Netzwerkarbeit wahrgenommen als seitens der Gesundheitsämter.

5.9.4 Ergebnisse einer Typisierung von Frühe-Hilfe-Netzwerken

Die sehr unterschiedlich ausgeprägten Merkmale bzw. Funktionselemente einzelner Frühe-Hilfe-Netzwerke (siehe Kapitel 5.9.2) und die seitens der beteiligten Akteure ebenfalls unterschiedlich wahrgenommenen Auswirkungen der Netzwerkarbeit (siehe Kapitel 5.9.3) sollen im Folgenden zu zwei zentralen Fragen verdichtet werden:

1. Lassen sich anhand der Ausprägungen einzelner Merkmale bestimmte „Typen“ von Frühe-Hilfe-Netzwerken identifizieren?
2. Sind für einzelne Netzwerktypen Unterschiede hinsichtlich der Auswirkungen der Netzwerkarbeit festzustellen?

Die erste Frage ist inhaltlich von komplexer Art, da zu ihrer Beantwortung zunächst die Gesamtheit aller befragten Jugend- und Gesundheitsämter – bzw. die von den Ämtern beschriebenen Frühe-Hilfe-Netzwerke – anhand vieler Merkmale zu Gruppen zusammenzufassen sind. Um eine solche Gruppenbildung praktisch durchführen zu können, stehen mehrere unterschiedliche Methoden zur Verfügung. Die

ner Koordinierungsstelle, verbindliche Vereinbarungen zur Zielerreichung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung usw.). Netzwerke dieses Clusters werden im Folgenden entsprechend als „verbindliche Netzwerke“ beschrieben²⁵.

Zur Beantwortung der zweiten Frage wurde zunächst die Clusterzugehörigkeit einzelner Ämter als Merkmal im Datensatz gespeichert, um anhand dieses Merkmals eine Trennung von Jugend- und Gesundheitsämtern sowie eine Einschätzung der Auswirkungen der Netzwerkarbeit vornehmen zu können (Abbildung 15). Die insgesamt 19 Items zur Beurteilung der Auswirkungen der Netzwerkarbeit (siehe Abbildung 14) wurden dabei zu einem „Wirkungsindex“ zusammengefasst, indem die Antworten „hat sich (sehr) verbessert“ für alle Items aufaddiert wurden. Der „Wirkungsindex“ weist demnach einen Wertebereich von „0“ bis „19“ auf, wobei der Wert „0“ signalisiert, dass für keines der 19 Items eine Verbesserung wahrgenommen wurde; der maximale Wert von „19“ wird entsprechend erreicht, wenn für alle Items Verbesserungen durch die Netzwerkarbeit wahrgenommen wurden. Dargestellt werden in Abbildung 15 für jedes der beiden Cluster und getrennt nach Jugend- und Gesundheitsämtern sowohl die Anteilswerte einzelner Index-Quartile als auch der durchschnittliche Indexwert (letzte Spalte).

Als Resultat dieser Analyse ist festzuhalten, dass verbindlich organisierte Netzwerke bessere Wirkungen im Bereich Früher Hilfen erzielen als unverbindliche Netzwerke. So geben 37,2 Prozent der Jugendämter, die verbindlichen Netzwerken zuzuordnen sind, an, dass ihre Netzwerkarbeit in 15 bis 19 Bereichen (höchstes Quartil) zu Verbesserungen führte; umgekehrt ist für einen vergleichbaren Anteil der Gesundheitsämter, die in „unverbindlichen Netzwerken“ mitarbeiten, von einer eher wirkungslosen Netzwerkarbeit auszugehen (Wertebereich 0-4; unterstes Quartil). Die Auswirkungen verbindlicher Netzwerke betreffen dabei nicht nur die Zusammenarbeit der Netzwerkakteure oder die internen Netzwerkstrukturen, vielmehr zeichnet sich ab, dass auch die Akzeptanz Früher Hilfen seitens der Familien durch verbindlich organisierte Netzwerke erhöht werden kann. Diese Befunde zeigen, dass die oft geforderte und notwendige Vernetzung der Fachkräfte einzelner Hilfesysteme im Bereich Früher Hilfen nur dann Wirksamkeit entfalten kann, wenn es vor Ort gelingt, verbindliche Formen der Kooperation sowie klar geregelte Verfahrenswege und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen zu etablieren. Gleichzeitig unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse die Notwendigkeit, zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen für die Netzwerkarbeit zur Verfügung zu stellen.

6. Ergebnisse zur Auswertung der abschließenden Anmerkungen

Zum Abschluss der Befragung hatten die Jugend- und Gesundheitsämter die Gelegenheit, eigene Gedanken, Anregungen oder Kritik zum Themen- bzw. Aufgabenbereich Früher Hilfen anzugeben. Aus den frei formulierten Anmerkungen der Befragten wird ersichtlich, dass in vielen Regionen und Kommunen Deutschlands bereits zahlreiche Ideen, Hilfeangebote und Projekte zu Früher Hilfen vorhanden bzw. im Entstehen sind. Frühe Hilfen als Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes sind aus Sicht der Fachkräfte unerlässlich, um die Entwicklung von Kindern und die Entfaltung einer guten Eltern-Kind-Beziehung von Anfang an zu fördern und so-

²⁵ Die Zusammensetzung der beiden Cluster kann wie folgt beschrieben werden: Die Anteile der Antwortvorgaben „trifft voll zu“ und „trifft teilweise zu“ liegen in der Gruppe verbindlicher Netzwerke für alle 24 Gruppierungsmerkmale (s. Abb. 13) bei mindestens 70%. Dies trifft bei unverbindlichen Netzwerken nur für die 7 Merkmale „reger persönlicher Erfahrungsaustausch“, „feste Kommunikationsstrukturen“, „respektvolles Arbeitsklima“, „Austausch über gesetzlichen Auftrag“, „gemeinsamer Zielfindungsprozess“, „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ und „regelmäßige Netzwerktreffen“ zu; alle anderen Merkmale sind in dieser Gruppe (meist deutlich) schwächer ausgeprägt.

mit möglichst Risiken und Gefährdungen für die Kinder vorzubeugen: *„Frühe Hilfen sind unabdingbar zur Vermeidung/ Abmilderung von Familienkrisen; Familien sollten frühzeitig Angebote zur Stärkung der Familienkompetenz erhalten. (...)“*. Im Hinblick auf einen wirksamen Kinderschutz wird die Vernetzung all jener Einrichtungen und Dienste gefordert, die im Bereich Früher Hilfen aktiv sind und/oder sich mit dem Kindeswohl beschäftigen: *„Die Bereiche Jugend, Gesundheit, Bildung, Soziales müssen eng vernetzt miteinander arbeiten; (...)“*. Die Fachkräfte der befragten Jugend- und Gesundheitsämter engagieren sich teilweise seit langem, diese Vernetzung voranzubringen. Einige von ihnen weisen dabei auf erzielte Verbesserungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer hin: *„(...) wesentliche Verbesserung der Kooperation erreicht.“*. Ferner sind die Ämter bestrebt, bestehende Angebote sowie Strukturen Früher Hilfen auf lokaler und regionaler Ebene zu verstetigen.

Der Auf- und Ausbau frühzeitiger Hilfen ebenso wie die Vernetzungsarbeit seitens der Jugend- und Gesundheitsämter bedürfen einer hinreichenden Ressourcenausstattung, Verbindlichkeit und Rahmengesetzgebung. Diesbezüglich führen die befragten Ämter folgende Problembereiche an: (1) Die in den Kommunen für den Bereich Früher Hilfen vorgesehenen Ressourcen sind unzureichend und zudem nicht langfristig gesichert. (2) Es fehlen einheitliche Regelungen, die einen geeigneten Rahmen und notwendige Strukturen schaffen. Darüber hinaus wird von Schwierigkeiten berichtet, die eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit behindern.

Die Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen müssen aus Sicht zahlreicher Ämter finanziell und personell besser hinterlegt werden: *„(...) Mangelnde personelle / finanzielle Absicherung.“*, *„Zu wenig Personal und Ressourcen zum Ausbau der wichtigen Arbeit im Bereich Früher Hilfen.“*. Bislang werden nach Ansicht einiger der befragten Ämter die Leistungen zum Teil neben dem Tagesgeschäft zusätzlich erbracht: *„Die zusätzlichen Arbeiten und Anstrengungen sind kaum durch zusätzliches Personal und finanzielle Mittel unterstützt worden, was zwingend notwendig erscheint.“*, *„(...) bisher zusätzliche Leistungen der Beteiligten.“*. Daher wünschen sich vielfach die Fachkräfte der Jugend- und Gesundheitsämter von den Ländern, die Ressourcenausstattung entsprechend auszuweiten, aber auch langfristig sicherzustellen: *„(...) Land und Bund sollten kommunale Träger auch finanziell unterstützen (...)“*, *„Ich würde mir eine kontinuierliche finanzielle Unterstützung wünschen!“*, *„Finanzen!, Land: geringe kurzfristige Anschubfinanzierung ermöglicht keine Nachhaltigkeit! (...)“*. Die Ursachen für Probleme beim Aufbau einer umfassenden und kontinuierlichen Bereitstellung von Ressourcen liegen auch darin begründet, dass Frühe Hilfen nicht explizit gesetzlich definiert sind. Im Gesetz ist die Förderung im frühkindlichen Bereich ohne den Zusatz „früh“ versehen, wie beispielsweise als allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie im § 16 SGB VIII (DIJuF, 2007c). Infolgedessen werden die präventiven Leistungen im SGB VIII oft als Kann- bzw. Soll-Leistung verstanden: *„Finanzierung der „Frühen Hilfen“ ist sehr schwierig, da dies eine freiwillige Leistung ist.“* Dementsprechend hängt die Unterstützung der kommunalen Behörden für Frühe Hilfen bislang maßgeblich vom politischen Willen auf kommunaler und/oder Landesebene ab. Aus diesem Grund werden mehrfach sowohl von Jugend- als auch Gesundheitsämtern einheitliche Regelungen – vor allem zur finanziellen und personellen Absicherung des Bereichs Früher Hilfen – befürwortet und erwartet. Entsprechende Rahmengesetzgebungen auf Bundes- und/oder Länderebene könnten die Voraussetzungen für eine Verstetigung der neu entstehenden Angebote und Netzwerke erleichtern und konkretisieren: *„Ohne verbindliche vom Gesetzgeber vorgegebene Strukturen, mit klarer Finanz- und Personalausstattung, wird es kein nachhaltiges System der frühen Hilfen geben.“*, *„(...) erwarten eine baldige bundesrechtliche Regelung der Finanzierung der Leistungen der Gesundheitsämter.“*, *„Eindeutige, fachliche, personelle und organisatorische Strukturen bundesweit vereinbaren, um diese eins zu eins umzusetzen.“*

Überdies müssen am Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen im Hinblick auf einen wirksamen Kinderschutz Leistungserbringer verschiedener Hilfesysteme beteiligt sein. Auch wenn der Kinder- und Jugendschutz nach dem SGB VIII eine zentrale Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist und daher letztlich oft den Jugendämtern die Steuerungsverantwortung für Frühe Hilfen obliegt, ist ein kooperatives Handeln vor allem zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe erforderlich: *„(...) Ohne die Gesundheitshilfe sind ‚Frühe Hilfen‘ und optimaler Kinderschutz nicht möglich und von Jugendhilfe allein leistbar.“* Einige der befragten Ämter berichten allerdings nachdrücklich von Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Gründe hierfür liegen u. a. in der mangelnden Kooperationsbereitschaft potenzieller Kooperationspartner. Die Zusammenarbeit der beiden Systeme wird von berufsgruppenspezifischen Vorurteilen gehemmt. Insbesondere die Gewinnung und Einbindung von niedergelassenen Ärztinnen/-ärzten sowie Hebammen erweist sich aufgrund von wirtschaftlichen Interessen und Datenschutzgründen als schwierig: *„Leider wird die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe von sehr großen Berufsgruppenspezifischen Vorurteilen behindert, die ein Gelingen ohne klare gesetzliche Vorgaben nahezu unmöglich machen.(...)“*, *„Große Vorbehalte bei der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, aufgrund wirtschaftlicher Interessen und Datenschutz von Ärzten und Hebammen.“* Die Ausführungen der Ämter verdeutlichen, dass die Anerkennung der Kompetenzen und Aufgaben der Akteure und Institutionen verschiedenster Hilfesysteme eine Grundvoraussetzung für eine tragfähige und wirksame Zusammenarbeit ist. Nach Ansicht der Ämter gilt es sich über die jeweiligen Handlungsmöglichkeiten und -grenzen der Kooperationspartner zu verständigen. Darüber hinaus bedarf es klar geregelter Verfahrenswege und Zuständigkeiten zwischen den Beteiligten. In einem gemeinsamen Verständigungsprozess sind Zielstellungen, Aufgaben sowie Handlungsleitlinien zu erarbeiten und (möglichst) verbindlich zu vereinbaren: *„(...) gemeinsame Handlungsweisen müssen entwickelt werden.“*, *„(...) zielorientierte Handlungsweisen nötig; (...)“*.

Des Weiteren bedarf es qualifizierter fachlicher Beratung und Begleitung, damit die Fachkräfte von Gesundheitswesen und Jugendhilfe den Bereich Früher Hilfen auf- und ausbauen können und die Unterstützungsangebote möglichst in Regelangebote überführt werden. So formulieren einige der befragten Ämter eindringlich weiteren Unterstützungsbedarf – teils auch explizit an das NZFH gerichtet: Unterstützung bei der fachübergreifenden Vernetzung der Akteure und Institutionen (*„...Beratung durch NZFH vor Ort bei Etablierung von Netzwerken.“*) sowie Bereitstellung der aufgearbeiteten Praxiserfahrungen und Forschungsergebnisse im Feld Früher Hilfen (*„Bündelung und Informationsvermittlung durch NZFH o.ä. wichtige Zuarbeit.“*).

7. Zusammenfassung und Ausblick

Die Wirksamkeit Früher Hilfen wird nicht nur durch eine große Vielzahl an Einzelaktivitäten in diesem Bereich erreicht. Entscheidend für die Qualitätsentwicklung von Frühen Hilfen ist vielmehr eine aufeinander abgestimmte Kooperation von Einzelansätzen im Rahmen regionaler Hilfenetze. In diesem Zusammenhang kommt den kommunalen Steuerungsbehörden wie Jugend- und Gesundheitsämtern eine große Bedeutung zu. Frühe Hilfen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern greifen am besten in guter Kooperation zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe. Bislang lagen jedoch nur wenige Informationen über die bereits vorhandenen Kooperationsformen und Vernetzungsstrategien von Gesundheitswesen und Jugendhilfe vor. Das **Ziel der ersten Teiluntersuchung** dieses Projekts war es deshalb, mit einer bundesweiten postalischen Befragung aller Jugend- und Gesundheitsämter Ziele/Ausrichtung, Umfang, Struktur und Qualität der Kooperationen bzw. der lokalen Vernetzung im Bereich Früher Hilfen aus der Sicht kommunaler Steuerungsbehörden zu erfassen.

Zur **Vorbereitung der Hauptbefragung** und zur Optimierung des Erhebungsinstruments wurden zwei Expertenworkshops durchgeführt. Weiterhin wurden die Ergebnisse persönlicher Vorgespräche mit den AmtsleiterInnen mehrerer Jugend- und Gesundheitsämter, eines Pretests sowie einer Non-Responder-Befragung bei den vorbereitenden Planungen der Hauptstudie mit berücksichtigt. Negativ wirkte sich auf den Rücklauf der postalischen Befragung, neben dem ungünstigen Erhebungszeitraum gegen Jahresende 2008, vor allem fehlende zeitliche und personelle Ressourcen in den Ämtern sowie die Länge des Fragebogens aus. Die Ausschöpfungsquote konnte durch mehrere Nachfassaktionen bis Februar 2009 verbessert werden und erreichte mit über 59 Prozent einen zufrieden stellenden Umfang. Eine Untersuchung der Repräsentativität der erhobenen Daten führte zu dem Schluss, dass die vorliegenden Daten zuverlässige Auswertungen zum Thema ermöglichen.

Eine inhaltliche Analyse zum **Begriffsverständnis Früher Hilfen** zeigt auf, dass Frühe Hilfen in der Praxis kommunaler Steuerungsbehörden überwiegend im Sinne des NZFH als biografisch früh einsetzende, sekundäre Prävention für Risikogruppen verstanden werden. Viele Befragte verstehen Frühe Hilfen jedoch auch im Sinne primärer Prävention, die vorrangig einer Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern dient. Intervenierende Maßnahmen des Kinderschutzes werden nur von wenigen Ämtern den Frühen Hilfen zugeordnet.

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass deutschlandweit seitens kommunaler Steuerungsbehörden bereits **vielfältige Aktivitäten** im Bereich Früher Hilfen aufgebaut wurden. Bei insgesamt rund 89 Prozent der teilnehmenden Ämter finden sich eigene Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen – für Jugendämter liegt dieser Anteil sogar bei 96%. Unter Berücksichtigung der nicht teilnehmenden Ämter bedeutet dies, dass bundesweit bislang mindestens 50 Prozent der Jugend- und Gesundheitsämter in diesem Bereich aktiv sind.

Als **auslösende Faktoren** für Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen wurden seitens der Jugendämter insbesondere aktuelle Fachdiskurse, die Novellierung des § 8a SGB VIII und Initiativen der Fachkräfte vor Ort genannt. Nur in wenigen Kommunen waren hingegen für Jugendämter ein gravierender Fall von Kindesvernachlässigung bzw. Kindesmisshandlung, das Aktionsprogramm der Bundesregierung oder die aktuelle Medienberichterstattung Auslöser, um im Bereich Früher Hilfen aktiv zu werden. Für Gesundheitsämter waren teilweise andere Gründe als für Jugendämter maßgeblich für den Start von Frühe-Hilfe-Aktivitäten. Erwartungsgemäß spielte hier beispielsweise die Novellierung des SGB VIII (§ 8a) eine weitaus geringere Rolle.

Die **Steuerungsverantwortung** für Frühe Hilfen liegt nach Einschätzung einer klaren Mehrheit der befragten Ämter beim Jugendamt – diese Einschätzung wird vor allem von den Jugendämtern selbst vertreten. Rund 20 Prozent der Befragten sehen Jugend- und Gesundheitsamt gemeinsam in der Pflicht – diese Position ist insbesondere unter Gesundheitsämtern zu finden. Eine vorwiegende Zuständigkeit Früher Hilfen bei anderen Behörden oder Einrichtungen stellen in nennenswertem Umfang weder Jugend- noch Gesundheitsämter für ihre Amtsbezirke fest.

Rund ein Drittel der befragten Ämter gab an, amtsintern über eine/n Arbeitseinheit bzw. -bereich zu Frühen Hilfen zu verfügen. Viele Ämter haben zwar noch keinen eigenen Frühe-Hilfe-Bereich aufgebaut, vor allem unter Jugendämtern ist dessen Einrichtung jedoch geplant. Allerdings finden sich Hinweise dafür, dass sich die vorhandenen **strukturellen Verankerungen** nur selten auf eigenständige Abteilungen oder Fachbereiche beziehen, sondern eher die Eingliederung Früher Hilfen in bestehende Organisationseinheiten oder Dienste beschreiben.

Der überwiegende Teil aller befragten Jugend- und Gesundheitsämter ist mittlerweile zwar im Bereich Früher Hilfen aktiv, diese Aktivitäten sind jedoch nur bei etwa 39 Prozent der Ämter **personell hinterlegt**. Die **beruflichen Qualifikationen** der im

Bereich Früher Hilfen tätigen Fachkräfte weisen für Jugend- und Gesundheitsämtern deutliche Unterschiede auf. Bei Jugendämtern stellen SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie erzieherische/pädagogische Berufe eine klare Mehrheit. Bei Gesundheitsämtern ist eine heterogenere Beschäftigtenstruktur festzustellen; die größte Teilgruppe der im Bereich Früher Hilfen tätigen Fachkräfte bilden hier Ärztinnen und Ärzte.

Der Stand der **Umsetzungen einzelner Maßnahmen** im Bereich Früher Hilfen zeigt sich insgesamt recht uneinheitlich; weiterhin finden sich sowohl bei der Umsetzung als auch bei den vorgesehenen Planungen zum Teil beträchtliche Abweichungen zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern. Die bisherigen Aktivitäten beziehen sich vorrangig auf die Intensivierung der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, die Bereitstellung zusätzlicher, niedrigschwelliger Angebote für Familien und auf den Aufbau interdisziplinärer Netzwerke „Frühe Hilfen/Kinderschutz“.

Größere **Unterstützungsbedarfe** beim Aufbau Früher Hilfen werden seitens der befragten Ämter formuliert hinsichtlich der Beratung zu Finanzierungsgrundlagen und -möglichkeiten und – vor allem unter den Gesundheitsämtern – der Klärung datenschutzrechtlicher Fragen, der Bereitstellung von Einschätzungshilfen zur Früherkennung von familiären Belastungen sowie der Qualifizierung von MitarbeiterInnen.

Die Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme zeigen das Bild eines stark differenzierten **Systems von Kooperationen** zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Unterstützungssysteme. Jugend- und Gesundheitsämter kooperieren im Bereich Früher Hilfen mit einer großen Zahl anderer Einrichtungen und Behörden. Sowohl die Bedeutung als auch die Qualität der jeweiligen Zusammenarbeit variieren aus Sicht der befragten Ämter erheblich. 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 zumeist loser und eher informeller Natur sind. Vertraglich vereinbarte Kooperationen bestehen seitens der Jugendämter am ehesten noch mit Trägern von SPFH, Erziehungsberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Kindertageseinrichtungen und Familienzentren. Ein hervorhebender Befund ist, dass die Gesundheitsämter das Jugendamt als wichtigsten Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen nennen, wohingegen umgekehrt die Gesundheitsämter von den Jugendämtern hier bislang weniger deutlich als relevante Partner wahrgenommen werden. Manche Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen haben für die Jugendämter im Bereich Früher Hilfen zwar eine hohe Bedeutung, die Zusammenarbeit wird aber nicht immer als voll zufrieden stellend bewertet. Dies stellt sich bei den Gesundheitsämtern ähnlich dar. Besonders gut arbeiten die Jugendämter mit Trägern von SPFH, Familienberatungsstellen, Kinderschutzzentren und mit der Polizei zusammen. Die Gesundheitsämter beurteilen besonders die Zusammenarbeit mit interdisziplinären Frühförderstellen, Schwangerenberatungsstellen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst positiv. Hervorzuheben ist aus der „Perspektive“ Früher Hilfen, dass die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen von Jugend- und Gesundheitsämtern häufig wahrgenommen und als wichtig und gut bewertet wird.

Über 80 Prozent der im Bereich Früher Hilfen aktiven Ämter geben an, bei mindestens einem **Netzwerk zu Frühen Hilfen** mitzuarbeiten; dabei handelt es sich zum überwiegenden Teil um regionale stadt- und landkreisweite Strukturen. Die Initiative zur Bildung des Netzwerks ging bei Jugendämtern überwiegend von ihrem eigenen Amt aus; bei der Mehrheit der Gesundheitsämter wurde die Netzwerkbildung hingegen „fremdinitiiert“ (zumeist vom örtlichen Jugendamt).

Die vorliegenden Ergebnisse zum Aufbau von Frühe-Hilfe-Netzwerken deuten einerseits zwar an, dass zentrale **Funktionselemente** unter den vorhandenen Netzwerken unterschiedlich stark entwickelt sind. Andererseits ist festzustellen, dass von den bestehenden Kooperationsstrukturen die Anforderungen an ein komplexes System eines „Kommunalen Netzwerks Früher Hilfen“ oft nur teilweise erfüllt werden, da sich viele Merkmale von Frühe-Hilfe-Netzwerken eher auf die Weiterentwicklung kommunikativer Prozesse und weniger auf den Aufbau verbindlicher Netzwerkstrukturen und wirksamer Maßnahmen zur Qualitätssicherung beziehen.

Die Netzwerkarbeit zeigt nach Auskunft der befragten Ämter wahrnehmbare **Auswirkungen** im Arbeitsfeld Früher Hilfen und führt zu einer deutlichen Verbesserung im Bereich Kommunikation und der Kenntnisse über Angebote anderer Institutionen sowie über deren Aufgaben, Kompetenzen und Zugangswege. Die Zusammenarbeit sowohl im Einzelfall als auch fallübergreifend verbessert sich und damit auch die Möglichkeit, zeitnah bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu reagieren. Auch die Qualifizierung der Netzwerkakteure in Bezug auf Fragen des Kinderschutzes steigt an. Die Inanspruchnahme von Hilfen durch Familien und die Akzeptanz der Hilfeanbieter „profitieren“ hingegen weniger von der Netzwerkarbeit, ebenso wie das Monitoring des Hilfeprozesses, die Qualitätssicherung in der Hilfeerbringung sowie bei Fallübergaben und die Verstetigung der Hilfen. In den meisten der Bereiche werden dabei seitens der Jugendämter positivere Wirkungen der Netzwerkarbeit wahrgenommen als seitens der Gesundheitsämter.

Als Resultat einer **multivariaten Analyse** ist festzuhalten, dass verbindlich organisierte Netzwerke bessere Wirkungen im Bereich Früher Hilfen erzielen als unverbindliche Netzwerke. Die Auswirkungen verbindlicher Netzwerke betreffen dabei nicht nur die Zusammenarbeit der Netzwerkakteure oder die internen Netzwerkstrukturen, vielmehr zeichnet sich ab, dass auch die Akzeptanz Früher Hilfen seitens der Familien durch verbindlich organisierte Netzwerke erhöht werden kann. Gleichzeitig unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse die Notwendigkeit, zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen für die Kooperationsarbeit, insbesondere für die Koordinierung der Kooperation zur Verfügung zu stellen.

Ein Ausblick: Der Begriff der „Frühen Hilfen“ war lange Zeit ein Synonym für „Frühförderung“ und hat sich als eigenständiger Bereich der Kinder- und Jugendhilfe erst in den letzten Jahren unter diesem Terminus in der Kinder- und Jugendhilfe etabliert. Dennoch haben sich die Frühen Hilfen in kurzer Zeit zu einem in weiten Teilen Deutschlands ausdifferenzierten Arbeitsbereich von Jugendhilfe und Gesundheitswesen entwickelt. Und letzteres ist das eigentlich Bemerkenswerte: Zwei unterschiedliche Professionen mit zunächst getrennten Zuständigkeitsbereichen haben sich in kurzer Zeit aufeinander zu bewegt und dabei neue Kooperations- und Hilfeformen für Eltern und ihre Kinder entwickelt. Dies sollte hoch bewertet werden und hat viel mit einem gewachsenen Bewusstsein für vorhandene risikobehaftete Lebenslagen von Familien zu tun, aber auch mit der (wieder) gewachsenen Bedeutung von Prävention. Jugendhilfe und Gesundheitswesen verbindet dabei, dass sie dienstleistungsbezogene Bereiche sind, in deren Vordergrund der Hilfedanke steht. Hier liegt u. a. die gemeinsame Wurzel aber auch das besondere Potenzial der ressortübergreifenden Zusammenarbeit in den „Frühen Hilfen“ begründet.

Die Ergebnisse der vorgestellten Untersuchung machen allerdings deutlich, dass, obwohl bereits viele Angebote von Frühen Hilfen existieren, es dennoch auch zukünftig noch vielfach Unterstützungsbedarfe gibt. Zu nennen wäre beispielsweise für die Gesundheitsämter der Wunsch nach Unterstützung bei der Bereitstellung von Einschätzungshilfen zur Früherkennung familiärer Belastungen bzw. von Screening-Verfahren; für die Kinder- und Jugendhilfe wäre die Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie zu erwähnen, da in diesem Bereich anstei-

gende Fallzahlen bzw. Bedarfe zu verzeichnen sind, für die professionelle Lösungen gefunden werden müssen.

Obwohl Frühe Hilfen nach wie vor eher dem Zuständigkeitsbereich des Jugendamts zugeordnet werden, nimmt dennoch die Einsicht einer gemeinsamen Verantwortung zu, was sich u. a. über die Vielzahl bereits bestehender Netzwerke erkennen lässt. Das ist ein guter Befund. Es ist eine neue „Verantwortungsgemeinschaft“ im Entstehen, der es zwar manchmal noch an verbindlichen Formen der Zusammenarbeit mangelt, die aber die Notwendigkeit von Kooperationen anerkennt und konstruktiv nach Lösungen sucht.

Strukturierten und organisierten Netzwerken müssen ausreichende Ressourcen (Zeit, Geld, Personen) für die Netzwerkarbeit zur Verfügung gestellt werden. Dies ist in der kommunalen Praxis noch ein großes Problem, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass professionelle Netzwerkarbeit neben dem Tagesgeschäft zu leisten ist. Die Kontinuität der Arbeit in einem Netzwerk ist erheblich von einem gesicherten Ressourceneinsatz abhängig. Diese Tatsache muss in die politischen Entscheidungsebenen transportiert und nachhaltig in der Praxis umgesetzt werden. Die im Rahmen dieser Bestandsaufnahme vorgestellten Ergebnisse zeigen klar, dass sich diese Investition „lohnt“.

Wir möchten diesen Bericht jedoch nicht mit den Schlussfolgerungen einer wissenschaftlichen Analyse, sondern mit einigen Worten aus der Praxis beenden:

„Frühe Hilfen sind wichtig, hoffentlich kein Modetrend. Der politische Wille auf kommunaler Ebene und das Engagement der Akteure sind die Grundpfeiler.“

(Zitat eines Amtsleiters/einer Amtsleiterin)

Literaturverzeichnis:

- Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe (AGFJ) im Deutschen Institut für Urbanistik (2006): Tagungsbericht zur Veranstaltung "Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe". Fachtagung vom 26.-28.04.2006, Berlin.
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., ADM (Hg.) (1999): Standards for Quality Assurance in Market and Social Research, Frankfurt/M.
- Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJ) (2009): Hilfen zur Erziehung – zur Struktur der Maßnahmen. In: KomDat, Heft 1/09, S. 2-4.
- Arlt, M. & Landua, D. (2008): Konzeption und Ergebnisse eines Pretests zur Vorbereitung der Datenerhebung des Projekts ‚Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen‘. Arbeitsbericht, Difu, Berlin.
- Arlt, M./ Landua, D. & Sann, A. (2009): Methodenbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt ‚Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen‘. Manuskript, Difu, Berlin.
- Balnis, P. / Demmer, M. & Rademacker, H. (2005): Leitgedanken zur Kooperation von Schule und Jugendhilfe. Eine Broschüre der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW). Frankfurt /M.
- Benninghaus, H. (1998): Deskriptive Statistik. Stuttgart & Leipzig: Teubner Verlag, 8. Aufl.
- Böttcher, W./ Bastian, P. & Lenzmann, V. (2008): Soziale Frühwarnsysteme. Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen. Münster: Waxmann.
- Bortz, J. (2005): Statistik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 6. Aufl.
- Broscheid, A. & Gschwend, Th. (2005): Zur statistischen Analyse von Vollerhebungen, in: Politische Vierteljahresschrift, 46. Jg., Heft 1, S. 16-26.
- Brosius, F. (2004): SPSS 12. Bonn: mitp-Verlag.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (Hg.) (2007a): Jugendamtsverzeichnis 2007. Verzeichnis deutscher Jugendbehörden, Heidelberg.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (2007b): Brückenschlag zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitshilfe. Hinweise des DIJuF zum Gesetzentwurf der Landesregierung Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz). Manuskript, DIJuF, Heidelberg.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V., Heidelberg; Univ. Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie (Hg.) (2007c): Meysen, Th. ; Ohlemann, L.: Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben - der rechtliche Rahmen. Expertise im Rahmen des Projekts "Guter Start ins Kinderleben", DIJuF, Heidelberg.
- Diller, A./ Heitkötter, M. & Rauschenbach, T. (Hg.) (2008): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. DJI, München: VS Verlag.
- Dillman, D.A. (2000): Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method. New York: John Wiley & Sons.
- Deutsches Jugendinstitut München (2007): Kurzevaluation von Programmen zur Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. DJI, München.
- Deutsches Jugendinstitut München (2009): Fragenkatalog zur öffentlichen Anhörung der Kinderkommission zum Thema „Neue Konzepte Früher Hilfen“. Stellungnahme, DJI, München.
- Eckes, Th. & Rossbach, H. (1980): Clusteranalysen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fowler, F.J. (1984): Survey Research Methods. Beverly Hills: Sage Pubn Inc.

- Göppert, V., (2009): Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 70, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin.
- Helming, E. (2008): Paradoxien des Präventionsanspruchs im Bereich Früher Hilfen. Vortrag. www.fruehehilfen.de/fileadmin/fileadminnzzfh/pdf/Helming_Paradoxien_der_Pr_vention_240408.pdf.
- Henschel, A./ Krüger, R./ Schmitt, Ch. & Stange, W. (2008): Jugendhilfe und Schule. Handbuch für eine gelingende Kooperation. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kickbusch, I./ Maag, D. & Saan, H. (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum, Bad Gastein.
- Kindler, H./ Lillig, S./ Blüml, H./ Meysen, T. & Werner, A. (Hg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Landua, D. (1995): Einführung in die Fragebogenkonstruktion. Manuskript, Berlin.
- Leipziger Institut für angewandte Weiterbildungsforschung (LIWF e.V.) (2007): Expertise – Netzwerke für Kinderschutz in Sachsen. Leipzig.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts. Münster: ISA.
- Münder, J./ Mutke, B. & Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.) (2008): Frühe Hilfen - Modellprojekte in den Ländern. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009): Arbeitsdefinition Früher Hilfen. Erstellt in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Beirat des NZFH, Manuskript, Köln & München.
- Nothhafft, S. (2008): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. München: DJI Verlag.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2006): Erziehungskompetenz. Kindheit und Entwicklung, 15, S. 1-8.
- Porst, R. (2001): Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, ZUMA, How-to-Reihe, Nr. 09, Mannheim.
- Prüfer, P. & Rexroth, M. (2000): Zwei-Phasen-Pretesting, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, ZUMA, Arbeitsbericht 2000/08, Mannheim.
- Rohrmann, B. (1978): Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung, in: Zeitschrift für Sozialpsychologie 9, S. 222-245.
- Rupp, M. & Oberndorfer, R. (2005): Familienforschung und niedrigschwellige Angebote für Familien. In: Pro Jugend, Nr. 4/2005, S. 4-8.
- Sann, A. & Schäfer, R. (2008): Auf- und Ausbau Früher Hilfen in Deutschland. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 3. Jahrgang, Band 4/2008, S. 503-508.
- Schnell, R./ Hill, P. & Esser, E. (1995): Methoden der empirischen Sozialforschung. München & Wien: Oldenbourg, 5. Aufl.
- Schone, R. (2008): Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe – AGJ, Berlin.
- Stadtmüller, S. & Porst, R. (2005): Zum Einsatz von Incentives bei postalischen Befragungen. Universität Mainz & Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, ZUMA How-to-Reihe, Nr. 14, Mannheim.
- Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – erzieherische Hilfen (Bestandteile der früheren Fachserie 13, Reihe 6.1), Wiesbaden, versch. Jahrgänge.

- Sudman, S. & Bradburn, N.M. (1983): Asking Questions. San Francisco: Jossey-Bass.
- Thurmair, M. & Naggl, M. (2000): Praxis der Frühförderung – Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. 2. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Thyen, U. (2006): ‘Löcher’ im (Kooperations-)System aus kinderärztlicher Sicht. In: Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe, Tagungsbericht zur Veranstaltung der AGFJ vom 26.-28.04.2006, Berlin, S. 38-54.
- van Santen, E. & Seckinger, M. (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: DJI Verlag.
- Wahl, K./ Alt, C./ Hoops, S./ Sann, A. & Thrum, K. (2006): Elterliche Erziehungskompetenzen: Auskünfte aus empirischen Studien. In: Wahl, K.; Hees, K. (Hg.): Helfen ‚Super Nanny‘ und Co.? Ratlose Eltern – Herausforderung für die Elternbildung. Weinheim & Basel: Beltz, S. 31-43.
- Ziegenhain, U. (2007): Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei jugendlichen Müttern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 56, Nr. 8.

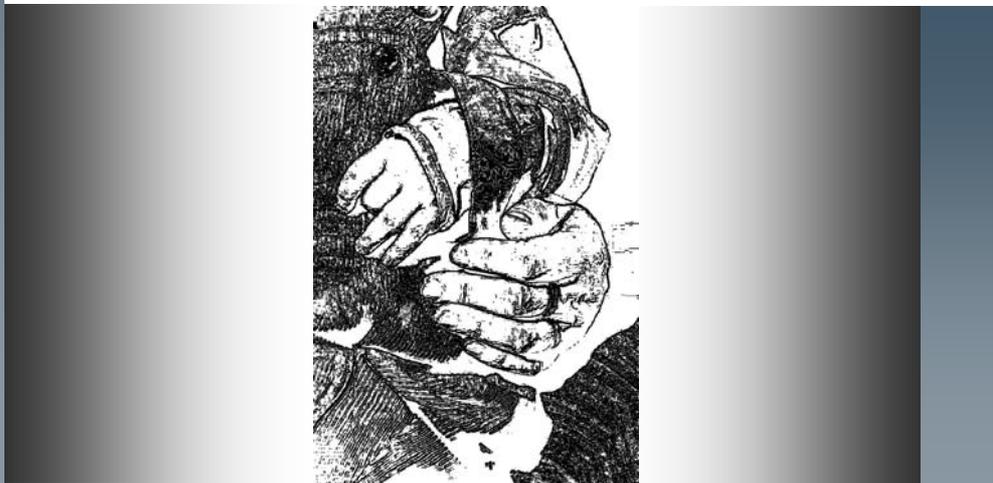
Methodenbericht

(1. Teiluntersuchung)

zum Projekt
“Bundesweite Bestandsaufnahme zu
Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“

Maja Arlt
Detlef Landua
Alexandra Sann

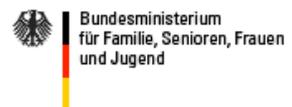
Berlin
Februar, 2009



Im Auftrag von:

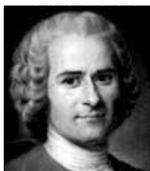


Gefördert vom:



Inhaltsübersicht:

	Seite
Eine Projektübersicht	2
1. Einführende Bemerkungen zum Projekt	
2. Auswahl der Befragungsform	3
3. Entwicklung des Erhebungsinstruments	4
3.1 Rahmenbedingungen der Instrumentenentwicklung	
3.2 Richtlinien zur Konstruktion des Fragebogens	
4. Planung und Vorbereitung der Datenerhebung	6
5. Aufbau und Durchführung des Pretests	7
5.1 Anmerkungen zur Bedeutung eines Pretests	
5.2 Aufbau und Durchführung des Abschluss-Pretests	
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse des Pretests	8
6. Dokumentation der Datenerhebung	9
6.1 Dauer und Rücklauf der Datenerhebung	
6.2 Maßnahmen zur Qualitätssicherung	11
6.3 Anmerkungen zur Scannergesteuerten Erfassung der Fragebögen	13
6.4 Ergebnisse der Kontaktprotokolle mehrerer Nachfassaktionen	
6.4.1 Angaben über die Nichtteilnahme an der Befragung	14
6.4.2 Angaben über die Motivation zur Teilnahme an der Befragung	15
6.4.3 Angaben über die amtsinterne Handhabung des Erhebungsinstruments	16
6.5 Zur Methodik und zu den Ergebnissen einer Non-Responder-Befragung	17
6.5.1 Übersicht zur Methodik der Non-Responder-Befragung	
6.5.2 Ergebnisse der Non-Responder-Analyse	
6.6 Erläuterungen zum Datenschutz	19
6.7 Anmerkungen zur Repräsentativität der Befragungsdaten	20
6.8 Anmerkungen zur Verwendung einer GewichtungsvARIABLEN	22
Literatur	23
Anhang	24
I. Begleitschreiben des Difu	
II. Empfehlungsschreiben der Kommunalen Spitzenverbände	
III. Fragebogen mit Grundauszählung	



„Man muss viel gelernt haben, um über das, was man nicht weiß, fragen zu können.“

Jean-Jacques Rousseau

Eine Projektübersicht:

Projekttitle	„Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“
Auftraggeber	Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
Auftragnehmer	Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)
Förderung durch	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Projektlaufzeit	Juni 2008 bis April 2010
Projektmitarbeiter/-in am Difu	Maja Arlt und Detlef Landua (Projektleitung)
Projekthinhalte	Erfassung von Kooperationsformen, der Angebotsstruktur und der Instrumente im Bereich Früher Hilfen
Grundgesamtheit der Befragung	Alle Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland
Erhebungsverfahren	Standardisierte postalische Befragungen und ergänzende qualitative Interviews
Erhebungszeitraum (1. und 2. Teiluntersuchung)	1. Befragung: November 2008 bis Januar 2009 2. Befragung: Juni 2009 bis September 2009
Umfang des Datensatzes	1. Befragung: 573 befragte Ämter; 290 Variablen

1. Einführende Bemerkungen zum Projekt

Entscheidend für die Qualitätsentwicklung von Frühen Hilfen ist eine aufeinander abgestimmte Kooperation von Einzelansätzen im Rahmen regionaler Hilfenetze. In diesem Zusammenhang kommt den kommunalen Behörden mit Steuerungsfunktion wie Jugend- und Gesundheitsämtern eine besondere Bedeutung zu. Bislang liegen jedoch nur wenige Informationen über bereits vorhandene und bewährte Kooperationsformen von Gesundheitswesen und Jugendhilfe vor.

Am 1. Juni 2008 startete deshalb im Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) das Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“ (interne Projektnummer am Difu: 10138). Das Projekt hat eine Laufzeit bis April 2010. Auftraggeber ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Das Vorhaben wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert und ist Bestandteil des Aktionsprogramms der Bundesregierung „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“.

Mit dem Projekt sollen 2008 im Rahmen einer ersten Teiluntersuchung¹ die Kooperationsformen kommunaler Steuerungsbehörden wie Jugend- und Gesundheitsämter untersucht werden. Zielstellung dieser Untersuchung ist es, über eine bundesweite Befragung aller Jugend- und Gesundheitsämter Ziele/Ausrichtung, Umfang, Struktur und Qualität der Kooperationen bzw. der lokalen Vernetzung im Bereich Früher Hilfen aus der Perspektive kommunaler Steuerungsbehörden zu erfassen.

An der inhaltlichen Konzeption der Befragung wirkten mit: Frau Mechthild Paul (Leitung Nationales Zentrum Früher Hilfen), Frau Alexandra Sann (wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut), Frau Maja Arlt (wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Urbanistik) und Herr Detlef Landua (Projektleiter am Deutschen Institut für Urbanistik). Herzlich bedanken möchten wir uns bei Frau Beate Jaschik für ihre kompetente Unterstützung als studentische Mitarbeiterin.

Die Projektentwicklung erfolgte in enger Abstimmung mit den Kommunalen Spitzenverbänden. Für die unbürokratische und effektive Kooperation gilt hierbei unser besonderer Dank Frau Verena Göppert (Beigeordnete des Deutschen Städtetags), Herrn Jörg Freese (Beigeordneter des Deutschen Landkreistags) und Herrn Uwe Lübking (Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebunds).

2. Auswahl der Befragungsform

Jede Befragungsform hat ihre spezifischen Vor- und Nachteile, deren jeweilige Gewichtung unter Berücksichtigung der Forschungsziele eines konkreten Projekts meist unterschiedlich ausfällt. Der Einsatz qualitativ-offener Befragungsmethoden wurde im Rahmen der geplanten bundesweiten Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der hohen Fallzahlen ausgeschlossen. Unter den Varianten quantitativ-standardisierter Befragungsformen war zu entscheiden, ob die Erhebung als Online-Befragung, in schriftlicher, telefonischer oder in mündlicher Form erfolgen sollte. Da persönliche und telefonische Methoden aus technischen oder aufwandsbezogenen Gründen für das Projekt nur bedingt realisierbar sind, wurde der Auswahlprozess auf die Alternativen einer postalischen und einer Online-Befragung beschränkt.

Die Option einer Online-Befragung wurde angesichts zu erwartender Nachteile und Risiken letztlich verworfen. So war davon auszugehen, dass die Präsentation von Einzelitems eines Fragebogens via Bildschirm sich weniger flexibel als bei einem schriftlichen Layout erweisen könnte. Vor allem die Abfrage von großen Frageblöcken mit hoher Itemdichte hätten bei einer Online-Befragung an Bildschirmen technische Probleme aufgeworfen. Als Risiko galt weiterhin die Frage nach der Akzeptanz einer Online-Befragung bei Jugend- und Gesundheitsämtern; nicht selten wird die Anonymität der so erhobenen Daten in Zweifel gestellt. Ein praktisches Problem resultierte aus der Frage, wie die Handhabung eines Online-Fragebogens technisch gesteuert werden kann, falls amtsintern mehrere Personen für die Beantwortung der Fragen nötig sind. Um eine möglichst hohe Flexibilität bei der Handhabbarkeit des Fragebogens zu erreichen, sowie unter Beachtung der zeitlichen Rahmenbedingungen des Projekts und der Zumutbarkeitsgrenzen der zu befragenden Zielgruppe wurde letztlich entschieden, die Befragung postalisch und unter Einsatz eines standardisierten Fragebogens mit überwiegend geschlossenen Fragen durchzuführen.

¹ Eine zweite Teiluntersuchung ist für 2009 geplant. Dabei geht es um die Teilerfassung der Angebotsstruktur von Maßnahmen/ Projekten (Selektive Bestandsaufnahme von Praxisprojekten im Bereich Früher Hilfen). Damit soll die Option einer Nacherhebung im Sinne von Good Practise offen gehalten werden. Einen ergänzenden Themenbereich bildet die Abfrage von Materialien/ Instrumenten, wie Kooperationsvereinbarungen oder Einschätzungshilfen.

3. Entwicklung des Erhebungsinstruments

3.1 Rahmenbedingungen der Instrumentenentwicklung

Für die Durchführung einer schriftlichen Befragung benötigt man ein geeignetes Erhebungsinstrument – einen Fragebogen. Innerhalb der quantitativen Sozialforschung handelt es sich dabei vor allem um so genannte standardisierte Erhebungsinstrumente, bei denen darauf geachtet wird, dass die Inhalte und die Reihenfolge der Stimuli – i.d.R. sind dies „geschlossene“ Fragen („Items“) eines Fragebogens – für alle Probanden unverändert bleiben. Durch dieses Vorgehen wird angestrebt, die abgegebenen Antwortreaktionen miteinander vergleichbar zu halten. Erfahrungsgemäß sind an die Entwicklung der Erhebungsinstrumente für postalische Befragungen besonders hohe Ansprüche zu stellen, denn anders als bei mündlichen („face-to-face“) Interviews steht im Rahmen einer postalischen Befragung kein persönlicher Ansprechpartner bereit, der bei der Kontaktaufnahme die Probanden zur Teilnahme an der Befragung persönlich motiviert oder während der Befragung für Hilfestellungen zur Verfügung steht. Diese Funktionen müssen im Rahmen einer postalischen Befragung durch die schriftlichen Erhebungsmaterialien gewährleistet werden. Vor allem das Begleitschreiben und der eigentliche Fragebogen müssen dabei so gestaltet sein, dass sie zum einen auf die Zielgruppe motivierend wirken und zum anderen in einfacher, selbsterklärender Form alle zur Bearbeitung notwendigen Informationen bereitstellen. Weiterhin erfordern die Formulierungen der Einzelfragen und der Antwortvorgaben eine tiefer gehende inhaltliche Prüfung, da sie für die Befragten möglichst keine Verständnisschwierigkeiten aufwerfen sollten.

Als ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz und Einsatztauglichkeit des Erhebungsinstruments war die Länge des Fragebogens anzusehen. Bereits bei den ersten Projektplanungen wurde in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass zwischen der Komplexität des Untersuchungsthemas und der begrenzten „Aufwandstoleranz“ der Befragten ein Kompromiss zu finden war. Angestrebt wurde ein Erhebungsinstrument, dessen Bearbeitungszeit im Mittel unter einer halben Stunde lag. Die Frage, wie lang ein Fragebogen sein darf, ist allerdings nicht pauschal zu beantworten. Zwar haben Forschungsergebnisse zu diesem Thema gezeigt, dass eine (face-to-face-)Befragungsdauer von 60 bis 90 Minuten keineswegs als problematisch gelten muss (Fowler, 1984); allerdings beziehen sich die Ergebnisse solcher Untersuchungen meist auf die Befragung von „Privatpersonen“ und sind mit der besonderen Situation der Amtsleitungen von Jugend- und Gesundheitsämtern nur bedingt vergleichbar.

Die Operationalisierung einzelner Themenbereiche wurde gemeinsam und in enger Abstimmung zwischen dem Deutschen Institut für Urbanistik (Difu), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) umgesetzt. Da für die konkreten Messanweisungen kaum geprüfte Vorgaben aus anderen Studien zur Verfügung standen, wurden im Rahmen des Fragebogaufbaus neue und somit ungeprüfte Items entwickelt. Zur Optimierung der praktischen Handhabbarkeit und der inhaltlichen Validierung der Instrumente wurden zwei Expertenworkshops in Berlin durchgeführt (September und Oktober 2008). Die Ergebnisse dieser Workshops wurden zur Weiterentwicklung des Erhebungsverfahrens und des Befragungsinstruments genutzt. Die praktische Handhabbarkeit des Fragebogens wurde schließlich noch durch einen Pretest überprüft (siehe Kapitel 5).

3.2 Richtlinien zur Konstruktion des Fragebogens

Die Regeln zur Konstruktion von Fragebögen beziehen sich meist auf zwei unterschiedliche Aspekte: die inhaltlich-methodische Gestaltung und die optische Gestaltung des Fragebogens (Sudman & Bradburn, 1983). Zunächst zur inhaltlich-methodischen Gestaltung. Leider führen hier die zahlreichen Vorgaben und Richtli-

nien zur Frageformulierung in vielen Fällen nicht zu den angestrebten Resultaten. Dies hat verschiedene Ursachen. Ein zu beachtender Faktor ist, dass sich die Richtlinien zur Frageformulierung meist nur auf die inhaltliche Gestaltung von Einzelfragen beziehen und bei ihrer Anwendung übersehen wird, dass die Einzelfragen eines Fragebogens oft in einem Sinnzusammenhang stehen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Beantwortung einer bestimmten Frage die Beantwortung nachfolgender Fragen beeinflussen („Halo-Effekt“). Die Fragenabfolge („Fragensukzession“) ist bei postalischen Befragungen allerdings nicht so bedeutsam wie etwa bei persönlich-mündlichen Befragungen oder bei Telefoninterviews; da die Zielpersonen genug Zeit haben, sich den schriftlichen Fragebogen durchzulesen, bevor sie ihn ausfüllen. Wichtiger ist hier vielmehr, dass die Fragen in ihrer Gesamtheit sinnhaft angeordnet sind. Um der Befragungsperson das Nachdenken über die Sinnhaftigkeit des Fragebogenablaufs zu ersparen, sollte die Logik des Befragungsablaufs für die Probanden leicht nachvollziehbar sein.

Bei der Konstruktion eines schriftlichen Fragebogens ist weiterhin darauf zu achten, dass der Einführung bei der Handhabung des Fragebogens eine besondere Bedeutung zukommt: Die Instruktion entscheidet zum einen nicht selten über die Motivation der Befragten zur Fragebogenbearbeitung und zum anderen über die Zuverlässigkeit der erhaltenen Antworten (Landua, 1995). Weiterhin wurden bei der Konstruktion des Fragebogens für das Difu-Projekt folgende Richtlinien berücksichtigt:

- Zu komplexen Themenbereichen wurden stets mehrere Fragen gestellt (Konzept der „Multiplen Indikatoren“).
- Fragen, die einem übergeordneten Themenbereich zuzuordnen waren, wurden nacheinander abgefragt.
- Neue Themenbereiche wurden stets mit Überleitungssätzen eingeleitet.
- Themenbereiche, die nicht für alle Befragten von Belang waren, wurden durch den Einsatz von Filterfragen auf den relevanten Probandenkreis beschränkt.
- Sensible oder „heikle“ Fragen wurden – soweit dies der thematische Aufbau des Fragebogens zuließ – an das Ende des Fragebogens gestellt, um das Abbruchrisiko bei der Bearbeitung zu mindern.
- Die Befragung wurde nicht mit (eher uninteressanten) statistischen Angaben zu den einzelnen Ämtern, sondern mit inhaltlichen Fragen begonnen.

Für das optische Design eines Fragebogens sind nicht nur ästhetische Maßstäbe geltend zu machen. Vielmehr ist die äußere Gestaltung möglichst so auszurichten, dass die Befragten keine formalen Schwierigkeiten mit der Handhabung des Erhebungsmaterials haben. Dies betrifft zwar grundsätzlich alle Bestandteile des Fragebogens, trifft jedoch insbesondere dort zu, wo unvermeidbare Zusatzelemente des Designs – z.B. Steueranweisungen von Filterfragen – die Handhabung des Fragebogens erschweren. Aus diesem Grund wurde für den Fragebogen nur eine Art der Filterführung benutzt. Um die Handhabung des Erhebungsinstruments zu vereinfachen, wurden weiterhin alle Bestandteile des Fragebogens (also z.B. Fragentexte, Antwortvorgaben, Hinweise zur Bearbeitung) immer in gleicher Art und Weise präsentiert, damit für die Befragten unmittelbar zu erkennen war, was der Fragetext ist, wo die Antworten einzutragen sind, usw.

Ein guter Fragebogen sollte darüber hinaus einige Strukturmerkmale aufweisen, die erfahrungsgemäß Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft nehmen können. Hierzu gehört eine „werbewirksame“ Titelseite. Dort sollte der Titel der Befragung zu finden sein und die durchführende Institution mit Adresse und Kontaktmöglichkeiten; auch wenn diese Informationen bereits an anderer Stelle zu finden sind (z.B. im Anschreiben). Vor Beginn der eigentlichen Fragen sollten auf einer Einführungsseite Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens stehen: Bei welcher Art von Frage ist nur ein Antwortkästchen anzukreuzen? Wie sind die Filterführungen praktisch zu handhaben? Wie können bereits angekreuzte Felder nachträglich korrigiert werden? usw.

Um die Übersichtlichkeit des Fragebogens zu erhöhen, wurden für die einzelnen Elemente jedes Themenkomplexes – die eigentliche Frage, die Antwortvorgaben, zusätzliche Hinweise und Erläuterungen – unterschiedliche Schrifttypen benutzt.

Im Anhang wird das hier vorgestellte Konzept des Fragebogenlayouts am konkreten Beispiel veranschaulicht. Die Gestaltung des Fragebogens orientierte sich an einigen Stellen zwar auch an den technischen Voraussetzungen für die anschließende maschinelle Datenerfassung, diese beeinflussten das Gesamlayout jedoch nur unwesentlich.

4. Planung und Vorbereitung der Datenerhebung

Als Grundgesamtheit wurden alle Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland definiert, da dort ein Schwerpunkt der kommunalen Steuerungsfunktion im Bereich Früher Hilfen liegt. Die Möglichkeit, nur eine Auswahl von Jugend- und Gesundheitsämtern zu kontaktieren, wurde unter Berücksichtigung des zu erwartenden Stichprobenfehlers und des relativ kleinen Umfangs der Grundgesamtheit ($N < 1.000$) nicht befürwortet. Die Entwicklung eines geeigneten Auswahlkonzepts, als vorbereitender Schritt zur Datenerhebung, konnte damit entfallen.

Eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung der postalischen Befragung lag in dem Aufbau einer Datenbank mit den aktuellen Adressen und Kontaktdaten aller Jugend- und Gesundheitsämter in Deutschland. Als Ursprung der entsprechenden Informationen diente eine intern aufgebaute Datenbank der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe (AGFJ) im Deutschen Institut für Urbanistik. Diese Datenbank enthielt bereits alle für die Erhebungsarbeiten benötigten Informationen (Namen der Ämter, Anschriften, Telefon- und Fax-Nummern, E-Mail-Adressen, Name der Amtsleitungen usw.). Eine hierauf aufbauende Recherche sollte insbesondere zur Aktualisierung der Anschriften und der Namen der Amtsleitungen beitragen. Diese Aktualisierung der Datenbank erfolgte für die Jugendämter vorrangig anhand der Broschüre des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. „Jugendamtsverzeichnis 2007“ und wurde durch eine Internetrecherche ergänzt. Allerdings ließen sich nicht bei allen Ämtern die Leitungsebenen per Internet identifizieren; eine tiefer gehende telefonische Recherche konnte vor Beginn der Datenerhebung aus personellen und zeitlichen Gründen nicht realisiert werden.

Ein Aktualisierungsbedarf bestand aufgrund von Verwaltungsreformen vor allem für die Ämter der Bundesländer Sachsen und Sachsen-Anhalt. Die benötigten Informationen fehlten auf den jeweiligen Internetseiten der Landesgesundheitsbehörden oder der jeweiligen Kreise, kreisfreien Städte sowie Bezirke von Großstädten fast vollständig. Die telefonischen Recherchen wurden deshalb vor allem auf diese beiden Bundesländer konzentriert. Dennoch waren, trotz des Rechercheaufwands, die Namen der Amtsleitungen bis Oktober 2008 nicht lückenlos ausfindig zu machen.

Die drei kommunalen Spitzenverbände wurden frühzeitig über einzelne Phasen der Projektrealisierung informiert und in die laufenden Diskussionen einbezogen. Dies trug maßgeblich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Projektablaufe bei und verbesserte die Akzeptanz des Vorhabens innerhalb der Zielpopulation.

Zur Vorbereitung der Untersuchung wurden an einigen Ämtern Vorgespräche durchgeführt. Diese Gespräche hatten die Funktion von „Entwicklungstests“. Sie gingen dem Abschlusstest (siehe Kapitel 5) voraus und dienten dazu, zu einem frühen Zeitpunkt der Projektarbeiten aus der Praxis Rückmeldungen zur Qualität der Erhebungsinstrumente, zur Effektivität des Erhebungsverfahrens sowie Anregungen zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft zu erhalten.

5. Aufbau und Durchführung des Pretests

5.1 Anmerkungen zur Bedeutung eines Pretests

Sofern im Zusammenhang mit interessierenden Untersuchungsthemen bereits durch Vorstudien bewährte Frageformulierungen vorliegen, werden die entsprechenden Items vorzugsweise auch in Folgestudien verwendet. Dies geschieht nicht zuletzt, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und damit die Möglichkeiten der Wissensakkumulation zu verbessern. Die Notwendigkeit zur Durchführung eines Pretests stellt sich unter diesen Umständen nicht zwingend.

Die Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen bezieht sich jedoch auf ein thematisch relativ neues Forschungsfeld, in dem kaum erprobte und getestete Fragebogenitems vorhanden sind. Der inhaltliche Aufbau des Erhebungsinstruments erfolgte deshalb im Rahmen des Projekts ausschließlich über die Entwicklung neu formulierter Items. Um allgemeinen Verständnisschwierigkeiten bei der Bearbeitung der schriftlichen Erhebungsunterlagen vorzubeugen und um die Qualität der Messinstrumente, ihre Eignung für die einzelnen Fragestellungen sowie ihre Handhabbarkeit zu sichern, sollten solche Neu-Formulierungen erst nach ihrer vorherigen Prüfung durch einen so genannten „Pretest“ in einer Haupterhebung zum Einsatz kommen.

Die Durchführung eines oder mehrerer Pretests gilt in der empirischen (Umfrage-) Forschung allgemein als eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung eines Fragebogens und somit für die Qualität der erhobenen Daten (Sudman & Bradburn, 1983; Prüfer & Rexroth, 2000). Die Entwickler/-innen von Fragebögen haben allerdings oft Schwierigkeiten, Unstimmigkeiten eines Fragebogens selbst zu erkennen, da sie mit den Inhalten und den Frageabsichten zu sehr vertraut sind. Wird der Fragebogen hingegen Personen vorgelegt, die an der Entwicklung nicht beteiligt waren, sind vorhandene Schwächen leichter ausfindig zu machen und damit die Qualität des ausgearbeiteten Erhebungsinstruments besser zu kontrollieren.

5.2 Aufbau und Durchführung des Abschluss-Pretests

Der Abschlusstest (Standard-Pretest und kognitiver Pretest) wurde im Zeitraum Oktober/November 2008, wenige Wochen vor Beginn der Feldphase, durchgeführt und diente der Prüfung des Gesamtinstruments (Begleitschreiben und Fragebogen), einschließlich der Prüfung formaler Aspekte sowie der technischen Umsetzung, Filterführungen und Zeitdauer. Um den Feldbedingungen der folgenden Hauptuntersuchung entsprechen zu können, wurde über eine Zufallsauswahl aus jedem Bundesland zunächst jeweils ein Jugend- und ein Gesundheitsamt ermittelt². Insgesamt wurden bundesweit 38 Jugend- und Gesundheitsämter für den Pretest ausgewählt. Die Amtsleitungen wurden dann zunächst per E-Mail über das Projekt informiert und um ihre Mitwirkung an dem Pretest gebeten. Anschließend wurden die Amtsleiter/-innen telefonisch kontaktiert und die Teilnahme am Pretest im persönlichen Gespräch geklärt. Die Amtsleitungen waren also über den Testcharakter des Anliegens informiert.

19 Ämter (12 Jugend-; 7 Gesundheitsämter) waren Anfang Oktober bereit, an dem Pretest mitzuarbeiten. Diesen Ämtern wurde anschließend per Post das Anschreiben und der Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag zugestellt. Die Anzahl der ausgefüllten und zurück gesendeten Fragebögen lag nach drei Wochen bei 13 Bögen (8 Jugend-; 5 Gesundheitsämter). Der schriftliche Standard-Test entsprach (abgesehen von der Kenntnis des Testcharakters) den Durchführungsbedingungen, die für die Haupterhebung vorgesehen sind.

² Für größere Flächenländer wurde die Zahl der ermittelten Ämter höher angesetzt.

Anhand der Rückmeldungen sollten die folgenden Punkte geklärt werden:

- Inwieweit bringen die Befragten dem Projektvorhaben als Ganzes und einzelnen Fragen im Fragebogen Interesse und Aufmerksamkeit entgegen?
- Inwieweit werden die Frageninhalte seitens der Befragten verstanden?
- Wie viel Zeit beansprucht die Bearbeitung des Fragebogens im Durchschnitt?
- Wie sehr empfinden die Probanden die Bearbeitung der Fragen als Belastung?
- Ist eine ausreichende Variation der Antwortvorgaben bzw. -verteilungen gegeben?
- Gestaltet sich der Befragungsablauf als kontinuierlicher Prozess?
- Funktionieren die eingefügten Filterführungen?
- Sind die Filterführungen zur Steuerung der Fragen ausreichend?
- Unter welchen Kontextbedingungen wird der Fragebogen i.d.R. ausgefüllt?
- Wie werden das Layout des Fragebogens und die Inhalte des Anschreibens bewertet?
- Lassen sich Hinweise auf die Höhe des zu erwartenden Ausfalls im Hauptfeld finden?
- Welche Zeitspanne ist voraussichtlich für die spätere Feldphase anzusetzen?

Der schriftliche Standard-Pretest wurde als „passives Verfahren“, d.h. ohne Hinterfragung möglicher Probleme, durchgeführt. Obwohl dieses Verfahren eine effektive und weit reichende Prüfung des Erhebungsinstruments gestattet, so liegt eine Schwäche darin, dass trotz einer formal korrekten Beantwortung der Fragen dem Antwortverhalten dennoch ein „falsches“ bzw. differierendes Itemverständnis zugrunde liegen könnte. Der Standard-Pretest wurde deshalb um telefonische Pretestinterviews ergänzt. Diese Gespräche hatten eine durchschnittliche Dauer von rund 10 Minuten und nutzten den methodischen Ansatz kognitiver Pretests („Probing“ und „Paraphrasing“). Kognitive Pretests zählen zu den „aktiven Techniken“ und werden vor allem eingesetzt, um das Verständnis von bestimmten Items, Fragen und Antwortvorgaben im Fragebogen zu überprüfen und vorhandene Verständnisprobleme aufzudecken. Kennzeichnend für diese Techniken ist es also, dass sie sich vorwiegend auf den Test einzelner Fragen beschränken und nicht auf den Fragebogen als Ganzes.

In den telefonischen Interviews wurden dabei neben den zu testenden Fragebogenitems sowohl vorbereitete als auch den Reaktionen der Amtsleiter/-innen angepasste, d.h. spontan formulierte Nachfragen („Probes“) gestellt. Solche Nachfragen können dazu beitragen, Informationen über die Antwortstrategien der Befragten zu erhalten. Weiterhin wurden die Amtsleiter/-innen in den Gesprächen gebeten, die Inhalte einzelner Begriffe oder Frageformulierungen mit eigenen Worten wiederzugeben („Paraphrasing“). Auf diese Weise sollten unterschiedliche Verständnisse von bestimmten Befragungsinhalten ermittelt werden und ob der gesamte Frageinhalt, einschließlich der Antwortvorgaben, erinnert werden kann. Auch eine Reihe allgemeinerer Probleme bei der Beantwortung einzelner Items konnten durch die telefonischen Interviews erkannt und beseitigt werden.

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse des Pretests

Die Ergebnisse des Pretests sind ausführlich im Rahmen eines Pretestberichts dargestellt und diskutiert (Arlt & Landua, 2008). An dieser Stelle erfolgt deshalb lediglich eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Befunde.

Der Pretest brachte detaillierte Informationen über die mittlere Bearbeitungszeit einzelner Frageblöcke und des gesamten Fragebogens. Es zeigte sich, dass die angestrebte durchschnittliche Bearbeitungsdauer von weniger als 30 Minuten mit dem

vorliegenden Instrument erreicht wurde. Dennoch äußerten viele Amtsleitungen die Befürchtung, dass dieser Bearbeitungsaufwand für viele Jugend- und Gesundheitsämter zu hoch sei und die Teilnahmebereitschaft negativ beeinflussen könnte.

Ein weiteres Ziel des Pretests war es zu prüfen, ob sich die neu entwickelten Indikatoren als praxistauglich erweisen. Als ein wichtiger Befund ist dabei festzuhalten, dass die formalen und technischen Voraussetzungen des Erhebungsinstruments für einen erfolgreichen Einsatz weitgehend gegeben sind. Das Anschreiben und der Einleitungstext im Fragebogen werden als informativ und motivierend beschrieben. Das Sprachniveau und die Begrifflichkeiten orientieren sich an der Zielgruppe und werden überwiegend als verständlich wahrgenommen. Einige der Fachbegriffe sollten jedoch ausführlicher erläutert werden. Die eingebauten Filterführungen im Fragebogen werden seitens der Befragten erkannt und meist korrekt angewendet. Erwartungsgemäß mussten in Folge der Pretestergebnisse mehrere Frageformulierungen und Antwortvorgaben verändert bzw. einzelne Items gestrichen werden.

Der Abschlusstest zeigte insgesamt aber auch, dass das entwickelte Erhebungsinstrument für eine postalische Befragung grundsätzlich geeignet ist. Die Einsatzfähigkeit des Erhebungsinstruments (Fragebogen und Begleitschreiben) wird sowohl über die Ergebnisse des schriftlichen Standard-Pretests als auch durch die telefonischen Pretestinterviews insgesamt bestätigt. Es ließen sich keine Hinweise auf gravierende inhaltliche oder technische Probleme finden.

6. Dokumentation der Datenerhebung

6.1 Dauer und Rücklauf der Datenerhebung

Insgesamt wurden bundesweit 967 Fragebögen verschickt (582 Jugendämter; 385 Gesundheitsämter). Diese Zahl lag etwas niedriger als gemäß der Adressdatenbank zu erwarten war (N= 970). Bei drei Ämtern wiesen jedoch die begleitenden Internetrecherchen auf aktuelle Veränderungen hin (z.B. Änderungen von Kreiszugehörigkeiten) die eine Zustellung der Erhebungsmaterialien unmöglich machten. Die anhaltenden und aktuellen Veränderungsprozesse von Kommunalverwaltungen, insbesondere die Zusammenlegungen von Ämtern, erschwerten die Nutzung einer Adressdatenbank für die postalische Befragung des Projektvorhabens allerdings nur unerheblich. Als „unzustellbar“ erwies sich keine der 967 genutzten postalischen Anschriften der Jugend- und Gesundheitsämter. Tabelle 01 gibt Aufschluss über den Rücklauf der Fragebögen sowie über die seitens des Difu eingeleiteten Maßnahmen zur Erhöhung der Ausschöpfungsquote.

Die Datenerhebungsphase begann am 27. November 2008 mit dem Versand der Untersuchungsmaterialien und endete (offiziell) nach rund zwei Monaten, Ende Januar 2009. Zu den beigefügten Erhebungsmaterialien (siehe Anhang) gehörten neben dem Fragebogen auch ein Informationsschreiben des Difu, ein Empfehlungsschreiben der Kommunalen Spitzenverbände sowie ein frankierter und an das Difu adressierter Rückumschlag. In dem Begleitschreiben des Difu wurden die Ämter gebeten, die ausgefüllten Fragebögen innerhalb von 14 Tagen zurückzuschicken. Die Zeitspanne zwischen Weihnachten und Neujahr hatte dabei eine unerwünschte, aber durch die vorgegebenen Zeitplanungen des Projekts leider unvermeidliche, Unterbrechung der Erhebungsphase zur Folge. Generell ungünstig war für die Teilnahmebereitschaft von Jugend- und Gesundheitsämtern der Befragungszeitraum gegen Jahresende einzuschätzen, da die Arbeitsbelastungen der Ämter in dieser Zeit besonders hoch sind und die Motivation zur Bearbeitung eingeschickter Fragebögen entsprechend eher gering ausgeprägt ist. Um den Zeitraum der Datenerhebung möglichst kurz zu halten, wurde bereits am 19. Dezember 2008 ein erstes Er-

innerungsschreiben an alle nicht-teilnehmenden Ämter verschickt. Der Rücklauf lag zu diesem Zeitpunkt bei etwa 150 Bögen bzw. bei 15,5%. Bis zum 15. Januar 2009 hatte sich dieser Anteil auf rund 44,5% erhöht. Um Kontaktierungsprobleme, die sich durch die genutzten Postanschriften ergeben konnten, nicht zu wiederholen, wurde die 2. Kontaktierungsrunde der Nichtteilnehmer über E-Mail oder telefonisch umgesetzt.

Tabelle 01: Dauer und Rücklauf der Datenerhebung

Zeitlicher Ablauf und Ausschöpfung:	Rücklauf (n):	Rücklauf (%):
27./28.11.08 – Versand der Fragebögen (N= 967)		
Rücklauf bis zum 19.12.08; ca.	150	15,5
19.12.08 – Versand des 1. Erinnerungsschreibens		
Rücklauf bis zum 14.01.09; ca.	430	44,5
14.01.09 – Beginn 2. Kontaktierung (E-Mail, Telefon)		
Rücklauf bis zum 01.02.09 (Ende der Datenerhebung)	581	60,1
Gesamt (Teilnehmer-Brutto):	581	60,1
Gesamt (Nichtteilnehmer):	386	39,9
Gesamt (Teilnehmer-Netto):	573	59,3
Darunter :		
Teilnahmequote der Jugendämter	365	(62,7)
Teilnahmequote der Gesundheitsämter	200	(51,9)
Fehlende Angaben	8	
Angaben im Fragebogen bis Filter 1	540	55,8
Angaben im Fragebogen bis Filter 2	478	49,4
Vollständige Fragebögen	384	39,7

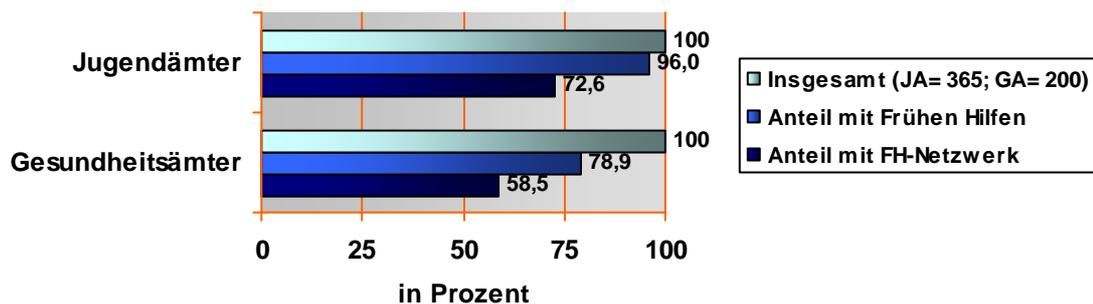
In vielen Fällen mussten als Ergebnis der Kontaktaufnahme die Erhebungsmaterialien erneut zugestellt werden. Dabei wurden zur Beschleunigung der Datenerhebung die Fragebögen ab Januar 2009 teilweise auch via E-Mail verschickt. Bis Ende Januar 2009 trafen letztlich 581 Fragebögen beim Difu ein, das entspricht einer Brutto-Ausschöpfungsquote von 60,1%. 386 von 967 kontaktierten Ämtern nahmen nicht an der Befragung teil. Nicht alle Rückmeldungen führten letztlich jedoch auch zu auswertbaren Datensätzen. Durch Fragebögen, die seitens einzelner Ämter mehr als einmal an das Difu zurückgeschickt wurden oder durch nicht ausgefüllte und anonymisierte Fragebögen ohne Absender reduzierte sich der Umfang des Datensatzes auf 573 Fälle (Teilnehmer-Netto).

Dennoch ist dieses Ergebnis alles in allem durchaus positiv zu werten. Die schwierigen Themen – insbesondere im Bereich der Netzwerkarbeit – und die beachtliche Bearbeitungszeit des Fragebogens waren für viele der Jugend- und Gesundheitsämter auch ohne „monetary incentives“ offenbar kein echtes Hindernis, um an einer

Befragung teilzunehmen, die thematisch als aktuell und interessant empfunden wurde. Allerdings fiel die Teilnahmequote unter den Jugendämtern mit 62,7% etwas höher aus als unter den Gesundheitsämtern (51,9%).

Nicht jedem der auswertbaren Datensätze liegt ein vollständig ausgefüllter Fragebogen zugrunde. Nur 384 der 967 verschickten Fragebögen wurden tatsächlich bis zum Ende ausgefüllt. Dies ist jedoch vor allem auf eine beabsichtigte Maßnahme der Fragebogenkonstruktion zurückzuführen: Da sich alle Items inhaltlich auf den Bereich Früher Hilfen beziehen, wurde für diejenigen Ämter, die in diesem Bereich bislang noch gar keine Aktivitäten zeigen, bereits auf der ersten Seite ein technischer Filter eingebaut (Filter 1), der die weitere Bearbeitung des Fragebogens für diese Teilgruppe unnötig machte. Ebenso wurde für alle Ämter, die noch nicht im Rahmen eines „Netzwerks Frühe Hilfen“ tätig sind, an einer späteren Stelle im Fragebogen ein zweiter technischer Filter platziert, der dieser Teilgruppe ein „Überspringen“ aller Netzwerk bezogenen Fragen ermöglichte (Filter 2). Abbildung 01 veranschaulicht die jeweils noch im Datensatz verbleibenden Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern. So geben von den 365 Jugendämtern immerhin 96,0% an, im Bereich Früher Hilfen aktiv zu sein; an einem Netzwerk zu Frühen Hilfen sind immerhin noch 72,6% der Jugendämter beteiligt. Hingegen geben nur 78,9% der 200 Gesundheitsämter an, Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen entwickelt zu haben und nur 58,5% aller Gesundheitsämter sind in einem solchen Netzwerk aktiv³.

Abbildung 01: Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern nach ihren Beteiligungen im Bereich Früher Hilfen



Neben der hohen Teilnahmequote ist als ein zweites positives Ergebnis die geringe Zahl von Abbrüchen festzuhalten (vorzeitiges Ende der Fragebogenbearbeitung, das nicht durch technische Filter bedingt ist). Diese sind bei schriftlich-postalischen Befragungen prinzipiell leicht möglich, da hier kein Interviewer zur Verfügung steht, der notfalls die Befragten zur vollständigen Bearbeitung motivieren kann. Fälle unvollständiger Befragungen als Folge des Abbruchs durch den/die Bearbeiter/in kamen erfreulicherweise fast gar nicht vor. Auch dies spricht dafür, dass der Fragebogen akzeptiert wurde und seine Gestaltung, trotz einer Vielzahl komplexer Fragen, als „befragtenfreundlich“, d.h. für Selbstausfüller verständlich und handhabbar bewertet werden kann.

6.2 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Viele der im Rahmen von Umfragen möglichen und üblichen Maßnahmen zur Sicherung der Datenqualität kamen in der 1. Teiluntersuchung des Difu – aus unterschiedlichen Gründen – nicht zum Einsatz. Hierzu gehören beispielsweise alle Maßnahmen, die die Interviewerkontrolle betreffen. Entsprechende Maßnahmen waren nicht nötig, da die Methode einer postalischen Befragung keinen Interviewerein-

³ Für 8 Ämter liegen keine Angaben über die Amtsform (Jugend- oder Gesundheitsamt) vor.

satz vorsieht und deshalb Verzerrungen oder Einflussnahmen durch Interviewer ausgeschlossen sind. Allerdings ist umgekehrt die Abwesenheit von Befragungsleiter/-innen mit einer eingeschränkten Kontrolle der Erhebungssituation verbunden (obwohl zweifellos auch durch die Person des Interviewers die Erhebungssituation verändert werden kann); entsprechende Maßnahmen zur Qualitätssicherung wären zwar prinzipiell wünschenswert, sind aber bei postalischen Befragungen in der Praxis leider nur eingeschränkt nutzbar.

Schließlich musste aber auch auf qualitätssichernde Maßnahmen verzichtet werden, die in Verbindung mit der eingesetzten Methodik durchaus anwendbar gewesen wären. Hierzu gehören beispielsweise spezielle Fragebogenitems, die Angaben über diejenigen Personen enthalten, die den Fragebogen bearbeitet haben. Zwar wurde im vorliegenden Fall als Adressat der Erhebungsmaterialien für alle Jugend- und Gesundheitsämter stets die jeweilige Amtsleitung angegeben, doch ist bei schriftlich-postalischen Befragungen nicht zu gewährleisten, dass der Fragebogen tatsächlich und ausschließlich von derjenigen Person beantwortet wird, die als „Zielperson“ ausgewählt bzw. erwünscht ist. Dass bei der Bearbeitung des Fragebogens durchaus unterschiedliche amtsinterne Regelungen bzw. Vorgehensweisen zur Anwendung kommen können, zeigten bereits die Ergebnisse des Pretests (s.o.). Entsprechende Kontrollitems waren zwar in den Vorversionen des Fragebogens noch enthalten, wurden aber zur Einhaltung der zeitlichen Obergrenze für die Bearbeitungszeit aus der Endversion letztlich entfernt.

Zur Sicherung der Datenqualität kamen für das hier vorgestellte Projekt des Difu einerseits Maßnahmen zum Einsatz, die vorhandene Fehler und vermeidbare Lücken im Datensatz durch nachträgliche Ergänzungen korrigieren sollten. Solche „fehlerhaften Daten“ entstanden entweder unbeabsichtigt, z.B. in Folge der falschen Handhabung von Filterführungen im Fragebogen oder waren technisch bedingt, z.B. durch fehlerhaft eingescannte Einzelblätter der Fragebögen. Zur Datenbereinigung wurden in diesem Zusammenhang insbesondere Softwaregesteuerte Wertebereichsprüfungen und Filterführungskontrollen durchgeführt. Soweit die statistischen Angaben zu einzelnen Ämtern fehlten (z.B. Angaben zum Bevölkerungsumfang einzelner Bezirke), wurden diese über eine Recherche der entsprechenden Daten aus der amtlichen Statistik ergänzt.

Als Beitrag zur Verbesserung der Datenqualität können aber auch solche Bemühungen gezählt werden, die nicht auf die Qualität von Einzeldaten abzielen, sondern die Qualität des Gesamtdatensatzes positiv beeinflussen. Ein Nachteil jeder schriftlich-postalischen Befragung liegt darin, dass kein/e Befragungsleiter/-in anwesend ist, um den Befragten bei Verständnisproblemen behilflich zu sein. Im Zusammenhang mit Qualitätssichernden Maßnahmen können deshalb die besonderen Bemühungen genannt werden, um den Aufbau des Fragebogens sowohl inhaltlich verständlich als auch technisch handhabbar zu gestalten.

Eine typische Schwachstelle postalischer Befragungen liegt schließlich in ihrer meist niedrigen Ausschöpfungsquote, deren Verbesserung besondere flankierende Maßnahmen, wie wiederholte Erinnerungsschreiben oder materielle Belohnungen, erforderlich macht (Porst, 2001; Stadtmüller & Porst, 2005). Ein besonderes Augenmerk zur Verbesserung der Datenqualität lag deshalb in der Anwendung von Maßnahmen, die den Rücklauf der Fragebögen erhöhen sollten. Die Nutzung einer kombinierten Vorgehensweise (schriftliche, telefonische und E-Mail-Kontaktierung) erwies sich dabei als ein wirkungsvolles Instrument zur Nacherfassung im Prozess der Datenerhebung.

6.3 Anmerkungen zur scannergesteuerten Erfassung der Fragebögen

Für eine präzise und schnelle Datenerfassung von ca. 1.000 Fragebögen mit einem Umfang von jeweils 11 Seiten kam eine manuelle Dateneingabe für das Projektvorhaben des Difu nicht in Betracht. Die Auslagerung dieser Aufgabe an eine externe Firma hatte gewisse Auswirkungen auf das Layout des Fragebogens, da technische und optische Voraussetzungen zum Einscannen der Einzelblätter erfüllt werden mussten. Allerdings haben Fortschritte sowohl bei der Hardware als auch bei der Software in diesem Bereich die Ansprüche an das notwendige Layout der Fragebögen mittlerweile deutlich herabgesetzt.

Die Erfassung der Fragebögen erfolgte mit Hochleistungsscannern in Verbindung mit einer MS-SQL-Datenbank. Das Scannen der Dokumente erfolgte im Duplexverfahren mit einer Auflösung von 200 dpi. Alle Bilder wurden zum Zweck der späteren Archivierung gespeichert. Dazu wurden die Einzelbilder eines Fragebogens wieder zu einer Acrobat-Datei zusammengeführt. Nach der Interpretation der Markierungen (Ankreuzungen), Zahlen und Buchstaben wurden alle handgeschriebenen Buchstaben und Zahlen, wie auch die nicht eindeutig zu interpretierenden Markierungen manuell verifiziert. Nach dem Export der Daten aus der Datenbank wurden diese in das Softwarepaket SPSS eingelesen und weiterverarbeitet.

In einer ersten Kontrolle wurden die Fragebogensnummern von allen Einzelseiten gelesen und verglichen. Bei Nichtübereinstimmung wurde nach manuellem Abgleich eine Zuordnung festgelegt. Der zweite Kontrolllauf identifizierte doppelte Nummern und eliminierte entsprechende Fälle. Nach einigen standardisierten Transaktionen zur Aufbereitung der Daten für die Analyse wurden einige kritische Variablen, wie einzeln stehende Zahlen, einem Bereichstest unterzogen. Dabei wurden alle außerhalb plausibler Bereiche liegende Werte gelistet, an Hand der archivierten Bilder geprüft und ggf. korrigiert. Alle Transaktionen über die Rohdaten bis hin zur übergebenen SPSS-Datendatei wurden reproduzierbar und kontrollierbar über Jobs ausgeführt. Stichprobenweise Tests ergaben dabei eine Fehlerrate von unter einem Prozent.

6.4 Ergebnisse der Kontaktprotokolle mehrerer Nachfassaktionen

Insgesamt nahmen von den 967 kontaktierten Jugend- und Gesundheitsämtern 386 nicht an der Befragung teil (siehe Tabelle 01; Seite 10). Über die Mehrheit der nichtteilnehmenden Ämter lagen bis zum Abschluss der Datenerhebung keinerlei Informationen vor, allerdings konnten in Folge der durchgeführten Kontaktierungen bei immerhin rund 110 Ämtern einzelne Angaben zu den Fragen ermittelt werden, warum die Teilnahme an der Befragung gänzlich verweigert wurde bzw. erst durch mehrere Nachfassaktionen des Difu erreicht werden konnte, welche Faktoren zur Teilnahme an der Befragung motivierten und wie die amtsinternen Vorgehensweisen zur Bearbeitung des Fragebogens aussahen. Nur etwa 20 Ämter meldeten sich dabei eigenständig beim Difu, der weitaus größere Teil reagierte auf die seitens des Difu eingeleiteten Nachfassaktionen. In diesem Zusammenhang zeigten die telefonischen bzw. die E-Mail-Kontakte eine größere Wirkung als das erste Erinnerungsschreiben. Dies mag jedoch teilweise auch auf den vergleichsweise ungünstigen Zeitraum zurückzuführen sein, in dem das erste Erinnerungsschreiben verschickt wurde (Jahresende 2008). Die folgenden Abschnitte fassen die Ergebnisse der schriftlichen Kontaktprotokolle aller Nachfassaktionen zusammen.

6.4.1 Angaben über die Nichtteilnahme an der Befragung

Zu den am häufigsten genannten Gründen für die Nichtteilnahme an der Befragung gehörten:

- Die zu hohe Arbeitsbelastung der Ämter – insbesondere im Zeitraum vor Jahresende.
- Der gravierende Zeit- und Personalmangel – nicht nur aufgrund fehlender Ressourcen, sondern zusätzlich durch den Umstand verstärkt, dass einige Ämter im Erhebungszeitraum des Difu auch mit anderen Befragungsprojekten konfrontiert waren.
- Vor allem viele Gesundheitsämter hatten (noch) keinerlei Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen aufgebaut und verzichteten deshalb vollständig auf die Bearbeitung der Erhebungsunterlagen.
- Ein weiterer Grund, der insbesondere von Gesundheitsämtern relativ häufig genannt wurde war, dass der Bereich Früher Hilfen nicht im Zuständigkeitsbereich des eigenen Amtes, sondern beim Jugendamt liege.

Bei vielen dieser Rückmeldungen legten die Gesprächspartner Wert darauf hervorzuheben, dass ihre Nichtteilnahme keineswegs als Desinteresse am Thema Früher Hilfen zu verstehen, sondern ausschließlich auf die jeweiligen Umstände zurückzuführen sei.

Eine Reihe von weiteren Gründen für die Nichtteilnahme von Ämtern hatte eher einen formalen Hintergrund oder mit laufenden Veränderungen von Amtsstrukturen zu tun:

- So wurde von einigen Ämtern aus Bayern und Thüringen das Argument vertreten, dass man grundsätzlich nur noch vom jeweiligen Landkreistag beauftragte Umfragen bearbeite.
- Einige Ausfälle waren das Ergebnis organisatorischer und inhaltlicher Umstrukturierungen der Verwaltungen, personeller Wechsel in den Amtsleitungen sowie auf die Schließung eines Amtes zurückzuführen.

Einer der wichtigsten Gründe, warum die angeschriebenen Ämter sich (zunächst) nicht an der Befragung beteiligten, war jedoch darauf zurückzuführen, dass die amtsinterne Weiterleitung der Befragungsunterlagen nicht einwandfrei funktionierte und das zunächst an die Amtsleitung adressierte Material letztlich nicht mehr auffindbar war. Bei mehr als 80 Ämtern wurden deshalb die Erhebungsmaterialien ein zweites Mal (i.d.R. an eine andere Zielperson) zugestellt.

Schlussfolgerungen:

Viele der oben genannten Gründe für die Nichtteilnahme an der Befragung beziehen sich auf Faktoren, die sich einer Einflussnahme durch die Projektsteuerung entziehen. Hierzu gehören vor allem die hohe Arbeitsbelastung der Ämter bzw. die teilweise fehlenden Ressourcen für den Aufwand der Fragebogenbearbeitung. Andere Gründe stehen jedoch in direkter Verbindung mit bestimmten Variablen der Projektrealisierung und sind deshalb in ihrem Wirkungsgrad beeinflussbar. Hierzu gehört beispielsweise der Zeitraum der Befragung: So hat der Start der Befragung am Jahresende 2008 die Ausschöpfungsquote zur ersten Teiluntersuchung zweifellos reduziert. Leider war die Phase der Datenerhebung für das Projektvorhaben an dieser Stelle aufgrund der vorgegebenen Projektplanung nicht variabel zu gestalten. Für die zweite Teiluntersuchung im Sommer 2009 ist hingegen bei der Planung der Datenerhebungsphase eine stärkere Berücksichtigung der zeitlichen Kapazitäten von Jugend- und Gesundheitsämtern vorgesehen.

Obwohl kaum zu vermeiden, sollte bei einer postalischen Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern der relativ hohe Anteil an amtsinternen „Fehlzustellungen“ der Erhebungsmaterialien bei der Projektplanung beachtet werden. Eine möglichst

frühzeitige und direkte Kontaktierung aller nicht-teilnehmenden Ämter gibt Aufschluss über den Umfang der erforderlichen „Nachsendungen“ und reduziert die Dauer der Datenerhebungsphase.

Weiterhin sollte für zukünftige postalische Befragungen von Jugend- und Gesundheitsämtern die Möglichkeit von „Vorankündigungen“ in Erwägung gezogen werden. Technisch betrachtet sind Vorankündigungen nichts anderes als ein Kontaktversuch mit der Zielperson, und i.d.R. gilt, dass jede (zusätzliche) Kontaktierung zu einer messbaren Verbesserung der Rücklaufquote führt⁴. Zwar wurde die Option einer solchen Maßnahme im Zuge der Planungen des Difu-Projekts zunächst mit dem Argument begegnet, dass sich der Aufwand einer Vorankündigung kaum gelohnt hätte, da ohnehin mehrere Nachfassaktionen eingeplant waren. Dennoch hätten – rückblickend – die Antworten auf eine Vorankündigung wohl mehr Klarheit über die Teilnahmebereitschaft oder über amtsinterne Zuständigkeiten bringen können und damit in vielen Fällen die Zustellung des gesamten Erhebungsmaterials bzw. eine zweite Nachsendung überflüssig gemacht.

6.4.2 Angaben über die Motivation zur Teilnahme an der Befragung

Neben den Gründen für die Nichtteilnahme an der Befragung ergaben die während der Datenerhebungsphase durchgeführten Kontaktierungen von Jugend- und Gesundheitsämtern auch Hinweise dafür, warum viele Ämter bereit waren – trotz der hohen Arbeitsbelastung – an der Befragung mitzuarbeiten. Die hierbei feststellbaren Befunde bestätigen weitgehend die aus der Umfrageforschung bekannten Erfahrungen (Porst, 2001):

Viele der angeschriebenen Jugend- und Gesundheitsämter äußerten sich in ihren Rückmeldungen dahingehend, dass sie im Bereich Frühe Hilfen entweder bereits aktiv geworden sind oder sich für das Thema Frühe Hilfen interessieren. Bei postalischen Befragungen ist mehr als bei anderen Befragungsformen das **Thema** von zentraler Bedeutung für die Teilnahmebereitschaft und damit auch für die Rücklaufquote. Beschäftigen sich die Fragen mit interessanten Themen, werden die Fragebögen schneller und vollständiger zurückgesandt, bei Umfragen mit niedrigerem Aufmerksamkeitswert sind entsprechend geringere Rücklaufquoten zu erwarten.

Ein weiterer Grund für die Jugend- und Gesundheitsämter, an der Befragung des Difu teilzunehmen, ergab sich aus der Ankündigung, dass die Befragungsergebnisse an die teilnehmenden Ämter zurück gemeldet werden. Die Wirkung von **Incentives** – d.h. materielle oder immaterielle Anreize zur Teilnahme – auf die Rücklaufquote postalischer Befragungen ist nahezu unumstritten. Allgemein zu unterscheiden ist dabei zwischen monetären und nicht-monetären Incentives. Vor allem die Wirkung monetärer (oder geldwerter) Anreize auf die Teilnahmebereitschaft (an Bevölkerungsumfragen) steht in der relevanten Fachliteratur weitgehend außer Frage.⁵

Allerdings sollte man das Incentive in Abhängigkeit der jeweiligen Zielgruppen einer Befragung wählen: Während beispielsweise in einer allgemeinen Bevölkerungsum-

⁴ Wobei man diesen Effekt in der Praxis allerdings niemals voll ausreizen wird: Aus Zeit- und Kostengründen wird man im Normalfall den Punkt, ab dem keine weiteren Kontaktversuche mehr unternommen werden, eher früher als später setzen (müssen).

⁵ Die beste Wirkung kann erfahrungsgemäß dann erzielt werden, wenn das Incentive bereits mit dem Erstversand der Befragungsunterlagen überreicht wird. Incentives, die nur für den Fall einer Teilnahme in Aussicht gestellt werden, haben sich dagegen als weniger effektiv erwiesen. Generell sollte auch beachtet werden, dass es nicht darum geht, die Teilnehmer/-innen mit hohen Beträgen für ihre Arbeit zu „entlohnen“. Monetäre Incentives werden i.d.R. eher nicht als Bezahlung, sondern als symbolischer Akt der Entschädigung für die Mühe des Ausfüllens (als „token appreciation“; Dillman, 2000) verstanden.

frage insbesondere monetäre Anreize gerne angenommen werden, ist für eine Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern eher von nicht-monetären Incentives eine gute Wirkung zu erwarten. Von Bedeutung ist jedoch auch bei nicht-monetären Incentives die Empfehlung, dass sie bereits mit dem Erstversand der Fragebögen zugestellt werden sollten. Nun kann diese Empfehlung im Zusammenhang mit den Ergebnisrückmeldungen einer Befragung, die als Incentive dienen sollen, natürlich nicht eingehalten werden. Die Zusage einer späteren Leistung durch eine wissenschaftliche Forschungseinrichtung war jedoch vielen Ämtern offenbar ein ausreichend „sicherer“ Anreiz zur Teilnahme.

Schlussfolgerungen:

Sowohl das für die Zielgruppe relevante Befragungsthema Frühe Hilfen als auch die Ankündigung eines nicht-materiellen Incentives haben die Teilnahmebereitschaft vieler Jugend- und Gesundheitsämter positiv beeinflusst. Für eine erfolgreiche Umsetzung der 2. Teiluntersuchung erscheint es nahe liegend, die angekündigte Ergebnisrückmeldung in einen wahrnehmbaren – d.h. insbesondere zeitlich engen – Zusammenhang mit dem Beginn der zweiten Datenerhebungsphase zu bringen.

6.4.3 Angaben über die amtsinterne Handhabung des Erhebungsinstruments

Nicht zuletzt aufgrund der hohen Differenziertheit der Befragungsthemen war davon auszugehen, dass bei der Beantwortung aller Items eines jeden Fragebogens oft mehr als nur eine Person beteiligt sein würde. Dennoch sah die Untersuchungsanlage des Projekts grundsätzlich vor, dass jedes Amt „seine“ Meinung in einem einzigen Fragebogen wiedergeben sollte. Entsprechend wurde an jedes Amt nur ein Fragebogen verschickt („1 Amt = 1 Fragebogen“). Obwohl bei der überwiegenden Zahl der teilnehmenden Jugend- und Gesundheitsämter von einer, im Sinne dieser Untersuchungsanlage, „ordnungsgemäßen“ Handhabung des Erhebungsinstruments ausgegangen werden kann, so zeigten die Ergebnisse der Kontaktierungen einzelner Ämter, dass auch andere Formen der Fragebogenbearbeitung zur Anwendung kamen:

In fünf Fällen wurde ein Fragebogen von dem Jugend- und dem Gesundheitsamt eines bestimmten Kreises/Stadtbezirks **gemeinsam** ausgefüllt und an das Difu geschickt („2 Ämter = 1 Fragebogen“). Bei den dabei zwangsläufig auftauchenden Problemen bei der Beantwortung einzelner Fragen fanden die Ämter unterschiedliche Lösungen: So wurde bei Meinungsverschiedenheiten entweder solange „verhandelt“ bis man sich auf eine gemeinsame Antwort geeinigt hatte oder die abweichenden Meinungen wurden beibehalten und zu einem „Mittelwert“ verrechnet.⁶ Da diese Bearbeitungsform von den Ämtern selbst gewählt wurde und die so erhaltenen Antworten inhaltlich zu respektieren sind, wurden die entsprechenden Fragebögen als Datensätze innerhalb des später erstellten Datenfiles jeweils verdoppelt.

Aufgrund der teilweise zweifachen Zustellung der Erhebungsunterlagen war vorhersehbar, dass letztlich von einigen Ämtern jeweils zwei Fragebögen beim Difu eintrafen („1 Amt = 2 Fragebögen“). Um jedoch den Meinungen dieser Ämter (n=8) bei den späteren Auswertungen kein doppeltes „Gewicht“ zu verleihen, wurde stets nur einer der beiden vorliegenden Fragebögen in den Datenfile übernommen. Die Auswahl erfolgte bei qualitativ „gleichwertigen“ Bögen per Zufall; andernfalls wurde nur derjenige Bogen übernommen, dessen Antworten sich vollständiger und differenzierter darstellten.

⁶ Die Mitarbeiterin eines Gesundheitsamts sah die Zuständigkeit für Frühe Hilfen ausschließlich beim Jugendamt und fragte beim Difu nach, ob sie in dem ihr zugestellten Fragebogen – im Sinne von „Perspektiven-Übernahme“ – die (vermutete) Meinung des Jugendamtes angeben solle.

Schlussfolgerungen:

Obwohl die Erläuterungen im Anschreiben und vor allem die Inhalte der Einzelfragen eine individuelle bzw. amtsbezogene Beantwortung des Fragebogens nahe legten, wurde das Untersuchungsthema „Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern“ in einigen Fällen missverstanden und fälschlicherweise auf die Bearbeitung des Fragebogens verallgemeinert. Es wäre im Rahmen der 2. Teiluntersuchung entsprechend darauf zu achten, dass sowohl im Anschreiben als auch auf dem Erläuterungsblatt des Fragebogens ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass die Items des Fragebogens den Zweck haben, die Meinungen der jeweils antwortenden Personen bzw. Ämter eigenständig abzubilden.

6.5 Zur Methodik und zu den Ergebnissen einer Non-Responder-Befragung

6.5.1 Übersicht zur Methodik der Non-Responder-Befragung

Für eine systematische und quantifizierbare Analyse der Gründe, warum Jugend- und Gesundheitsämter an der Befragung des Difu nicht teilnehmen konnten bzw. wollten, wurde zusätzlich zu den Ergebnissen der Kontaktprotokolle (siehe Kapitel 6.4.1) eine Non-Responder-Analyse durchgeführt. Hierzu wurden die nicht-teilnehmenden Ämter, von denen bis zum Abschluss der Datenerhebung – trotz mehrerer Nachfassaktionen während der Datenerhebung – keine Rückmeldungen vorlagen, Anfang Februar 2009 (09.02. bis 13.02.) nochmals kontaktiert. Diese Kurzbefragung richtete sich an ca. 260 Jugend- und Gesundheitsämter und erfasste letztlich Rückmeldungen von 140 Ämtern. Hierunter waren 66 Jugend- und 74 Gesundheitsämter. Die Rückmeldungen schließen Angaben aus allen Bundesländern ein.

Bei der Wahl der Befragungsmethode wurden mehrere Zielstellungen berücksichtigt: Zum einen sollte eine hohe Ausschöpfung in einem kurzen Zeitraum erreicht werden; vor allem aber galt es, den Bearbeitungswand für die Zielgruppe möglichst gering zu halten. Basierend auf den Erfahrungen aus den Nachfassaktionen wurde eine kombinierte Methode von telefonischen und E-Mail-Kontaktierungen gewählt, da durch dieses Verfahren die Zielgruppe relativ leicht zu erreichen ist. Die Non-Responder-Analyse wurde schwerpunktmäßig zwar als eine E-Mail-Kurzbefragung realisiert, da dieses Vorgehen eine besonders zuverlässige und direkte Zustellung der Anfrage an eine größere Anzahl von Ämtern gestattet. Um möglichst schnelle Rückmeldungen zu erhalten und um die Ausschöpfungsquote zu erhöhen, wurde jedoch ergänzend zur E-Mail-Kontaktierung eine parallele telefonische Befragung von Amtsleiterinnen und Amtsleitern durchgeführt.

Da sich, zumindest im Anschluss an mehrere Nachfassaktionen, jede Non-Responder-Befragung an eine vergleichsweise „kritische“ Teilgruppe aus der Grundgesamtheit richtet, war bei der Konzeption dieser Befragung verstärkt auf einen geringen Bearbeitungsaufwand zu achten. Diese Vorgabe wurde in Verbindung mit der E-Mail-Anfrage dadurch erreicht, dass die Zielpersonen in ihren Antwort-Mails lediglich einige vorgegebene Kennzahlen für die Gründe der Nichtteilnahme ihres Amtes anzugeben hatten.

6.5.2 Ergebnisse der Non-Responder-Analyse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Non-Responder-Befragung zusammengefasst: Grundsätzlich ist dabei als ein wichtiger Teilbefund festzuhalten, dass die Ergebnisse der Kontaktprotokolle aus den Nachfassaktionen (siehe Kapitel 6.4.1) durch die Non-Responder-Analyse weitgehend bestätigt werden.

Tabelle 02: Gründe der Nichtteilnahme an der Befragung

Gründe für die Nichtteilnahme an der Befragung:	Jugendamt (n):	Gesundheitsamt (n):
fehlende Ressourcen (Zeit, Personal)	31	32
zu hohe Arbeitsbelastung	29	24
fehlende Zuständigkeit im Bereich Früher Hilfen	4	25
keine Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen	7	5
organisatorische und/oder inhaltliche Umstrukturierungen im Amt	9	6
keine Erhebungsunterlagen erhalten	3	6
mehrere parallele Befragungsvorhaben	7	3
Bearbeitungsaufwand des Difu-Fragebogens	5	3
sonstige Gründe	17	15
Anzahl der Nennungen (insgesamt):	112	119

Die häufigsten Gründe für Jugend- und Gesundheitsämter, die für ihre Nichtteilnahme maßgeblich waren, sind die fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen sowie die hohen Arbeitsbelastungen im Amt (Tabelle 02). Auch wenn die Amtsleiterinnen und Amtsleiter der Thematik Frühe Hilfen grundsätzlich ein großes Interesse entgegenbringen und in diesem Bereich bereits aktiv sind, war es ihnen vor allem in Verbindung mit diesen Gründen nicht möglich, an der Erhebung mitzuwirken. Die Arbeitsbelastungen der Ämter sind dabei gegen Jahresende erfahrungsgemäß besonders stark. Zentrale Amtsaufgaben wie Jahresabschlüsse und Haushaltsplanungen stehen neben den „Pflichtaufgaben“ in dieser Zeit an. Wie bereits in Kapitel 6.4.1 dargestellt, finden sich demzufolge Hinweise dafür, dass sich der Erhebungszeitraum zwischen Weihnachten und Neujahr negativ auf die Teilnahmebereitschaft der Ämter auswirkte.

Als einen weiteren zentralen Grund für die fehlende Mitarbeit geben insbesondere die Leiterinnen und Leiter der Gesundheitsämter fehlende Zuständigkeiten im Bereich Früher Hilfen an. Auch die Ergebnisse der Kontaktprotokolle bestätigen in diesem Zusammenhang, dass ein hoher Anteil der Gesundheitsämter den Bereich Frühe Hilfen nicht im eigenen Zuständigkeitsbereich verankert sieht. Für die Planung und Steuerung Früher Hilfen seien die Jugendämter (haupt-)verantwortlich und somit die „Ansprechpartner“. Dieser Umstand bedingt offenbar maßgeblich die höhere Ausfallquote für viele Gesundheitsämter.

Die Nichtteilnahme resultierte teilweise auch daraus, dass sich einige Jugend- und Gesundheitsämter (noch) nicht im Bereich Früher Hilfen engagieren. Zwar liegen entsprechende Konzeptionen wohl bereits vor, aber die inhaltliche und personelle Umsetzung ist noch nicht erfolgt, so dass eine Beantwortung vieler Fragen aus Sicht der Ämter (noch) nicht sinnvoll schien und daher vollständig auf die Bearbeitung der Erhebungsunterlagen verzichtet wurde.

Des Weiteren verhinderten organisatorische und inhaltliche Umstrukturierungsprozesse von Ämtern (Personalwechsel oder Vakanzen in der Amtsleitung sowie Auflösung/ Zusammenlegung von Verwaltungen) die Teilnahme an dem Befragungsprojekt. Auch infolge dieser Strukturveränderungen funktionierte die amtsinterne Zustellung oder Weiterleitung der Befragungsunterlagen in manchen Fällen nicht verläss-

lich. Vereinzelt führten Jugend- und Gesundheitsämter offen an, die Erhebungsunterlagen nicht erhalten bzw. amtsintern verloren zu haben. Dieses Problemfeld wird in seiner Bedeutung durch die Tatsache bestätigt, dass für ca. 80 Ämter die Erhebungsunterlagen mehrfach verschickt werden mussten.

Ein weiterer, wichtiger Grund, den die Ämter für die Nichtteilnahme an der Befragung anführten, sind die im Befragungszeitraum des Difu „konkurrierenden“ Umfrageprojekte anderer Einrichtungen. In den Rückmeldungen wurde mehrfach betont, dass die Jugend- und Gesundheitsämter zeitgleich mehrere Fragebögen zu bearbeiten hatten. Als ein ebenfalls maßgeblicher Hinderungsgrund erwies sich leider auch der Umfang des genutzten Erhebungsinstrumentes. Der Bearbeitungsaufwand (von durchschnittlich ca. einer halben Stunde) wurde oft als „problematisch“ empfunden. Hier bestätigen sich im Wesentlichen die Erfahrungen aus dem Pretest.

Unter den „sonstigen Gründen“ soll schließlich noch ein formaler Aspekt erwähnt werden, der einige Ämter zur Entscheidung führte, sich nicht an der Erhebung des Difu zu beteiligen. Dieser Grund liegt in landesspezifischen Verfahrensregelungen für die allgemeine Vorgehensweise bei Befragungsprojekten. Wie bereits aus den Rückmeldungen der Nachfassaktionen bekannt, werden in zwei Bundesländern (offiziell) nur von der Landesregierung beauftragte Umfragen bearbeitet. In einem weiteren Bundesland haben die Verwaltungen der Amtsbezirke die Vereinbarung getroffen, sich nur noch an lokalen Untersuchungen zu beteiligen.

6.6 Erläuterungen zum Datenschutz

Ein Bestandteil der Erhebungsunterlagen des Difu war ein „Datenschutzblatt“ zur Information der Jugend- und Gesundheitsämter. Für den Fall, dass der Fragebogen ohne dieses Datenschutzblatt zur Bearbeitung von der Amtsleitung an andere Mitarbeiter/-innen weitergegeben werden sollte, wurden allgemeine Hinweise zum Datenschutz zusätzlich auch auf der Erläuterungsseite des Fragebogens platziert. Im Rahmen dieser Informationen wird den Adressaten der Befragung mitgeteilt,

- wie ihre Daten verarbeitet werden (Trennung von personenbezogenen Daten und Befragungsinhalten; Auswertungen nur in anonymisierter Form und zu Gruppen zusammengefasst),
- welche Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden (Anonymität, keine Weitergabe an unbefugte Dritte),
- welche Funktion die verwendete Nummerierung der Fragebögen hat (technische Rücklaufkontrolle, Gewährleistung des Widerrufsrechts) und
- welche Personen am Difu für die Einhaltung des Datenschutzes zuständig sind und für Fragen, die das Projektvorhaben betreffen, zur Verfügung stehen.

Diese Maßnahmen folgen dem Grundsatz der „informierten Einwilligung“: Die Jugend- und Gesundheitsämter sollen zunächst über alle relevanten Schritte informiert werden, die den Prozess der Datenerhebung und -verarbeitung betreffen, bevor sie ihre Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Befragung treffen.

Hinter diesen Informationen stehen auf Seiten des Difu konkrete mechanische, verfahrensbezogene und technische Schutzvorrichtungen, um den unbefugten Zugriff, die Zerstörung, Verwendung, Änderung oder Weitergabe von personenbezogenen Daten oder Befragungsdaten zu verhindern. Hierzu gehörten im Einzelnen:

- Das Einsehen von amtsbezogenen Daten (z.B. die Adressen der Ämter) durch Unbefugte wurde durch kurze und gesicherte Arbeits- bzw. Verfahrenswege verhindert,
- Listen wurden in verschließbaren Schränken gelagert, Daten ausschließlich auf Passwort geschützten PC's gespeichert,

- die ausgefüllten Fragebögen wurden seitens des Difu nach ihrem Einscannen an einem sicheren Ort gelagert und nach Abschluss der Datenbereinigung vernichtet,
- amtsbezogene Angaben und Befragungsdaten wurden räumlich getrennt verwahrt, so dass eine Verknüpfung gar nicht bzw. nur mit einem unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich gewesen wäre,
- alle beteiligten Mitarbeiter/-innen erhielten entsprechend der oben dargelegten Verfahrensweisen ausführliche Datenschutzrichtlinien,
- eine vorhergehende Absprache und einvernehmliche Regelungen mit dem Auftraggeber hinsichtlich der Gestaltung aller Ergebnispräsentationen schlossen jede Möglichkeit zur Identifizierung einzelner Ämter/Kreise anhand der Ergebnisse aus.

Für die Durchführung der technischen Rücklaufkontrolle und als „Verbindungsvariable“ für die Daten aus der zweiten Teilerhebung, wurde für jeden versandten Fragebogen ein vierstelliger, anonymisierter Zahlencode vergeben. In dem Datensatz mit den eigentlichen Befragungsdaten der Ämter verblieb nur dieser anonymisierte Zahlencode. Ein zweiter Datensatz enthielt – für die spätere Zuordnung der Befragungsdaten aus der zweiten Teilerhebung – lediglich den anonymisierten Zahlencode sowie die Adressdaten der einzelnen Ämter. Dieser zweite Teildatensatz wird stets unabhängig von den Befragungsdaten verwahrt und nach Abschluss des Projekts gelöscht.

6.7 Anmerkungen zur Repräsentativität der Befragungsdaten

Insgesamt wurden an 967 Jugend- und Gesundheitsämter Fragebögen verschickt. Bis zum Abschluss der Datenerhebung lagen von 573 Ämtern auswertbare Informationen vor. Das entspricht einer Rücklaufquote von 59,3%. Dieser hohe Rücklauf ist erfreulich und ermöglicht eine zuverlässige Analyse der Daten. Neben einer hohen Beteiligung sind für die Qualität der Befragungsergebnisse jedoch vor allem Faktoren maßgeblich, die die Repräsentativität der Daten betreffen. Für eine Einschätzung der Repräsentativität werden an dieser Stelle mehrere relevante Indikatoren genutzt.

Tabelle 03: Der Vergleich der Bevölkerungszahlen von (nicht-)teilnehmenden Ämtern

Bevölkerungszahl (Stadt/Kreis):	Teilnehmer	Nichtteilnehmer	Insgesamt
	In Prozent		
bis 50 Tsd.	11,5	11,3	11,4
51 bis 100 Tsd.	21,3	22,0	21,6
101 bis 250 Tsd.	45,9	49,5	47,5
251 bis 500 Tsd.	17,0	14,6	16,0
über 500 Tsd.	4,3	2,5	3,5
Mittelwerte (in Tsd.):	178	161	171

Zunächst soll die Frage beantwortet werden, ob sich die beiden Gruppen der teilnehmenden und der nicht-teilnehmenden Ämter hinsichtlich relevanter Strukturmerkmale nennenswert unterscheiden. Ein Indiz für eine Verzerrung unserer Stich-

probe läge beispielsweise vor, wenn es beachtliche Unterschiede hinsichtlich der Einwohnerzahlen zwischen den Städten und Kreisen gibt, aus denen uns Antworten vorliegen, und den Städten und Kreisen, von denen wir keine Antworten erhalten haben⁷.

Den Daten aus Tabelle 03 kann entnommen werden, dass weder die Anteilswerte noch die Mittelwerte von (nicht-)teilnehmenden Ämtern größere Abweichungen aufweisen. Dieser augenscheinliche Eindruck wird durch statistische Prüfverfahren unterstützt⁸: Ein nichtparametrischer Test („Chi-2“) für die Verteilungsunterschiede und ein t-Test für die Mittelwertdifferenzen führen jeweils zu dem Ergebnis, dass die vorhandenen Abweichungen zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ämtern noch im Bereich „zufälliger“ Schwankungen liegen, d.h. auf „nicht-signifikanten“ Unterschieden beruhen.

Tabelle 04: Die Zugehörigkeit von (nicht-)teilnehmenden Ämtern zu einzelnen Bundesländern

Bundesland:	Teilnehmer	Nichtteilnehmer	Insgesamt
	In Prozent		
Berlin	3,2	1,6	2,5
Brandenburg	3,7	3,7	3,7
Baden-Württemberg	7,8	10,2	8,9
Bayern	17,2	18,8	17,9
Bremen	0,4	0,5	0,4
Hamburg	1,7	1,2	1,4
Hessen	5,6	6,0	5,8
Mecklenburg-Vorpommern	3,2	4,2	3,6
Niedersachsen	11,0	10,6	10,8
Nordrhein-Westfalen	24,6	22,5	23,7
Rheinland-Pfalz	7,8	5,1	6,6
Schleswig-Holstein	3,5	3,0	3,3
Saarland	2,2	0,2	1,3
Sachsen	2,4	2,8	2,6
Sachsen-Anhalt	2,6	3,2	2,9
Thüringen	3,0	6,5	4,5
Zusammen:	100,0	100,0	100,0

⁷ Die entsprechenden Angaben der teilnehmenden Ämter wurden entweder im Fragebogen erhoben oder – bei fehlenden Werten – durch Angaben der amtlichen Statistik aus dem Jahr 2007 ergänzt. Für die Gruppe der nicht-teilnehmenden Ämter wurden die entsprechenden Daten ausschließlich über offizielle Statistiken des Jahres 2007 ermittelt.

⁸ Die Frage, ob inferenzstatistische Methoden auch bei Vollerhebungen angewandt werden sollten, ist bekanntermaßen nicht unumstritten (siehe z.B. Broscheid & Gschwend, 2005). Wir benutzen entsprechende Verfahren an dieser Stelle mit dem Argument, dass Vollerhebungen zwar keine Stichprobenfehler aufweisen, aber dennoch die resultierenden Daten durch eine Reihe stochastischer Prozesse beeinflusst werden, die ihre Ursache etwa in Messfehlern haben können.

Ein negativer Effekt auf die Repräsentativität der Befragungsdaten könnte weiterhin dadurch entstehen, dass sich teilnehmende und nicht-teilnehmende Ämter hinsichtlich ihrer geografischen Zuordnung zu einzelnen Bundesländern unterscheiden. Tabelle 04 zeigt, dass die entsprechenden Anteilswerte der beiden Gruppen (erwartungsgemäß) durchaus gewisse Unterschiede aufweisen. Eine vergleichsweise große Differenz zwischen den Anteilswerten von teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ämtern findet sich beispielsweise für das Saarland. Diese Abweichung resultiert allerdings ausschließlich aus dem Umstand, dass – bis auf eine Ausnahme – alle kontaktierten Ämter des Saarlands an der Befragung teilnahmen. Ein ebenfalls relativ großer Unterschied in den beiden Anteilswerten findet sich in Thüringen, wo sich vergleichsweise wenige Ämter für eine Teilnahme gewinnen ließen.

Dennoch sind die meisten landesbezogenen Unterschiede nur schwach ausgeprägt. Ein statistischer Test („Chi-2“) führt entsprechend zu dem Ergebnis, dass die vorhandenen Abweichungen zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern nicht groß genug sind, um eine inhaltliche Bedeutung zu erhalten. Auch an dieser Stelle finden sich demnach keine Anhaltspunkte, die die Repräsentativität der Befragungsdaten nennenswert beeinträchtigen.

Tabelle 05: Die Verteilung von Jugend- und Gesundheitsämtern unter (nicht-)teilnehmenden Ämtern

Amtsform:	Teilnehmer	Nichtteilnehmer	Insgesamt
	In Prozent		
Jugendämter	64,6	55,8	60,8
Gesundheitsämter	35,4	44,2	39,2
Zusammen:	100,0	100,0	100,0

Ein drittes Kriterium zur Überprüfung der Repräsentativität der Befragungsdaten beruht auf einem zentralen Unterteilungsmerkmal der Grundgesamtheit, nämlich dem Anteil von Jugend- und Gesundheitsämtern. Den Verteilungen aus Tabelle 05 kann dabei entnommen werden, dass sowohl unter den teilnehmenden als auch unter den nicht-teilnehmenden Ämtern insgesamt zwar jeweils die Teilgruppe der Jugendämter eine absolute Mehrheit bildet. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass der Anteil der Jugendämter unter den Teilnehmern mit 64,6% höher ausfällt als in der Gruppe der Nichtteilnehmer (55,8%). Ein Signifikanztest weist diesen Unterschied dabei als signifikant aus (auf dem 1%-Niveau), was seine inhaltliche Bedeutung unterstreicht. Die Ergebnisse der Befragung werden demnach durch den überproportional hohen Anteil von Jugendämtern unter den teilnehmenden Ämtern verzerrt. Dabei dürften die Ursachen für diese Verzerrung nicht zuletzt in Verbindung mit dem Befragungsthema stehen und somit kaum beeinflussbar sein: Wie bereits in den Kapiteln 6.4 und 6.5 dargestellt wurde, verzichteten vor allem viele Gesundheitsämter deshalb auf eine Teilnahme, weil sie im Bereich Früher Hilfen bislang noch keine eigenen Aktivitäten aufgebaut haben bzw. sich hier nicht zuständig fühlen.

6.8 Anmerkungen zur Verwendung einer GewichtungsvARIABLEN

Da nicht auszuschließen ist, dass die oben dargestellten Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ämtern die Befragungsergebnisse beeinflussen könnten, ist im Rahmen der Datenauswertungen geplant, entsprechende Verzerrungen durch den Einsatz einer numerischen GewichtungsvARIABLEN aus-

zugleichen⁹. Hierbei wird für einige zentrale Merkmale durch mathematische Transformationen eine völlige Übereinstimmung von teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ämtern simuliert (zur Methode siehe: Brosius, 2004, Seite 296f.). Für die Berechnung dieser GewichtungsvARIABLEN werden die Merkmale „Bevölkerungsgröße von Städten/Kreisen“, „Bundesland“ sowie die Anteile von Jugend- und Gesundheitsämtern genutzt. Allerdings wird auf eine durchgehende Gewichtung bei den Datenanalysen verzichtet. Vielmehr soll die gebildete Gewichtungsvariable lediglich als zusätzliche „Kontrollvariable“ dienen, um bei Bedarf den Einfluss möglicher Stichprobenverzerrungen auf ermittelte Ergebnisse ausschließen zu können.

Literatur:

- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., ADM (Hg.) (1999), Standards for Quality Assurance in Market and Social Research, Frankfurt/M.
- Arlt, M. & Landua, D. (2008), Konzeption und Ergebnisse eines Pretests zur Vorbereitung der Datenerhebung des Projekts ‚Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen‘, Arbeitsbericht, Difu, Berlin.
- Broscheid, A. & Gschwend, Th. (2005), Zur statistischen Analyse von Vollerhebungen, in: Politische Vierteljahresschrift, 46. Jg., Heft 1, S. 16-26.
- Brosius, F. (2004), SPSS 12, mitp-Verlag: Bonn.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (Hg.) (2007), Jugendamtsverzeichnis 2007. Verzeichnis deutscher Jugendbehörden, Heidelberg.
- Dillman, D.A. (2000), Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method. New York: John Wiley & Sons.
- Fowler, F.J. (1984), Survey Research Methods: Beverly Hills.
- Landua, D. (1995), Einführung in die Fragebogenkonstruktion. Berlin: Manuskript.
- Porst, R. (2001), Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim, ZUMA How-to-Reihe, Nr. 09
- Prüfer, P. & Rexroth, M. (2000), Zwei-Phasen-Pretesting, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim, ZUMA, Arbeitsbericht 2000/08.
- Rohrmann, B. (1978), Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung, in: Zeitschrift für Sozialpsychologie 9, S. 222-245.
- Stadtmüller, S. & Porst, R. (2005), Zum Einsatz von Incentives bei postalischen Befragungen, Universität Mainz & Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim, ZUMA How-to-Reihe, Nr. 14.
- Sudman, S. & Bradburn, N.M. (1983), Asking Questions, San Francisco: Jossey-Bass.

⁹ Die Anwendung von „Gewichtungsfaktoren“ ist innerhalb der sozialwissenschaftlichen und kommerziellen Umfrageforschung zwar nicht unumstritten, gilt jedoch überwiegend als ein legitimes Instrument, um bekannte Verzerrungen in der Datenstruktur mathematisch auszugleichen. Auch der Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute verweist in seinen „Standards for Quality Assurance in Market and Social Research“ (1999; S. 118) auf die Anwendbarkeit von Gewichtungsvariablen – allerdings: „The structural data of the sample should be documented in both their weighted and unweighted forms. In particular it must be apparent from this how the weighting affects the structure of the sample. The weighting procedure used must be described adequately, including mention of the weighting variables“.

- **Anhang**

- **I. Begleitschreiben des Difu**



Deutsches Institut für Urbanistik 
Arbeitsbereich Stadtentwicklung und Recht

Ernst-Reuter-Haus
Straße des 17. Juni 112
10623 Berlin

Telefon: +49(0)30 39001-196
Telefax: +49(0)30 39001-146
E-Mail: DLandua@difu.de
Internet: www.difu.de

Berlin, den 20.11.08

**Befragung von Jugend- und Gesundheitsämtern im Rahmen des Projekts –
"Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen"**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein guter Weg, um Kinder besser vor Vernachlässigung und Misshandlung zu schützen, liegt darin, möglichst früh einen Zugang zu den Familien zu finden. Fast alle Familien haben in der Schwangerschaft, um die Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes Kontakt zu Personen oder Einrichtungen des Gesundheitssystems. Auf diese Weise können Belastungen und familiäre Risiken für das gesunde Aufwachsen der Kinder frühzeitig erkannt und entsprechende Unterstützungsangebote rechtzeitig den Familien zugänglich gemacht werden. Dies setzt eine systematische Vernetzung von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen voraus.

Bislang liegen in Deutschland jedoch nur wenige Informationen darüber vor, welche Formen der fachübergreifenden Zusammenarbeit sich in der Praxis bereits etabliert und bewährt haben. Die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung können dazu beitragen, diese Wissenslücke zu schließen.

Worum geht es?
Das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) führt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) eine bundesweite Erhebung zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen durch. Unser Interesse gilt dabei zunächst vorrangig den Aktivitäten der für diesen Bereich zuständigen kommunalen Steuerungsbehörden, den Jugend- und Gesundheitsämtern. Das Vorhaben ist Bestandteil des Aktionsprogramms der Bundesregierung „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ und soll eine erste Bestandsaufnahme der Praxisentwicklung im Bereich Früher Hilfen in Deutschland ermöglichen. Der Projektablauf wird mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt.

Was sind die Inhalte der Befragung?
Bei der Befragung geht es darum, Umfang, Struktur und Qualität der Kooperationen bzw. der lokalen Vernetzung im Bereich Früher Hilfen aus der Perspektive kommunaler Steuerungsbehörden zu erfassen. Eine Untersuchung der Angebotsstruktur einzelner Projekte sowie von eingesetzten Materialien und Instrumenten im Bereich Früher Hilfen ist zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

Welchen Nutzen haben Sie von der Befragung?
Die Ergebnisse werden an alle teilnehmenden Ämter zurückgemeldet und sollen, im Vergleich mit den bundesweiten Befunden, den Ämtern als Arbeits- und Orientierungshilfe dienen. Weiterhin sehen wir in der Durchführung einer bundesweiten Erhebung eine Möglichkeit, Jugend- und Gesundheitsämtern im Rahmen einer aktuellen Debatte eine „Stimme zu geben“.

Was wir uns wünschen...
Wir sind uns darüber im Klaren, dass die Arbeitsbelastungen in Ihrem Amt sehr hoch sind und die Bearbeitung des Fragebogens nicht ohne Aufwand möglich ist. Umso mehr würden wir uns freuen, wenn Sie an dieser Befragung teilnehmen: Nur durch eine hohe Rücklaufzahl wird sichergestellt, dass die aus der Befragung gewonnenen Erkenntnisse auf sicherem „Fundament“ stehen und die Vielfalt der bundesweit vorhandenen Kooperationsformen zwischen Jugendhilfe, Gesundheitswesen und anderen Akteuren im Bereich Früher Hilfen zutreffend wiedergeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. Klaus J. Beckmann
Geschäftsführer der Difu GmbH

Deutsches Institut für Urbanistik GmbH - HRB 114959 B. AG Charlothenburg - Sitz: Berlin - Geschäftsführer: Univ.-Prof. Dr.-Ing. Klaus J. Beckmann, Dipl.-Kfm. Andreas Meißner
Berliner Bank: BLZ 100 200 00 Konto-Nr. 1 450 099 800 - Postbank: BLZ 100 100 10 Konto-Nr. 17 516 106 - Steuer-Nr. 27601/51911 - Umsatzsteuer-ID: DE 261 560 461



Allgemeine Hinweise zum Datenschutz:

1. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen bzw. Ihrem Amt keinerlei Nachteile.
2. Das Difu arbeitet nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und vor dem Zugriff Unbefugter gesichert. Die ausgefüllten Fragebögen werden maschinell erfasst und in einen anonymisierten Datensatz überführt; die Fragebögen selbst werden anschließend vernichtet. Niemand kann anhand der Angaben im Datensatz entnehmen, welches Amt welchen Fragebogen ausgefüllt hat. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt. Dies schließt auch den Abgleich der Daten von Ämtern eines Amtsbezirks aus.

Zur Wahrung des Datenschutzes achten Sie bitte darauf, dass der Rückumschlag für den Fragebogen sicher verschlossen ist. Noch ein Hinweis zu diesem Thema: Die Nummer auf dem Fragebogen dient ausschließlich zur Kontrolle des Rücklaufs hier bei uns im Institut.

Ihre persönlichen Ansprechpartner bei Rückfragen sind:

- Frau Maja Art, Tel.: 030-39001-195; [mailto: Artt@difu.de](mailto:Artt@difu.de)
- Herr Dettlef Landua, Tel.: 030-39001-196; [mailto: DLandua@difu.de](mailto:DLandua@difu.de)

Informationen zum Deutschen Institut für Urbanistik finden Sie unter:

<http://www.difu.de/>

Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens:

- Die Bearbeitung des Fragebogens wird in der Regel ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen.
- Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag innerhalb von **14 Tagen (spätestens bis zum 19.12.08)** an das Difu zurück.

Anlagen:

Empfehlungsschreiben der Kommunalen Spitzenverbände, Fragebogen, frankierter Rückumschlag.

II. Empfehlungsschreiben der Kommunalen Spitzenverbände

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Postfach 12 03 15 - 10593 Berlin

24.11.2008

Bearbeitet von
/DLT

Telefon 030/590097-###
Telefax 030/590097-###

E-Mail:
##@Landkreistag.de

Aktenzeichen
V-##-##-##

Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen im Bereich Früher Hilfen

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Thema Kinderschutz ist in den letzten Jahren verstärkt in das gesellschaftliche Bewusstsein gerückt und vielerorts in Deutschland sind bereits gute Projekte und Modelle zur Unterstützung der Entwicklung von Kindern und zu einem besseren Schutz in der frühen Kindheit zu erkennen. Gleichzeitig ist jedoch auch der Druck auf die kommunale Praxis durch mehr „gemeldete Fälle“ und durch mehr Bedarf an Beratung und Hilfe größer geworden.

Ein guter Weg, um Kinder besser vor Vernachlässigung und Misshandlung zu schützen, liegt darin, möglichst früh einen Zugang zu den Familien zu finden. In diesem Zusammenhang kommt den kommunalen Steuerungsbehörden wie Jugend- und Gesundheitsämtern eine besondere Bedeutung zu.

Das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) wurde deshalb vom Nationalen Zentrum Früher Hilfen (NZFH) damit beauftragt, eine bundesweite Befragung über die vorhandenen Kooperationsformen zwischen Jugend- und Gesundheitsämtern durchzuführen. Die Ergebnisse dieser Befragung sind von Bedeutung, um eine vorhandene Wissenslücke in diesem Bereich zu schließen. Weiterhin ist geplant, die Ergebnisse der Befragung an die Praxis zurückzumelden, damit auch die teilnehmenden Ämter von dieser bundesweiten Erhebung einen konkreten Nutzen für die Weiterentwicklung ihrer eigenen Arbeit vor Ort haben.

Durch umfangreiche Vorarbeiten und zwei Workshops wurde versucht, den mit der Umfrage verbundenen Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Ergebnis zu halten. Daher unterstützen wir das Vorhaben des Difu und empfehlen eine Teilnahme an der Befragung.

Mit freundlichen Grüßen

In Vertretung

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Ernst-Reuter-Haus, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin; Telefon (0 30) 3 77 11-0; Telefax (0 30) 3 77 11-999
E-Mail: post@kommunale-spitzenverbaende.de; www.kommunale-spitzenverbaende.de

III. Fragebogen mit Grundauszählung



Deutsches Institut für Urbanistik



Partner bei der Lösung kommunaler Aufgaben

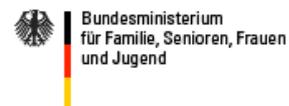
Befragung

von Jugend- und
Gesundheitsämtern
zu Kooperationsformen
im Bereich Früher Hilfen

Im Auftrag von:



Gefördert vom:



Deutsches Institut für Urbanistik GmbH • HRB 114959 B AG Charlottenburg • Sitz: Berlin
Geschäftsführer: Univ.-Prof. Dr.-Ing. Klaus J. Beckmann

Vor dem Ausfüllen des Fragebogens bitte durchlesen:

Hinweise zur Handhabung des Fragebogens:

Änderungsbeispiel: Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, schwärzen Sie das Kästchen mit der „falschen“ Antwort aus. Danach kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrer Meinung besser entspricht.					
Nr.	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihren Arbeitsbedingungen?	Zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Unzufrieden
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Fragebögen werden maschinell eingescannt. Benutzen Sie zum Ausfüllen deshalb bitte nur Schreibgeräte mit **dunkler Farbe** (bitte keine Bleistifte).

Die Bearbeitung des Fragebogens wird in der Regel ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag
→ innerhalb von 14 Tagen (spätestens bis zum 19.12.08) an das Difu zurück. ←

Allgemeine Hinweise zum Datenschutz:

1. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen bzw. Ihrem Amt keinerlei Nachteile.
2. Das Difu arbeitet nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und vor dem Zugriff Unbefugter gesichert. Die ausgefüllten Fragebögen werden maschinell erfasst und in einen anonymisierten Datensatz überführt; die Fragebögen selbst werden anschließend vernichtet. Niemand kann anhand der Angaben im Datensatz entnehmen, welches Amt welchen Fragebogen ausgefüllt hat. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt.

Zur Wahrung des Datenschutzes achten Sie bitte darauf, dass der Rückumschlag für den Fragebogen sicher verschlossen ist. Noch ein Hinweis zu diesem Thema: Die Nummer auf dem Fragebogen dient ausschließlich zur Kontrolle des Rücklaufs hier bei uns im Institut.

Ihre persönlichen Ansprechpartner bei Rückfragen sind:

- ➔ Frau Maja Arlt, Tel.: 030-39001-195; mailto: Arlt@difu.de
- ➔ Herr Detlef Landua, Tel.: 030-39001-196; mailto: DLandua@difu.de

Deutsches Institut für Urbanistik GmbH (Difu); Straße des 17. Juni 112; D-10623 Berlin

Informationen zum Projekt und zum Untersuchungsgegenstand Frühe Hilfen:

Das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) führt im Auftrag des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) das Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“ durch. Das Vorhaben ist Bestandteil des Aktionsprogramms der Bundesregierung „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“.

Mit dem Projekt sollen die vorhandenen Kooperationsformen kommunaler Steuerungsbehörden wie Jugend- und Gesundheitsämter im Bereich Früher Hilfen untersucht werden. Entsprechend dieser Zielstellung werden bundesweit alle Jugend- und Gesundheitsämter in die Befragung einbezogen.

Frühe Hilfen sind gemäß dem Aktionsprogramm der Bundesregierung präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern ab Beginn einer Schwangerschaft bis etwa zum Ende des 3. Lebensjahrs eines Kindes. Sie richten sich vorwiegend an Familien in belastenden Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen. Die aus diesen Bedingungen resultierenden Risiken für ein gesundes Aufwachsen der Kinder sollen frühzeitig erkannt und die Eltern zur Inanspruchnahme passender Angebote zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz motiviert werden. Auf diese Weise soll der Schutz der Kinder vor einer möglichen, späteren Vernachlässigung und/oder Misshandlung verbessert werden. Frühe Hilfen sind dabei Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes, das sowohl präventive Angebote wie auch Interventionen zum Schutz des Kindeswohls umfasst. Diese Ziele sollen durch eine enge Vernetzung und Kooperation insbesondere von Akteuren und Institutionen aus dem Gesundheitsbereich wie aus der Kinder- und Jugendhilfe erreicht werden.

