

1



Datenreport I 2017

MONITORING FRÜHE HILFEN NIEDERSACHSEN

Kommunalbefragung der Bundesinitiative Frühe Hilfen in Niedersachsen



Niedersächsisches Landesamt für
Soziales Jugend und Familie



Gefördert durch



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Bundesinitiative
Frühe Hilfen



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

VORWORT

Nach fünf Jahren Bundesinitiative Früher Hilfen 2012-2017 können wir auf eine erfolgreiche Umsetzung der Bundesinitiative in Niedersachsen zurückblicken. Netzwerke Früher Hilfen sind erfolgreich in allen Kommunen aufgebaut und werden im Rahmen der Qualitätsentwicklung ausgebaut und modifiziert.

Im Rahmen der weiteren qualitativen Entwicklung ist es notwendig, sich den einzelnen Förderschwerpunkten der Frühen Hilfen im Land Niedersachsen detailliert anzunehmen. Demzufolge ist eine Darstellung der Entwicklung in den einzelnen Förderbereichen der Kommunen durch ein Landesmonitoring ein sinnvolles und notwendiges Instrument der Steuerung.

Die erfolgreiche Arbeit der Bundesinitiative Frühe Hilfen wird nun in 2018 durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen fortgeführt und in einigen Förderbereichen optimiert.

Der Gesetzgeber hat zur Verwirklichung dieses Ziels in § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) festgelegt, dass der Bund einen auf Dauer angelegten Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichtet. Der Fonds wird mittels der Bundesstiftung Frühe Hilfen umgesetzt.

Die Bundesstiftung Frühe Hilfen wird künftig sicherstellen, dass die Strukturen und Angebote, die durch die Bundesinitiative aufgebaut wurden und sich bewährt haben, weiterbestehen können. Vor allem Angebote zur psychosozialen Unterstützung von Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr sollen dabei weiter ausgebaut werden. Deshalb ist die Sicherung der Ergebnisse im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen zu diesem Zeitpunkt genau passend.

Das Landesmonitoring basiert auf den Ergebnissen der kommunalen Befragungen des Nationalen Zentrums Früher Hilfen (NZFH) und den Ergebnissen der Abfrage im Gesundheitsbereich durch die niedersächsische Landeskoordinierungsstelle. Folgende Ziele sollen mit dem Monitoring erreicht werden:

- ▶ Entwicklungsverläufe in den einzelnen Förderschwerpunkten der Frühen Hilfen in Niedersachsen aufzuzeigen und sichtbar zu machen
- ▶ stagnierende Entwicklungen in den einzelnen Förderschwerpunkten aufzuzeigen
- ▶ Ableitungen für weitere bedarfsgerechte Unterstützungsinstrumente durch die Landeskoordinierungsstelle zu entwickeln
- ▶ ein Steuerungsinstrument für die zukünftige Qualitätsentwicklung zu schaffen
- ▶ Grundlagen für weitere strategische Entscheidungen zu bilden
- ▶ Die Möglichkeit zu eröffnen, Analysen sowie grafische und deskriptive Aufbereitung der Daten zur Präsentation und Öffentlichkeitsarbeit vorzunehmen
- ▶ Den Prozess der Qualitätsentwicklung des Arbeits- und Planungsfeldes Frühe Hilfen in Niedersachsen analog der Förderrichtlinien der Bundesstiftung zu beobachten.

Das Monitoring hat indirekte Steuerungsrelevanz (Landesebene), indem auf seiner Grundlage ggf. Handlungsentscheidungen für die Zuständigkeitsbereiche der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen in Niedersachsen abgeleitet werden können.

Ich wünsche Ihnen – als die kommunalen Expertinnen und Experten in dem Fachgebiet der Frühen Hilfen – eine weiterhin erfolgreiche Umsetzung und hoffe, Ihnen durch das zur Verfügung gestellte niedersächsische Landesmonitoring der Bundesinitiative Frühe Hilfen eine konstruktive Handlungsempfehlung geben zu haben.

Ihr Klaus Niersmann



Leiter des Landesjugendamtes

ABSTRACT

Einhergehend mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes 2012 startete mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen ein Bundesförderprogramm, das Kommunen und Träger beim Aus- und Aufbau lokaler Präventionsstrukturen unterstützt. Durch die Förderung der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2012-2017) „ist es gelungen: a) strukturelle Voraussetzungen für eine flächendeckende Etablierung der Frühen Hilfen zu schaffen, b) vielfältige fachliche Entwicklungen anzustoßen und c) bereits einige zentrale Qualitätsstandards zu etablieren. Hervorzuheben ist, dass mittlerweile in beinahe jedem Jugendamtsbezirk Koordinierende tätig sind, die Motor für die fachliche Weiterentwicklung sind.“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH 2016)

Der vorliegende Report befasst sich mit den Daten der Kommunalbefragungen Frühe Hilfen 2013 und 2015, die im Rahmen der Bundesinitiative erhoben wurden. Im Fokus stehen die Landesdaten für Niedersachsen. Teilgenommen haben 52 (2013) bzw. 53 (2015) förderberechtigte Kommunen. Vereinzelt Daten stehen aus 2014 zur Verfügung.

- ▶ 96,2% der BIFH-geförderten Kommunen Niedersachsens haben 2015 eine Koordinierungsstelle Frühe Hilfen eingerichtet (n=53). Damit ist quantitativ eine sehr hohe Versorgungsquote erzielt.
- ▶ 78,4% der Kommunen richteten ihre Koordinierungsstelle nach 2012 ein. Die impulsgebenden Faktoren des Bundeskinderschutzgesetzes und der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) zeigen flächendeckende Wirkung.
- ▶ 2015 wird der Einsatz von Familienhebammen und komplementären Gesundheitsfachkräften in 96,2 % der BIFH-geförderten Kommunen Niedersachsens koordiniert.
- ▶ Die niedersächsischen Koordinierungsstellen Frühe Hilfen werden [2014] durchschnittlich mit einem Stellenanteil von 0,85 Vollzeitäquivalenten koordiniert. Der Bundesschnitt liegt bei 0,93 VzÄ.
- ▶ Kooperationsvereinbarungen zum Thema ‚Verbindliche Vereinbarungen zum Verfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung‘ wurden (2013) am häufigsten mit Kindertageseinrichtungen (67%) geschlossen. 57% der geförderten

Kommunen schlossen diese Vereinbarungen zudem mit dem ASD ab und 51% mit Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung.

- ▶ Erhebungen zur Ermittlung des sozialräumlichen Bedarfs an Frühen Hilfen (Bedarfsermittlungen) werden (2015) noch relativ selten durchgeführt. 35,8% der niedersächsischen Kommunen setzen dieses Instrument ein.
- ▶ Abgestimmte Angebotsplanungen kommen (2015) in 39,6% der niedersächsischen Kommunen bzw. Netzwerke Früher Hilfen als Steuerungsinstrument zu Einsatz.
- ▶ Integration der Jugendhilfe ins Netzwerk Frühe Hilfen: Am häufigsten sind (2015) die Erziehungsberatungsstellen in den kommunalen Netzwerken Niedersachsens vertreten (in 94% der Kommunen). Darüber hinaus ist der ASD sehr häufig vertreten (in 92%), auch die Träger der Hilfen zur Erziehung (in 85% der Kommunen) und die Kindertageseinrichtungen (in 84%).
- ▶ Integration des Gesundheitswesens ins Netzwerk: Am häufigsten sind Familienhebammen (94%), Kinderärztliche Praxen (94%), das Gesundheitsamt (94%), niedergelassene Hebammen (84%), Geburtskliniken (81%) und Kinderkliniken (75%) in den niedersächsischen Netzwerken der BIFH-geförderten Kommunen vertreten.
- ▶ Kooperationen bzw. Kooperationsformen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen über Qualitätszirkel sind auf Bundesebene vergleichsweise stärker ausgeprägt als in Niedersachsen. Von drei möglichen Formen über Qualitätszirkel zu kooperieren, liegt deutschlandweit in 32,4% der BIFH-geförderten Kommunen mindestens eine der Formen vor, in Niedersachsen hingegen in 20,8% der Kommunen.
- ▶ Die Versorgungsquote von Angeboten und Maßnahmen Früher Hilfen ist in Niedersachsen seit Beginn der BIFH gestiegen. Fast alle Angebote Früher Hilfen werden 2015 in mehr Kommunen Niedersachsens angeboten als vor 2013. Damit steigt der qualitative Versorgungsindex in diesem Zeitraum von 5,5 auf 7,0 von 10 möglichen Punkten.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	
ABSTRACT	
EINLEITUNG	2
1. AUSGANGSLAGE	4
2. QUALITÄTSDIMENSION I: KOORDINATION, PLANUNG UND STEUERUNG	6
2.1 KOORDINATION: KOORDINIERUNGSSTELLE FRÜHE HILFEN	6
2.1.1 KOORDINATION: NETZWERKKOORDINATION	7
2.1.2 KOORDINATION: EINSATZ VON FAMILIENHEBAMMEN UND KOMPLEMENTÄREN GESUNDHEITSFACHKRÄFTEN	9
2.1.3 KOORDINATION: EINSATZ VON EHRENAMTLICHEN	12
2.1.4 KOORDINATION: STRUKTURELLE OUTCOMES	14
2.2 PLANUNG UND STEUERUNG: KOORDINIERUNGSRAHMEN	14
2.2.1 PLANUNG UND STEUERUNG: NETZWERKINSTRUMENTE UND KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN	17
2.2.2 PLANUNG UND STEUERUNG: INTEGRATIVE SOZIALRAUMANALYSE	23
2.2.3 PLANUNG UND STEUERUNG: FORTBILDUNGEN	26
2.2.4 PLANUNG UND STEUERUNG: STRUKTURELLE OUTCOMES	27
3. QUALITÄTSDIMENSION II: VERNETZUNG UND KOOPERATION	29
3.1 VERNETZUNG: NETZWERKKONFIGURATION	30
3.2 VERNETZUNG: NETZWERKAKTEURE	31
3.2.1 NETZWERKAKTEURE: INTEGRATION DER JUGENDHILFE	32
3.2.3 NETZWERKAKTEURE: INTEGRATION DES GESUNDHEITSWESENS	34
3.2.4 NETZWERKAKTEURE: INTEGRATION SONSTIGER EINRICHTUNGEN	37
3.3 VERNETZUNG: KOOPERATION ZWISCHEN DEM GESUNDHEITSWESEN UND DER JUGENDHILFE	40
3.4 VERNETZUNG UND KOOPERATION: STRUKTURELLE OUTCOMES	43
4. QUALITÄTSDIMENSION III: ANGEBOTE UND MAßNAHMEN	44
4.1 ANGEBOTE UND MAßNAHMEN: ÜBERSICHT UND VERSORGUNGSINDEX	45
4.2 ANGEBOTE UND MAßNAHMEN: STRUKTURELLE OUTCOMES	51
5. QUALITÄTSATTRIBUTE ALS STEUERUNGSBASIS	52
6. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	57
QUELLEN	59
IMPRESSUM	61

EINLEITUNG

Prävention lohnt sich, Frühe Hilfen wirken. Nach Jahrzehnten grundlegender Forschung ist der Nutzen frühzeitiger Unterstützung von Kindern und Eltern vielfach belegt. Mittlerweile zeigen zahlreiche Studien unterschiedlicher Forschungsdisziplinen und Ansätze (u.a. der Bindungs- und Resilienzforschung, der Kognitionsforschung, der Sozialisationsforschung, nicht zuletzt der Armuts- und Bildungsforschung und auch der Forschung im Bereich Elternbildung), dass die Bildungs-, Teilhabe- und Entwicklungschancen von Kindern, die sehr früh unterstützt werden steigen, während ihr Armutsrisiko sinkt.

Weiteres ist belegt: Kinder aus belasteten und hoch belasteten Familienkontexten und prekären Sozialmilieus profitieren deutlich stärker von sehr frühzeitiger, bisweilen vorgeburtlicher Unterstützung als Kinder, die geringeren Belastungen ausgesetzt sind. Ihr Benefit von früher Förderung bzw. Frühen Hilfen ist am Größten.

Und auch die Eltern der Kinder profitieren: haben Mütter und Väter gute Erfahrungen mit frühzeitiger Unterstützung gemacht, nehmen sie zukünftig schneller Hilfe in Anspruch. Ihre Schwellenängste sinken – sie sind offener für die Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens, der Jugendhilfe oder der Elternbildung (Károly et al. 1998, Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH 2011 oder Heckman 2013). Niedrigschwellige, möglichst früh und funktional (Dohmen 2001) durch Fachkräfte Früher Hilfen vermittelte Übungen des Feingefühlstrainings (Brisch 2014) oder Mentalisierens (Marty 1991) unterstützen Eltern darin, Signale des Säuglings und Kindes zu deuten, darauf einzugehen und entwicklungsförderliche Anreize zu geben, die im natürlichen Konzept der Eltern-Kind-Liebe nicht immer als apriorische Fürsorgeprinzipien vorhanden bzw. abrufbar sind. Familienhebammen und andere Fachkräfte Früher Hilfen bieten den lebensweltsensiblen Unterstützungsrahmen, der seit 2012 seinen gesetzlichen Bezug im Bundeskinderschutzgesetz findet.

Seitdem ist die Ausgestaltung Früher Hilfen in der interdisziplinären Praxis nicht nur gesetzlich verankert, sondern mit impliziten Aufträgen versehen: politisch wie institutionell. Die Umsetzung wird auf Landesebene durch die Landeskoordinierungsstellen, Landesämter und Ministerien qualitativ und formal begleitet. Von Bundeseite erfolgt die fachliche Begleitung durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), eine 2007 durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtete Institution

der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Jugendinstituts (DJI).

Doch was ist der Unterschied von Frühe Hilfen zu früheren Präventionsleistungen? Schließlich gab es präventive Angebote für Eltern mit kleinen Kindern nicht erst seit 2012. Neben der Verzahnung der Hilfesystematik des intervenierenden Kinderschutzes mit den Handlungslogiken prospektiver Primär- und Sekundärprävention, machen den maßgeblichen Unterschied zwei tragende Aspekte der Planung und Kooperation aus, die (neben weiteren Aspekten) im Artikel 1 (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) des Bundeskinderschutzgesetzes sinngemäß wie folgt formuliert sind:

Erstens die bedarfsgerechte Planung, Umsetzung und Steuerung von primär- und sekundärpräventiven Leistungen, Maßnahmen und Angeboten sowie zweitens die verbindlich vernetzte Zusammenarbeit interdisziplinärer Akteure unterschiedlicher Rechtskreise, denen eine Lotsenfunktion zukommt.

Damit sind Frühe Hilfen zum konkreten, bestenfalls integrativen Sachverhalt von Jugendhilfeplanung, Sozialplanung oder Gesundheitsplanung geworden – je nach dem, in welchem Amt Frühe Hilfen kommunal verortet sind und welche Fachkraft die integrative Planungsaufgabe übernimmt. Die primären Aufträge sind also klar – es müssen:

- ▶ kommunale Netzwerkstrukturen aufgebaut und
- ▶ Bedarfsermittlungen durchgeführt werden, um
- ▶ ein langfristiges Monitoring als Planungsgrundlage zu installieren mittels derer Frühe Hilfen im Rahmen von Qualitätsentwicklung gesteuert und weiterentwickelt werden. Alle strategischen Umsetzungen sind dabei vom Kind aus zu denken, was
- ▶ den grundständigen Auftrag impliziert, die Zielgruppe der Kinder und Eltern – und insbesondere der benachteiligten Kinder und Eltern – tatsächlich zu erreichen und sie zu beteiligen.

Folgende Fragen sind zu den vier Punkten handlungsleitend:

- ▶ Welche Versorgungs- und Netzwerkstrukturen der unterschiedlichen Rechtskreise gibt es bereits und wie sind sie in Verantwortung welcher kommunalen Stelle integrativ zu modifizieren, so dass ein multiprofessionelles Handlungsfeld der Frühen Hilfen mit verbindlichen Verfahrensprinzipien entsteht?

- ▶ Welche methodischen Elemente sollen im Rahmen der Bedarfsermittlung zur Datenerhebung genutzt werden und wie werden die erhobenen Daten mit bestehenden Datensätzen (z.B. sozialstrukturelle Daten und Daten der Schuleingangsuntersuchungen) zusammengeführt und aussagefähig gemacht?
- ▶ Welche Daten und Instrumente werden für den Aufbau eines langfristigen Monitorings herangezogen, um sie als Planungsgrundlage und zur Qualitätsentwicklung zu nutzen und welche kommunale(n) Stelle(n) einer Verwaltung (z.B. Jugendhilfeplanung) ist/sind für Planung, Steuerung und Umsetzung verantwortlich?
- ▶ Mit welchen, hinsichtlich Qualität evaluierten, Unterstützungsangeboten werden insbesondere schwer erreichbare Zielgruppen Früher Hilfen über welche Zugangswege tatsächlich präventiv erreicht und wie werden sie in dem Unterstützungssetting frühzeitig beteiligt (Partizipation)?

Viele Ziele, Teilziele und Meilensteine dieser Aufträge sind in Niedersachsen erreicht, andere sind angestrebt und müssen weiterverfolgt werden.

In diesem Report werden einige Hinweise zu den genannten Aufträgen und Fragestellungen gegeben. Insbesondere hinsichtlich der Punkte 1., 2. und 3. wird der Report zeigen, welche Schritte erreicht wurden und an welchen Stellen fokussierter Handlungsbedarf besteht. Die Perspektive ist dabei die Landesebene des Landes Niedersachsen. Grundlage der Betrachtung sind zwei Datensätze der Jahre 2013 und 2015 (Stichtag jeweils 30.06.), die im Rahmen der deutschlandweiten Kommunalbefragungen durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen erhoben und als Länderdatenblätter an die Landeskoordinierungsstelle des Landes Niedersachsen gegeben wurden.

1. AUSGANGSLAGE

Seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes 2012 wurden im Bundesgebiet und Niedersachsen fast flächendeckend Netzwerke Früher Hilfen eingerichtet. Ziel des Gesetzgebers ist es, dem intervenierenden Kinderschutz ein bedarfsgerechtes und fachlich gesteuertes System primär- und sekundärpräventiver Leistungen anbei zu stellen. Kinder und ihre (werdende) Eltern sollen so frühzeitig unterstützt werden, dass negativen Entwicklungsverläufen des Kindes und der Elternschaft nachhaltig entgegengewirkt wird und ihre Entwicklungs-, Bildungs- und Teilhabechancen steigen.

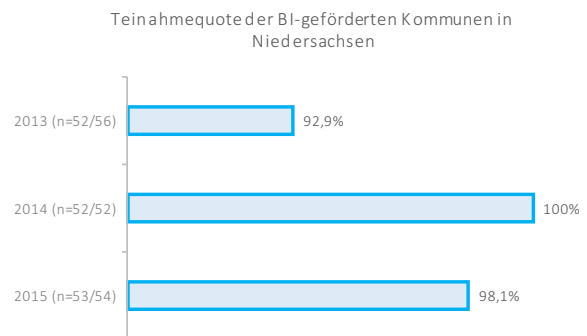
Zur Unterstützung bei der Implementierung dieses präventiven Hilfesystems, wurde „mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) ein umfassendes Förderprogramm auf den Weg gebracht, mit dem Ziel, weitreichende Impulse zum flächendeckenden Auf- und Ausbau der Infrastruktur im Bereich der Frühen Hilfen zu setzen. Dabei ging es vorrangig um den Aufbau und die Weiterentwicklung von intersektoralen Netzwerken für Frühe Hilfen und um den Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften zur Stärkung entwicklungsförderlicher Bedingungen in Familien mit psychosozialen Belastungen. Um die Wirksamkeit dieser Fördermaßnahmen beurteilen zu können und um Einblicke in die Fortschritte und die Herausforderungen beim Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zu gewinnen, wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) beauftragt, im Rahmen der Begleitforschung zur BIFH eine fortlaufende Dokumentation und Evaluation der diesbezüglichen Entwicklungen in den Kommunen durchzuführen. Ein Baustein dieser Evaluation sind die ‚Kommunalbefragungen‘ – eine standardisierte Befragung sämtlicher durch die BIFH geförderten Kommunen“ (NZFH unter fruehehilfen.de/forschung/implementierungsforschung/kommunalbefragungen 2018).

Ausgewählte Ergebnisse zu den Kommunalbefragungen auf Bundesebene sind in acht Faktenblättern des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) auf der zuvor zitierten Seite abzurufen. Weiterhin wird hier auf den Datenreport Frühe Hilfen 2015 sowie die Berichte zur Bundesinitiative Frühe Hilfen aus 2014 und 2016 des NZFHs hingewiesen.

Dieser Monitoringreport befasst sich mit den Daten der niedersächsischen Kommunalbefragungen 2013 und 2015, die der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen des Landesjugendamtes Niedersachsen vom NZFH als Landesdatenblätter zur Verfügung gestellt wurden. Stichtag der Erhebungen war jeweils der 31. Juni. Für das Jahr 2014 wurden keine länderspezifischen

Daten erhoben, daher betreffen die hier dargestellten Ergebnisse fast ausschließlich diese beiden Jahrgänge. Für die Förderjahre 2016 und 2017 liegen zum Zeitpunkt der Erstellung des Reports keine Daten vor.

Abb. 01



2015 wurden 54 Kommunen in Niedersachsen durch Fördermittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen gefördert, 53 (98,1%) davon haben an der Befragung teilgenommen. Insgesamt gibt es in Niedersachsen (bis 2017) 56 antragsberechtigte Kommunen. Gezählt werden diesbezüglich die öffentlichen Jugendhilfeträger auf Kreis- und Stadtebene. 2014 haben alle der 52 geförderten Kommunen an der Befragung teilgenommen, 2013 ebenfalls 52 der damals 56 geförderten Verwaltungen. Von den 51 Mio. Euro Bundesmitteln, entfielen (2015) etwa 3,9 Mio. Euro auf die 56 Jugendamtsbezirke Niedersachsens.

Ein wesentlicher Fokus dieses Monitoring-Reports ist der Blick auf Verläufe des Ausbaus der Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen Früher Hilfen seit Beginn der Bundesinitiative in Niedersachsen. Weiterhin sollen Hinweise zur bestehenden Angebots- und Maßnahmenstruktur gegeben und Merkmale der Qualitätsentwicklung verdeutlicht werden.

Ausgehend von der Annahme, dass Qualitätsentwicklungsprozesse zukünftig auf allen Ebenen der Implementierung Früher Hilfen entscheidend für die weitere Entwicklung dieses kommunalen Präventionsansatzes sein werden, sollen die folgenden drei Qualitätsdimensionen den Report gliedern:

Qualitätsdimension I:
Koordination, Planung und Steuerung

Qualitätsdimension II:
Kooperation und Vernetzung

Qualitätsdimension III:
Angebote und Maßnahmen

Die Hierarchisierung folgt dem prozesslogischen Prinzip ‚Planung – Kanalisierung – Umsetzung‘. Die Darstellungen aus den vorhandene Datensätzen werden diesen Dimensionen zugeordnet bzw. danach strukturiert. Die Daten zu den drei Dimensionen lassen vor allem quantitative Erkenntnisse zum strukturellen Ausbau zu, die anschließend interpretiert bzw. klassifiziert werden. Eine weitere Untergliederung der Dimensionen findet zum Teil über die Zuordnungen der einzelnen Förderschwerpunkte der Bundesinitiative Frühe Hilfen statt.

Definieren wir die finanzielle Förderung der Kommunen in Niedersachsen durch die Bundesinitiative sowie ihre Eigeninvestitionen als *Input*¹, so lassen sich über die vorliegenden zwei Datensätze bestimmte *Outputs* (erbrachte Leistungen) identifizieren, die es als mögliche Qualitätsattribute zukünftig weiter zu beobachten gilt. Einen ersten Versuch dazu zeigt dieser Report. Bei der Entwicklung eines (wirkungsorientierten) Monitorings können Qualitätsattribute sowohl induktiv – also aus bestehenden Daten heraus – als auch deduktiv – also hypothesenbasiert – gebildet werden. In diesem Report werden beide Verfahren herangezogen.

Aufgrund der vorgegebenen Datenlage sind diesem Report zwar gewisse analytische Grenzen gesetzt, dennoch lassen sich sowohl Entwicklungen abbilden (Dimension II) und bestimmte Hebel identifizieren, mittels derer auf Landesebene über zukünftige Maßnahmen der Qualitätsentwicklungsförderung bis zu einem gewissen Grad geplant und gesteuert werden kann. Die Erkenntnisse aus den Daten der Dimension I ‚Koordination, Planung und Steuerung‘ legen Qualitätsattribute dar, die perspektivisch in Prozesse der Qualitätsentwicklung auf Landesebene einfließen können. Ebenso weisen die Daten zur Dimension II ‚Kooperation und Vernetzung‘ z.T. Veränderungen aus, die diesbezügliche *Outcomes* (strukturelle Wirkungen) deutlich machen. Mit Hilfe eines Steuerungssystems der Landeskoordination Frühe Hilfen können die Kommunen Niedersachsens gezielt unterstützt werden. Die zurückliegenden Fortbildungen zur Qualitätsentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit waren bereits richtige Maßnahmen.

Weitere Ergebnisse der Datenauswertung (insbesondere der Dimension III ‚Angebote und Maßnahmen‘) ließen sich mittels Kausalitätsannahmen zwar in den theoretischen Wirkungsstrang wissenschaftlicher Er-

kenntnisse eingliedern und damit auf die lokale Fall-ebene bringen. Direkte *Outcomes* hinsichtlich der konkreten Wirkungen für die Zielgruppe oder bezüglich Wirkungen auf gesellschaftlicher Ebene (*Impacts*) sind anhand dieser Datensätze jedoch nicht feststellbar. Allerdings gehören jene fallbezogenen Steuerungsprozesse auch nur bedingt in die Verantwortung einer Landeskoordinierungsstelle, sondern vielmehr in die Planungs- und Koordinierungsstellen kommunaler Verwaltungen. Notwendige Indikatoren, mittels derer sich Wirkungen für die Zielgruppen der Kinder und Eltern ermitteln lassen, müssen auf lokaler Ebene entwickelt werden bzw. dort zum Einsatz kommen, weil dort Planungsauftrag und Planungshoheit liegen.

Das NZFH hat diesen Aspekt aufgegriffen und bietet von Bundesseite Unterstützung an, indem derzeit (bis 2019) in einem Kooperationsprojekt mit der TU Dortmund und kommunalen Partnern ein „*Kleinräumiges Indikatorensystem zur Steuerung der Frühen Hilfen*“ entwickelt wird, das perspektivisch den Kommunen Deutschlands zur Verfügung gestellt wird. Neben der Unterstützung ist die Entwicklung eines übertragbaren Steuerungssystems sicherlich auch ein sinnvolles Mittel zum Zweck weiterer vergleichbarer Daten.

Dieser Report soll einen ersten Grundstein wirkungsorientierter Beobachtungs- und Steuerungsprozesse legen, die es im zukünftigen Förderrahmen der neuen Bundesstiftung als Prozess dauerhafter Qualitätsentwicklung auszubauen gilt. Am Ende des Reports wird eine systematische Darstellung von Qualitätsattributen gezeigt, die zukünftig Bezugsrahmen dieser Qualitätsentwicklungsprozesse auf Landesebene sein kann. Das Ziel ist die indirekte Steuerung über ausgewählte Qualitätsattribute. Dazu wurde ein Indexsystem erstellt, mittels dessen sich die Attribute metaperspektivisch hinsichtlich eines erreichten Index verorten lassen.

Je nach Priorität können die Indizes einzelner Attribute fokussiert werden und als Entscheidungsgrundlage der indirekten Steuerung dienen. Das Indexsystem ist im Prinzip eine Darstellung von Quoten als Indizes. Durch Bezugnahme einer Skala erhalten die jeweiligen Indizes einen impliziten Qualitätsbezug zwischen 0 und 10. In der Entwicklung von Beobachtungsverfahren wird dieser Schritt bisweilen gewählt, da Indizes intuitiver sind als Quoten und sich gut operationalisieren lassen.

¹ Diesem Report liegen Wirkungsmodelle von [univation.org/programmbaum] und [Phineo] zu Grunde.

2. QUALITÄTSDIMENSION I: KOORDINATION, PLANUNG UND STEUERUNG

2.1 KOORDINATION: KOORDINIERUNGSSTELLE FRÜHE HILFEN

Wirksame Netzwerksteuerung erfolgt über eine institutionelle Koordination. Dafür ist es notwendig, dass eine Fachkraft entsprechend qualifiziert ist (s. dazu das Kompetenzprofil Netzwerkkoordinator*innen des NZFH). Weiterhin muss diese Fachkraft für die Koordinationsaufgaben und Steuerungsaufgaben mit notwendigen Vollzeitäquivalenten ausgestattet sein. Darüber hinaus benötigt sie (bzw. die Koordinierungsstelle) sowohl einen institutionellen Auftrag mit einer Zielkaskade und einem Handlungskonzept als auch einen politischen Auftrag, der den institutionellen Auftrag in der Verwaltung verankert. Folgende QUALITÄTSZIELE (QZ) leiten sich daraus ab:

QZ K1 Qualifikation: *Die/Der Koordinator*in ist für das Aufgabenprofil qualifiziert.*

QZ K2 Stellenplan: *Die Koordination ist als entfristete Stelle mit notwendigen Vollzeitäquivalenten im Stellenplan der Verwaltung verankert. Die Koordinierungsstelle ist sinnvoll in die Organisationsstruktur eingegliedert.*

QZ K3 Institutioneller Auftrag: *Es gibt Zielvereinbarungen mit Handlungsschwerpunkten zu den Frühen Hilfen und der Koordinierungsstelle in der Verwaltung.*

QZ K4 Politischer Auftrag: *Die Frühen Hilfen sind über Ausschüsse und Ratsbeschlüsse fest im politischen System der Kommune verankert. Sie sind Teil einer kommunalen Präventionsstrategie und werden durch die Koordinierungsstelle gesteuert.*

Die Datensätze geben folgende Hinweise zur Koordinierungsstelle:

2015 wurden 54 von 56 förderberechtigten Kommunen in Niedersachsen durch BIFH-Mittel gefördert. 53 (der 54) Kommunen haben an der Kommunalbefragung teilgenommen, 96,2% davon halten eine Koordinierungsstelle Frühe Hilfen vor, was sehr beachtlich ist. Wenn wir zudem bedenken, dass die Einrichtung von Koordinierungsstellen nicht im Bundeskinderschutzgesetz verankert ist, ist diese Quote noch beachtlicher. 78,4% der Koordinierungsstellen wurden in den Jahren 2012 (33,3%) oder 2013 (45,1%) eingerichtet, also mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes und dem einhergehenden Start der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BFHI). Damit wird einerseits der thematische Bedeutungszuspruch hinsichtlich präventivem Kinderschutz durch die Kommunen in Niedersachsen deutlich und zum anderen, dass die finanziellen und fachlichen Förder- und Unterstützungsimpulse von Bundes- und Landesseite richtig gesetzt waren.

Das ist nicht selbstverständlich. Denn an inhaltlich guten Förderprogrammen mangelt es eher nicht. Vielmehr fehlt den sogenannten ‚Programmsatelliten‘ häufig ein strukturintegratives Konzept, das sich nicht nur sinnvoll in bestehende (institutionelle und kommunale) Strukturen eingliedern lässt, sondern auch noch auf die langfristige Zukunft ausgerichtet ist. Kurzum: unabhängig vom Gesetzauftrag stimmt im Förderprogramm der Bundesinitiative Frühe Hilfen für viele Kommunen die perspektivische Kosten-Nutzen-Bilanz. Ein langfristiger Präventionsansatz als kommunale Strategie wird sicherlich schon länger verstanden – den Anstoß, diese Strategie umzusetzen, gibt die BIFH.

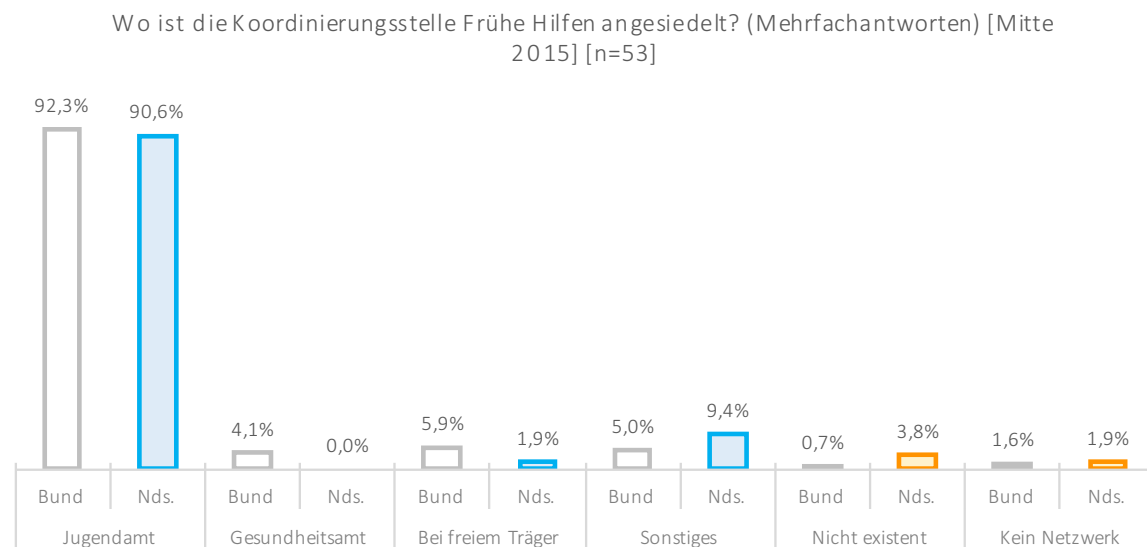
In Niedersachsen sind die koordinierenden Fachkräfte (Mitte 2014) durchschnittlich mit 0,85 VzÄ ausgestattet. Das ist etwas weniger als im Bundesschnitt (dort 0,93 VzÄ). Eine qualitative Aussage hinsichtlich eines Richtwerts lässt sich diesbezüglich nicht treffen, da die möglichen Aufgabenprofile zu unterschiedlich sind. Zuschnitte können sich lediglich auf die Koordination des Netzwerks richten, oder aber auch Planungsaufgaben betreffen (z.B. Angebotsplanung, Bedarfsermittlung etc.) und Steuerungsfunktionen der Qualitätsentwicklung (z.B. Evaluation, Monitoring) beinhalten. Ist letzteres der Fall wird je nach Größe der Kommune ein Vollzeitäquivalent von 1,0 bis 2,0 als notwendig erachtet. Auch die integrierte Koordination der Familienhebammen oder des Ehrenamts erfordert ausreichend Stellenanteile und muss in der Personal- und Haushaltsplanung mit kalkuliert werden.

2.1.1 KOORDINATION: NETZWERKKOORDINATION

Hinsichtlich der Ansiedlung der Koordinierungsstelle haben sich die überwiegenden Kommunen in Niedersachsen und der Bundesrepublik für das Jugendamt entschieden. Impulsgebend dafür sind in der Regel die historischen Verankerungen des Bereichs Interventions- und Kinderschutz, der zumeist in den Jugendämtern verortet ist, sodass Frühe Hilfen als primär- und sekundärpräventives Konzept dem Bereich strukturell anbei gestellt oder dort integriert wurden.

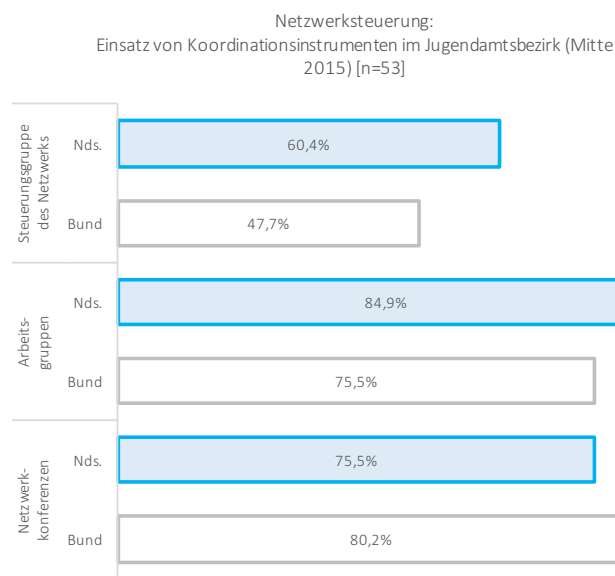
Abb. 02 zeigt, dass Frühe Hilfen sowohl im Bundesgebiet als auch in Niedersachsen in mehr als 90 % der Kommunen im Jugendamt koordiniert werden. Auffallend ist, dass in Niedersachsen keine Koordinierungsstelle beim Gesundheitsamt verortet ist. In zwei der befragten Kommunen (3,8%) gibt es 2015 noch keine Koordination. In einer weiteren oder – da Mehrfachnennungen möglich sind – in einer der zwei Kommunen ohne Koordination gibt es (zudem) kein Netzwerk.

Abb. 02



Maßgeblich für gelingende Netzwerkarbeit sind regelmäßige Netzwerktreffen auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Konstellationen. Steuerungsgruppen sind als erweiterte Organe der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen das Herz eines pulsierenden Netzwerkes. Je nach Zusammensetzung (intrainstitutionell oder interinstitutionell) verankern sie die Netzwerkstruktur über formale und informelle Kommunikations- und Verfahrensabläufe innerhalb der Verwaltung oder des interdisziplinären Wirkkreises einer Kommune. Hier werden Ziele, Meilensteine und Umsetzungsstrategien entwickelt und angepasst, Jahresplanungen gemacht, die Umsetzung von Sozialraumanalysen oder Netzwerk- und Selbstevaluationen vorbereitet. Funktional sind die Mitglieder Vertreter*innen unterschiedlicher Institutionen, Sachgebiete, (politischen) Gremien, Interessengruppen oder Professionen und repräsentieren ihren Arbeits- und Interessenkontext nach innen in die Steuerungsgruppe und andersherum die Arbeit der Steuerungsgruppe aus ihr heraus in ihren jeweiligen fachlichen Heimatkontext (doppelte Koordination).

Abb. 03



Die Abbildung zeigt, dass 60,4% der niedersächsischen Netzwerke Steuerungsgruppen installiert haben, was gut 12% mehr sind als auf Bundesebene (47,7%). Obwohl die Steuerungsgruppe eine wichtige Funktion in der Gründungsphase eines Netzwerks hat, bleibt ihre Bedeutung als multiprofessionelles und stabilisierendes Steuerungsmodul langfristig bestehen. Daher ist die Existenz und weiterführend auch die Selbstevaluation einer Steuerungsgruppe im Rahmen von Qualitätsentwicklungen äußerst relevant – auch aus der Landesperspektive.

Die weiteren Koordinationsinstrumente ‚Netzwerkkonferenzen‘ und ‚Arbeitsgruppen‘ sind ebenfalls wichtig. Netzwerkkonferenzen sind an das gesamte Netzwerk eines Sozialraums oder einer Kommune adressiert. Ihre Qualität definiert die Qualität des Netzwerkge-

füges insgesamt. Sie sind das wichtigste analoge Medium in puncto Öffentlichkeitsarbeit und das wichtigste Realforum zur kollektiven Identitätsbildung der Multiprofession Frühe Hilfen in einer Kommune. Netzwerkkonferenzen sind nicht zuletzt eine Transferstelle von Fachthemen in die jeweiligen Arbeitskontexte der Teilnehmer*innen. Sie sollten regelmäßig evaluiert und damit ihre Qualität auf kommunaler Ebene gesteuert werden. Daher haben sie auch eine indirekte Steuerungsrelevanz auf Landesebene. 75,5% der niedersächsischen Kommunen setzten Netzwerkkonferenzen als Instrument ein, was quantitativ ein guter, ggf. ausbaufähiger Wert ist. In kleineren Anrainerkommunen kann es auch sinnvoll sein, Netzwerkkonferenzen interkommunal zu bündeln.

Themenbezogene Arbeitsgruppen verdichten die Zusammenarbeit in einem Netzwerk. Sie sollten möglichst an kurz- bis mittelfristigen Zielen ausgerichtet und daher ggf. temporär sein. Langfristige Arbeitsgruppen beinhalten die Gefahr, Doppelstrukturen und inhaltliche Redundanzräume zu schaffen, sofern der fachliche und arbeitsmethodische Spezialisierungsgrad der AG nicht oder nur geringfügig über Netzwerkkonferenzen oder andere Veranstaltungen des Netzwerks hinausgeht. Daher muss ihr Ziel exakt definiert sein. Arbeitsgruppen haben lange Tradition und sind fest in Verwaltungslogiken verankert. Dementsprechend kommen sie im Kontext der Netzwerksteuerung häufig zum Einsatz – in knapp 85% der kommunalen Netzwerke in Niedersachsen und in gut 75% in Deutschland. Oftmals bestanden sie bereits vor der Gründung der Netzwerke oder Netzwerke sind aus ihnen hervorgegangen. Der Sinn des Einsatzes von Arbeitsgruppen variiert je nach Zeit und struktureller Bedingungen. Von daher besitzen sie als Instrument zwar kommunale Steuerungsrelevanz, jedoch nicht hinsichtlich eines quantifizierbaren Ziels. Das bedeutet: es kann zu einem Zeitpunkt A positiv sein, dass das Instrument ‚AG‘ in 100% der Kommunen bzw. Koordinierungsstellen in Niedersachsen zum Einsatz kommt – es kann aber ebenso positiv sein, wenn es zu einem Zeitpunkt B nur in 50% der Kommunen zum Einsatz kommt.

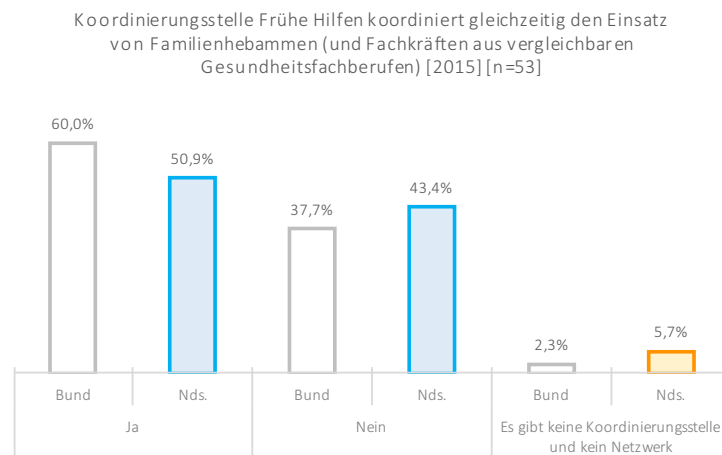
Wie oben angedeutet stellt sich bezüglich der Ausstattung mit Vollzeitäquivalenten darüber hinaus die Frage, ob die Koordination von Familienhebammen (und komplementären Gesundheitsfachkräften) und die Koordination von Ehrenamtlichen in die Koordinierungsstelle des Netzwerks Frühe Hilfen integriert sind oder eigenständig koordiniert werden? Es bleibt abzuwägen: die Koordinationsintegration kann fachlich-strukturelle Vorteile haben. Hinsichtlich der Personalmessung können separierte Bewertungen nützlich sein.

2.1.2 KOORDINATION: EINSATZ VON FAMILIENHEBAMMEN UND KOMPLEMENTÄREN GESUNDHEITSFACHKRÄFTEN

In Niedersachsen wird in 50,9 % der Koordinierungsstellen Frühe Hilfen gleichzeitig der Einsatz von Familienhebammen koordiniert (Bund: 60%). 2013 betrug der Anteil in Niedersachsen noch 32,7%, womit eine deutliche Erhöhung von 18,2% zu verzeichnen ist.

Abb. 04

Eine eigene Koordinierungsstelle für Familienhebammen besteht 2015 in 45,3% der niedersächsischen Kommunen (nicht grafisch dargestellt). Das ist deutlich mehr als im Bund (32,1%), was sich damit erklären lässt, dass ihre Ausbildung und ihr Einsatz in Niedersachsen bereits vor der Bundesinitiative initiiert wurde. Der Bundesbericht zur Bundesinitiative Frühe Hilfen weist 2016 entsprechend darauf hin, dass „Niedersachsen seit 2002 über Erfahrungen im Einsatz von Familienhebammen [verfügt]. Über die Stiftung ‚Eine Chance für Kinder‘ wurden seither ca. 300 Hebammen zu Familienhebammen qualifiziert“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH [Hrsg.] 2016:61).

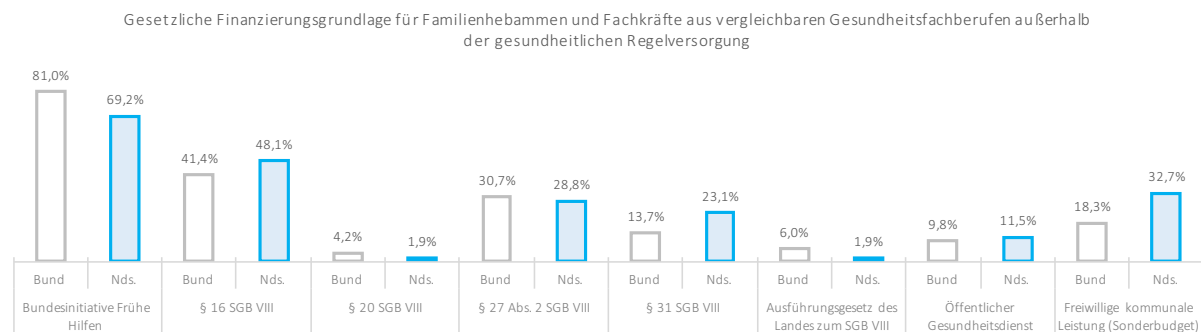


2013 betrug der Anteil der eigenen Koordinierungsstellen noch 38,5%, womit hier eine Steigerung um 6,8% besteht. Insgesamt wird der Einsatz von Familienhebammen (und weiteren Gesundheitsfachkräften) 2015 in 96,2% der niedersächsischen Kommunen koordiniert (Bund: 92,1%). Lediglich in zwei BIFH-geförderten Kommunen Niedersachsens wird ihr Einsatz nicht koordiniert, was einer Quote von 3,8% entspricht und damit unter der Bundesquote von 7,9% liegt. 2013 lag diese gesamte Koordinationsquote in Niedersachsen bei 94,3%, also 1,9% darunter. Damit ist die Gesamtsteigerung in der Koordination von Familienhebammen deutlich geringer als in den beiden zuvor genannten Bereichen („Koordination in Netzwerkkoordinierungsstelle und „Eigene Koordinierungsstelle“). Die Diskrepanz in den Steigerungen der drei Quoten ist damit zu erklären, dass die Familienhebammen 2013 noch vermehrt an anderen Stellen koordiniert wurden – also weder in der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen noch in einer eigenen Koordinierungsstelle. Kurzum: in der ersten Förderphase fanden deutliche Restrukturierungen in der Koordination der Familienhebammen statt.

Daraus lassen sich mögliche Strategieentscheidungen seitens der Kommunen bzw. kommunalen Träger ableiten: einerseits ist zu vermuten, dass die Koordination des Einsatzes der Familienhebammen nach 2013 vielerorts bewusst in die Koordinierungsstelle Frühe Hilfen integriert wurde, weil Familienhebammen konzeptionell eine Schlüsselfunktion im Netzwerk Frühe Hilfen zugesprochen wird – also konzeptionelle Gründe impulsgebend waren. Andererseits gab es augenscheinlich in einigen Kommunen die Entscheidung, die Koordination der Familienhebammen an eigener Stelle zu exponieren. Beide Varianten beinhalten Aspekte der Qualitätsentwicklung als handlungsleitend – sofern die Koordinationsintegration nicht (nur) dem Kalkül des Einsparens von Personalressourcen folgte.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen des Einsatzes von Familienhebammen:

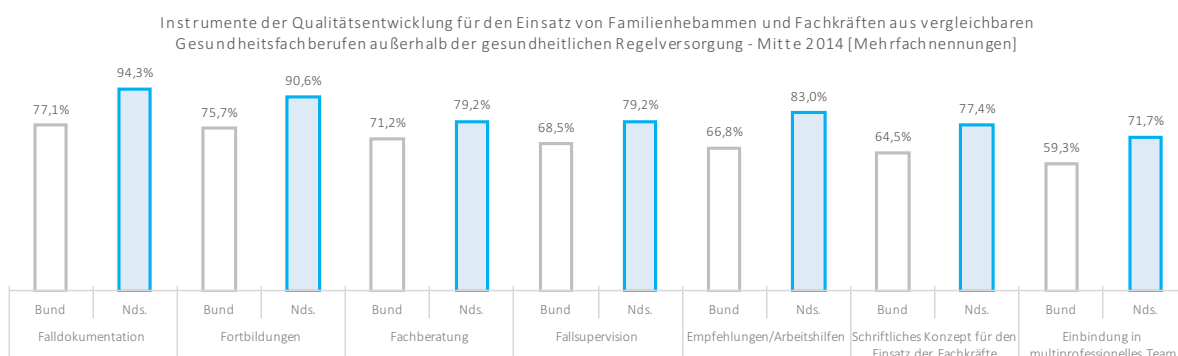
Abb. 05



Die Abbildung zeigt, dass die Förderung durch die BIFH vielfach für die Finanzierung oder Teilfinanzierung des Einsatzes von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachkräften in Anspruch genommen wird. In Niedersachsen setzen 2015 69,2% der BIFH-geförderten Kommunen Fördermittel für den Förderschwerpunkt ein, auf Bundesebene ist die Quote mit 81% noch etwa 10% höher. Hingegen werden die Einsätze in Niedersachsen im Gegensatz zum Bund etwas häufiger über den § 16 SGB VIII, über die Sozialpädagogische Familienhilfe oder Sonderbudgets finanziert.

Weiterhin wird der Einsatz von Instrumenten der Qualitätsentwicklung für den Einsatz von Familienhebammen dargestellt.

Abb. 06



Am häufigsten wird das Instrument ‚Falldokumentation‘ eingesetzt, gefolgt von Fortbildungen und Arbeitshilfen. Alle niedersächsischen Quoten der eingesetzten Instrumente liegen über den Vergleichsquoten der Bundesbetrachtung.

Prozentuale Quoten lassen sich im Rahmen von Beobachtungsverfahren in Qualitätsentwicklungsprozessen als Qualitätsindizes ausweisen, indem Quoten als Dezimalzahlen zwischen 0 und 10 ausgedrückt werden. Der Vorteil liegt im guten Handling einer klaren Skalierung beim Aufbau von Messsystemen (sofern Zuwachs eine Qualitätssteigerung definiert).

Die 10 wird als Optimum angenommen, die 0 als das Gegenteil. Wird in diesem Fall das Qualitätsentwicklungsinstrument ‚Falldokumentation‘ mit einem Qualitätsindex versehen, so beträgt er 9,4 von 10. Die Verbreitung des Instruments in Niedersachsen weist damit einen sehr hohen Qualitätsindex auf. Hohe Qualität wird in diesem Fall also mit einem hohen Verbreitungsgrad der eingesetzten Instrumente im Landesgebiet beschrieben. Als weitere Operationalisierung wird das arithmetische Mittel der sieben Indizes ermittelt. Der Index 10 bedeutet nun also, dass alle sieben Instrumente in allen befragten Kommunen zum Einsatz kommen. Der Einsatz der Instrumente weist für Niedersachsen einen Qualitätsindex von 8,2 (Standartabweichung 0,7) und für das Bundesgebiet von 6,9 (Stabw. 0,6) aus.

Der doch sichtlich höhere Index lässt erneut Rückschlüsse darauf zu, dass der schon zehnjährige Einsatz von Familienhebammen, Familienbegleiterinnen (sozialpädagogisch geschulte Hebammen) oder Tandems in Niedersachsen über die Stiftungen ‚Pro Kind‘ und ‚Eine Chance für Kinder‘ dahingehend routiniert ist, dass genannte Qualitätsentwicklungsinstrumente einen institutionalisierten Standard darstellen.

So gut und sinnvoll der Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsberufen auch ist, so sehr fehlt es den niedersächsischen Kommunen an Personal, das die Bedarfe decken könnte. Dazu Wartenberg (2016) „Damit die Familienhebammen oder die Personen vergleichbarer Berufsgruppen flächendeckend in Niedersachsen eingesetzt werden können, muss die Anzahl der zur Verfügung stehenden Fachkräfte den Bedarf in den Kommunen decken. Dass dieses Ziel noch nicht als erreicht angesehen werden kann, zeigt das folgende Ergebnis [...]: Bisher ist der Bedarf an Familienhebammen nur in 42% der Jugendämter (N=53) gedeckt.“

Die folgenden Abbildungen zeigen prozentual (2013), in wie vielen der 52 Kommunen Familienhebammen und Fachkräfte aus komplementären Gesundheitsberufen in einem bestimmten Angebot eingesetzt werden:

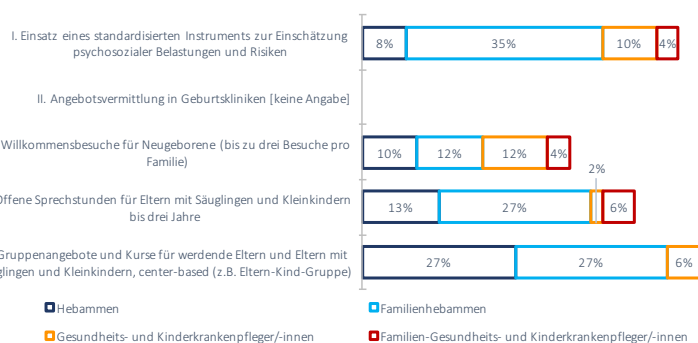
Abb. 07; 08; 09

Im ersten der fünf dargestellten Angebote (Einsatz eines Diagnostik- bzw. Clearinginstruments) sind Familienhebammen in 35% der niedersächsischen Kommunen eingesetzt. Die anderen Berufsgruppen werden seltener eingesetzt. Auch in anderen Angeboten zeigt sich, dass Familienhebammen die etablierteste Berufsgruppe in Präventionsangeboten und Maßnahmen sind. Einzig bei Babykursen und Kursen für werdende Eltern werden die niedergelassenen Hebammen in genauso vielen Kommunen Niedersachsens eingesetzt.

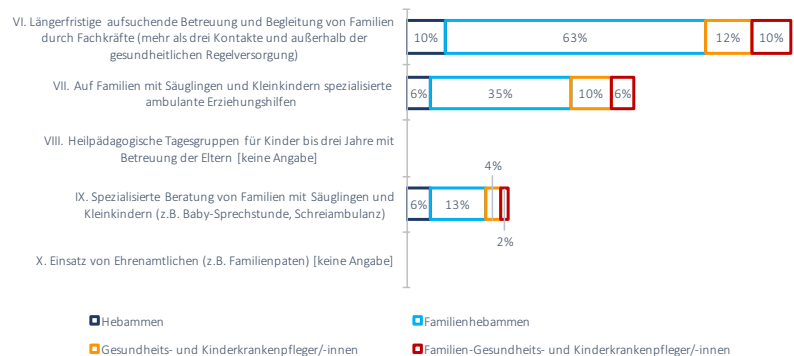
In der zweiten Abbildung der nächsten fünf Angebote zeigt sich ein ähnliches Bild. Kommunal werden am häufigsten Familienhebammen eingesetzt: bei längerfristigen aufsuchenden Betreuungen kommen in 63% der niedersächsischen Kommunen Familienhebammen zum Einsatz, in den ambulanten Erziehungshilfen werden sie in einem Drittel der BIFH-geförderten Kommunen eingesetzt, was vielfach über den ASD passiert.

Die letzte Abbildung zeigt weitere Eindrücke zur Einsatzhäufigkeit von Familienhebammen. In 27% der Kommunen arbeiten Familienhebammen bisweilen auch in Elterncafés oder anderen offenen Angeboten. Vielfach bieten sie dort Hebammensprechstunden oder ähnliche Einzel- oder Gruppenangebote an.

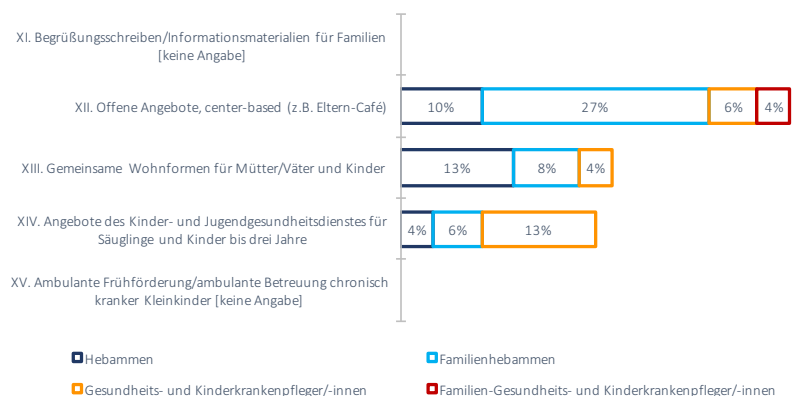
Einsatz von Familienhebammen und komplementären Fachkräften aus Gesundheitsfachberufen in Maßnahmen bzw. Angeboten Mitte 2013 (Mehrfachnennungen)



Einsatz von Familienhebammen und komplementären Fachkräften aus Gesundheitsfachberufen in Maßnahmen bzw. Angeboten Mitte 2013 (Mehrfachnennungen)



Einsatz von Familienhebammen und komplementären Fachkräften aus Gesundheitsfachberufen in Maßnahmen bzw. Angeboten Mitte 2013 (Mehrfachnennungen)



2.1.3 KOORDINATION: EINSATZ VON EHRENAMTLICHEN

Abb. 10

Auch bei der Ehrenamtskoordination zeigen sich im Bund-Land-Vergleich leichte Unterschiede: der Einsatz von Ehrenamtlichen wird 2015 in Niedersachsen mit 20,8% (2013: 17,3%) nicht so häufig durch die Koordinierungsstelle Frühe Hilfen koordiniert wie auf Bundesebene (31,7%). Ebenso sind separate Koordinierungsstellen in Niedersachsen vergleichsweise seltener vorzufinden als im Bund (nicht grafisch dargestellt): eine eigene Koordinierungsstelle Ehrenamt haben im Bund 34,6% der befragten kommunalen Verwaltungen eingerichtet, in Niedersachsen sind es 26,4%. 2013 gab es

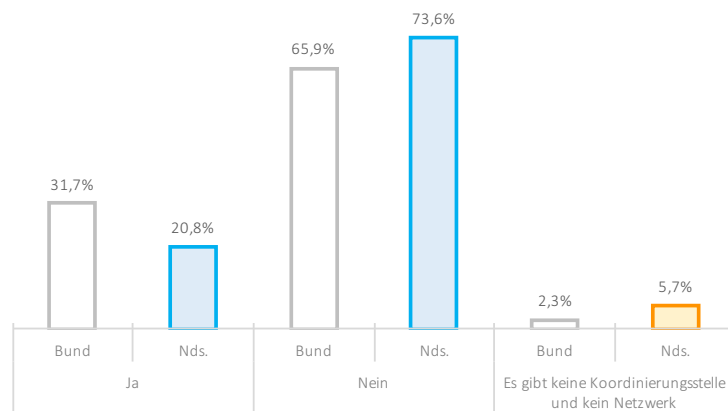
niedersachsenweit noch keine einzige eigene Koordinierungsstelle fürs Ehrenamt. Koordiniert wurde an anderen Stellen (z.B. Familienbildungsstätten, Kinderschutzbund), wie 11,5% der Kommunen in Niedersachsen damals angaben. Somit hat eine deutlichere (Re-)strukturierung in der kommunalen Einrichtung eigener Koordinierungsstellen stattgefunden, als im Bereich der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen. Oder anders gesagt: Man installierte tendenziell eher neue Koordinierungsstellen, als sie in den Frühen Hilfen anzusiedeln. Von den 26,4% der neuen eigenständigen Koordinierungsstellen wurde ein Teil gänzlich neu installiert und ein weiterer Teil aus anderen Stellen herausgelöst und exponiert.

2015 beträgt der Gesamtanteil an kommunaler Ehrenamtskoordination in Niedersachsen 47,2% und im Bund 66,3%. Im Vergleich zur Bundesquote wird das Ehrenamt in Niedersachsen also deutlich seltener koordiniert. Dennoch ist für Niedersachsen damit eine Erhöhung der Quote der gesamten Ehrenamtskoordination um 18,4% zu verzeichnen – 3,5% im Kontext Netzwerkkoordination Frühe Hilfen und 14,9% gänzlich neu. Auch hieraus lassen sich Schlüsse ziehen: der niedersachsenweit relativ geringe Zuwachs im Kontext Netzwerkkoordination Frühe Hilfen zeigt, dass die Ehrenamtskoordination sowohl als BIFH-Förderschwerpunkt Drei² als auch insgesamt nachrangige Priorität in der Ausgestaltung Früher Hilfen hat. Der Schwerpunkt wird deutlich auf Sekundärprävention gelegt. Weiterhin ist anzumerken, dass die 17,3% der niedersächsischen Kommunen, in denen das Ehrenamt schon 2013 koordiniert wurde, dies überwiegend auch schon vor der Bundesinitiative Frühe Hilfen taten, da es die familienorientierten Ehrenamtsprogramme im Bereich Primärprävention vielfach schon länger gibt. Kurzum: die Ehrenamtskoordination setzte häufig nicht erst mit der Einrichtung der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen ein, sondern wurde von ihr im Zuge der Installation als bestehende Leistung assimiliert.

Der Grund für den Anstieg der neuen Koordinierungsstellen zum Einsatz von Ehrenamtlichen (um 14,9%) lässt sich für 2015 z.T. auch mit der einsetzenden Zuwanderung von Flüchtlingen und dem einhergehenden ehrenamtlichen Engagement erklären.

In pädagogischen Kontexten hat das ehrenamtliche Engagement und koordinierte Ehrenamt insbesondere in der primärpräventiven Elternbildung bzw. –begleitung oder der Gemeinwesenarbeit Tradition. Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen bekam der ehrenamtliche Einsatz eine weitere professionelle Rahmung, was hinsichtlich der unterschiedlichen Präventionsstufen sehr logisch ist. Primärpräventive pädagogische Settings sind oftmals dann wirksam, wenn Pädagogik und methodische Ansätze in den Hintergrund rücken und funktionale Alltagsnähe zur Methode wird. Im Hintergrund bedarf es dann der qualifizierten Begleitung – insbesondere in Unterstützungssettings, die als primärpräventiv gelten aber vielfach sekundärpräventive Unterstützungsbedarfe beinhalten. In der Kommunalbefragung wurden im Kontext der Koordination des Einsatzes von Ehrenamtlichen Instrumente erfragt, die flankierend die Einsätze qualitätssichernd begleiten.

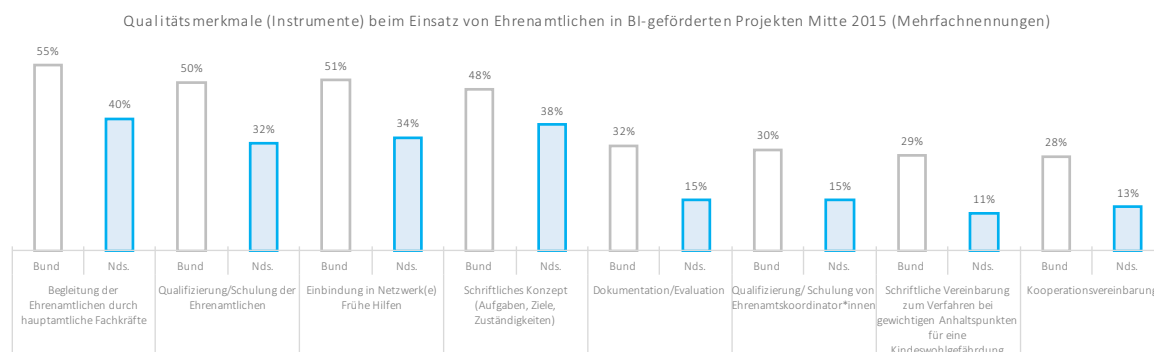
Koordinierungsstelle Frühe Hilfen koordiniert gleichzeitig den Einsatz von Ehrenamtlichen [2015] [n=53]



² Aus- und Aufbau von Ehrenamtsstrukturen

Die folgende Abbildung zeigt, welche qualitätssichernden Instrumente 2015 in BIFH-geförderten Projekten beim Einsatz von Ehrenamtlichen in Niedersachsen (n=53) und im Bund (n=555) angewendet werden.

Abb. 11

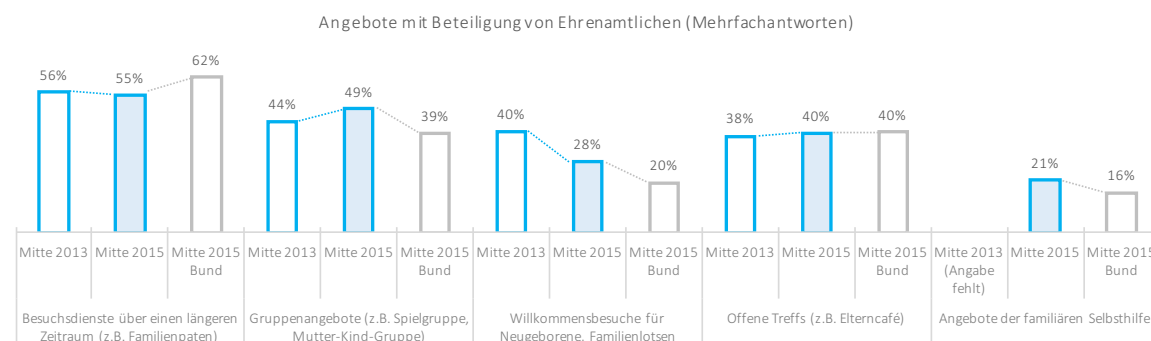


Anders als bei den Familienhebammen liegen hier die niedersächsischen Quoten stets unterhalb denen des Bundes. In allen Bereichen machen quantitative Unterschiede zwischen Land und Bund mehr als zehn Prozent aus. Auch hier können die Einsatzquoten der Qualitätsmerkmale als Qualitätsindizes dargestellt werden, indem Quoten als Dezimalzahlen zwischen 0 und 10 ausgedrückt und skaliert werden. Je höher der Index für ein Merkmal ist, desto weiter ist es verbreitet, was impliziert, dass aus Landesperspektive bessere Qualitätsbedingungen bestehen. Wenn das Ziel ist, dass alle Instrumente flächendeckend zum Einsatz kommen, so sind optimale Qualitätsbedingungen dann erreicht, wenn eben jenes Ziel erreicht ist. Diesbezüglich ist Handlungsbedarf auszumachen:

Das arithmetische Mittel weist für die eingesetzten Instrumente einen Indexwert von 2,5 aus, was im Kontrast zum Index 8,2 der qualitätssichernden Instrumente beim Einsatz der Familienhebammen einen markanten Unterschied darstellt. Nun lassen sich beide Indizes nicht direkt vergleichen, vergleichbar bzw. beobachtbar sind jedoch Tendenzen in Bezug auf die implizite Qualität. Qualitätssicherung über flankierende Instrumente hat beim Einsatz von Ehrenamtlichen einen geringeren Stellenwert als beim Einsatz von Familienhebammen, was insofern nicht verwundert, dass es sich einerseits um ein nicht-professionelles *Einsatzfeld* handelt und andererseits um ein professionelles *Arbeitsfeld*. Das NZFH unterstreicht im Faktenblatt 9 (Freiwilligenarbeit in den Frühe Hilfen) zurecht, dass im Förderbereich des Ehrenamts vorrangig Maßnahmen zur Qualitätssicherung förderfähig sind (Koordination und Fachbegleitung von Ehrenamtlichen, die Qualifizierung von Koordinierenden und Ehrenamtlichen und ihre Mitwirkung bei der Netzwerkarbeit). Daher muss ein mehr oder minder starker Fokus der Landeskoordinierungsstellen auch auf diesem Förderbereich liegen – je nachdem wie stark die kommunale Inanspruchnahme dieses Förderbereichs ist.

Der Qualitätsindex des Bundes für die eingesetzten Instrumente im Ehrenamt hat einen Wert von 4,0, womit auf Bundesebene der impliziten Qualitätsannahme stärker entsprochen wird, als in Niedersachsen. Nachfolgend wird gezeigt, in welchen Angeboten Ehrenamtliche zum Einsatz kommen:

Abb. 12



2015 kommen Ehrenamtliche in 55% der niedersächsischen Kommunen in Besuchsdiensten zum Einsatz, auf Bundesebene sind es mit 62% der Kommunen vergleichsweise etwas mehr. Die Quote für Niedersachsen ist zwischen 2013 und 2015 leicht gesunken. In Gruppenangeboten (z.B. Spielgruppen) werden Ehrenamtliche 2015 in Niedersachsen mit einer Quote von 49% vergleichsweise häufiger eingesetzt als im Bund (39%). 2013 lag die Quote der niedersächsischen Kommunen 5% niedriger als 2015. Auffallendes ist bei den Willkommensbesuchen und Familienlotsen

zu beobachten: Hier ist die Quote in Niedersachsen zwischen 2013 und 2015 von 40% auf 28% gesunken. Auch die Bundesquote ist dort niedrig, sie beträgt 20%. Offene Treffs wie z.B. Elterncafés werden 2015 in 40% der niedersächsischen Kommunen mit Unterstützung von Ehrenamtlichen betrieben, ebenso auf Bundesebene. Selbsthilfeangebote werden 2015 in 21% der BIFH-geförderten Kommunen durch Ehrenamtliche unterstützt, 5% mehr als die Bundesquote aufweist.

2.1.4 KOORDINATION: STRUKTURELLE OUTCOMES

Folgende strukturelle Outcomes lassen sich zusammenfassen:

	Strukturelle Outcomes: Koordination (SO K1-K8)
SO K1	<i>96,2% der BIFH-geförderten Kommunen Niedersachsens haben 2015 eine Koordinierungsstelle Frühe Hilfen eingerichtet (n=53). Damit ist quantitativ eine sehr hohe Versorgungsquote erzielt.</i>
SO K2	<i>78,4% der Kommunen richteten ihre Koordinierungsstelle nach 2012 ein. Die impulsgebenden Faktoren des Bundeskinderschutzgesetzes und der BIFH zeigen flächendeckende Wirkung.</i>
SO K3	<i>90,6% der Koordinierungsstellen in Niedersachsen sind beim Jugendamt angesiedelt, die restlichen auf Dezernatsebene, bei einem freien Träger, im Familienservice-Büro, im Krankenhaus, in der Beratungsstelle, keine beim Gesundheitsamt.</i>
SO K4	<i>Die niedersächsischen Koordinierungsstellen Frühe Hilfen werden [2014] durchschnittlich mit einem Stellenanteil von 0,85 Vollzeitäquivalenten koordiniert. Der Bundesschnitt liegt bei 0,93 VÄ.</i>
SO K5	<i>60,4% der Kommunen haben Steuerungsgruppen für ihre Netzwerke eingerichtet, 75,5% bieten Netzwerkkonferenzen an und 84,5% der niedersächsischen Kommunen nutzen zusätzliche Arbeitsgruppen.</i>
SO K6	<i>2015 wird der Einsatz von Familienbehebammen und komplementären Gesundheitsfachkräften in 96,2 % der BIFH-geförderten Kommunen Niedersachsens koordiniert. In 50,9% der Kommunen direkt in der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen, in 45,3% der Kommunen existiert eine eigene Koordinierungsstelle.</i>
SO K7	<i>Die eingesetzten Instrumente der Qualitätsentwicklung für den Einsatz von Familienbehebammen finden in Niedersachsen im Vergleich zum Bund deutlich häufiger Anwendung.</i>
SO K8	<i>Der Einsatz von Ehrenamtlichen wird in 20,8% der kommunalen Koordinierungsstellen Frühe Hilfen direkt koordiniert, 26,4% der Kommunen halten eine eigene Koordinierungsstelle vor.</i>

2.2 PLANUNG UND STEUERUNG: KOORDINIERUNGSRAHMEN

Koordination, Kooperation, Vernetzung, Maßnahmen und Angebote – mit bestem Willen, Engagement und Fachwissen lässt sich in allen genannten Bereichen *etwas* und bisweilen auch *schnell* etwas erreichen. Mittel- und langfristig stellt sich häufig Ernüchterung ein, weil die eingesetzte Energie irgendwo zu verpuffen scheint, Angebote nicht die gewünschte oder gar keine Zielgruppe erreichen, Maßnahmen an der Umsetzung scheitern, Netzwerkpartner plötzlich fernbleiben, Kooperation sich gar in Machtränken verfängt und Koordination zum Sammelbecken allmöglicher Aufgaben wird, die in keiner Stellenbeschreibung zu finden sind.

Jedes System braucht ein Steuerungsmodul, sofern es bestimmte Ziele verfolgt. Das ist beim Menschen so, bei Maschinen und auch bei sozialfunktionalen Systemen, wie es Netzwerke Früher Hilfen im Konstrukt von Kommunalstrukturen sind. Der Präventionsansatz Früher Hilfen hat als oberstes implizites Ziel, zweckdienlich anstatt Selbstzweck zu sein. Gedacht wird immer vom Kind und seinen Eltern aus, was bedeutet, dass Frühe Hilfen nur dann

wirksam sind, wenn Kinder, Mütter und Väter jene Unterstützung erhalten, die zu ihnen passt. Kurz gesagt: bedarfsgerecht müssen sie sein. Werden Frühe Hilfen also vom Kind und seinen Eltern aus gedacht, darf eine Bedarfsermittlung nicht vergessen werden, was für viele Koordinierungs- und Planungsstellen in den Verwaltungen eine zeitliche Überforderung darstellt.

Nehmen wir den Fokus etwas weiter, denken Frühe Hilfen immer auch vom Sozialraum aus. Aus dieser Warte können sie nur dann wirksam sein, wenn ihre Zugänge, Inhalte und Vermittlungsmethoden an der Sozialstruktur und den örtlichen Lebens- und Umweltbedingungen ausgerichtet – also sozialraumorientiert sind. Nicht zuletzt denken Frühe Hilfen partizipativ: sie verstehen Partizipation als ein aufrichtiges Konzept von Ermutigung, Teilhabebemöglichung, Verantwortungsübertragung und Selbstwirksamkeitsstärkung. Partizipation wird u.a. als Konzept zirkulärer Ressourcenorientierung verstanden: welche Ressourcen (Geld, Zeit und Humanität) stehen einer Kommune zur Verfügung um ressourcenaktivierend auf den Sozialraum und die dort lebenden Kinder und Eltern zu wirken? Diesbezüglich sind Frühe Hilfen also dann wirksam, wenn Geld, Zeit und Humanität (Input) so eingesetzt werden, dass ein interdependentes Wirksystem entsteht, dessen Benefit als Sozialkapital das Resilienzniveau eines Sozialraums (und seiner Bevölkerung) erhöht und die Belastung der nachsorgenden Sozialsysteme verringert.

Genanntes ist keineswegs theoretische Hypothese, vielmehr ist es praktikabel und messbar. Mit den entsprechenden Wirkungsmodellen, wie dem der ‚Präventionsketten‘ der niedersächsischen LVGAFS (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.) oder aber dem Präventionsmodell der ‚Early Years Maturity Matrix‘ (Frühe Kindheit) bzw. der ‚Early Intervention Maturity Matrix‘ (bis 19J.) der EIF (Early Intervention Foundation, London) lassen sich kommunale Präventionsstrategien entwickeln und umsetzen, die schon von ihren Grundprinzipien ganzheitlich und wirkungsorientiert konzipiert und ausgerichtet sind.

In den Verwaltungen existiert selten ausreichend Personal bzw. Zeitbudget, um die Koordinierungsstelle Frühe Hilfen als eine interne Schnittstelle zwischen Planungsebene, Netzwerkebene und Handlungsebene so auszugestalten, dass sie speziell – also funktionsbezogen – auch für die Integration und Abstimmung von Planungs- und Operationalisierungsprozessen (z.B. Bedarfsermittlung, Datenintegration) zuständig ist bzw. Entsprechendes leisten kann. Benötigt wird ein implizites Transfermanagement, das entweder von dem Netzwerkkoordinator oder der Planerin (z.B. Jugendhilfeplaner*in, Sozialplaner*in) mit ausgeführt wird und in Stellenbeschreibungen hinterlegt ist. In der Netzwerkkoordination sind Zeitbudgets häufig durch Netzwerkkommunikation und organisatorische Aufgaben erschöpft, den Planungsstellen (Sozialplanung, Jugendhilfeplanung, Gesundheitsplanung) fehlt neben dem Zeitbudget bisweilen auch der direkte Praxisbezug, also der Kontakt zum Netzwerk, was sich jedoch durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Planungsstelle und Koordinierungsstelle überbrücken ließe. Auch hier ist eher das bemessene Zeitbudget problematisch.

Für den Bildungssektor wird ein an Prozessqualität (Vomberg 2010) orientiertes Transfermanagement seit Längerem als dringlich gesehen (s. z.B. Dephi-Studie zu den Herausforderungen für das Bildungsmanagement in Unternehmen, Euler et. al 2006). Mit Bezug auf Solga (2006) kann Transfermanagement – auf den Bereich Frühe Hilfen übertragen – als ein umfassender Prozess der ganzheitlichen und zielgerichteten Gestaltung und Steuerung von unterschiedlichen Umsetzungsprozessen der Qualitätsentwicklung definiert werden. Hohe Prozessqualität ist dann erreicht, wenn das Transfermanagement die Etablierung eines Wirkungsmodells (s.o) sicherstellt, das wiederum als Ergebnisqualität die langfristige Steigerung der Entwicklungs-, Bildungs- und Teilhabechancen von Kindern bewirkt und Eltern stärkt. Schone (2016) verweist diesbezüglich gleichsam auf die Herausforderungen und Chancen für die Fachkräfte der Koordinierungsstellen: „Diese von Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen erwarteten Aufgaben haben eine hohe Überschneidung mit den Aufgaben einer (nicht nur quantitativ orientierten) Jugendhilfe- und Sozialplanung. Insbesondere in der Jugendhilfeplanung liegen bewährte Modelle vor, die eine Orientierung für Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen zur Ausgestaltung ihrer Rolle geben können und die eine fruchtbare Einbindung ihrer Tätigkeit in kommunale Strukturen gewährleisten“ (Schone 2016:4).

Im Kompetenzprofil Netzwerkkoordinator*innen des NZFH sind diese integrativen Aufgaben und Kompetenzanforderungen z.T. in der Handlungsanforderung 4 (Initiieren und Befördern von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung) zu finden. Dass diese Aufgaben in der Praxis vielfach nicht ausreichend definiert und ausgeführt werden (können), ist nicht den Fachkräften anzulasten, sondern der Tatsache geschuldet, dass die Personalebemessung für Koordination bisweilen noch ungenau bzw. unvollständig ist, wodurch die internen Planungs- und Steuerungsaufgaben im Kontext Früher Hilfen zu gering bemessen oder schlichtweg nicht berücksichtigt werden. Der Verwaltungslogik folgend existieren Planungsstellen bereits in der Organisationsstruktur (sofern sie existieren), sodass vielfach keine neue bzw. weitere Aufgabenzuschreibung hinsichtlich Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung für die Koordinierungsstelle Frühe Hilfen erfolgt. Damit ist nicht unterstellt, dass Netzwerkkoordinator*innen zwingend alle notwendigen Fachkompetenzen hinsichtlich Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung aufweisen müssen. Auch Stellenteilungen sind

denkbar und bis zu einem gewissen Grad praktikabel. Was zählt ist die Summe an Vollzeitäquivalenten in der Koordinierungsstelle oder ggf. in der Planungsstelle.

Mit Hilfe eines budgetierten Transfermanagements innerhalb der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen oder einer Planungsstelle kann nicht nur eine verwaltungsstrukturelle Planungsintegration gelingen, sondern die strukturelle Integration Früher Hilfen als wirkungsorientierte Präventionsstrategie insgesamt. So oder so: ein Transfermanagement Frühe Hilfen bedarf Vollzeitäquivalenten, die entweder im Bereich der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen direkt bemessen sind oder in einer Planungsstelle.

Doch welche Kommune kann sich diesen Ressourceneinsatz leisten? Er ist leistbar, wenn ihm eine Kosten-Nutzen-Analyse zu Grunde liegt, die entsprechende Hinweise gibt. Kurzum: sobald die Entscheidung einer Kommune für die wirkungsorientierte Implementierung einer kommunalen Präventionsstrategie auf Grundlage einer positiv ausgefallenen Kosten-Nutzen-Analyse getroffen wurde, kann der Ressourceneinsatz haushaltsjährig budgetiert werden. Sobald der perspektivische Nutzen von Prävention im Verhältnis zu den Kosten deutlich ist, können Entscheidungen fundierter getroffen und entsprechende Beschlüsse gefasst werden.

Geeignete Analyse-Modelle gibt es, wie bspw. das ‚Manchester Cost Benefit Analysis‘-Modell, das in Kooperation der Firma New Economy und Behörden in Manchester entwickelt wurde. Es ermittelt den fiskalischen, wirtschaftlichen und sozialen Wert von Programmen und Projekten und gibt an, welcher Benefit für Verwaltungen und involvierte Institutionen in Bezug auf Investitionen prognostisch entstehen. Derartige Modelle lassen sich durch geschultes Personal entweder intern anwenden oder im Kontext einer Auftragsvergabe.

Durch ein derart strukturiertes Vorgehen werden Frühe Hilfen nicht nur inhaltlich-methodisch, sondern auch aus Planungssicht sprachfähig. Es entsteht ein klarer und fundierter Legitimationsrahmen, der die Bedeutung und das Selbstverständnis Früher Hilfen als Präventionsansatz neben dem Bereich Tertiärprävention langfristig etabliert. Prävention kann nur dann legitimiert werden, wenn ihre Prospektivität messbar und aussagefähig ist. Intervention hat dieses Problem nur bedingt, da dem Ist-Zustand (z.B. akute Kindeswohlgefährdung) tendenziell reaktiv (kurativ) begegnet wird und Effekte leichter zuzuordnen sind, als bei proaktivem Handeln – was nicht bedeuten soll, dass Wirkungsmessung im Bereich Hilfen zur Erziehung leicht wäre.

Diese einleitende Hinführung in diesem Abschnitt soll bereits im Vorhinein verdeutlichen, welchen Stellenwert die Aspekte Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung über zukünftig haben müssen, um Frühe Hilfen nicht nur bezüglich des Netzwerkes oder jeweils einzelner Maßnahmen weiterzuentwickeln, sondern als interdependentes Wirksystem, das sich an messbaren Qualitätsstandards orientiert. Folgende QUALITÄTSZIELE (QZ) leiten sich daraus ab:

QZ PS1 Internes Transfermanagement: *Kommunale Koordinierungsstellen Frühe Hilfen sind mit Vollzeitäquivalenten für Planungsaufgaben, Steuerungsaufgaben und Aufgaben der Qualitätsentwicklung ausgestattet, die in der Personalbemessung explizit bemessen wurden. Ein diesbezügliches Transfermanagement sichert die Prozessqualität.*

QZ PS2 Kosten-Nutzen-Analyse: *Eine Kosten-Nutzenanalyse (z.B. mittels ‚Manchester Cost Benefit Analysis‘-Modell) dient als langfristige Planungs- und Handlungsgrundlage für unterschiedliche Umsetzungsmaßnahmen. Sie ist Referenzquelle für strategische Entscheidungen, rechtfertigt den Ressourceneinsatz (Input) und erläutert den Nutzen (Outcomes/Impacts).*

QZ PS3 Sozialraumanalyse: *Eine integrierte Sozialraumanalyse ermittelt in regelmäßigen Abständen Bedarfe Früher Hilfen. Erhobene Daten dienen als Grundlage für ein kontinuierliches Monitoring.*

QZ PS4 Wirkungsmodell: *Eine kommunale Präventionsstrategie Frühe Hilfen wird als spezifisches Wirkungsmodell (z.B. Early Years Maturity Matrix-Modell, EIF) oder als Teil eines weiter gefassten Wirkungsmodells (z.B. Präventionsketten-Modell, LVGAFS) umgesetzt und intendiert Qualitätsentwicklungsprozesse.*

QZ PS5 Angebots- und Maßnahmenplanung: *Frühe Hilfen werden auf Grundlage einer Sozialraumanalyse bedarfsorientiert (auch partizipativ) geplant. Ihre Umsetzung folgt fachlichen und finanziellen Prioritätskriterien und wird kontinuierlich gesteuert.*

Die Datenlage lässt nur einen begrenzten Blick in die genannten Qualitätsziele bzw. Bereiche zu, einige davon lassen dafür eingehendere Blicke zu. Die nachfolgend dargelegten Qualitätsmerkmale sind im Einzelnen Netzwerkqualität und Kooperationsvereinbarungen, Bedarfsermittlungen und Angebotsplanung, Fortbildungen und Qualitätszirkel.

2.2.1 PLANUNG UND STEUERUNG: NETZWERKINSTRUMENTE UND KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN

Die gelingende Vernetzung Früher Hilfen ist ein zentraler Auftrag im §3 (Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz) des KKG. Ziele der Vernetzung sind u.a. die Angebotstransparenz für Eltern, Kinder und Fachkräfte, die kooperative Zusammenarbeit interdisziplinärer Fachkräfte durch ein verfahrensgesundenes Lotsensystem, schnelle Unterstützung über kurze Wege, auf einander abgestimmte Angebotsentwicklungen, ein Partizipationstransfer oder auch die multiprofessionelle Weiterentwicklung über Fortbildungen und Qualitätszirkel. Dementsprechend ist die Förderung des Auf- und Ausbaus von Netzwerken Früher Hilfen durch die Bundesinitiative eine prioritäre Maßnahme von Bund und Ländern.

Es wird davon ausgegangen, dass Vernetzung und Kooperation in einem Netzwerk Frühe Hilfen ein wirksames Mittel zum Zweck Prävention sind. Diese Annahme basiert auf guten Erfahrungen und einfachen Befragungen in Netzwerken, doch auch Studien belegen die Effizienz der Vernetzung (z. B. Lucidarme et al. 2014). Vernetzung und Netzwerkmanagement gelingt jedoch nicht aus dem Bauch heraus. Harvey und Parent (2009) haben ein Kausalmodell für gelingende Vernetzung und Netzwerksteuerung vorgelegt, das auf den drei Hauptkategorien Planung, Management und Evaluation basiert und jeweils weitere Unterkategorien aufweist. Auch Schubert (zuletzt 2018) zeigt die Bedeutung des Netzwerkmanagements auf, formuliert Gelingenskriterien und weist auf mögliche Fallstricke hin.

Wie zuvor (und im Kompetenzprofil des NZFH) schon angesprochen, müssen Netzwerkkoordinator*innen unterschiedlichste Fähigkeiten vereinen, um ein Netzwerk zu steuern. Neben Fachwissen, Erfahrungen im Projektmanagement und der Konzeptionsentwicklung, Gesprächsführungskompetenzen, Strukturkenntnissen und vielen weiteren ist vor allem ein Abstraktionsvermögen notwendig, womit entwickelte Ziele und Umsetzungsstrategien von der Theorie in die vorgefundene Praxis transferiert werden. Eine Präventionskette ist zunächst nur auf dem Papier eine Präventionskette und nicht in der sozialen und funktionalen Wirklichkeit. Erst der reale Schritt aus der Planung in die Systematik realer Bezugssysteme, personaler Interdependenzen und Kommunikationsdynamiken bewirkt, dass aus einem Deutungsgefüge ein reales handlungsbezogenes Netzwerk entsteht, deren Outcomes gemessen werden können. Systeme (Netzwerke) bestehen aus Kommunikationen (Luhmann 1997). Netzwerkmanagement heißt, diese Kommunikationen an den Zielen der Frühen Hilfen auszurichten, zu objektivieren und zweckdienlich zu operationalisieren. Netzwerkkoordinator*innen agieren und kommunizieren weder in einer vertikalen Organisationsstruktur noch in einer horizontalen. Ihr strukturelles Arbeitsfeld ist radial organisiert, sodass sie sich auf Menschen in unterschiedlichsten Positionen und Rollen im interkommunalen Gefüge einstellen müssen. Ihnen auf Augenhöhe zu begegnen erfordert Diplomatie, Verhandlungsgeschick und Durchsetzungsvermögen.

Unlängst hat eine Metaanalyse von Schubert und Hansel (2017) im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung an deutschen Hochschulen untersucht, in welchen Studiengängen und Modulen die multiplen fachlichen, planerischen und personalen Kompetenzen des Netzwerkmanagements vermittelt werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass „in der konzeptionellen Schrittfolge von Verwaltungslogik, ökonomisierter Neuer Steuerung und Public Governance der Netzwerkansatz zunehmend an Bedeutung [gewinnt]. Das kommunale Regime – im Sinn von Regieren, Leiten und Lenken

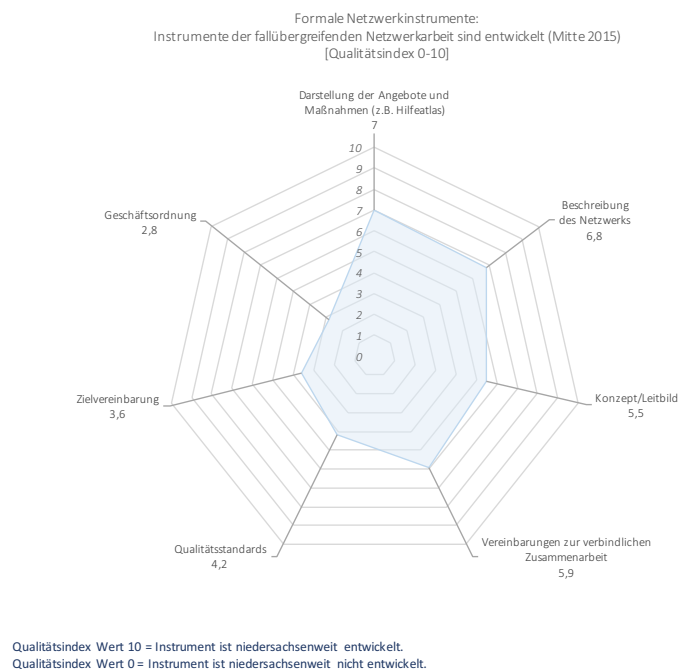
einer Gebietskörperschaft – verändert sich: Die Public Governance steht für eine neue Steuerungsform, bei der die hierarchischen Top-Down-Führungsmuster abnehmen und partizipatorische, interaktive sowie indirekte Formen der Gestaltung kommunaler Entwicklungsperspektiven zunehmen“ (Schubert; Hansel 2017:9). Als Analyse-Ergebnisse zeigen sie einerseits die Erfordernisse für die explizite Ausbildung an Hochschulen auf und stellen dem neue Bedarfe an Schlüsselkompetenzen auf Leitungs- und Fachkraft-Ebene anbei.

Netzwerke zu gründen und aufzubauen ist nicht schwer. Nachdem ein Impuls gesetzt wurde entstehen sie in der Dynamik einer Mixtur aus fachlicher, bisweilen unspezifischer Vernunftlogik, beruflichem Engagement und persönlichem Interesse einzelner Akteure. Seltener ist die Gründungsphase schon durchdringlich mit institutionellen und politischen Aufträgen versehen, die auf Grundlage strategischer Entscheidungen der öffentlichen oder privaten Träger im Netzwerk basieren. Vielmehr wird erstmal vorgefühlt. Wenn jedoch der Nutzen für Fachkräfte, Institutionen und vor Allem für die Zielgruppe nicht plausibel und real – also messbar – wird, zerfällt das Netzwerk schnell in seine Einzelteile. Zurück bleibt Enttäuschung oder eine irrationale Bestätigung, dass Netzwerken nichts bringt.

Folglich ist die Königsdisziplin ein Netzwerkmanagement, dem nicht nur der Aufbau gelingt, sondern insbesondere die langfristige Steuerung. Ziel der Steuerung darf dabei jedoch nicht die einseitige Koordination sein bzw. bleiben (Schubert 2008). Langfristig gilt es, ein nahezu selbsterhaltendes System der Verantwortungsteilung zu erzeugen, dessen Struktur nicht über impulsgebende Aktivitäten der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen erhalten bleibt, sondern über das Zusammenwirken des Liability-Niveaus (Verantwortungsniveaus) einzelner Netzwerkpartner und dem daraus resultierenden Liability-Niveau des Netzwerks insgesamt. Die Aufgabe der Netzwerkkoordination und des Managements liegt also mittel- und langfristig nicht darin, Netzwerke mit Fachimpulsen und Workshops zu füttern, ohne dass eine Verantwortungsteilung das Liability-Niveau steigern würde. Die Aufgabe liegt in der Evaluation des Nutzens für die Zielgruppe und die Netzwerkpartner sowie in der Evaluation des Liability-Niveaus des Netzwerks. Fachimpulse und Workshops sind damit nicht passé – sie bleiben wichtige Instrumente. Jedoch muss auch hier gesagt werden, dass sie kein Selbstzweck sind, sondern stets zweckgebunden.

Im Folgenden werden die Daten hinsichtlich bestimmter Qualitätsmerkmale im Kontext von Netzwerkmanagement und Netzwerkqualität betrachtet:

Abb. 13



Bisher gibt es in Niedersachsen noch kein verbreitetes bzw. angeglichenes System (deduktiver oder induktiver) Indikatoren oder Qualitätsattribute, mittels dessen sich die Qualität der Netzwerke Früher Hilfen beobachten ließe. Die Daten der Kommunalbefragung sind dafür zum Teil geeignet – es lassen sich einige Hinweise finden und als induktive Qualitätsmerkmale beschreiben, die zukünftig steuerungsrelevant sind.

Ein Kriterium von Netzwerkqualität ist das Vorhandensein unterschiedlicher ‚Formaler Netzwerkinstrumente‘ wie Rahmenkonzepte oder Kooperationsvereinbarungen. Sie stellen die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit her, geben den fachlichen Rahmen und wirken auf das Liability-Niveau. Abbildung 13 zeigt sieben ‚Formale Netzwerkinstrumente‘ der fallübergreifenden Arbeit, die jeweils mit einem Qualitätsindex versehen sind, der sich wie zuvor bereits erläutert (s.o. im Report) aus der Antwort-Quote der 53 teilnehmenden Kommunen ergibt (2015).

Als höchster möglicher Indexwert wird 10 angenommen. Er sagt aus, dass in allen der geförderten Kommunen Niedersachsens das entsprechende Netzwerkinstrument vorgehalten wird und zum Einsatz kommt und damit das höchste – über die Kommunalbefragung darstellbare – Qualitätsniveau für Niedersachsen erreicht wäre.

Bezugsrahmen dieser Annahme, dass ein flächendeckender Einsatz mit einem hohen Qualitätsniveau gleichzusetzen ist sowie der grundsätzlichen Relevanz jeweiliger Instrumente, sind fachliche Standards und definierte Handlungslogiken, wie sie bspw. im Datenreport Frühe Hilfen 2015 (Küster, Mengel, Pabst, Sann 2015) und anderen wissenschaftlichen Quellen (z.B. Schubert) zu finden sind und in den Verwaltungsvereinbarungen zur BIFH und zur Bundesstiftung Frühe Hilfen maßgebend gerahmt werden. Eine qualitative Hierarchisierung der einzelnen Instrumente wird an dieser Stelle nicht vorgenommen.

Den höchsten Wert erzielt 2015 mit 7,0 das Netzwerkinstrument ‚Darstellung der Angebote‘. (Das bedeutet, dass das Instrument in 70% der niedersächsischen Kommunen zum Einsatz kommt.) Viele Kommunen entscheiden sich entweder für eine virtuelle Angebotsdarstellung im Internet oder aber für die analoge Broschüre, manche wählen beide Wege. Einige Kommunen in Niedersachsen nutzen dazu das Online-Portal ‚gutaufwachsen.de‘, das im Zuge des Bundeskinderschutzgesetzes in einer Arbeitsgruppe des niedersächsischen Sozialministeriums entwickelt wurde und durch die Gebit Münster umgesetzt wird. Das KKG spricht in § 2 (Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung) die Veröffentlichung der Angebote explizit als gesetzlichen Auftrag aus. Daher bleibt festzuhalten, dass der Index 10 nicht nur aus fachlicher Sicht anzustreben ist, sondern auch hinsichtlich des Gesetzesauftrags. Auf Bundesebene liegt dieser Index mit 7,6 etwas höher.

Den geringsten Wert im Qualitätsindex weist das Netzwerkinstrument ‚Geschäftsordnung‘ mit 2,8 auf. Das könnte damit zusammenhängen, dass sich die Netzwerke Früher Hilfen (bisher) weniger als ein institutionell-formalisiertes Gremium mit klaren Rollenverteilungen und Aufträgen verstehen. Betrachten wir die kooperativen Arbeitsmodi von Netzwerken, könnten formalisierte Geschäftsordnungen bisweilen sperrig wirken. Hinsichtlich Verbindlichkeit und auch unter dem Aspekt der formalen Berichtspflicht, sind Geschäftsordnungen ein wichtiges Instrument. Mittels ihrer werden Arbeitsinhalte und Ergebnisse in die Verwaltungsstrukturen gebracht und dort verankert. Nicht zuletzt tragen sie damit zur Legitimation der Netzwerkarbeit sowohl in fachlicher als auch in finanzieller Hinsicht bei. Für den Bund liegt dieser Qualitätsindexwert mit 1,9 noch niedriger.

Neben der ‚Darstellung der Angebote und Maßnahmen‘, sollten zur Förderung des internen Selbstverständnisses des Netzwerks wie auch im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit das Netzwerk und die Netzwerkpartner beschrieben und dargestellt werden. Insbesondere im Hinblick auf die öffentliche Wahrnehmung und das einhergehende Ziel, einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel bezüglich der Nachfrage psychosozialer Präventionsangebote anzustoßen, ist die Präsentation des Netzwerks nach außen wichtig. Je mehr das Netzwerk und seine Netzwerkpartner im öffentlichen Bewusstsein stehen, desto stärker sinken subjektiv wahrgenommene Zugangsbarrieren. Eine Netzwerkbeschreibung gibt den Akteuren als jeweilige Repräsentanten und Multiplikatoren Sicherheit in der Darstellung. Ein Index-Wert von 6,8 ist hier für Niedersachsen schon im guten Bereich und nur knapp hinter dem Index-Wert des Bundes (6,9).

Ein besonderer Entwicklungsauftrag wird für Niedersachsen hinsichtlich der quantitativen Ausweitung der weiteren aufgeführten Netzwerkinstrumente gesehen: Sowohl ein ‚Konzept mit Leitbild‘ (Qualitätsindex 5,5), abgestimmte ‚Zielvereinbarungen‘ (Qualitätsindex 3,6) als auch allgemeine ‚Qualitätsstandards‘ (Index 4,2) und insbesondere ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ (Kooperationsvereinbarungen, Qualitätsindex 5,9) sind für die Wirksamkeit eines Netzwerks und den Nutzen für die Zielgruppe unerlässlich. Ein Leitbild ist identitätsstiftend und ein Kompass für die Haltung des Netzwerks und seiner Akteure, Zielvereinbarungen geben Meilensteine vor und sind Items für Evaluationen, Qualitätsstandards sichern die fragile Struktur eines Netzwerks nach innen und außen und Kooperationsvereinbarungen wandeln eine lose Willensbekundung der Zusammenarbeit in ein tragfähiges Fundament der Multiprofession Frühe Hilfen.

Ein Vergleich der Indizes Niedersachsens mit den Bundes-Indizes zeigt nur leichte bis mittlere Abweichungen. Beim Netzwerkinstrument ‚Konzept und Leitbild‘ liegt der Qualitätsindex des Bundes mit 6,3 etwas höher (Nds. 5,5), beim Instrument ‚Zielvereinbarungen‘ mit 3,7 in etwa gleich niedrig (Nds. 3,6), bei den ‚Qualitätsstandards‘ mit 3,7 etwas niedriger als Niedersachsen (4,2). Bei den ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ (Kooperationsvereinbarungen) weisen beide einen Wert von 5,9 auf.

Wird nun für Niedersachsen und den Bund jeweils das arithmetische Mittel der einzelnen fallübergreifenden formalen Netzwerkinstrumente gebildet, so lässt sich für beide ein Qualitätsindex für das gesamte Qualitätsmerkmal der fallübergreifenden ‚Formalen Netzwerkinstrumente‘ zeigen und in Kontrast zu einander stellen:

- Demnach liegt der Qualitätsindex für den Bund bei 5,1 und für Niedersachsen ebenfalls bei 5,1. Diese Index-Werte sind Hinweisgeber aus der Meta-Perspektive des Landes bzw. Bundes – nicht mehr aber auch nicht weniger.

Sie verdeutlichen, dass die ‚Formalen Netzwerkinstrumente‘ auf Bundes- und Landesebene in etwa zur Hälfte der geförderten (und befragten) Kommunen zum Einsatz kommen und zur anderen Hälfte nicht, was gesamt gesehen ein durchschnittlicher Qualitätswert hinsichtlich des Einsatzes dieser Instrumente ist. Diese Perspektive genügt um festzustellen, dass auf beiden Ebenen ein (durchschnittlich) gleich großer Entwicklungsbedarf bestünde, sofern die Hinweise als wichtig und maßgeblich eingestuft würden. Das muss und wird nicht gleichermaßen der Fall sein. Denn ein wichtiger Unterschied zwischen den beiden Ebenen ist insofern zu machen, dass der Mittelwert-Index des Bundes und seine einzelnen Indizes keine konkrete Steuerungsrelevanz haben, sondern eher Darstellungscharakter. Sie dienen hier lediglich als Bezugsgröße für die niedersächsischen Indizes.

Für die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen des Landesjugendamtes könnte der Qualitätsindex hingegen steuerungsrelevant sein, da sie entsprechend der Verwaltungsvereinbarung sowohl den Auftrag der fachlichen Begleitung der niedersächsischen Kommunen besitzt und für die Kommunen gleichsam Bewilligungsbehörde der Bundesförderung ist, als auch die Instanz der Qualitätsentwicklung auf Landesebene darstellt. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung hat sie damit auf Landesebene einen indirekten Steuerungsauftrag.

Im Folgenden soll daher der Index des Qualitätsmerkmals „Formale Netzwerkinstrumente“ beispielhaft (als Planspiel) als ein Index der Qualitätsentwicklung operationalisiert werden:

1. Der Index des Qualitätsmerkmals „Formale Netzwerkinstrumente“ weist ein arithmetisches Mittel von 5,1 auf, was auf einen potentiellen Entwicklungsbedarf hinweist.
2. Ein Blick auf die einzelnen Indizes der Instrumente des Merkmals zeigt die jeweiligen potentiellen Entwicklungsbedarfe. Nun könnte automatisch der schwächste Index des Merkmals ‚Geschäftsordnung‘ operationalisiert werden. Da allerdings nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ auf die Instrumente geguckt wird, kommt ein Priorisierungsprinzip zum Einsatz (Eisenhower-Prinzip).
3. Eine (mögliche) Priorisierung (zum heutigen Zeitpunkt) ergibt nach dem Eisenhower-Prinzip folgende Zuordnung:

AUSPRÄGUNGEN	1) ...am Dringlichsten	2) ...am Zweitdringlichsten	3) ...am Drittdringlichsten
A) Von den drei Wichtigsten ist...	A1) Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit	A2) Zielvereinbarungen	A3) Konzept/Leitbild
B) Von den drei Zweitwichtigsten ist...	B1) Qualitätsstandards	B2) Darstellung der Angebote und Maßnahmen	B3) Beschreibung des Netzwerks
C) Von den drei Drittwichtigsten ist...	C1) Geschäftsordnung	-	-

Anm.: Dieses System ist im Rahmen der Qualitätsentwicklung eine mögliche Methode des internen Fachdiskurses.

4. Es wird das formale Netzwerkinstrument ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ (Kooperationsvereinbarungen) hinsichtlich der Steuerung im Rahmen der Qualitätsentwicklung als prioritär bestimmt. (Ist dieses Thema von Landesseite schon in Bearbeitung, wird bspw. A2) ‚Zielvereinbarungen‘ gewählt.)
5. Dem Qualitätsindex 5,9 (siehe Abb. 13) des ausgewählten Merkmals wird ein Ziel-Index für einen festgelegten Zeitraum zugeordnet. Hier beispielhaft: 7,5 bis Ende 2018.
6. Der Blick in die Daten von 2015 ergibt: der Index 5,9 bedeutet, dass 59% bzw. 31 Kommunen (von 53 teilnehmenden Kommunen 2015) in Niedersachsen das formale Netzwerkinstrument ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ anwenden.
7. Die Differenz vom Ist-Index 5,9 zum Ziel-Index von 7,5 beträgt 1,6 bzw. 16% oder (abgerundet) 8 Kommunen.
8. Daraus ergibt sich das folgende (mögliche) Umsetzungsziel: aufgrund der guten Erfahrungen mit Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Bundesinitiative wird den niedersächsischen Kommunen mit Hinweis auf die Förderrichtlinie ein Workshop zur Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen mit Implementierungsberatung angeboten. Es sollen Best-Practice-Modelle vorgestellt, Erfahrungen ausgetauscht und Umsetzungsstrategien erarbeitet werden.

9. Ist das Ziel (ggf. mit weiteren oder anderen Strategien der Steuerung) erreicht, hat sich der Qualitätsindex für dieses formale Netzwerkinstrument ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ in Niedersachsen auf 7,5 erhöht. Der Gesamtindex für das Qualitätsmerkmal ‚Formale Netzwerkinstrumente‘ ist durch die Steuerung an dieser einen Stelle von 5,1 auf 5,3 gestiegen.
10. Nach dem gleichen Prinzip könnte sich nun der zweiten Priorisierung ‚Zielvereinbarungen‘ zugewandt werden.
11. In einem zukünftigen Monitoring-Bericht könnte dieser Index beobachtet werden.

Diese ausführliche Darstellung soll eine Möglichkeit der datenbasierten indirekten Steuerung Früher Hilfen durch die Landeskoordinierungsstelle verdeutlichen. In der Vergangenheit fand die Steuerung bspw. schon hinsichtlich der Fortbildungsreihen oder durch die Aktivitäten und Unterstützungen der Kommunen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit statt.³

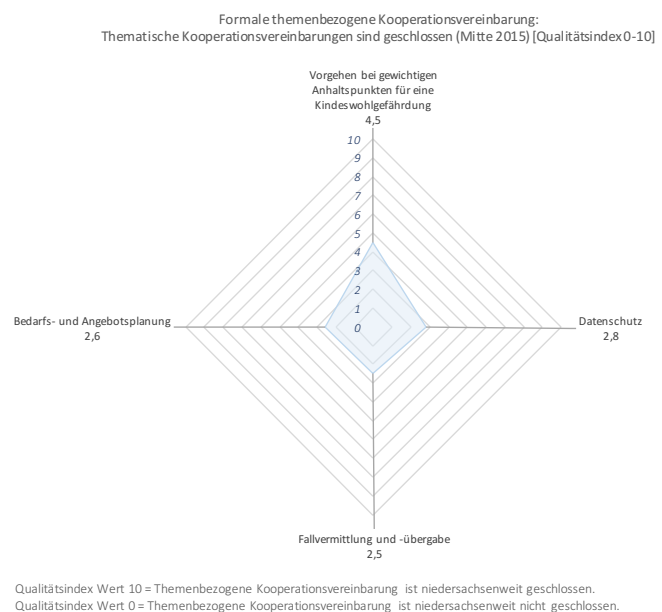
Kooperationsvereinbarungen sind mittelfristig unerlässlich. Sie institutionalisieren die Netzwerke Früher Hilfen, was bedeutet, dass lediglich durch Kooperationsvereinbarungen die Institutionen hinter den Akteuren verbindlich vernetzt werden und sich nicht nur die Akteure vernetzen. Über Kooperationsvereinbarungen entstehen Vernetzungsstrukturen, die die Institutionen der öffentlichen und freien Träger fachlich und ggf. arbeitsmethodisch aneinander koppeln. Vereinbarungen über Kommunikationsmodi sorgen für den Transfer von Informationen in die Institutionen. In einer niedersächsischen Kommune der Region Hannover wurde ein Netzwerk zum Informationstransfer befragt: 60% der Teilnehmer*innen gaben an, dass die Arbeit des Netzwerks in der eigenen Einrichtung unbekannt ist. Und nur 20% der Teilnehmer*innen gaben an, dass sie die Informationen aus dem Netzwerk so verteilen, dass sie für die anderen Mitarbeiter*innen einen Nutzen hätten. Das unterstreicht die Notwendigkeit von Kooperationsvereinbarungen. Denn nur darüber findet eine doppelte Koordination (Schubert 2008) statt – die Netzwerkkoordination und die Brückenkoordination in die Institution der jeweiligen Akteurin oder des jeweiligen Akteurs.

Abb. 14

Die folgende Abbildung gibt weitere Hinweise zur fallübergreifenden Netzwerkarbeit, diesmal zu den thematischen Ausprägungen der zuvor in den Netzwerkinstrumenten erfragten Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit. Die Frage war diesbezüglich, für welche Themenfelder im Netzwerk Vereinbarungen zur Verbindlichen Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern bestehen?

Gemeint sind also multilaterale thematische Vereinbarungen, die in jenen Netzwerken getroffen wurden, in denen das Netzwerkinstrument ‚Kooperationsvereinbarung‘ zum Einsatz kommt.

Alle vier thematischen Kooperationsvereinbarungen weisen eher geringe Indizes auf. Am höchsten ausgeprägt – und damit niedersachsenweit am weitesten verbreitet – sind mit einem Wert von 4,5 die Kooperationsvereinbarungen hinsichtlich des ‚Vorgehens bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung‘. Anders gesagt gibt es diese Art der Kooperationsvereinbarungen in 45% der geförderten Kommunen (n=53). Auch hier ist ein höherer Index-Wert als Ziel der Qualitätssteigerung anzu-



³ „Im Rahmen der Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen wird den Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren ein Unterstützungsangebot seitens des Landes Niedersachsen unterbreitet. Zum einen besteht das Unterstützungsangebot aus den zweimal jährlich stattfindenden überregionalen Netzwerktreffen (Aufteilung in 4 Regionen: Braunschweig, Hannover, Lüneburg, Oldenburg), das dem Austausch und den Informationsfluss der kommunalen Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren dient. Zum anderen wird den Kommunen die Vor-Ort-Beratungsgespräche angeboten. Weiterhin wird den kommunalen Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren eine 2-tägige Fortbildungsreihe mit insgesamt 4 Modulen zu unterschiedlichen Themenbereichen der Netzwerkarbeit angeboten (1. Modul: Fachliche und rechtliche Grundlagen; 2. Modul: Aufbau und Struktur von Netzwerken Früher Hilfen; 3. Modul: Methoden der Beteiligung und Vernetzung; 4. Modul: Gemeinsame Standards und Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen.“ (fruehehilfen.de/landeskoordinierungsstellen/niedersachsen)

streben, da der Wert die Schlussfolgerung zulässt, dass es ein Kopplungsproblem – je nach Ansatz auch Integrationsproblem – zwischen den Netzwerken (Runden Tischen) Kinderschutz und den Netzwerken Frühe Hilfen gibt. Diesbezüglich wäre jedoch ein genauerer Blick in die lokalen Strukturen notwendig, da die Kommunen die beiden Netzwerke Kinderschutz und Frühe Hilfen bisweilen auch zusammen als ein Netzwerk betreiben (s.u.). Auf Bundesebene weist der Index für diese thematische Kooperationsvereinbarung den Wert 5,0 auf und ist damit etwas höher. Von den niedersächsischen Kommunen, die zuvor angaben, das Instrument ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ einzusetzen (=31 Kommunen), trafen 77,5% (=24 Kommunen) eine Vereinbarung zum Thema ‚Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten bei Kindeswohlgefährdung‘.

Kooperationsvereinbarungen zu den Themen ‚Datenschutz‘ und ‚Fallvermittlung und -übergabe‘ kommen nur in etwa einem Viertel der geförderten Kommunen zum Einsatz. Der Qualitätsindex zum Thema ‚Kooperationsvereinbarung Datenschutz‘ beträgt 2,8 (Bund: 3,7). Von den niedersächsischen Kommunen, die zuvor angaben, das Instrument ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ einzusetzen (=31 Kommunen), trafen 48,4% (=15 Kommunen) eine Vereinbarung zum Thema ‚Datenschutz‘.

Zum Thema ‚Kooperationsvereinbarung Fallvermittlung und -übergabe‘ beträgt der Index 2,5 (Bund: 3,6). Eine diesbezügliche Qualitätssteigerung (Erhöhung des Index) kann bspw. über Modelle der ‚Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen‘ (Vernetzungsprojekt des NZFH in Zusammenarbeit mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung) erreicht werden. Ziel dieser Qualitätszirkel ist eine enge lokale Verzahnung des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe. Von den niedersächsischen Kommunen, die zuvor angaben, das Instrument ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ einzusetzen (=31 Kommunen), trafen 41,9% (=13 Kommunen) eine Vereinbarung zum Thema ‚Fallvermittlung und Fallübergabe‘.

Die Abbildung zeigt weiterhin, dass die thematische Kooperationsvereinbarung ‚Bedarfs- und Angebotsplanung‘ in Niedersachsen ähnlich selten zum Einsatz kommt, wie die beiden zuvor genannten. Ihr Qualitätsindex weist einen Wert von 2,6 auf (Bund: 2,2). Von den niedersächsischen Kommunen, die zuvor angaben, das Instrument ‚Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ einzusetzen (=31 Kommunen), trafen 46,2% (=14 Kommunen) eine Vereinbarung zum Thema ‚Bedarfs- und Angebotsplanung‘.

Eine Kooperationsvereinbarung zu diesem Thema hat den Vorteil, dass lokale Daten der Bedarfsermittlung verlässlich zur Verfügung stehen und eine integrierte Bedarfs- und Angebotsplanung vorgenommen werden kann. Damit werden Planungsprozesse institutionalisiert. Im Kontext der Angebotsplanung haben sich in Angebotsentwicklungen interdisziplinäre partizipative Konzeptentwicklungsprozesse im Netzwerk bewährt. Sie fördern die Zusammenarbeit im Netzwerk und schaffen durch Partizipation einen direkten Kontakt zur Zielgruppe und ihrer Expertise. In der folgenden Betrachtung wird noch näher auf den Aspekt Bedarfsermittlung eingegangen.

Ein zusammenfassender Blick auf das arithmetische Mittel dieses Qualitätsmerkmals ‚Formale themenbezogene Kooperationsvereinbarungen‘ zeigt zunächst einen relativ deutlichen Entwicklungsbedarf. Der durchschnittliche Qualitätsindex für das Merkmal von 3,1 zeigt, dass der Einsatz dieser spezifischen Kooperationsvereinbarungen eher selten ist. Auf Bundesebene werden diese Vereinbarungen der verbindlichen Zusammenarbeit durchschnittlich häufiger eingesetzt. Hier beträgt der Qualitätsindex 3,6.

Eine Priorisierung zum Qualitätsmerkmal ‚Formale themenbezogene Kooperationsvereinbarungen‘ nach dem Eisenhower-Prinzip wird wie folgt vorgeschlagen:

AUSPRÄGUNGEN	1) ...am Dringlichsten	2) ...am Zweitdringlichsten
A) Von den zwei Wichtigsten ist...	A1) Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung	A2) Datenschutz
B) Von den zwei Zweitwichtigsten ist...	B1) Bedarfs- und Angebotsplanung	B2) Fallvermittlung und -übergabe

Anzumerken ist bei der Priorisierung, dass auf lokaler Ebene zunächst zu klären wäre, ob es insbesondere die Vereinbarungen A1) und A2) bereits an anderer Stelle gibt und ob ggf. lediglich eine Integration des Netzwerks oder einiger Netzwerkpartner in bestehende Kooperationsvereinbarungen notwendig wäre. Hinsichtlich A1) ist zudem die Rolle

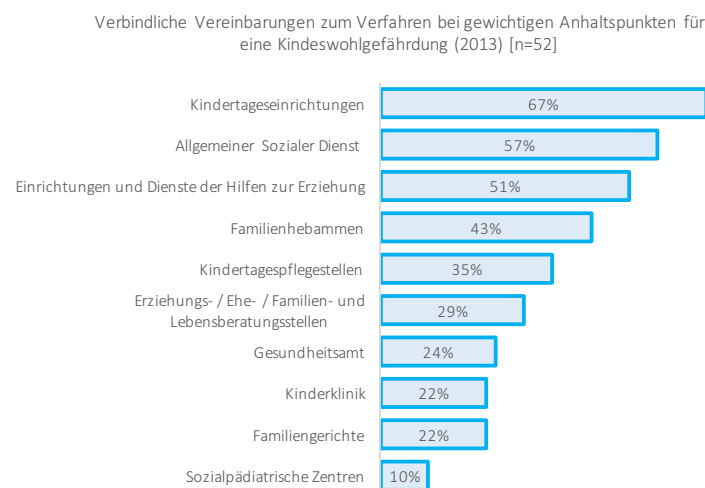
bei der Einleitung der Kooperationsverfahren zu klären. Sofern die Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz identisch bzw. gemischt sind, kommt die Rolle der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen/Kinderschutz bzw. dem entsprechenden Fachdienst zu. Sind die Netzwerke getrennt, ist die Koordinierungsstelle Kinderschutz zuständig.

B1) ist als dritte Priorität insofern wichtig, weil Bedarfs- und Angebotsplanungen im Bundeskinderschutzgesetz und SGB VIII verankert sind und von daher durch den Jugendhilfeträger ohnehin durchgeführt werden müssen. Eine diesbezügliche Kooperation kann besonders für Landkreise sinnvoll sein, da sie die Zusammenarbeit zwischen Landkreis und angehöriger Kommune klären und jeweilige Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten verdeutlichen. Die vierte Priorität B2) ist perspektivisch die große Chance der Frühen Hilfen, eine tatsächliche Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu etablieren, die die Prävention bis zur Fallebene durchdekliniert.

Abschließend wird hierzu angemerkt, dass alle Themen nicht nur auf lokaler Ebene, sondern auch auf Landesebene steuerungsrelevant sind. Es gilt jedoch zunächst zu prüfen, ob der Steuerungshebel sinnvoller an dem allgemeineren Qualitätsmerkmal ‚Verbindliche Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit‘ des Netzwerks zu setzen wäre oder separiert an einem dieser vier. Alle Varianten sind je nach Intention denkbar.

Aus den Daten von 2013 lassen sich darüber hinaus die 10 häufigsten Kooperationspartner darstellen, mit denen verbindliche Vereinbarungen zum Verfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung getroffen wurden.

Abb. 15



Diesbezüglich handelt es sich jedoch nicht wie oben um Kooperationsvereinbarungen innerhalb des gesamten Netzwerks (multilateral), sondern um bilaterale Vereinbarungen seitens der Koordinierungsstellen bzw. des übergeordneten Fachdienstes mit dem jeweils aufgeführten Dienst oder der Institution. Bezogen auf die 2013er Stichprobe [n=52] haben 67% der Kommunen die Verfahrensvereinbarungen bei gewichtigen Anhaltspunkten auf Kindeswohlgefährdung mit Kindertageseinrichtungen getroffen, gefolgt vom ASD mit 57% und Einrichtungen und Diensten der Hilfen zur Erziehung mit 51%. Noch 10% der Koordinierungs-

stellen Frühe Hilfen (= 5 Kommunen) in Niedersachsen haben diesbezügliche Vereinbarungen mit Sozialpädiatrischen Zentren geschlossen.

In diesem Monitoring wird das Ziel der verbindlichen Vereinbarungen als prioritär angesehen. Die Steuerungsrelevanz bezieht sich jedoch auf jene Kommunen, in denen es gemischte Netzwerke Früher Hilfen und Kinderschutz oder nur Netzwerke Früher Hilfen gibt.

2.2.2 PLANUNG UND STEUERUNG: INTEGRATIVE SOZIALRAUMANALYSE

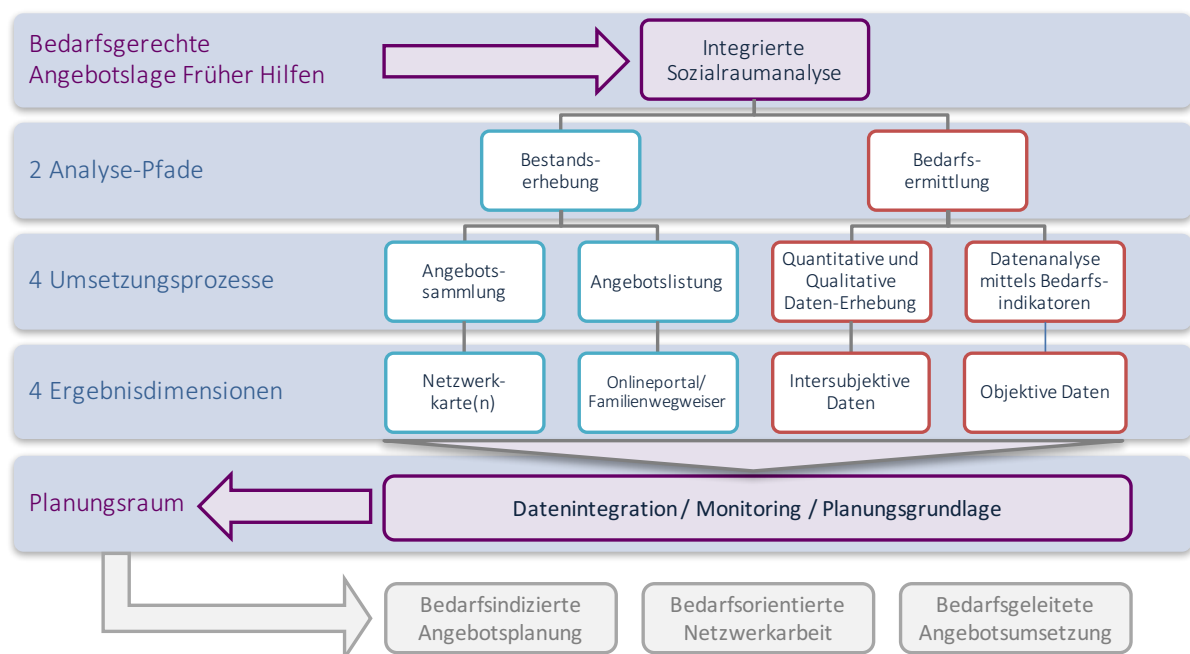
Seit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 müssen auch primär- und sekundärpräventive Leistungen bedarfsgerecht geplant und umgesetzt werden. Das System des ungesteuerten Wuchses präventiver Angebote im Vorgarten der Tertiärprävention ist durch ein System adressaten- und sozialraumorientierter Angebotsgestaltung zu ersetzen. Mit Beginn der Netzwerkarbeit Früher Hilfen stellen sich unabhängig von unterschiedlichen Rahmenbedingungen jeweiliger Kommunen relativ schnell zwei Fragen: Welche Angebote Früher Hilfen gibt es bereits und welcher Bedarf besteht vor Ort? Zur Ermittlung des Bedarfes wird nach erfolgtem Netzwerkaufbau vielerorts mit einer Bedarfsermittlung begonnen, die in sehr unterschiedlichen quantitativen und qualitativen methodischen Varianten stattfindet. Der diesbezügliche Gesetzauftrag gibt lediglich eine Gegenstandsnorm vor, die konkrete Ausgestaltung der Norm liegt in der Verantwortung des Jugendhilfeträgers. In der Praxis ist nicht nur wichtig, dass eine Bedarfsermittlung durchgeführt wird,

sondern auch mittels welcher Methode. Oder anders gesagt: das Gärtnern allein reicht nicht. Die falsche Aussaat lässt Früchte wachsen, die nicht besser zu den Nutzern des Vorgartens passen, als der Wildwuchs zuvor.

Wie oben angedeutet müssen für Aufgaben wie Bedarfsermittlungen ausreichend Ressourcen eingeplant werden. Fehlende oder unzureichende Ressourcen für Bedarfs- und Angebotsplanungen erhöhen die Gefahr, Anstoß einer effektarmen Wirkungskette zu sein, die ihre Ziele verfehlt. Finden Angebotsentwicklungen und -planungen ohne fundierte Erkenntnisse bezüglich sozialräumlicher Bedarfe statt, können eingesetzte Ressourcen fehlgeleitet werden und nicht passgenau für die unterschiedlichen Zielgruppen sein.

Eine Bedarfsermittlung ist Teil größerer Planungsprozesse – genau genommen ist sie Bestandteil einer integrierten Sozialraumanalyse, die als weiteren Teil zunächst eine Bestandserhebung aufweist. Die Bedarfsermittlung kann aus unterschiedlichen Modulen qualitativer und quantitativer Erhebungsmethoden bestehen, deren Erkenntnisse (intersubjektive und objektive Daten) Grundlage für spätere Handlungsempfehlungen sind. Sozialraumanalysen werden häufig in Kooperation und unter Mitwirkung der örtlichen Träger der Früher Hilfen durchgeführt, was für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Netzwerk sehr konstruktiv und Identität stiftend sein kann. Das nachfolgende Schaubild zeigt die unterschiedlichen Module und Dimensionen der Analyse als Ablaufschema:

Abb. 16



Quelle: Eigene Darstellung

Um im Rahmen einer Sozialraumanalyse Aussagen über Bedarfe treffen zu können, muss zunächst der Bestand erhoben werden. Die in der Netzwerkarbeit erhobenen Bestände einer Kommune werden als Datensätze aufbereitet und in virtuelle Netzwerkkarten, onlinebasierte oder analoge Familienwegweiser eingepflegt – im Schaubild linker Analysepfad mit zwei Umsetzungsprozessen. Dadurch wird sichtbar, welche Angebote es in einer Kommune für welche Zielgruppen gibt. Zukünftig haben die Kommunen die Möglichkeit, die Netzwerkkarte bspw. auf der Internet-Homepage ihrer Stadt oder ihres Landkreises zu veröffentlichen und entsprechend des §2 KKG über die Angebote zu informieren.

Die im Schaubild dargestellten Schritte einer Bedarfsermittlung umfassen unterschiedliche qualitative und quantitative Module. Aus Aspekten der Partizipation und des intersubjektiven Erkenntnisgewinns lohnt es sich, Eltern und Fachkräfte mittels quantitativer Fragebögen (Eltern und Fachkräfte) und qualitativer Interviews (Eltern) oder in qualitativen Fokusgruppen (Fachkräfte) zu befragen. Des Weiteren sollte anhand von Bedarfsindikatoren eine sozialraumbezogene Datenanalyse der Sozialstrukturdaten und ggf. der Daten aus Schuleingangsuntersuchungen oder anderen Datensätzen vorgenommen werden – im Schaubild rechter Analysepfad mit zwei Umsetzungsprozessen. Nach der Auswertung

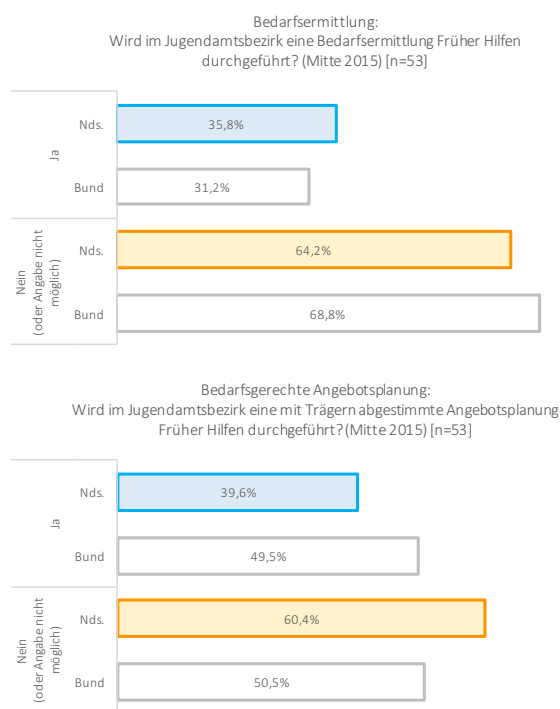
geben die Ergebnisse darüber Auskunft, welche Bedarfe von den Eltern und Fachkräften einer Kommune gesehen werden (Intersubjektive Daten) und welche Bedarfe aus den kommunalen Sozialstrukturdaten und den weiteren Daten abgeleitet werden können (Objektive Daten). Mit der Zusammenführung (1. Datenintegration) der intersubjektiven und objektiven Daten entsteht ein Datenbestand, der über festgelegte qualitative und quantitative Merkmale Aussagen zur Bedarfslage in einer Kommune gibt. Anschließend erfolgt ein Abgleich von Bestand und Bedarf (2. Datenintegration). Als fachliche Grundfolie werden zudem – im Schaubild nicht aufgeführt – die aktuellen Forschungsstände aus Bereichen der Frühkindlichen Bildung und Entwicklung (z.B. Bindungstheorie), der Elternbildung oder der Armutsforschung gesichtet und in Planungsentscheidungen mit einbezogen.

Die Operationalisierung dieses Modells der integrierten Sozialraumanalyse liefert mittelfristig die Datengrundlage für ein kommunales Monitoring Frühe Hilfen, aus dem strategische Entscheidungen für die Qualitätsentwicklung der Angebote bzw. Leistungen und der Netzwerke Früher Hilfen abgeleitet werden können. Zusammenfassend lassen sich folgende Effekte festhalten: Erhobene Ergebnisse dienen

- ▶ als intersubjektive Datengrundlage hinsichtlich der Meinungsbilder von Eltern und Fachkräften sowie als objektive Datengrundlage relevanter Sozialstrukturdaten und Schuleingangsuntersuchungsdaten, die integriert und als Instrument der Planung und Qualitätsentwicklung operationalisiert werden,
- ▶ als Planungsgrundlage für die Entwicklung neuer Angebote, indem exakt ausgewertet werden kann, welche Eltern welcher Zielgruppe welche Bedarfe nennen,
- ▶ als Diskussionsgrundlage für Fachkräfte in den Netzwerken,
- ▶ als Grundlage für Handlungsempfehlungen in politischen Gremien und Verwaltungsgremien,
- ▶ als partizipativer Ansatz, indem im Rahmen der Bedarfsermittlung die Meinung von Eltern und Fachkräften einbezogen wird,
- ▶ als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit.

Damit ist die Bedeutung dieses Qualitätsattributs herausgestellt. Abbildung 17 zeigt, dass 2015 in Niedersachsen 35,8% (Qualitätsindex 3,6) der teilnehmenden Kommunen (n=53) über eine Bedarfsermittlung verfügen bzw. diese durchführen. Im Vergleich zum Bund ist die Quote etwas höher (31,2%) (Qualitätsindex 3,1). Die Folgeabbildung 18 zeigt ergänzend, dass auch Angebotsplanungen noch nicht selbstverständlich sind. 39,6% der niedersächsischen Kommunen führen im Kontext Früher Hilfen abgestimmte Angebots- und Maßnahmenplanungen durch (Qualitätsindex 4,0). Die Bundesquote liegt hier mit 49,5% fast zehn Prozentpunkte höher (Qualitätsindex 5,0).

Abb. 17; 18



Angesichts des gesetzlichen Auftrags und der fachlichen Notwendigkeit muten diese Quoten durchaus niedrig an und deuten auf diesbezügliche Entwicklungsbedarfe. Als tragende Merkmale dieses wichtigen Qualitätsattributs und hinsichtlich der zukünftigen Bedeutung in der Qualitätsentwicklung Früher Hilfen weisen sie eine hohe Steuerungsrelevanz auf.

Bei den Quoten ist jedoch zu bedenken, dass sich die Daten auf die Zeit vor dem Stichtag 30.6.2015 beziehen. Bis dahin hatten die Kommunen erst seit gut zwei Jahren mit dem Netzwerkaufbau begonnen, weshalb Bedarfsermittlungen ggf. noch nicht gestartet oder abgeschlossen waren. Ein weiterer Grund liegt im Modus der Neueinrichtung der Stellen für Koordination. Häufig wurden bestehende Stellen erweitert oder die Koordinationsaufgaben in ein bestehendes Profil integriert, sodass – wie oben bereits angedeutet – keine Neubemessungen stattfanden. Zeitbudgets für Bedarfsermittlung und Angebotsplanung wurden vielfach zu gering eingeschätzt oder gar nicht bedacht. Weiterhin waren bisweilen die Kompetenzen der Fachkräfte nicht ohne weiteres auf diese Aufgaben und Prozesse ausgelegt, um sie selbstständig zu planen, durchführen

zu können oder um zu wissen, welche Unterstützung durch die Planungsstellen Jugendhilfeplanung oder Sozialplanung genau notwendig wäre.

In der Fortschreibung dieses ersten Monitoring-Reports werden diese Merkmale aussagekräftige Hinweise zur Qualitätsentwicklung im Bereich Steuerung und Planung der Netzwerke sein.

2.2.3 PLANUNG UND STEUERUNG: FORTBILDUNGEN

Ein weiteres Qualitätsmerkmal für die Ausgestaltung Früher Hilfen ist die fachliche Begleitung der Fachkräfte durch Fortbildungen und Qualitätszirkel. Zu Beginn der Vernetzung vor einigen Jahren mussten zunächst interdisziplinäre Sprachmodi und semantische Deutungshorizonte der einzelnen Fachdisziplinen aufeinander abgestimmt werden, damit Frühe Hilfen nicht nur ein Kommunikationsgeflecht bilden, sondern auch fachliche Verständnisse integrativ in einer Multidisziplin wachsen konnten bzw. können.

Interdisziplinäre Fortbildungen und Qualitätszirkel sind dafür ein maßgebliches Instrument. Neben dem fachlichen Austausch und individuellen Erkenntnisgewinnen spielt also immer auch die Entwicklung eines integrativen Fachverständnisses und die multiprofessionelle Bewusstseinsbildung eine Rolle. Das Ziel ist langfristig, über Fortbildungen und Qualitätszirkel das Verständnis der Fachkräfte dahingehend anzuregen, dass sie sich zwar weiterhin als Experten ihrer Fachdisziplin verstehen aber gleichzeitig ein Selbstverständnis entwickeln, Interakteure einer Multidisziplin zu sein und entsprechend den Berufsalltag ausgestalten.

Die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen hat zur fachlichen Begleitung der Koordinierungsstellen Niedersachsens frühzeitig eine Fortbildungsreihe zu relevanten Themenfeldern der Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung und zu handlungstheoretischen Aspekten aufgelegt, die durch das Institut für Soziale Arbeit e.V. in Münster durchgeführt wird. Darüber hinaus finden regelmäßige Regionaltreffen der Landeskoordinierungsstelle statt, wodurch die Netzwerkstruktur auf Landesebene gewährleistet ist.

Abb. 19; 20

Auch die Koordinierungsstellen Frühe Hilfen der Kommunen bieten regelmäßige Fortbildungen an. 67,9% der 53 teilnehmende Jugendämter in Niedersachsen und 68,3% auf Bundesebene machten 2015 diese Angabe.

Zur Förderung der Zusammenarbeit und Multiprofessionalität von Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist es sinnvoll, Fortbildungsveranstaltungen anzubieten, bei denen Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen Fortbildungspunkte erlangen können. Mit 45,3% liegt hier die niedersächsische Quote etwas höher als die Bundesquote (38,2%). Dennoch sollte auch auf lokaler Ebene Niedersachsens häufiger an den Aspekt gedacht werden, da er relativ einfach umzusetzen ist und gute Effekte hinsichtlich der Vernetzung der Rechtskreise hat. Diesbezüglich wäre ggf. schon ein allgemeiner Hinweis in den lokalen Steuerungsgruppen ausreichend, um den Punkt bspw. in die Jahresplanung aufzunehmen.

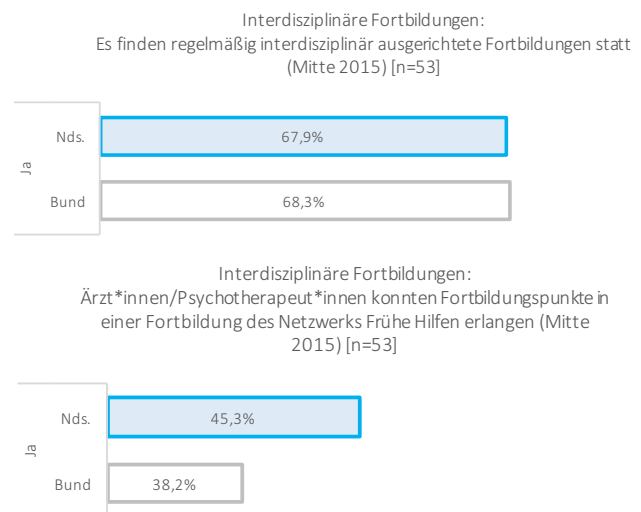
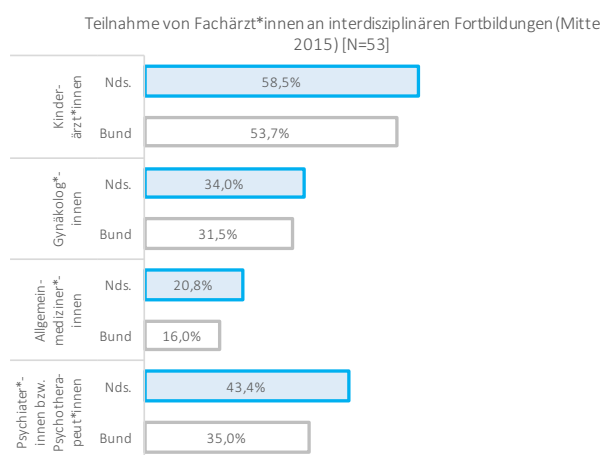


Abb. 21



Die nächste Abbildung zeigt den prozentualen Anteil niedersächsischer Kommunen in Bezug auf die Fortbildungsteilnahme unterschiedlicher Fachärzt*innen/Therapeut*innen in den vergangenen zwei Jahren, also 2013 bis 2015. In diesem Zeitraum haben in 58,5% der niedersächsischen Kommunen Kinderärztinnen und Ärzte an Fortbildungen teilgenommen (Bund: 53,7%). In 43,4% der Kommunen nahmen Psychiater*innen und Therapeut*innen teil (Bund: 35%), in 34% Gynäkolog*innen (Bund: 31,5%) und in 20,8% Allgemeinmediziner*innen (Bund: 16%).

Da die einzelnen Quoten – auch hinsichtlich der Fortbildungspunkte – durchweg höher sind als die

Bundesquoten, scheint es in Niedersachsen eine qualitative Tendenz zu geben, die auf eine gute Ansprache und Werbung für Fortbildungen deutet oder für passende Themenauswahlen und gelingende Vernetzung spricht. Genauer lässt sich anhand dieser Daten nicht eruieren. Auch der Blick in eine qualitative Abfrage der Landekoordinierungsstelle an die niedersächsischen Kommunen hinsichtlich der Einbindung von Geburtskliniken und vertragsärztlichen Qualitätszirkeln in die Frühen Hilfen gibt keine genaueren Auskünfte dazu. Allerdings wurde dort das Thema Fortbildung nicht spezifisch thematisiert, sondern eher die generelle Kooperationsbeschaffenheit. Vielfach wird in den dortigen qualitativen Antworten allerdings die Tendenz bestätigt, dass schon Einiges an guter Kooperation gelingt. Weitere Hinweise dazu werden im Abschnitt ‚Vernetzung und Kooperation‘ gegeben.

2.2.4 PLANUNG UND STEUERUNG: STRUKTURELLE OUTCOMES

Folgende strukturelle Outcomes lassen sich aufführen:

Strukturelle Outcomes: Planung und Steuerung (SO PS 1 bis 7)	
SO PS1	<i>Ein Qualitätsindex (0-10) gibt Auskunft zur Verbreitung 7 formaler Netzwerkinstrumente in den kommunalen Netzwerken Niedersachsens. Das arithmetische Mittel dieser Werte liegt bei 5,1 von 10, was auch qualitativ ein durchschnittlicher Wert mit Entwicklungsbedarf einzelner Instrumente hinsichtlich ihres verbreiteten Einsatzes in Niedersachsen ist. Angesichts der kurzen Implementierungszeit von erst fünf oder weniger Jahren ist der Wert jedoch zu relativieren. Prioritär wird der Entwicklungsbedarf beim Netzwerkinstrument multilaterale Kooperationsvereinbarung (Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit) im Netzwerk gesehen. Dieser weist mit 5,9 zwar einen vergleichsweise höheren Wert auf, allerdings ist seine Bedeutung elementar für die langfristige Zusammenarbeit und damit weiter entwicklungsrelevant.</i>
SO PS2	<i>Themenbezogene (multilaterale) Kooperationsvereinbarungen kommen innerhalb der Netzwerke Früher Hilfen noch relativ selten zum Einsatz. Am häufigsten wurden in den Netzwerken Niedersachsens (multilaterale) Kooperationsvereinbarungen zum Thema ‚Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung‘ geschlossen. Der Qualitätsindex liegt hier bei 4,5 von 10, was bedeutet, dass dieses Instrument in 24 Netzwerken von 53 zum Einsatz kommt.</i>
SO PS3	<i>Bilaterale Kooperationsvereinbarungen zum Thema ‚Verbindliche Vereinbarungen zum Verfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung‘ wurden (2013) am häufigsten (67%) mit Kindertageseinrichtungen geschlossen. 57% der Kommunen schlossen diese Vereinbarungen zudem mit dem ASD ab und 51% mit Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung.</i>
SO PS4	<i>Erhebungen zur Ermittlung des sozialräumlichen Bedarfs an Frühen Hilfen (Bedarfsermittlungen) werden (2015) noch relativ selten durchgeführt. 35,8% der niedersächsischen Kommunen setzen dieses Instrument ein,</i>

	<i>was angesichts des diesbezüglichen gesetzlichen Auftrags gering anmutet. Ein Qualitätsindex von 3,6 von 10 weist auf Entwicklungsbedarf hinsichtlich des Einsatzes von Bedarfsermittlungen hin. Bedarfsermittlungen finden in 19 von 53 Kommunen statt. Ursachen liegen hier vermutlich in geringem Zeitbudget oder seltener Planungsintegration in den Verwaltungen.</i>
SO PS5	<i>Abgestimmte Angebotsplanungen kommen (2015) in 39,6% der niedersächsischen Kommunen bzw. Netzwerke Früher Hilfen als Steuerungsinstrument zum Einsatz. Auch diesbezüglich wird Entwicklungsbedarf gesehen. Ein Qualitätsindex von 4,0 gibt an, dass dieses Steuerungsinstrument in 21 von 53 Kommunen zum Einsatz kommt.</i>
SO PS6	<i>Regelmäßige interdisziplinäre Fortbildungsangebote sind mit 67,9 % relativ verbreitete Maßnahmen des fachlichen Austauschs in den Netzwerken. 45,3% der Kommunen achten zudem darauf, bisweilen Fortbildungen anzubieten, für die Ärzt*innen und Therapeut*innen Fortbildungspunkte erhalten.</i>
SO PS7	<i>Von den Fachärzt*innen haben die Kinderärzt*innen in den letzten zwei Jahren in 58,5% der niedersächsischen Kommunen an Fortbildungsveranstaltungen des Netzwerks teilgenommen, die zweit höchste Quote weisen Psychiater*innen und Therapeut*innen auf. Sie nahmen in 43,4% der Kommunen an Fortbildungsveranstaltungen teil. Insgesamt ist auffällig, dass die Teilnahmequoten aller aufgeführten Mediziner verhältnismäßig höher sind als im Bundesgebiet.</i>

3. QUALITÄTSDIMENSION II: VERNETZUNG UND KOOPERATION

Gute Vernetzung und Kooperation sind der Schlüssel des Erfolges von Prävention und Frühen Hilfen. „Für die Sicherstellung der Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit sind die regelmäßige gemeinsame Verständigung der beteiligten Kooperationspartner über die Ziele der Kooperation, die Festlegung und Überprüfung der Ziele sowie die konzeptionelle Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zentral“ (NZFH, Faktenblatt 3 2017:3).

Das KKG formuliert in Artikel 3, Absatz 1 folgenden Auftrag: „In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen“ (Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2011, Teil 1 Nr. 70:2975).

Traditionell wurde präventive Unterstützung aus den Disziplinen heraus angeboten. Die jeweils originären Einsatzfelder der Jugendhilfe, des Gesundheitssystems, des Bildungs- und Sozialwesens boten ihre Leistungen aus dem Selbstverständnis ihrer eigenständigen Profession heraus an. Ein eigentlicher Auftrag bei der Umsetzung von Früher Hilfen ist, dieses Selbstverständnis um den Ansatz des interdisziplinär gedachten und geplanten Versorgungsauftrags zu erweitern. Aus einer versäulten Angebotsstruktur sollte ein multiprofessionelles Angebotsnetz entstehen, dass nicht nur real vorgehalten wird. Ebenso wichtig ist, dass sich dieser Versorgungsgedanke im fachlichen Selbstverständnis der einzelnen Fachdisziplinen wiederfindet. Dafür müssen alte Denkmuster modifiziert, Konzeptionsparameter verändert und neue Professionsverständnisse zugelassen werden. Anders ist dem Präventionsgedanken in seiner vollen Ausschöpfung von Primär- bis Tertiärprävention nicht nachzukommen. Eine prospektive Förderkonzeption im Sinne des ganzheitlichen Kinderschutzgedankens lässt sich nur umsetzen, wenn sich die einzelnen Fachkräfte im interdisziplinären Unterstützungssystem als Interakteure der Interdisziplin Früher Hilfen verstehen. Aus der Akteurin oder dem Akteur der Fachdisziplin wird die Interakteurin oder der Interakteur einer Multiprofession – ohne die bisherige Berufsidentität aufzugeben. Das neue Professionsverständnis der Fachkräfte ist nach fünf Jahren Bundeskinderschutzgesetz bereits deutlich in kommunalen Netzwerken zu spüren.

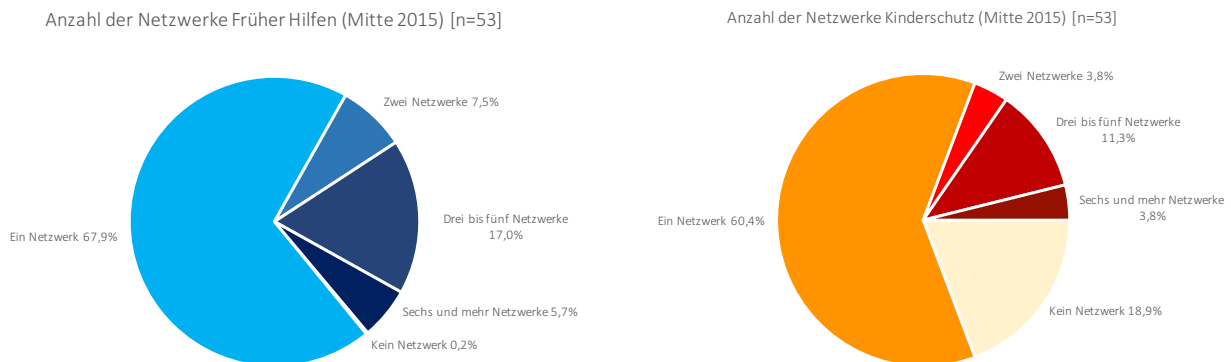
Seit Beginn der Bundesinitiative Früher Hilfen ist die Quote des Aus- und Aufbaus von Netzwerken Früher Hilfen stetig gestiegen. Mitte 2015 gibt es deutschlandweit bereits in 95,4% der 555 befragten Kommunen (Jugendamtsbezirke) Netzwerke Früher Hilfen. In Niedersachsen ist die Quote mit 98,1% noch etwas höher. 52 der 53 BIFH-geförderten bzw. befragten Kommunen unterhielten ein oder mehrere Netzwerke. Nach dem quantitativen Ausbau gilt es, die Qualität der Vernetzung und Kooperation im Hinblick auf erarbeitete Ziele zu sichern und weiterzuentwickeln. Mit den folgenden QUALITÄTSZIELEN (QZ Vernetzung und Kooperation) lässt sich der quantitative Erfolg in den Kontext qualitativer Implikationen der Dimension setzen:

QZ VK1	Netzwerkintegration:	<i>Alle lokalen Anbieter der Frühen Hilfen beteiligen sich aktiv im Netzwerk und auf regelmäßigen Veranstaltungen. Der Nutzen ihrer Arbeit für die Zielgruppe ist erkennlich.</i>
QZ VK2	Qualitätsstandards:	<i>Das Netzwerk entwickelt gemeinsame Ziele, Qualitätsstandards, Standards für die gemeinsame Arbeit und ggf. für die Arbeit mit der Zielgruppe.</i>
QZ VK3	Kooperationsvereinbarungen:	<i>Die Netzwerkmitglieder unterzeichnen Kooperationsvereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit mit personenbezogene Vertretungsregelungen.</i>
QZ VK4	Qualitätszirkel:	<i>Thematische Qualitätszirkel entwickeln die Qualität im direkten Bezug zur Handlungsebene.</i>
QZ VK5	Öffentlichkeitsarbeit:	<i>Das Netzwerk arbeitet marketingstrategisch, tritt in der Öffentlichkeit zieltransparent auf und betreibt gemeinsam Öffentlichkeitsarbeit</i>

3.1 VERNETZUNG: NETZWERKKONFIGURATION

Mitte 2015 halten 67,9% der niedersächsischen BIFH-geförderten Kommunen ein Netzwerk Früher Hilfen vor und 7,5% zwei Netzwerke. In 17% der Kommunen gibt es drei bis fünf Netzwerke und in 5,7% mehr als sechs Netzwerke. Im Vergleich zum Bund ist die Anzahl der alleinigen Netzwerke Frühe Hilfen etwas niedriger. Dort sind es 77,8% (nicht dargestellt).

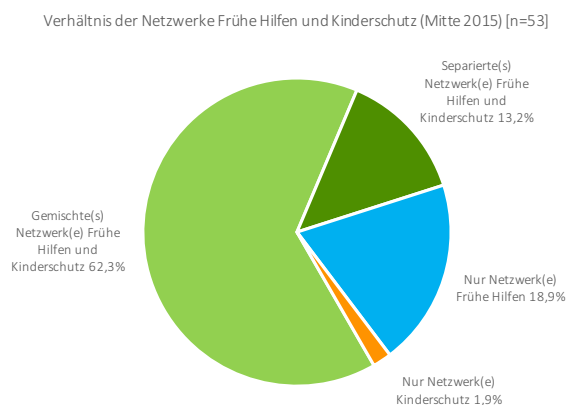
Abb. 22; 23



Mehrere Netzwerke Früher Hilfen gibt es häufig in Landkreisjugendämtern wie bspw. der Region Hannover. Dort liegt aufgrund der regionalen Jugendhilfeträgerschaft die Planungszuständigkeit beim Regionsjugendamt – lokale Netzwerke gibt es hingegen in mehreren Kommunen des Landkreises ohne eigenes Jugendamt. Damit ist für einige Kommunen der Befragung die Angabe ‚Sechs und mehr Netzwerke‘ zu erklären. Auch größere Städte unterhalten bisweilen mehrere Netzwerke Früher Hilfen.

Ab 2007 wurden mit Unterstützung einer Landesförderung an vier niedersächsischen Standorten (Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Oldenburg) ‚Koordinierungszentren Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Früher Hilfen‘ eingerichtet und verbindliche Kooperationsstrukturen mit den im Kinderschutz wirkenden Institutionen aufgebaut. Die Ausrichtung ist tertiärpräventiv und knüpft seit 2012 an die vorgelagerten Präventionsstufen an. 2015 halten insgesamt 80,1% der befragten niedersächsischen Kommunen ein oder mehrere Netzwerke Kinderschutz vor (Bund: 78,5%). Davon gibt es in 60,4% der Kommunen ein Netzwerk Kinderschutz, in 18,9% der Kommunen gibt es mehrere Netzwerke Kinderschutz und ebenfalls in 18,9% gibt es kein Netzwerk (keine Angabe: 1,9%).

Abb. 24



Die vorherigen jeweiligen Angaben ‚Ein Netzwerk‘ bezogen sich auf die jeweiligen Netzwerkthemen Frühe Hilfen oder Kinderschutz. Die Aussage ‚Ein Netzwerk Frühe Hilfen‘ schloss somit weitere Netzwerke Frühe Hilfen aus, nicht aber ein weiteres Netzwerk Kinderschutz oder ein gemischtes Netzwerk.

Gemischte Netzwerke sind seit Mitte 2015 in 62,3% der befragten niedersächsischen Kommunen eingerichtet, zwei separierte Netzwerke gibt es in 13,2% der Kommunen. Ausschließlich ein oder mehrere Frühe Hilfen-Netzwerke gibt es in 18,9% und ausschließlich ein Kinderschutznetzwerk in einer Kom-

mune (1,9%).

Diese ersten Hinweise zeigen bereits, dass die Vernetzung präventiver und intervenierender Akteure und Institutionen einen hohen Stellenwert hat. Kinderschutz hat starke Relevanz – sei es primär-, sekundär- oder tertiärpräventiv. Der

Aus- und Aufbau von Netzwerkstrukturen Früher Hilfen ist seit 2012 mit 98,1% Versorgungsquote 2015 nahezu flächendeckend gelungen.

3.2 VERNETZUNG: NETZWERKAKTEURE

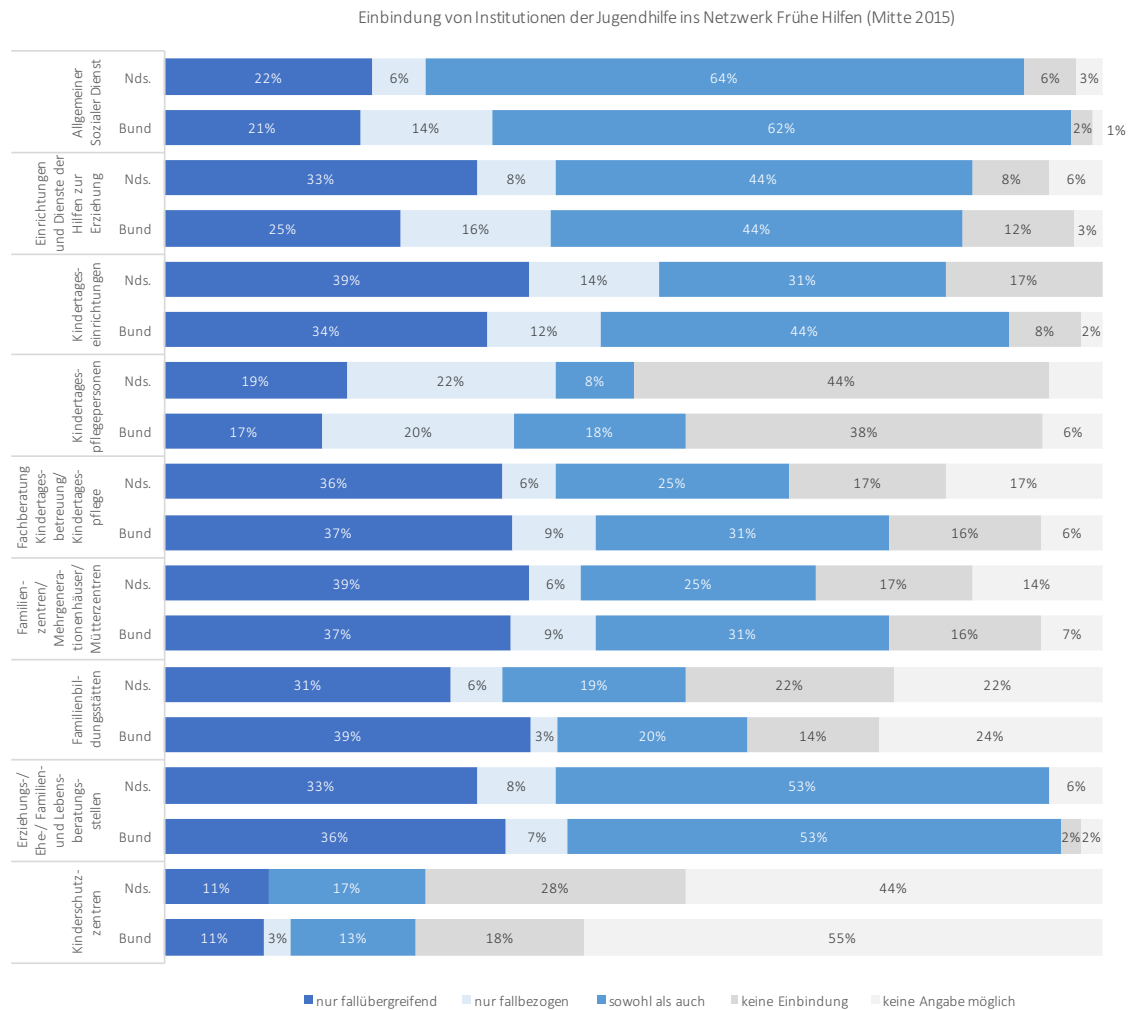
Die sehr gute Versorgungsquote hinsichtlich der Implementierung von Netzwerken in niedersächsischen Kommunen zeigt, dass die strukturellen Rahmenbedingungen zur Vernetzung fast flächendeckend gelegt sind. Hinsichtlich der Qualität der Vernetzung gilt es zu beobachten, welche Netzwerkakteure – damit sind nicht nur Personen, sondern auch Institutionen gemeint – ins Netzwerk Früher Hilfen integriert sind. Die Daten geben Auskunft für drei Akteursgruppen: Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Sonstige – also jene, die nicht spezifisch zugeordnet sind.

Die nachfolgenden Abbildungen betrachten diese drei Gruppen hinsichtlich ihrer Einbindung ins Netzwerk Früher Hilfen. Dabei wird zunächst unterschieden, ob die Akteure nur fallübergreifend, nur fallbezogen, beides oder gar nicht einbezogen sind. (Die weitere Kategorie ‚keine Angabe möglich‘ wird hier nicht weiter berücksichtigt.) Da Fragen zur Einbeziehung unterschiedlicher Akteure nur auf der Ebene der jeweiligen Netzwerke Früher Hilfen eindeutig beantwortet werden können, wurden bei diesen Auswertungen nur jene Kommunen berücksichtigt, in denen genau ein Netzwerk Früher Hilfen besteht (Dateninfo NZFH). Die nachstehenden Quoten basieren für Niedersachsen daher auf den Angaben von 36 Kommunen (67,9%).

Eine weitere Abbildung zu den jeweiligen Akteursgruppen weist sogenannte Integrationsindizes für die Integrationshäufigkeiten der Akteure in Niedersachsen aus. Je höher ein Index, desto häufiger sind sie in den Netzwerken vertreten. Wie schon zuvor setzen die Indizes Hinweismarken hinsichtlich Qualitätsentwicklungstendenzen. Hier wird nur auf Niedersachsen fokussiert.

3.2.1 NETZWERKAKTEURE: INTEGRATION DER JUGENDHILFE

Abb. 25



Der ASD, HzE-Einrichtungen und die Erziehungsberatungsstellen sind in Niedersachsen und auf Bundesebene am häufigsten sowohl fallübergreifend als auch fallbezogen in die Netzwerke eingebunden. Der ASD ist ‚sowohl als auch‘ in 64% der niedersächsischen Kommunen integriert, nur fallbezogen in 6% und nur fallübergreifend in 22%, Erziehungsberatungsstellen in 53% ‚sowohl als auch‘, in 8% nur fallbezogen und in 33% der Kommunen nur fallübergreifend. HzE-Einrichtungen sind ‚sowohl als auch‘ in 44% der niedersächsischen Kommunen ins Netzwerk integriert, nur fallbezogen in 8% und nur fallübergreifend wie schon die Erziehungsberatungsstellen in 33% der Kommunen.

Die Quoten folgen einer gewissen Logik: je mehr die Einzelfallhilfe zum jeweils originären Arbeitsfeld der beteiligten Akteure bzw. Institutionen gehört, desto häufiger ist tendenziell die fallbezogene Einbindung. Fallübergreifend bedeutet, dass ein Akteur in die Kommunikationsstruktur des Netzwerks eingebunden ist, an Netzwerkveranstaltungen und Fortbildungen teilnimmt und auf der Handlungsebene ggf. eine unspezifische Lotsenfunktion einnimmt. Fallübergreifend kann auch bedeuten, dass eine Fachkraft Mitglied der Steuerungsgruppe des Netzwerks ist. Fallbezogen bedeutet, dass die Vernetzung mit Netzwerkpartnern im eigenen Arbeitsfeld operationalisiert ist, es also (ggf. beschriebene) Schnittstellen gibt, die als Kooperationslogik in die Handlungsabläufe des Arbeitsalltags einfließen. So kann es beispielsweise die formale Vereinbarung geben, dass Familienhebammen auch über den ASD eingesetzt werden. In dem Fall nimmt der ASD Kontakt zur Koordinationsstelle des Netzwerks bzw. der Familienhebammen auf und leitet nach Kapazitätsklärungen den Einsatz ein. Fallbezogen kann zudem bedeuten, dass es institutionalisierte Elternkonferenzen (Hilfekonferenzen im sekundärpräventiven Bereich) gibt, in denen neben Familienmitgliedern bspw. eine Kita- oder Krippenfachkraft, eine Familienhebamme, eine Fachkraft der Frühen Beratung oder auch eine Sozialarbeiterin des ASDs beteiligt sind. In solchen Fällen ist die Vernetzung und Netzwerkarbeit durch alle drei Dimensionen der Frühen

Hilfen dekliniert: Von der Planung (z.B. Konzepterstellung ‚Familienkonferenzen‘, Mitarbeit in der Steuerungsgruppe) über die Netzwerkebene (z.B. interdisziplinäre Fachtagungen, Fortbildungen) bis zur Handlungsebene (z.B. sekundärpräventive Familienkonferenzen). Unterschiedliche Konzepte, in denen die Ebenen aller drei Dimensionen zusammenwirken – wie bspw. das ‚Sozialpädiatrische Kita-Konzept‘ als Baustein der Frühen Hilfen der Region Hannover (Wünsch 2017) – gibt mittlerweile einige.

Seltenere Doppelbeteiligungen sind in den niedersächsischen Netzwerken im Bereich Kindertageseinrichtungen und Familienzentren (in 31% bzw. 25% der Kommunen) oder den Familienbildungsstätten (19%) zu finden. Kinderschutzzentren sind in 17% der Kommunen Niedersachsens doppelt beteiligt, am seltensten sind Tagespflegepersonen doppelt integriert (8%).

Die folgende Abbildung zeigt einen diesbezüglichen Integrationsindex, der der Logik der in den Vorkapiteln eingeführten Qualitätsindizes folgt. Der Integrationsindex geht von der Annahme aus, dass alle aufgeführten Institutionen bzw. Akteurinnen und Akteure in das jeweilige kommunale Netzwerk der Frühen Hilfen mindestens irgendwie integriert sein sollten: entweder nur fallbezogen oder nur fallübergreifend oder nur beides. Der hier dargestellte Integrationsindex gibt anhand der Skala von 0 bis 10 den Grad der Integration hinsichtlich einer dieser Möglichkeiten an. 10 bedeutet, dass die Akteure/Institutionen des jeweiligen Bereichs in allen befragten Kommunen Niedersachsens, in denen ein Netzwerk Frühe Hilfen besteht, irgendwie integriert sind, 0 bedeutet das Gegenteil.

Abb. 26

Institution ist Mitte 2015 entweder [a] fallübergreifend, [b] fallbezogen oder [c] fallübergreifend und fallbezogen im Netzwerk Frühe Hilfen vertreten. [Integrationsindex 0-10]



Integrationsindex Wert 10 = Einbindung ins Netzwerk mittels [a], [b] oder [c] niedersachsenweit vorhanden.
Integrationsindex Wert 0 = Einbindung ins Netzwerk niedersachsenweit nicht vorhanden.

Den höchsten Integrationsindex weisen für Niedersachsen aus dem Bereich Jugendhilfe die Beratungsstellen mit dem Wert 9,4 auf, gefolgt vom ASD mit dem Wert 9,2, den HzE-Einrichtungen (8,5) und den Kindertageseinrichtungen (8,4). Die Familienzentren haben in Niedersachsen einen Integrationsindex von 7, die Kita-Fachberatungen von 6,7, die Familienbildungsstätten einen Index von 5,6 und die Tagespflegepersonen von 4,9. Den geringsten Integrationsindex weisen die Kinderschutzzentren mit 2,8 auf, wobei hier nicht ermittelt wurde, in wie vielen Kommunen Niedersachsens sie vorgehalten werden.

Das arithmetische Mittel zeigt nun den metaperspektivischen Integrationsindex der Jugendhilfeeinrichtungen bzw. Akteur*innen für Niedersachsen auf. Er beträgt 6,9 und liegt damit unterhalb dem (hier nicht dargestellten) Integrationsindex des Bundes von 7,7. Im Rahmen von Qualitätsentwicklungsentscheidungen könnte nun die Steuerungsrelevanz beurteilt werden und bspw. hinsichtlich des Index der Kindertagespflegepersonen eine Maßnahme zur Qualitätsentwicklung auf Landesebene entwickelt werden.

3.2.3 NETZWERKAKTEURE: INTEGRATION DES GESUNDHEITSWESENS

Die Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe ist für das Gelingen des Präventionssystems Frühe Hilfen und seine langfristige Wirkung elementar. Aufgrund unterschiedlicher Systemlogiken, Denk- und Handlungsansätzen war es in den ersten Jahren der Bundesinitiative eine der wichtigsten Prioritäten, die Systeme kommunikativ und handlungsorientiert zu koppeln. Eine regelrechte Strukturreform musste und muss weiterhin in den Verwaltungen der Kommunen bewerkstelligt werden.

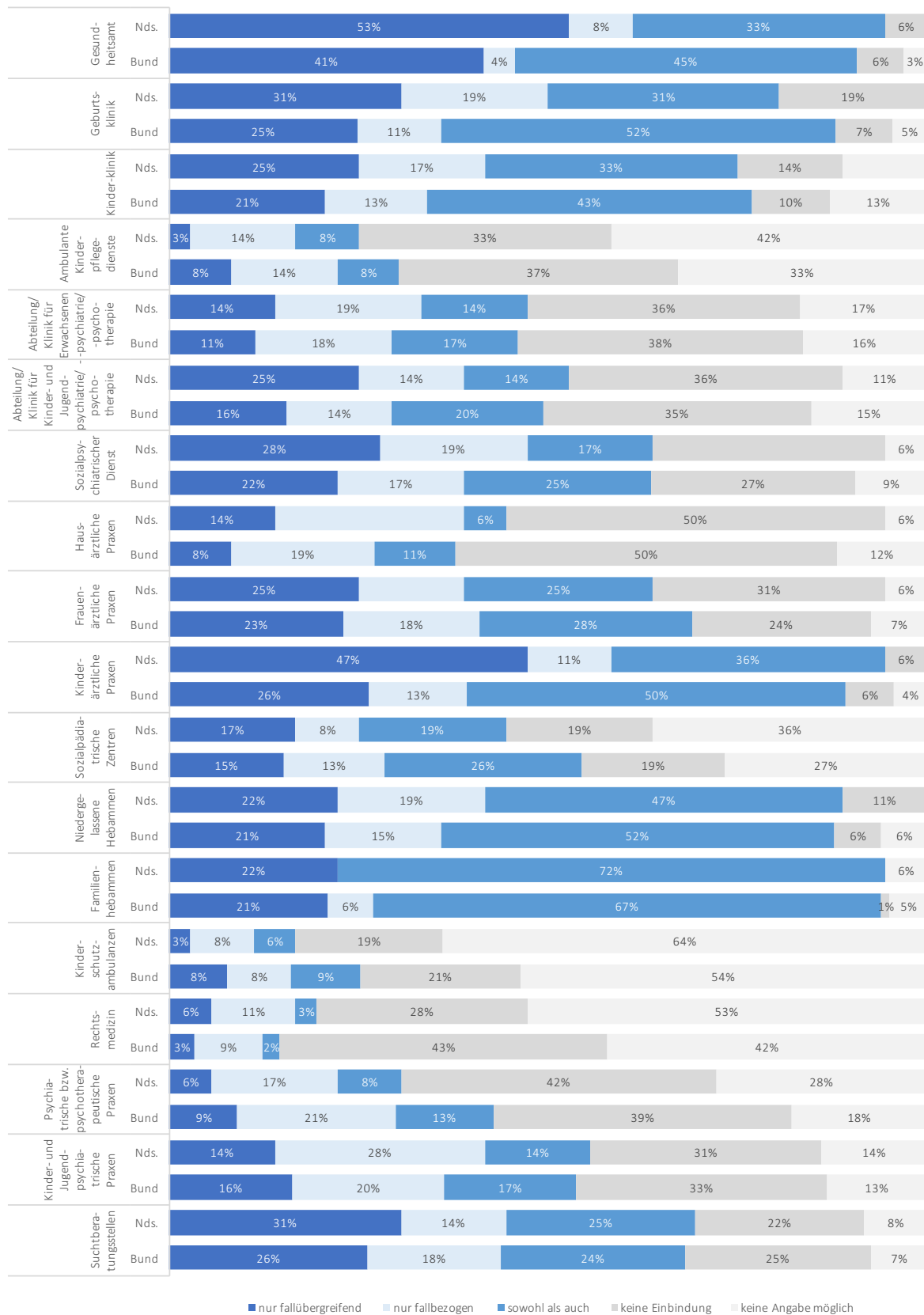
Eltern nehmen Präventionsunterstützung vor allem dann in Anspruch, wenn sie sich im Rahmen der Nachfrage nach Unterstützung sicher und sicher aufgehoben fühlen. Präventive Zugangswege müssen einsehbar und abschätzbar sein, Barrieren sollte es möglichst nicht geben. Eltern haben häufig routinierte Erfahrungen im Umgang mit Akteur*innen, Diensten und Leistungen des Gesundheitswesens. Daher ist ein Ziel der Frühen Hilfen, Strukturkopplungen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe im Realraum so zu gestalten, dass Eltern sich ermutigt fühlen, die nun gekoppelten Systeme und erweiterten Strukturen (bspw. der Familienförderung oder Erziehungsberatung) des Unterstützungssystems in ihr Konzept selbstverständlicher und befürchtungsfreier Nachfrage zu integrieren.

Dazu Geene (2017): „Eltern [bringen] dem Gesundheitswesen zumeist einen großen Vertrauensvorschuss entgegen: Sie werden als Expertinnen und Experten kindlicher Gesundheit anerkannt und damit als Bündnispartnerinnen und Bündnispartner für das Ziel nahezu aller Eltern, dass ihre Kinder gesund aufwachsen und sich wohl fühlen. Diese Nähe und Kompetenzen ermöglichen den Frühen Hilfen einen niederschweligen Zugang zu Familien, der nutzbar gemacht werden kann. Daher stellt die Einbindung von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens eine wichtige Aufgabe für die Netzwerke Früher Hilfen dar.“

Folgende Abbildungen zeigen nun nach dem obigen Prinzip die Einbindung von Akteurinnen und Akteuren bzw. Institutionen des Gesundheitswesens in die Netzwerke Früher Hilfen in Niedersachsen.

Abb. 27

Einbindung von Institutionen des Gesundheitswesens ins Netzwerk Frühe Hilfen (Mitte 2015)

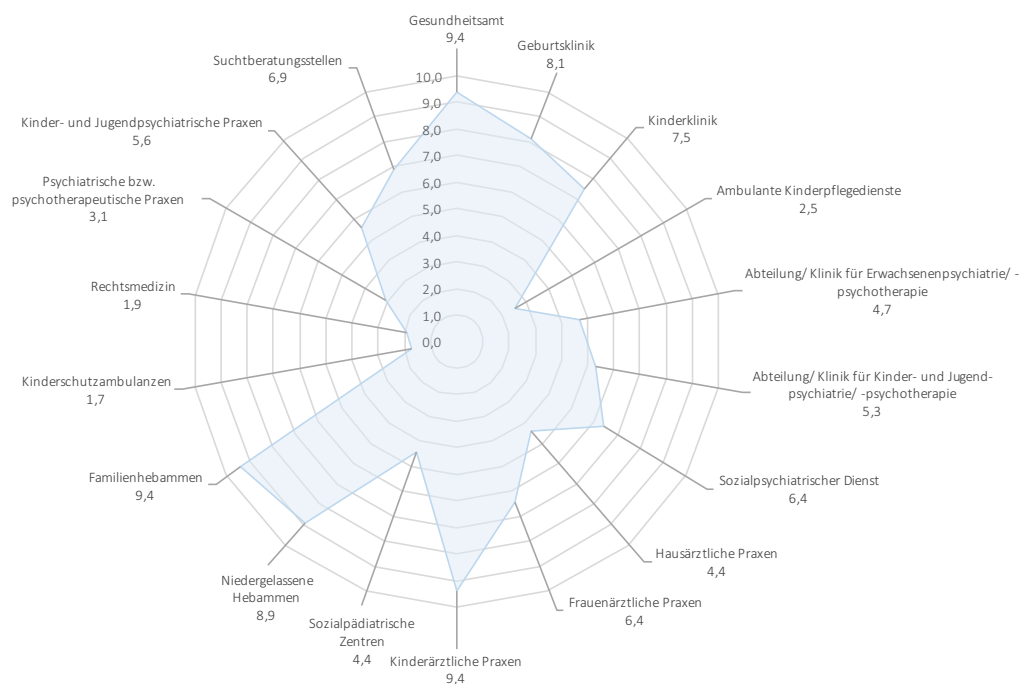


Die Gesamtbetrachtung (Summe) von Akteur*innen, die ‚nur fallbezogener‘ oder ‚nur fallübergreifender‘ oder (nur) ‚sowohl als auch‘ in den Netzwerken der Frühen Hilfen beteiligt sind, zeigt auf Landes- und Bundesebene hohe Beteiligungsquoten insbesondere bei den Familienhebammen, den niedergelassenen Hebammen und den Kinderärztlichen Praxen. Weiterhin sind die Gesundheitsämter gut eingebunden und auch die Kinder- und Geburtskliniken sind an die Strukturen der kommunalen Netzwerke Früher Hilfen gekoppelt. Am seltensten sind auf Bundes- und Landesebene die Rechtsmedizin, die Kinderschutzambulanzen und die ambulanten Kinderpflegedienste in die Netzwerke integriert.

Der Integrationsindex geht wiederum von der Annahme aus, dass alle aufgeführten Institutionen bzw. Akteurinnen und Akteure in das jeweilige kommunale Netzwerk der Frühen Hilfen mindestens irgendwie integriert sein sollten: entweder nur fallbezogen oder nur fallübergreifend oder nur beides. Der hier dargestellte Integrationsindex gibt anhand der Skala von 0 bis 10 den Grad der Integration hinsichtlich einer dieser Möglichkeiten an. 10 bedeutet wiederum, dass die Akteure/Institutionen des jeweiligen Bereichs in allen befragten Kommunen Niedersachsens, in denen ein Netzwerk Frühe Hilfen besteht, irgendwie integriert sind, 0 bedeutet das Gegenteil.

Abb. 28

Institution ist Mitte 2015 entweder [a] fallübergreifend, [b] fallbezogen oder [c] fallübergreifend und fallbezogen im Netzwerk Frühe Hilfen vertreten.
[Integrationsindex 0-10]



Integrationsindex Wert 10 = Einbindung ins Netzwerk mittels [a], [b] oder [c] niedersachsenweit vorhanden.
Integrationsindex Wert 0 = Einbindung ins Netzwerk niedersachsenweit nicht vorhanden.

Die höchsten Integrations-Indizes weisen mit einem jeweiligen Wert von 9,4 die Familienhebammen, das Gesundheitsamt und die Kinderärztlichen Praxen auf. Alle Indizes oberhalb von 5 sagen aus, dass in mehr als der Hälfte der beteiligten Kommunen Niedersachsens die entsprechenden Institutionen in den kommunalen Netzwerken vertreten sind. Je niedriger der Index, desto seltener sind sie niedersachsenweit vertreten. Das arithmetische Mittel ergibt für das Gesundheitswesen einen Integrationsindex von 5,9 – also einen Indexpunkt unterhalb des Integrationsindex Jugendhilfe (6,9). Einerseits zeigt der Wert, dass Akteure des Gesundheitswesens in Niedersachsen schon vielerorts in die Netzwerkstrukturen integriert sind, andererseits bestätigt er, dass Institutionen der Jugendhilfe etwas häufiger eingebunden sind. Angesichts der Tatsache, dass die Koordinierungsstellen der Netzwerke überwiegend in den Jugendämtern angesiedelt sind, ist das Ergebnis plausibel.

Auf Bundesebene hat der Integrations-Index (hier nicht dargestellt) einen Wert von 6,0 – also einen Zehntel Indexpunkt höher als in Niedersachsen. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung auf Landesebene ließen daraus auch für den Gesundheitsbereich Ziele und Strategien ableiten bzw. operationalisieren.

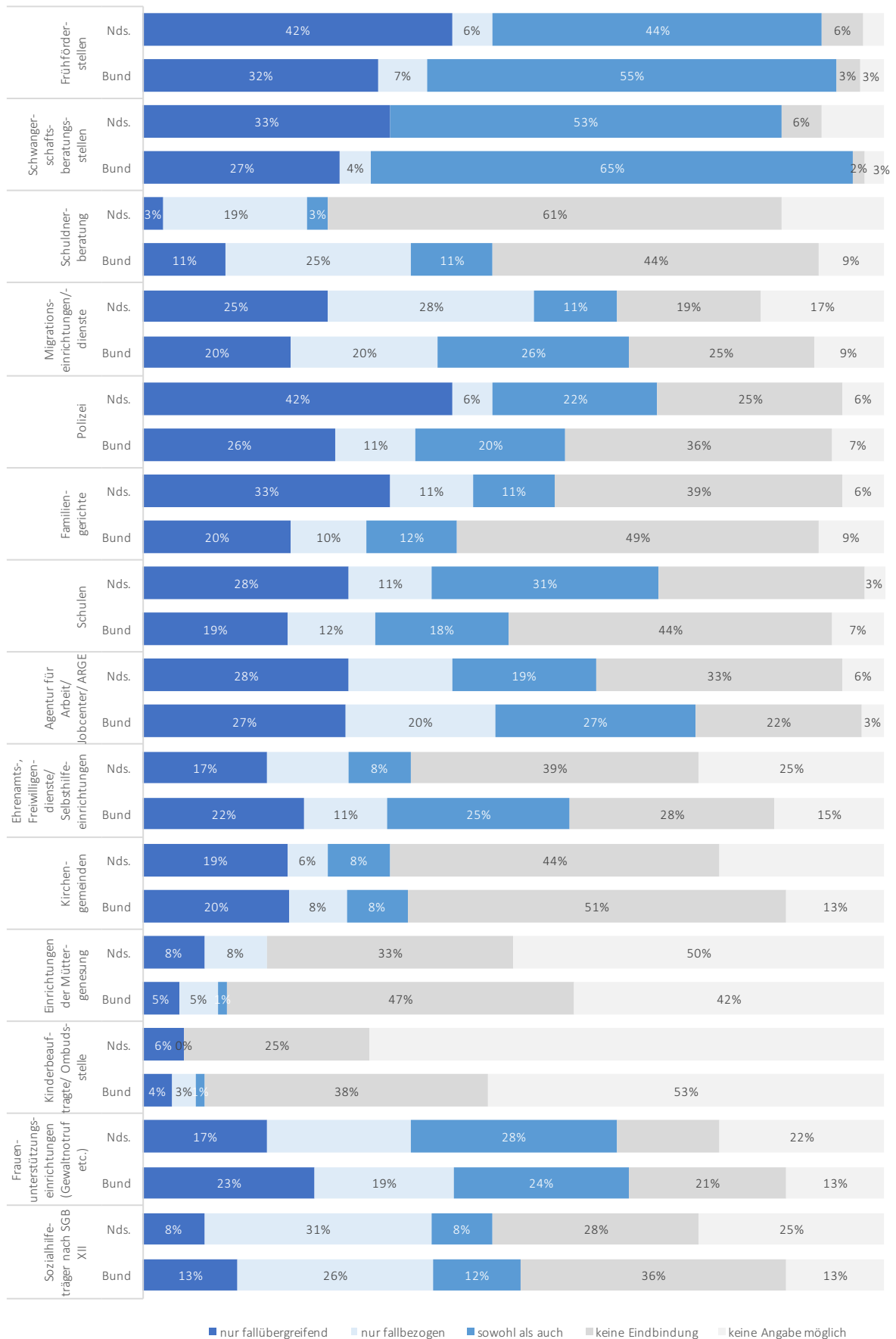
3.2.4 NETZWERKAKTEURE: INTEGRATION SONSTIGER EINRICHTUNGEN

Die kommunalen Netzwerke Früher Hilfen sollten hinsichtlich der Präventionsstufen möglichst ausdifferenziert sein, um Verfahrenswege und Lotsensysteme möglichst ‚dreidimensional‘ über die gänzliche Breite und Tiefe präventiver Angebote und Maßnahmen auszuschöpfen. Hilfe- und Unterstützungssysteme werden insbesondere dann optimiert, wenn keine strukturellen Lücken und Kommunikationsvakuen bestehen. Daher gilt für die Koordinierungsstellen und Steuerungsgruppen schrittweise und fortwährend evaluativ zu prüfen, welche institutionellen Netzwerkpartner beteiligt sind und welche ggf. neu beteiligt werden sollten. Dabei sind unterschiedliche Beteiligungsformen in Betracht zu ziehen. Eine Integration ins Netzwerk bedeutet nicht automatisch die stetige Beteiligung an Netzwerkveranstaltungen. Auch ein gutes Informationsnetzwerk (z.B. mit dem Jobcenter) kann bisweilen ausreichen. Dafür müssen Kommunikationswege und –formen jedoch genauso operationalisiert werden wie direktere Kooperationsformen.

Neben der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen gibt es zahlreiche andere Akteur*innen und Institutionen, deren Integration in die Netzwerke überaus bedeutsam ist. Die folgenden Abbildungen zeigen wie schon zuvor die Akteure einmal als Übersicht und zudem hinsichtlich der Integrationsindizes.

Abb. 29

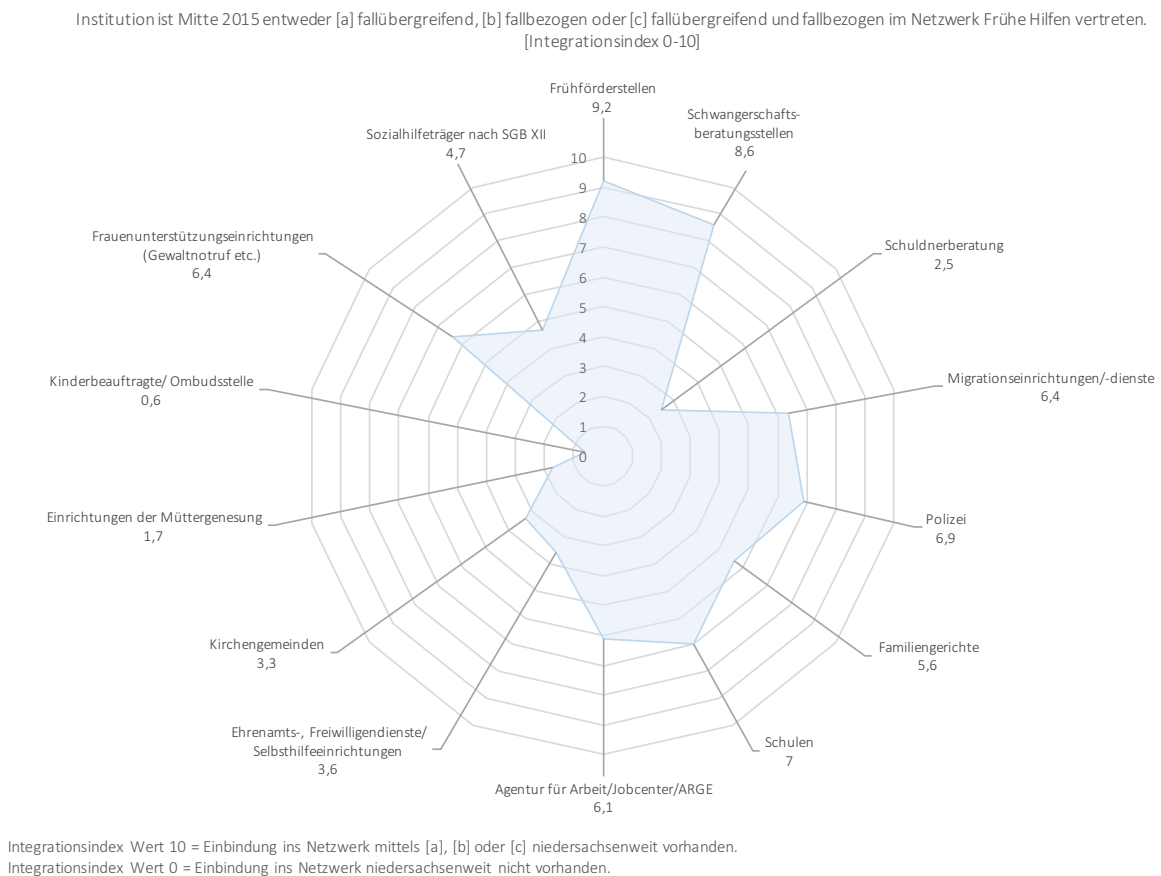
Einbindung von sonstigen Institutionen ins Netzwerk Frühe Hilfen (Mitte 2015)



Ungeachtet der differenzierten Betrachtung einzelner Integrationsvarianten (fallübergreifend, fallbezogen, sowohl als auch) sind auf Landes- und Bundesebene die Schwangerschaftsberatungsstellen und Frühförderstellen am häufigsten in die Netzwerke Früher Hilfen integriert. Weiterhin sind in den Netzwerken beider Ebenen noch die Arbeitsagenturen/Jobcenter, die Schulen, Migrationseinrichtungen, Gewaltnotruf-Einrichtungen für Frauen und Familiengerichte relativ gut vertreten. Auffällige Unterschiede zwischen Land und Bund gibt es bei den Schulen, der Schuldnerberatung und den Freiwilligendiensten/Selbsthilfeeinrichtungen. Auf Bundesebene sind in 58% der BIFH-geförderten Kommunen Freiwilligendienste/Selbsthilfeeinrichtungen in die kommunalen Netzwerke integriert, in Niedersachsen dagegen in 36%. Auch die Einbindung der Schuldnerberatungsstellen ist im Bund vergleichsweise ausgeprägter als in Niedersachsen (47% > 25%). Hingegen sind die niedersächsischen Schulen verhältnismäßig häufiger in den Netzwerken vertreten als auf Bundesebene (70% Nds. > 49% Bnd.). Des Weiteren fällt auf, dass in Niedersachsen die Polizei fallübergreifend in 42% der Kommunen an den Netzwerken beteiligt ist, während diese Quote auf Bundesebene 28% beträgt.

Auch hier geht der Integrationsindex von der Annahme aus, dass alle aufgeführten Institutionen bzw. Akteurinnen und Akteure in das jeweilige kommunale Netzwerk der Frühen Hilfen mindestens irgendwie integriert sein sollten: entweder nur fallbezogen oder nur fallübergreifend oder nur beides. Der dargestellte Integrationsindex gibt anhand der Skala von 0 bis 10 den Grad der Integration an. 10 bedeutet erneut, dass die Akteure/Institutionen des jeweiligen Bereichs in allen befragten Kommunen Niedersachsens, in denen ein Netzwerk Frühe Hilfen besteht, irgendwie integriert sind, 0 bedeutet das Gegenteil.

Abb. 30



Die prozentualen Angaben der vorherigen Abbildung zeigten bereits die Ausprägungen jeweiliger Institutionen bzw. Akteur*innen. Den niedrigsten Integrationsindex haben Ombudsstellen/Kinderbeauftragte mit einem Wert von 0,6. Das bedeutet, dass sie in den Niedersächsischen Netzwerken nahezu nicht vertreten sind, was aus Aspekten der Partizipation einen Merkposten darstellen könnte. Sollte das Thema auf lokaler Ebene fokussiert werden, müsste zunächst eine Klärung stattfinden, inwiefern es institutionelle Ombudsstellen in der Kommune gibt und wie eine Anbindung an das Netzwerk Frühe Hilfen aussehen könnte.

Ein weiterer Hinweis richtet sich auf den Integrationsindex der Kirchengemeinden. Sie weisen für Niedersachsen einen Integrationsindex von 3,3 auf, was gering anmutet. Angesichts der Rolle der Kirchengemeinden im Kontext präventiver Elternbildung und Beratung sollte ein höherer Integrationsindex angestrebt werden. Eine indirekte Steuerungsrelevanz für die Landeskoordinierungsstelle wird diesbezüglich allerdings weniger gesehen, da die Förderung der Integration ins lokale Netzwerk weniger über Angebote der Qualitätsentwicklung auf Landesebene anzustoßen ist als auf kommunaler Ebene.

Das arithmetische Mittel der einzelnen Integrationsindizes der Sonstigen Einrichtungen ergibt für die niedersächsischen Kommunen einen Integrationsindex von 5,2. Dieser wortwörtlich durchschnittliche Wert spiegelt die Varianzen hinsichtlich der Integration einzelner Akteure bzw. Institutionen wieder. Während einige Akteur*innen sehr häufig in die kommunalen Netzwerke integriert sind, haben andere einen sehr niedrigen Index. Im Vergleich zu Niedersachsen weist der ermittelte Integrationsindex für den Bund einen Wert von 5,4 auf und ist damit geringfügig höher. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung auf Landesebene ließen sich daraus auch für den Bereich der Sonstigen Einrichtungen Ziele und Strategien ableiten und operationalisieren.

3.3 VERNETZUNG: KOOPERATION ZWISCHEN DEM GESUNDHEITSWESEN UND DER JUGENDHILFE

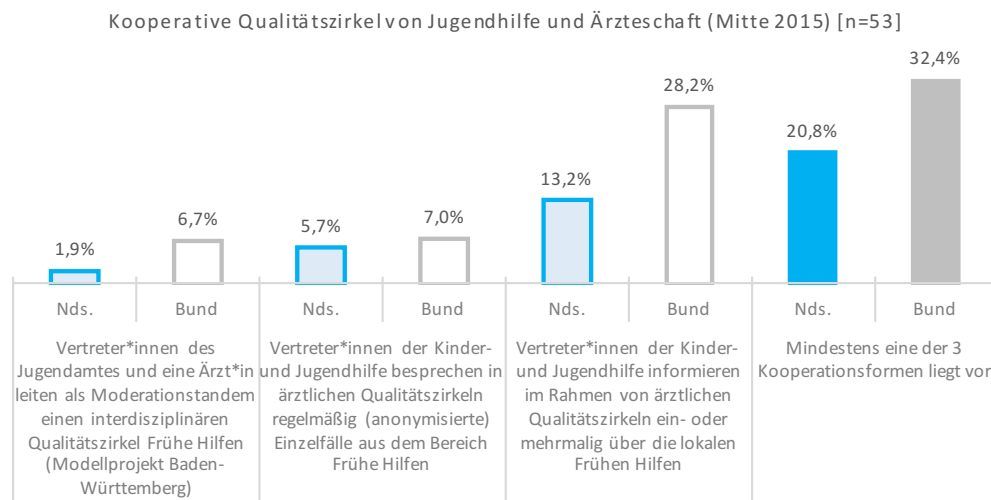
Ein weiterer Fokus kann anhand der Daten bezüglich der Kooperation von Jugendhilfe und Ärzteschaft in ausgewiesenen Qualitätszirkeln genommen werden. Die Bedeutung von Qualitätszirkeln ist immens, da sie einen intensiven fachlichen Austausch im direkten Bezugsrahmen der Handlungsebene darstellen. Damit besteht ein dichter Realbezug. Durch gemeinsame Qualitätszirkel können die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe und die Angebotsqualität von kooperativen Angeboten oder Maßnahmen Früher Hilfen verbessert werden. Fachstimmen einer Tagung des NZFHs (2014) weisen auf die Bedeutung für die Praxis und letztendlich die Zielgruppen der Kinder und Eltern hin (Pressemitteilung des NZFH)⁴:

„Das Krankheitsspektrum bei Kindern hat sich in den letzten Jahrzehnten entscheidend verändert. Viele Kinder sind heute gesund. Allerdings haben in unterschiedlichen Gruppen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, psychische Auffälligkeiten, Übergewicht und Bewegungsmangel gerade bei Kindern in schwierigen sozialen Lebensbedingungen zugenommen“, sagt Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, fügt an: „Ärztinnen und Ärzte erkennen frühzeitig die Schwierigkeiten der Familien. Allerdings ist oft die medizinische Hilfe allein nicht ausreichend, um die gesunde Entwicklung der Kinder nachhaltig zu fördern. Häufig ist dies durch die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe in den Frühen Hilfen möglich.“ Dazu erläutert Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung in Baden-Württemberg: „In Baden-Württemberg wurde dieses Modell mit der Förderung durch das NZFH erprobt und es ist mittlerweile fast flächendeckend umgesetzt. Wir freuen uns sehr, dass wir gemeinsam mit dem BKK Landesverband Süd und den teilnehmenden Betriebskrankenkassen den ersten Schritt in die Regelversorgung machen können.“

Damit ist ein langfristiges Ziel formuliert. Die folgende Abbildung zeigt, wie die konkrete Kooperation in diesem Bereich in Niedersachsen bereits gelingt. Bezugsgrößen sind erneut Quoten der Bundesebene.

⁴ Abrufbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/presse/pressemitteilungen/qualitaetszirkel-verbessern-zusammenarbeit-und-foerdern-gesundes-aufwachsen-von-kindern/?L=0>

Abb. 31



Drei Varianten der Kooperation wurden abgefragt:

- 1) Vertreter*innen des Jugendamtes und eine Ärzt*in leiten als Moderationsteam einen interdisziplinären Qualitätszirkel Frühe Hilfen (Modellprojekt Baden-Württemberg).
- 2) Vertreter*innen der Kinder- und Jugendhilfe besprechen in ärztlichen Qualitätszirkeln regelmäßig (anonymisierte) Einzelfälle aus dem Bereich Frühe Hilfen.
- 3) Vertreter*innen der Kinder- und Jugendhilfe informieren im Rahmen von ärztlichen Qualitätszirkeln ein- oder mehrfach über die lokalen Frühen Hilfen.

In Niedersachsen gaben 24 (45,3%) der BIFH-geförderten Kommunen 2015 an, dass keine der drei Varianten zutraf (in der Abbildung nicht dargestellt). Deutschlandweit beträgt diese Quote 42,3%. Der relativ geringe Unterschied dieser Vergleichsquoten kommt zustande, da in Niedersachsen deutlich mehr der Befragten das Auswahlkriterium 'Keine Angabe/Keine Angabe möglich' wählten. Dadurch erklärt sich, dass in den anderen Items durchaus größere Unterschiede zu sehen sind.

Kooperationsvariante 1) ist mit 1,9% in einer niedersächsischen Kommune vertreten, im Bund sind es 6,7%. Variante 2) besteht als Kooperationsform in 5,7% der niedersächsischen Kommunen (Bund: 7%) und Kooperationsvariante 3) in 13,2% der kommunalen Netzwerke Niedersachsens. Hier liegt die Bundesquote mit 28,2% sehr deutlich über der niedersächsischen Quote. Mindestens einer der drei Kooperationsvarianten findet in 20,8% der niedersächsischen Anwendung und zu 32,4% auf Bundesebene.

Wenden wir auch hier einen Qualitäts-Index an, wird Entwicklungsbedarf skaliert. Ein definierter Qualitätsindex weist die höchste Qualität in der kooperativen Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen aus, wenn in allen Kommunen mindestens eine der drei Kooperationsvarianten vorliegt (Index 10). Der Index 0 bedeutet das Gegenteil. Mit einem Qualitätsindex von 2,1 besteht in Niedersachsen ein vergleichsweise stärkerer Entwicklungsbedarf als auf Bundesebene (Qualitätsindex 3,2), wobei der Entwicklungsbedarf auch auf Bundesebene noch deutlich ist.

In einzelnen Kommunen Niedersachsens finden diese Kooperationsformen durchaus schon Anwendung. Eine Befragung der niedersächsischen BIFH-geförderten Kommunen durch die Landeskoordinierungsstelle zum Thema 'Einbindung von Geburtshäusern und vertragsärztlichen Qualitätszirkeln in den Frühen Hilfen' zeigte 2016, dass bisweilen schon Foren des Informationsaustauschs bestehen. Vielfach wurde jedoch auch angegeben, dass keine Kooperationsformen stattfinden, was das Ergebnis der Kommunalbefragung bestätigt. Die nachfolgende qualitative Antwort spiegelt diesbezüglich eine gelingende Praxis wieder:

„Informationen zu Netzwerktreffen/Fachtagungen werden an die Ärztekammer bzw. an die Ärzte im Verteiler-Frühe Hilfen geschickt. Allgemeine Informationen zum Thema Kinderschutz und Frühe Hilfen werden ebenfalls über E-Mails oder telefonisch an ansässige Ärzte geschickt. Zudem besteht ein Kontakt zu dem örtlichen Qualitätszirkel der Ärzte. Im November 2015 wurde das Jugendamt zu einem Referat bzgl. Kinderschutz eingeladen. Es findet eine anlassbezogene Zusammenarbeit statt.“

Folgende ausgewählte Antworten der Koordinatorinnen und Koordinatoren Niedersachsens sind aus der Auswertung der Landeskoordinierungsstelle zur o.g. Befragung (Boes 2016) entnommen und dienen hier der weiteren Konturierung:

33 der befragten Kommunen (60%) gaben an, dass die Einbindung der Geburtskliniken in das Netzwerk Frühe Hilfen über die Einladung und Teilnahme an den kommunalen Netzwerktreffen hinausgeht. Dabei beschreiben die Kommunen zusammenfassend Folgendes:

- ▶ Weitergabe von Informationen aus dem Bereich der Frühen Hilfen
- ▶ Regelmäßiger Informationsaustausch
- ▶ Beratung von Klinikpersonal
- ▶ Beratung von Eltern
- ▶ Vermittlung von und in Unterstützungsmöglichkeiten der Frühen Hilfen
- ▶ Erarbeitung von Handlungsempfehlungen (z.B. bei Kindeswohlgefährdung) und Kooperationsvereinbarungen
- ▶ Themenbezogene Kooperationen und gemeinsame (Fortbildungs-)Veranstaltungen
- ▶ Fallbezogene Kooperation
- ▶ Einsatz von eigenem Personal z.B. Hebammen und FGKIKP in den Kliniken (z.B. zur Beratung, Willkommensbesuche etc.)
- ▶ Mitarbeit im Beirat Frühe Hilfen
- ▶ Enger Kontakt zu einzelnen Ärzten und Klinikpersonal
- ▶ Teilnahme an Teamsitzungen der Beleghebammen

Kooperationsaktivitäten zwischen der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen und den niedergelassenen Kinderärzten findet über folgende Instrumente statt:

- ▶ Einladung zu Netzwerktreffen
- ▶ Zusammenarbeit in Netzwerktreffen und Arbeitskreisen (auch gegenseitig)
- ▶ Informationsweitergabe über Veranstaltungen, neue Angebote etc.
- ▶ Anlassbezogene Zusammenarbeit (z.B. zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, Kooperationsvereinbarungen)
- ▶ Fallbezogener Austausch
- ▶ Einbindung in Fachtage und Projekte

In dieser Befragung gaben 56% (25) der teilnehmenden Kommunen an, dass keine Kooperation mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln bestehe. Sofern es eine Kooperation gibt, erfolgt sie über

- ▶ Informationen über und Vorstellung der Frühen Hilfen in Qualitätszirkeln
- ▶ anlassbezogenem Austausch
- ▶ Einbindung in Fachvorträgen, gemeinsame Fortbildungen
- ▶ Beteiligung einzelner Schlüsselpersonen (z.B. zum Transfer)
- ▶ Gemeinsame Qualitätszirkeltreffen

Abschließend wurden in der Befragung konkreter Unterstützungsbedarf bzw. Vorschläge im Hinblick auf gelingende Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe erfragt. Die Netzwerkkordinator*innen gaben folgende deskriptive Antworten (Auswahl: Antworten, die Rückschlüsse auf einzelne Kommunen geben oder nicht direkt dieses Thema fokussieren wurden an dieser Stelle ausgelassen):

- ▶ Regional übergreifende und gemeinsam geplante Veranstaltung für Netzwerkkoordination und Gesundheitswesen anbieten
- ▶ Finanzielle Anreize für Vertreter*innen des Gesundheitswesens zur Beteiligung in den Netzwerken Frühen Hilfen schaffen
- ▶ Einbindung von Fortbildungspunkten für Ärzte bei Veranstaltungen der Frühen Hilfen
- ▶ Bereitstellung von Argumentationshilfen oder Leitlinien zur Motivierung von Fachkräften
- ▶ Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit

- ▶ Unterstützung bei der Entwicklung eines Qualitätszirkels Frühe Hilfen mit den Geburtskliniken/Gynäkologen/Kinderärzten
- ▶ Erfahrungsaustausch mit anderen Kommunen
- ▶ Kooperation der Landeskoordinierungsstelle mit den Landesspitzenverbänden der Krankenkassen hinsichtlich des neuen Präventionsgesetzes, welches die Frühen Hilfen ansatzweise einbindet
- ▶ Überblick über das System der Qualitätszirkel sowie der konkreten Strukturen im Gesundheitswesen
- ▶ Unterstützung bei / Organisation von / Beteiligung an Informationsveranstaltungen für Vertreter aus dem Gesundheitswesen

3.4 VERNETZUNG UND KOOPERATION: STRUKTURELLE OUTCOMES

	Strukturelle Outcomes: Vernetzung und Kooperation (SO VK 1 bis 8)
SO VK1	<i>Integration der Jugendhilfe ins Netzwerk Frühe Hilfen: Am häufigsten sind (2015) die Erziehungsberatungsstellen in den kommunalen Netzwerken Niedersachsens vertreten (in 94% der Kommunen). Darüber hinaus ist der ASD sehr häufig vertreten (in 92%), auch die H&E-Einrichtungen (in 85% der Kommunen) und die Kindertageseinrichtungen (in 84%).</i>
SO VK2	<i>Der Integrationsindex (Planungswert) der Jugendhilfeeinrichtungen in Niedersachsen hat einen Wert von 6,9 (von 10). Der Integrationsindex des Bundes liegt bei 7,7 (von 10), ist also 0,8 Punkte höher.</i>
SO VK3	<i>Integration des Gesundheitswesens ins Netzwerk: Am häufigsten sind Familienhebammen (94%), Kinderärztliche Praxen (94%), das Gesundheitsamt (94%), niedergelassene Hebammen (84%), Geburtskliniken (81%) und Kinderkliniken (75%) in den niedersächsischen Netzwerken der BIFH-geförderten Kommunen vertreten.</i>
SO VK4	<i>Der Integrationsindex (Planungswert) des Gesundheitswesens in Niedersachsen hat einen Wert von 5,9 (von 10). Damit ist er niedriger als der Integrationsindex Jugendhilfe. Der ermittelte Planungswert des Bundes beträgt für das Gesundheitswesen 6,0. Also ist er geringfügig höher.</i>
SO VK5	<i>Integration der Sonstigen Einrichtungen: Die Sonstigen Einrichtungen bzw. Akteure sind unterschiedlich stark in die niedersächsischen Netzwerke involviert. Am häufigsten sind die Frühförderstellen und Schwangerschaftsberatungsstellen in den kommunalen Netzwerken vertreten.</i>
SO VK6	<i>Der ermittelte Integrationsindex (Planungswert) der Sonstigen Einrichtungen in Niedersachsen hat einen Wert von 5,2 (von 10). Der ermittelte Index für den Bund liegt bei 5,4 und ist damit auch geringfügig höher</i>
SO VK7	<i>Aus den drei ermittelten Integrationsindizes lässt sich nun wiederum das arithmetische Mittel bilden und als globaler Planwert ein Gesamtindex für die Integration von Akteuren in die Netzwerke Früher Hilfen zeigen: Niedersachsen hat als Gesamtintegrationsindex einen Wert von 6,0, der Bund hat einen Wert von 6,4.</i>
SO VK8	<i>Kooperationen bzw. Kooperationsformen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen über Qualitätszirkel sind auf Bundesebene vergleichsweise stärker ausgeprägt als in Niedersachsen. Von drei möglichen Formen über Qualitätszirkel zu kooperieren, liegt deutschlandweit in 32,4% der BIFH-geförderten Kommunen mindestens eine der Formen vor, in Niedersachsen hingegen in 20,8% der Kommunen.</i>

4. QUALITÄTSDIMENSION III: ANGEBOTE UND MAßNAHMEN

Angebote und Maßnahmen sind die Vermittlungs- und Resonanzräume im Präventionsansatz der Früher Hilfen. Die primär- und sekundärpräventiven Konzepte und ihre Umsetzung durch die jeweiligen Fachkräfte sind ausschlaggebend für die Wirksamkeit des Ansatzes. Letztendlich zeigt sich die Wirksamkeit in der Höhe des Nutzens für die unterschiedlichen Zielgruppen der Kinder und Eltern. Das erfordert zielgruppenorientierte – also passgenaue bzw. bedarfsgerechte – Angebote, die sich stets daran messen lassen müssen, ob sie ihr Ursprungsziel inhaltlich und methodisch erreicht haben.

In der Dimension I dieses Reports wurde bereits darauf hingewiesen, wie elementar Integrierte Sozialraumanalysen als Planungsgrundlage für die Ausgestaltung Früher Hilfen sind. Erst wenn Kenntnis darüber besteht, welche Zielgruppen in einem Sozialraum einer Kommune leben, kann eine fundierte Angebotsplanung erfolgen. Dabei reicht es jedoch nicht aus, sozialstrukturelle Daten über die Bevölkerung und die potentiellen Zielgruppen zu haben. Es müssen nunmehr Kenntnisse darüber bestehen, wie welche Zielgruppen angesprochen und erreicht werden. Viel zu häufig wird in der Sozialen Arbeit noch dem Trugschluss aufgegeben, man konzipiere ein Angebot für möglichst viele, dann werden am Ende schon ein paar – in diesem Fall Eltern – übrigbleiben, die das Angebot in Anspruch nehmen. Oftmals ist das nicht der Fall. Unspezifische Angebote erreichen entweder niemanden oder nur jene, die in der Regel eine hohe Bildungsaffinität aufweisen und aktiv nach Angeboten Ausschau halten.

Mit Hilfe der Zielgruppenforschung kann sehr analytisch auf Zielgruppen und ihre Charakteristika geschaut werden, um Angebote schließlich so zu konzipieren, dass jeweilige Charakteristika angesprochen werden. Insbesondere für Eltern bildungsungewohnter Sozialmilieus sind zahlreiche Angebote der präventiven Elternbildung nicht passend, weil das Vermittlungs- bzw. Lernsetting dieser Konzepte nicht geeignet ist. Es gibt nicht die vielen Eltern, die nicht erreicht werden, sondern die vielen Konzepte, die nicht passend sind. Echte Partizipation schon in der Früh- oder Vorphase einer Konzeptentwicklung öffnet nicht nur Türen, sondern hebt sie aus den Angeln.

Ein Blick auf unterschiedliche Zielgruppen soll an dieser Stelle die Bedeutung der passgenauen Angebotsentwicklung und -planung unterstreichen. Unterschieden wird zunächst in die potentielle und die konkrete Zielgruppe. Die Konkrete Zielgruppe hat einen aktuellen oder fortwährenden Informations- bzw. Unterstützungsbedarf, die potentielle könnte diesen im Verlauf ihrer Schwanger- und Elternschaft ggf. haben. Weiterhin werden zwei Gruppen unterschieden – die bildungsincludierten (bildungsgewohnten) und die bildungsexkludierten Bildungsbenachteiligten) Eltern. Neben der Bildungsgewohnheit werden Elternzielgruppen hinsichtlich ihrer Veränderungsbereitschaft (entwicklungsbestrebt) bzw. ihrer Persistenzneigung (veränderungsablehnend) unterschieden. Kurz gesagt: es gibt bildungsgewohnte und zugleich persistent ausgerichtete Eltern, bildungsgewohnte und zugleich entwicklungsbestrebte Eltern, bildungsbenachteiligte und zugleich persistent ausgerichtete Eltern und bildungsbenachteiligte und zugleich entwicklungsbestrebte Eltern. Mit Hilfe der Milieuforschung (z.B. des Sinusinstituts) können die Zielgruppen nun weiter spezifiziert werden. Demnach gibt es fünf Elternzielgruppen Früher Hilfen:

- ▶ *Die intellektuelle Elite:* Eltern dieser Zielgruppe verfügen über (traditionell) ausgeprägte Bildungserfahrungen. Sie wird wiederum in zwei Gruppen unterteilt:
 - ▶ Die persistent ausgerichtete intellektuelle Elite ist als Zielgruppe Früher Hilfen kaum zu erreichen. Eltern sehen die Angebote als nützlich für andere Elternzielgruppen, bewerten ein an sie gerichtetes Unterstützungsangebot jedoch eher als Affront. Familiäre Problemlagen werden vielfach im eigenen Sozialmilieu bearbeitet.
 - ▶ Die entwicklungsbestrebt ausgerichtete intellektuelle Elite ist für bestimmte Angebote Früher Hilfen offen und erreichbar. Die intellektuelle Bildungsaffinität dieser Eltern hat eine soziale Ausprägung, die ihr Interesse für das Gemeinwohl u.a. auf präventive Angebote für Eltern richten lässt. Weckt ein Angebot ihr Eigeninteresse, scheuen sie sich nicht es zu unterstützen oder auszuprobieren.
- ▶ *Die Bildungspragmatiker:* Eltern der Bildungspragmatiker verfügen über tendenziell kontinuierliche Bildungserfahrungen, einen mittleren Bildungsstatus und sind persistent ausgerichtet. Sie nehmen Angebote Früher Hilfen eigenmotiviert sehr selten wahr und sind schwer zu erreichen. Die Systeme Früher Hilfen (wie bspw. die Elternbildung) sind ihnen kaum präsent. Sollten sie doch mal einen Bedarf für sich sehen, suchen und entscheiden sie weniger interessengesteuert, sondern wägen rational den Nutzen ab.

- ▶ *Die Bildungsperformer:* Eltern der Bildungsperformer verfügen über kontinuierliche Bildungserfahrungen, ein mittleres bis hohes Bildungsstatus und sind entwicklungsbestrebt. Sie sind von allen Zielgruppen am leichtesten zu erreichen. Aufgrund ihrer Bildungsaffinität sind viele der Eltern interessiert und neugierig, fragen Bildungsangebote der Frühen Hilfen selbständig nach oder lassen sich bei guter Ansprache motivieren. Haben Angebote einen hohen ‚Hilfs-Charakter‘ steht ein Teil der Eltern dieser Zielgruppe ihnen ablehnend gegenüber.
- ▶ *Die Bildungs-Endeavoristen:* Eltern dieser Zielgruppe verfügen über tendenziell diskontinuierliche Bildungserfahrungen und einen eher niedrigen Bildungsstatus, sind trotz Schwellenängsten aber entwicklungsbestrebt. Ihnen fällt es schwer, eigeninitiativ Angebote der Frühen Hilfen aufzusuchen. Fehlende Bildungsgewohnheiten und Schwellenängste halten sie ab. Dennoch lassen sie sich ‚abholen‘ sobald ihnen Wertschätzung entgegengebracht wird oder sie partizipativ in das Angebot eingebunden werden. Durch positive Bildungserlebnisse werden sie bestärkt und sind offen für weitere Angebote.
- ▶ *Die Bildungs-Deprivierten:* Eltern dieser Zielgruppe verfügen über tendenziell diskontinuierliche Bildungserfahrungen mit Bildungsabbrüchen und einen eher niedrigen Bildungsstand. Sie sind persistent ausgerichtet und haben starke Vorbehalte gegenüber intellektuell anmutenden Bildungssettings, stehen ihnen häufig misstrauisch bis ablehnend gegenüber. Eltern der Bildungs-Deprivierten Zielgruppe suchen eigeninitiativ keine Angebote der Frühen Hilfen auf und sind sehr schwer zu erreichen. Ihr eigenes Sozialmilieu gibt ihnen Sicherheit – anderen Sozial- und Bildungsmilieus begegnen sie eher skeptisch.

Dieser Exkurs zeigt, wie wichtig Zielgruppenorientierung in den Frühen Hilfen ist. Mit Unterstützung von Sozialraumanalysen auf der einen Seite, den Erkenntnissen der Zielgruppenforschung und der Berücksichtigung partizipativer Ansätze können primär- oder sekundärpräventive Angebote Früher Hilfen – bspw. in interdisziplinären Planungsworkshops – so entwickelt werden, dass sie die gewünschte Zielgruppe erreichen. Letztendlich wird immer wieder eine Kosten-Nutzen-Analyse erforderlich sein, die ein strukturiertes Vorgehen, wie das vorgeschlagene nicht nur inhaltlich, sondern auch finanziell legitimiert.

Folgende QUALITÄTSZIELE (QZ Angebote und Maßnahmen) leiten sich aus den Erläuterungen ab:

QZ AM1	Bedarfsorientierung:	<i>Es gibt ausreichend bedarfsgerechte sozialraumorientierte Angebote und Maßnahmen Früher Hilfen in den Kommunen, die allen Fachkräften und Eltern bekannt sind.</i>
QZ AM2	Zielgruppen:	<i>Die Zielgruppen eines Sozialraums (Planungsraums) sind bekannt. Angebote und Maßnahmen werden danach ausgerichtet bzw. entwickelt.</i>
QZ AM3	Partizipation:	<i>Eltern sind beteiligt und beteiligen sich aktiv in der Planung und Durchführung von Projekten bzw. Angeboten Früher Hilfen. Sie tragen (Mit-)Verantwortung.</i>
QZ AM4	Monitoring:	<i>Ein datenbasiertes integriertes Berichtswesen (Monitoring) ist Grundlage für die bedarfsorientierte Steuerung der präventiven Versorgungslage Früher Hilfen.</i>

4.1 ANGEBOTE UND MAßNAHMEN: ÜBERSICHT UND VERSORGUNGSINDEX

Angebote und Maßnahmen Früher Hilfen sind unterschiedliche Leistungen der Primär- und Sekundärprävention in den Versorgungsstrukturen der Landkreise, Städte und Gemeinden. Während Angebote einen eher primärpräventiven Charakter haben, sind Maßnahmen häufig der Sekundärprävention zuzuordnen. Die nachfolgenden Darstellungen können keine Auskünfte darüber geben, ob die zuvor aufgeführten Ziele hinsichtlich der Angebote und Maßnahmen in den beteiligten Kommunen Niedersachsens erreicht werden. Dementsprechend werden keine direkten Aussagen zur Qualität gemacht. Allerdings sind hohe Versorgungsquoten Voraussetzung für flächendeckende Angebotsnetzwerke.

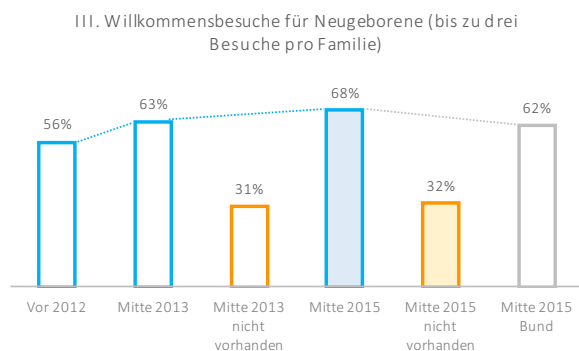
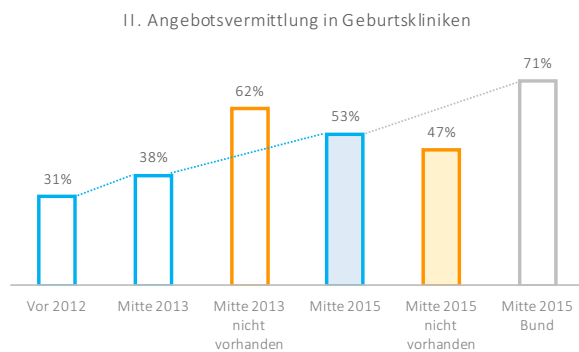
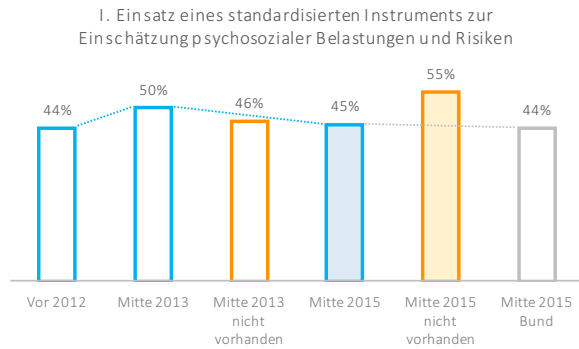
Gezeigt wird hier die Versorgungslage (Quantität) zum Vorhandensein bestimmter Maßnahmen und Angebote psychosozialer Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis drei Jahre in Niedersachsen. Dabei werden Entwicklungsverläufe anhand von drei Zeitpunkten verdeutlicht. Die jeweilige Frage dabei ist: In wie vielen der BIFH-geförderten Kommunen Niedersachsens existierte das Angebot oder die Maßnahme bereits vor 2012, Mitte 2013 und

Mitte 2015. Für Mitte 2015 wird als Orientierung zudem die Bundesquote anbei gestellt. Erhoben wurde das Vorhandensein mindestens eines Angebots in den befragten Kommunen (vor 2012/Mitte 2013 n=52; Mitte 2015 n=53).

Abb. 32-47

ANGEBOTE UND MAßNAHMEN:

EXPLORATION:

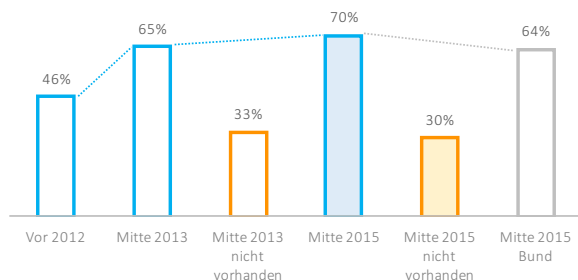


- ▶ Maßnahme ist Mitte 2015 in 45% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- ▶ Leichte Steigerung (1%) ab 2012 bis 2015.
- ▶ Reduktion jedoch zwischen 2013 und 2015 um 5%.
- ▶ Auf Bundesebene fast gleiche Versorgungsquote.
- ▶ 2015 nicht vorhanden in 55% der niedersächsischen Netzwerke.
- ▶ Versorgungsindex: 4,5/10

- ▶ Maßnahme ist Mitte 2015 in 53% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- ▶ Starke Steigerung (22%) ab 2012 bis 2015.
- ▶ Starke Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 15%.
- ▶ Auf Bundesebene noch höhere Versorgungsquote (71%).
- ▶ 2015 nicht vorhanden in 47% der niedersächsischen Netzwerke.
- ▶ Versorgungsindex: 5,3/10

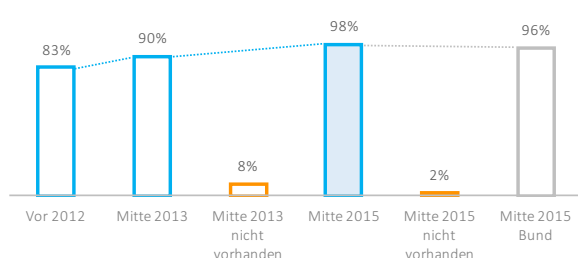
- ▶ Angebot ist Mitte 2015 in 68% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- ▶ Steigerung um 12% ab 2012 bis 2015.
- ▶ Leichte Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 2%.
- ▶ Auf Bundesebene geringere Versorgungsquote (62%).
- ▶ 2015 nicht vorhanden in 32% der niedersächsischen Netzwerke.
- ▶ Versorgungsindex: 6,8/10

IV. Offene Sprechstunden für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis drei Jahre



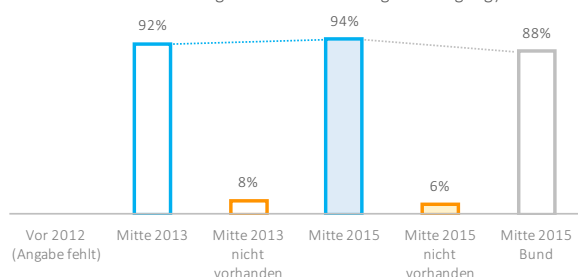
- Angebot ist Mitte 2015 in 70% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Starke Steigerung (24%) ab 2012 bis 2015.
- Leichte Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 5%.
- Auf Bundesebene geringere Versorgungsquote (64%).
- 2015 nicht vorhanden in 30% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 7,0/10

V. Gruppenangebote und Kurse für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, center-based (z.B. Eltern-Kind-Gruppe)



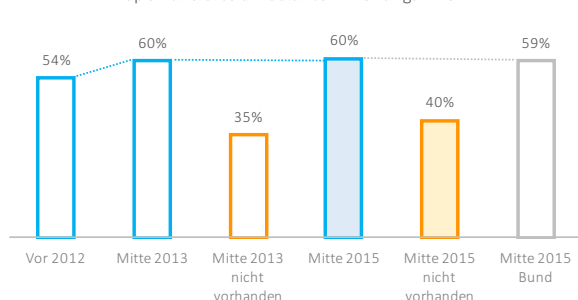
- Angebot ist Mitte 2015 in 98% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Starke Steigerung (15%) ab 2012 bis 2015.
- Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 8%.
- Auf Bundesebene fast gleiche Versorgungsquote (96%).
- 2015 nicht vorhanden in 2% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 9,8/10

VI. Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien durch Fachkräfte (mehr als drei Kontakte und außerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung)



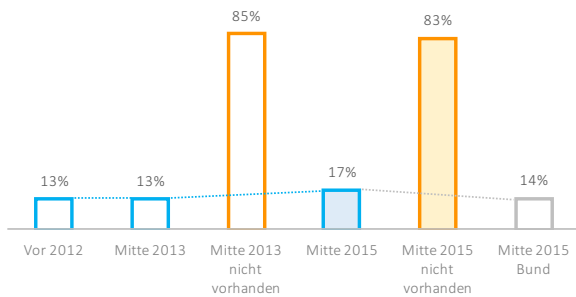
- Maßnahme ist Mitte 2015 in 94% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Leichte Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 2%.
- Auf Bundesebene etwas geringere Versorgungsquote (88%).
- 2015 nicht vorhanden in 6% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 9,4/10
- Nicht aufgeführt: 89% dieser Fachkräfte sind Familienhebammen, 47% FGKiKP, 28% Sozialpädagog*innen, 30% Ehrenamtler*innen

VII. Auf Familien mit Säuglingen und Kleinkindern spezialisierte ambulante Erziehungshilfen



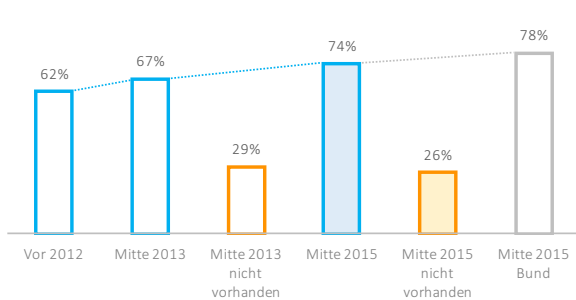
- Maßnahme ist Mitte 2015 in 60% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Steigerung (6%) ab 2012 bis 2015.
- Gleiche Quote 2013 und 2015.
- Auf Bundesebene fast gleiche Versorgungsquote (59%).
- 2015 nicht vorhanden in 40% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 6,0/10

VIII. Heilpädagogische Tagesgruppen für Kinder bis drei Jahre mit Betreuung der Eltern



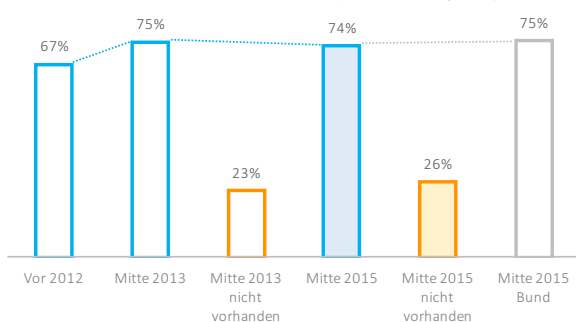
- Angebot ist Mitte 2015 in 17% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Leichte Steigerung (4%) ab 2012 bis 2015.
- Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 4%.
- Auf Bundesebene etwas geringere Versorgungsquote (14%).
- 2015 nicht vorhanden in 83% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 1,7/10

IX. Spezialisierte Beratung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (z.B. Baby-Sprechstunde, Schreiambulanz)



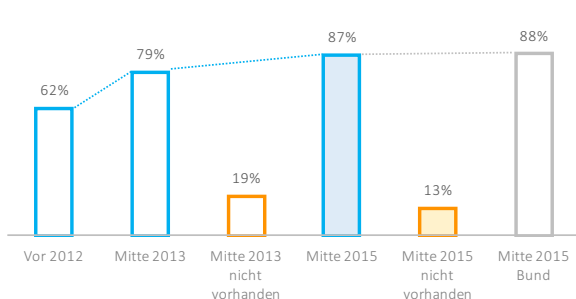
- Angebot ist Mitte 2015 in 74% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Starke Steigerung (12%) ab 2012 bis 2015.
- Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 7%.
- Auf Bundesebene etwas höhere Versorgungsquote (74%).
- 2015 nicht vorhanden in 26% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 7,4/10

X. Einsatz von Ehrenamtlichen (z.B. Familienpaten)



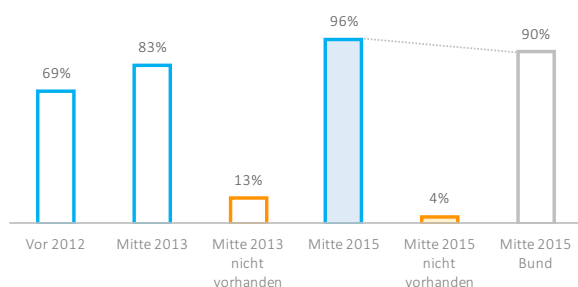
- Angebot ist Mitte 2015 in 74% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Steigerung (8%) ab 2012 bis 2015.
- Fast gleiche Quote zwischen 2013 (75%) und 2015 (74%).
- Auf Bundesebene fast gleiche Versorgungsquote (75%).
- 2015 nicht vorhanden in 26% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 7,4/10

XI. Begrüßungsschreiben/Informationsmaterialien für Familien



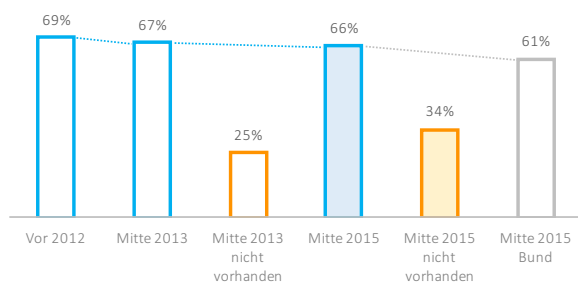
- Angebot ist Mitte 2015 in 87% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Starke Steigerung (25%) ab 2012 bis 2015.
- Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 8%.
- Auf Bundesebene fast gleiche Versorgungsquote (88%).
- 2015 nicht vorhanden in 13% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 8,7/10

XII. Offene Angebote, center-based (z. B. Eltern-Café)



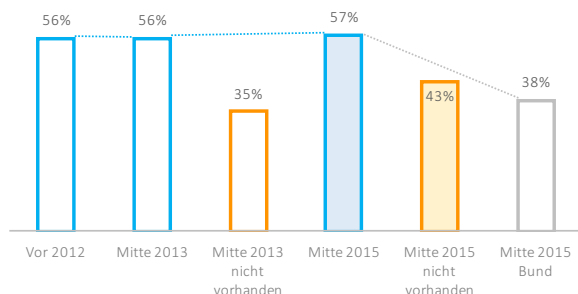
- Angebot ist Mitte 2015 in 96% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Starke Steigerung (27%) ab 2012 bis 2015.
- Steigerung zwischen 2013 und 2015 um 13%.
- Auf Bundesebene geringere Versorgungsquote (90%).
- 2015 nicht vorhanden in 4% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 9,6/10

XIII. Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder



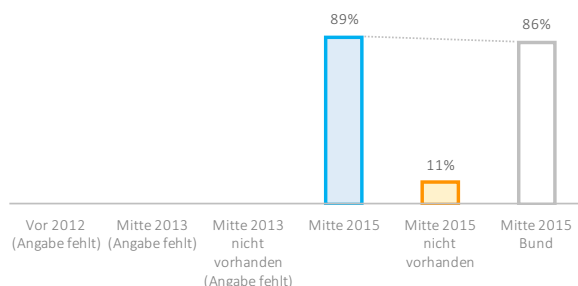
- Maßnahme ist Mitte 2015 in 66% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Leichte Reduzierung (3%) ab 2012 bis 2015.
- Fast gleiche Quote zwischen 2013 (67%) und 2015 (66%).
- Auf Bundesebene geringere Versorgungsquote (61%).
- 2015 nicht vorhanden in 34% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 6,6/10

XIV. Angebote des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes für Säuglinge und Kinder bis drei Jahre



- Angebot ist Mitte 2015 in 57% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Fast gleiche Quote ab 2012 (56%) bis 2015 (57%).
- Fast gleiche Quote zwischen 2013 (56%) und 2015 (57%).
- Auf Bundesebene geringere Versorgungsquote (57%).
- 2015 nicht vorhanden in 43% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 5,7/10

XV. Ambulante Frühförderung/ambulante Betreuung chronisch kranker Kleinkinder



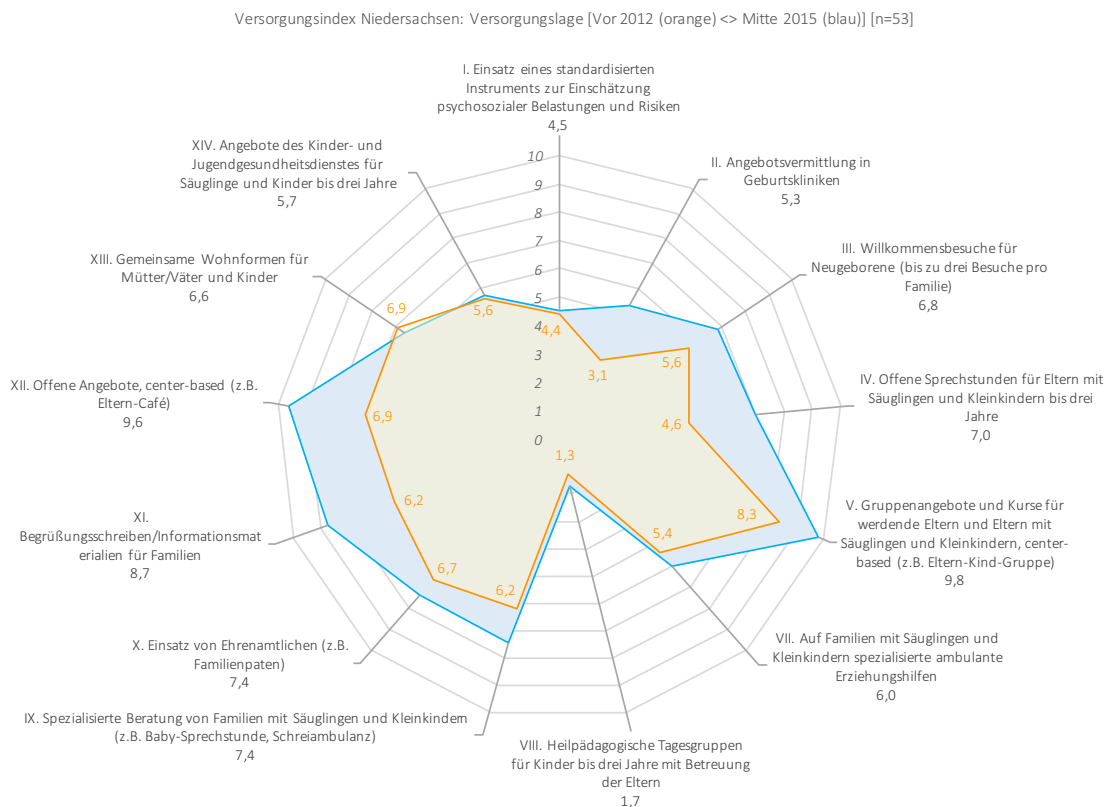
- Angebot ist Mitte 2015 in 89% der niedersächsischen kommunalen Netzwerke vorhanden.
- Auf Bundesebene etwas geringere Versorgungsquote (86%).
- 2015 nicht vorhanden in 11% der niedersächsischen Netzwerke.
- Versorgungsindex: 8,9/10

In fast allen dargestellten Angeboten und Maßnahmen Niedersachsens sind seit 2012 Steigerungen in den Versorgungsquoten zu beobachten. Lediglich die Maßnahme ‚Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder‘ weist seit 2012 einen leichten Rückgang auf. Die Quote zum ‚Einsatz eines standardisierten Instruments zur Einschätzung psychosozialer Belastungen und Risiken‘ ist 2015 etwas höher als 2012, allerdings um 5%-Punkte niedriger als 2013. Den höchsten Versorgungszuwachs seit 2012 weisen die folgenden Angebote auf: ‚Offene Angebote (z.B. Elterncafés)‘ werden in 14 weiteren Kommunen (+27%) angeboten, ‚Begrüßungsschreiben‘ in weiteren 13 Kommunen (+25%), ‚Offene Sprechstunden für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern‘ werden in 12 weiteren Kommunen (+24%) angeboten und ‚Angebotsvermittlung in Geburtskliniken‘ in 11 weiteren Kommunen (+22%). Unabhängig von der Steigerung wird in Niedersachsen sehr häufig das Angebot ‚Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien durch Fachkräfte in den Frühen Hilfen‘ angeboten. Es existiert in 94% der befragten Kommunen.

Einen zusammenfassenden Überblick gibt der nachstehende Versorgungsindex. Der höchste Wert 10 gibt an, dass das jeweilige Angebot bzw. die Maßnahme in jeder BIFH-geförderten Kommune Niedersachsens angeboten wird. 0 bedeutet demnach, dass es in keiner Kommune angeboten wird. Dargestellt sind die Zeitpunkte vor 2012 (orange) und Mitte 2015 (blau).

Qualitativ wird angenommen, dass eine flächendeckende Versorgung insbesondere für Angebote maßgeblich ist, die eine große potentielle Zielgruppe ansprechen (wie z.B. Beratungsangebote, Elterncafés). Hochspezialisierte Angebote, die ggf. an Kinder mit einer seltenen Krankheit und seine Eltern adressiert sind, können bisweilen kommunenübergreifend, also stärker zentralisiert angeboten werden, um die kleine Zielgruppe zu erreichen. Das bedeutet, dass eine Versorgungsquote für Niedersachsen von 100% für ein hochspezialisiertes Angebot ggf. eine Überversorgung darstellen würde. Für jene Fälle wäre eine gesonderte Bedarfsermittlung notwendig, auch hinsichtlich der Notwendigkeit einer kommunenübergreifenden Geh-Struktur. Da diese Indizes jedoch generell Planungswerte aus der Metaperspektive sind, bleiben sie ohnehin Hinweisgeber, die es im Einzelfall zu operationalisieren gilt.

Abb. 48



Versorgungsindex 10 = Angebot oder Maßnahme ist in *jeder* Kommune Niedersachsens vorhanden.
 Versorgungsindex 0 = Angebot oder Maßnahme ist in *keiner* Kommune Niedersachsens vorhanden.

(Angebote VI. und XV. nicht darstellbar aufgrund fehlender Angaben.)

Die Abbildung macht einen starken Zuwachs der niedersächsischen Versorgungslage seit 2012 deutlich. Das arithmetische Mittel der einzelnen Indizes weist für die Zeit vor 2012 einen Versorgungsindex von 5,5 auf (Standardabweichung 1,7). Seit 2012 ist der Versorgungsindex um 1,5-Indexpunkte auf 7,0 Indexpunkte (Stabw. 2,0) in 2015 gestiegen. Auf Bundesebene liegt der Versorgungsindex 2015 bei 6,7 (Standardabweichung 2,2). Demnach sind die insgesamt fünfzehn Angebote und Maßnahmen in Niedersachsen durchschnittlich etwas stärker verbreitet.

Wie bereits angedeutet wird damit nicht die Aussage einer Qualitätssteigerung einzelner Angebote ausgesagt, sondern die implizite Qualitätsannahme in Bezug auf die quantitative Versorgungslage in Niedersachsen. Die Bundesinitiative Frühe Hilfen ist impulsgebend für einen sichtbaren Zuwachs an präventiven Angeboten und Maßnahmen, der die Bedingungen für eine gesteigerte Qualität in der Versorgung allein darüber herstellt, dass es zusätzliche Angebote und Maßnahmen gibt.

4.2 ANGEBOTE UND MAßNAHMEN: STRUKTURELLE OUTCOMES

	Strukturelle Outcomes: Angebote und Maßnahmen (SO AM 1 bis 6)
SO AM1	<i>Die Versorgungsquote mit Angeboten und Maßnahmen Früher Hilfen ist in Niedersachsen seit Beginn der BIFH gestiegen. 2015 [n=53] werden fast alle Angebote in mehr niedersächsischen Kommunen angeboten als vor 2013 [n=52]. Damit steigt der qualitative Versorgungsindex in diesem Zeitraum von 5,5 auf 7,0 Punkte. Der Anstieg ist einerseits den Impulsen der Bundesinitiative zuzuschreiben und andererseits, den öffentlichen und freien Trägern, diese Impulse aufzugreifen und auch mittels weiterer eigener Investitionen umzusetzen. Im Vergleich dazu weist der Bund eine Versorgungsquote von 6,7 Indexpunkten auf.</i>
SO AM2	<i>Offene Elternangebote wie Elterncafés sind um 3,0 Indexpunkte auf 9,6 Punkte gestiegen. D.h., dass in fast jeder der befragten BIFH-geförderten Kommunen Niedersachsens ein derartiges Angebot vorgehalten wird und das implizite Qualitätsmerkmal der flächendeckenden Versorgung fast erreicht ist. Ebenso sind Gruppenangebote für werdende Eltern in fast jeder Kommune vorhanden (Index 9,8). Daran wird sichtbar, dass sich der bisweilen enge Kinderschutzfokus auf den Bereich Primärprävention ausgeweitet hat bzw. im universellen Kinderschutzkonzept auch planerisch mitgedacht wird.</i>
SO AM3	<i>Ebenso sind Begrüßungsschreiben/Infomaterialien und aufsuchende Willkommensbesuchen relativ stark vertreten. Der Versorgungsindex der Begrüßungsschreiben/Infomaterialien beträgt 8,7. Damit kommen 46 von 53 BIFH-geförderten Kommunen dem Informationsauftrag an Eltern durch das Bundeskinderschutzgesetz nach.</i>
SO AM4	<i>Auch spezialisierte Angebote wie Schreibambulanz sind im Index gestiegen. Vor 2012 lag der Versorgungsindex bei 6,2, Mitte 2015 liegt er bei 7,4. Ebenso hoch ist der Index für den Einsatz von Ehrenamtlichen.</i>
SO AM5	<i>Hinsichtlich der Instrumente zur Risikoeinschätzung psychosozialer Belastungen hat es keine Angebotsausweitung in Niedersachsen gegeben, dafür ist die Angebotsvermittlung in Geburtskliniken um 2,2 auf 5,3 von 10 Indexpunkte gestiegen.</i>
SO AM6	<i>Heilpädagogische Tagesgruppen für Kinder bis 3 Jahre mit Betreuung der Eltern wird als Maßnahme in einer Kommune angeboten.</i>

5. QUALITÄTSATTRIBUTE ALS STEUERUNGSBASIS

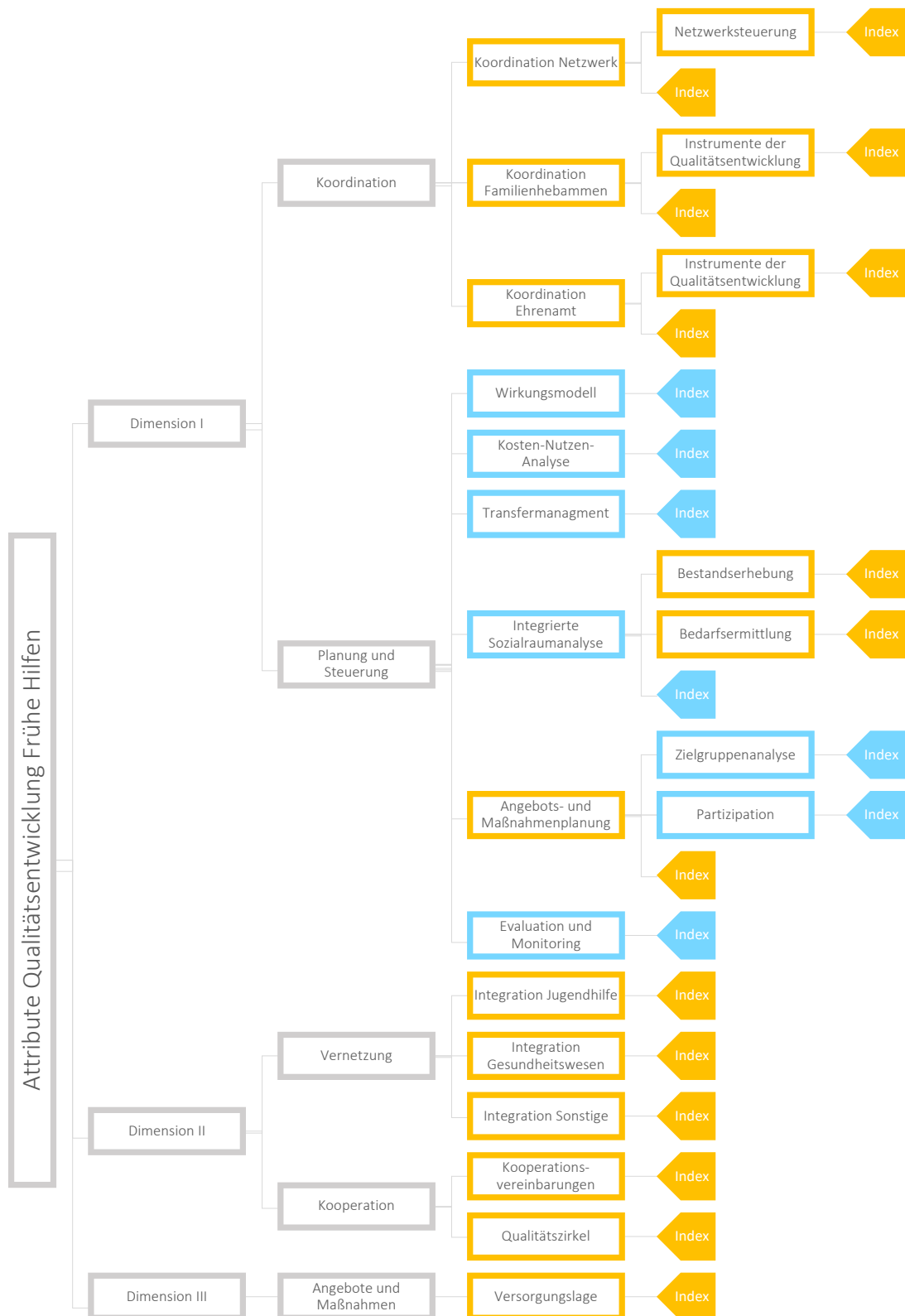
Die Kommunalbefragungen der Bundesinitiative Frühe Hilfen 2013 und 2015 beinhalten zahlreiche Daten, die sich für zukünftige Datenreports des Landesmonitorings Frühe Hilfen in Niedersachsen operationalisieren lassen. Damit ist eine indirekte Steuerung durch die Landeskoordinierungsstelle möglich. Je nach Anliegen und definierter Steuerungsrelevanz kann der Fokus der Betrachtung weiter oder enger gesetzt werden. Das eingeführte Indexsystem fungiert – bildlich gesagt – wie ein Objektiv, das auf ein jeweiliges Attribut gesetzt wird. Es übernimmt die Funktion der Skalierung von Qualitätsimplikationen der jeweiligen Qualitätsattribute. *Qualitätsattribute* werden hier als Merkmale von Qualität im Kontext der strukturellen Ausgestaltung und Versorgung Früher Hilfen in Niedersachsen definiert.

Der Aufbau eines Monitoringsystems zur Qualitätsentwicklung ist mit dem ersten Datenreport nicht abgeschlossen. Vielmehr beginnt er damit erst – sofern, wie in diesem Fall, bei der Entwicklung von Qualitätsattributen sowohl induktiv als auch deduktiv und – so wird es hier vorgeschlagen – prozessual verfahren wird. Die Qualitätsattribute bedürfen ebenso wie die Implikationen ihrer Indizes der näheren Beschreibung und ggf. der Ausdifferenzierung. Hierfür wäre ein reflexiver Arbeitsprozess möglich, der die Qualitätsattribute näher definiert und priorisiert. Im reflexiven Prozess, der die Praxis zu bestimmten Fragestellungen mit einbezieht, lassen sich im fachlichen Austausch Qualitätsattribute beschreiben, Implikationen von Qualität definieren oder Priorisierungen vornehmen.

Damit wäre die Wahrscheinlichkeit größer, dass sich indirekte Steuerungsprozesse auf Attribute richten, für die es eine Verständnisübereinkunft gibt und die hinsichtlich Qualitätsentwicklung zudem allseits als dringlich erachtet werden. In Niedersachsen sind als Arbeitsforen dazu bspw. die Regionaltreffen der Landeskoordinierungsstelle geeignet oder aber separate Workshops. Diese partizipative Methode muss jedoch nicht für alle Qualitätsattribute wichtig und richtig sein. Bei einigen kann es indirekte Steuerungsprozesse erleichtern (z.B. beim Qualitätsattribut ‚Transfermanagement‘), bei anderen ist es hingegen nicht unbedingt notwendig – wie z.B. beim Attribut ‚Qualitätszirkel‘. Sollte es der Landeskoordination ein Anliegen sein, dass in Niedersachsen der Einsatz von Qualitätszirkeln ausgebaut wird, so muss die Implikation von Qualität bzw. des Index [hohe Qualität/Index 10 = flächendeckender Einsatz von Qualitätszirkeln] nicht zur Frage gestellt werden, da der erwiesene Nutzen von Qualitätszirkeln die Implikation des Qualitätsindex dieses Attributs bedingt. Sollte nun angemerkt werden, dass es auf die Ausgestaltung der Qualitätszirkel ankommt, ob sie einen Nutzen haben, so muss hier erwidert werden, dass man die indirekte Steuerungsebene der Landeskoordinierungsstelle verlässt, wenn es um die Ausgestaltungsqualität von Qualitätszirkeln durch die involvierten Fachkräfte geht. Beim Qualitätsattribut ‚Transfermanagement‘ könnte der Einbezug der Praxis in die weitere Operationalisierung dieses – wahrscheinlich eher unbekannten – Attributs hingegen sehr nützlich sein.

Die Priorisierung von Qualitätsattributen ist mit Hilfe des genannten Eisenhower-Prinzips effizient durchführbar, zudem wird die vorgenommene Auswahl begründbar. Im nachfolgend gezeigten Attribut-System der Frühe Hilfen könnte mittels jener Methode bspw. entschieden werden, welcher Pfad (Dimension I, II oder III) genommen wird und welche Qualitätsattribute auf dem Pfad zunächst und intensiver beobachtet werden sollen oder an welchen Stellen versucht wird, über Maßnahmen der indirekten Steuerung die Qualität zu erhöhen.

Spalte 1: <i>Dimensionen</i>	Spalte 2: <i>Haupt-Attribute</i>	Spalte 3: <i>Prozess-Attribute</i>	Spalte 4: <i>Performanz-Attribute (Stufe 1)</i>	Spalten 5+n <i>Performanz-Attribute (Stufe 2+n)</i>
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--



Das Attribut-System weist neben der Überschrift fünf Spalten auf: Die erste Spalte gibt die drei Dimensionen an, also noch keine Qualitätsattribute, die zweite die jeweiligen *Haupt-Attribute* (Koordination, Planung und Steuerung, Vernetzung, Kooperation und Angebote und Maßnahmen) der Dimensionen. In Spalte drei beginnen die *Prozess-Attribute*, die zum Teil in Spalte vier schon jeweilige Indizes aufweisen, was bedeutet, dass sie (in der Darstellung oder der realen Beobachtung) nicht weiter ausdifferenziert werden. Das Qualitätsattribut ‚Versorgungslage‘ in der letzten Zeile wäre hier bspw. mit dem Versorgungsindex 6,6 versehen (s.o.). Eine weitere Ausdifferenzierung würde den Index streichen und anstatt seiner die 15 einzelnen Angebote und Maßnahmen mit ihren jeweiligen Indizes zeigen (s. Vorabschnitt).

Spalte vier zeigt 7 ausdifferenzierte, sogenannte *Performanz-Attribute (der Stufe 1)* der Prozess-Attribute. Wären diese weiter ausdifferenziert, würden wir sogenannte *Performanz-Attribute* der Stufe 2 sehen. Nehmen wir das Performanz-Attribut ‚Netzwerksteuerung‘ der Stufe 1 als Beispiel:

[Netzwerksteuerung]^{Stufe1} > [Steuerungsgruppe]^{Stufe2} / [Arbeitsgruppen]^{Stufe2} / [Netzwerkkonferenzen]^{Stufe2}

Dementsprechend könnte das Attribut-System immer weiter ausdifferenziert werden – je nach Fokus der Betrachtung und definierter Steuerungsrelevanz. Weiterhin weist das Attribut-System zwei Farbgebungen auf. Die gelbe Farbgebung bedeutet, dass das jeweilige Attribut aus den Daten der Kommunalbefragung generiert wurde, also induktiv. Die blaue Farbgebung bedeutet, dass das Qualitätsattribut aus den Explikationen der einzelnen Kapitel des Reports bzw. den diesbezüglichen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Fachverständnissen generiert wurde, also deduktiv.

Für jedes der Prozess- und Performanz-Attribute gibt es einen qualitativen Index. Dazu muss das Attribut-System nach diesem Report (und für den zweiten) allerdings erst modifiziert werden, indem seitens der Landeskoordinierung indirekte Steuerungsrelevanzen für die jeweiligen Attribute festgelegt und ggf. weitere Ausdifferenzierungen vorgenommen wurden. Jedem Index ist eine Qualitätsimplikation immanent, die über die Index-Skalierung 0 bis 10 beziffert wird. Die Bezifferungen ergeben sich – wie weiter oben im Report dargestellt – aus den Quoten der vorliegenden Daten und ggf. der arithmetischen Mittel der summierten Indizes. So besteht – wie schon erläutert – der Index des Prozess-Attributs ‚Versorgungslage‘ aus dem Mittelwert der Indizes der ausdifferenzierten Performanz-Attribute ‚Angebote und Maßnahmen‘.

Jeder qualitative Index wird als Indexart benannt, also mit einem funktionalen Begriff versehen. Der Index des Prozess-Attributs ‚Versorgungslage‘ heißt bspw. *Versorgungsindex*, der Index des Performanz-Attributs ‚Partizipation‘ könnte bspw. einfach *Partizipationsindex* heißen. Andere Indizes, die den Performanz-Attribut des Einsatzes von Instrumenten der Qualitätsentwicklung beziffern, werden – wie in diesem Report – ggf. schlicht *Qualitätsindizes* genannt.

Diese Möglichkeiten und Notwendigkeiten der weiteren Bearbeitung machen deutlich, dass ein Attribut-System – insbesondere zu Beginn – ein Arbeitsinstrument ist, dass im Rahmen eines Qualitätsentwicklungsprozesses über die angedeuteten Schritte konkretisiert werden muss, damit indirekte Steuerungsprozesse operationalisiert werden können. In der Bearbeitungszeit des Reports waren diese Schritte nicht möglich. Zudem benötigen sie den fachlichen Austausch in einer diesbezüglichen Arbeitsgruppe.

Abschließend wird neben der systematischen Darstellung der Qualitätsattribute nachfolgende Matrix als Grundfolie der weiteren Bearbeitung vorgeschlagen. Sie macht deutlich, dass die induktiven Attribute alle dem Haupt-Attribut Planung und Steuerung entstammen. Dementsprechend beinhalten die bisherigen Kommunalbefragungen dazu weniger Daten.

INDUKTIVE ATTRIBUTE							
Qualitätsdi- mensionen	Haupt- Attribute	Prozess- Attribute	Index-Art	Indirekte Steue- rungsrelevanz	Performanz-At- tribute [S1]	Index-Art	Indirekte Steue- rungsrelevanz
Dimension I	Koordination	Koordination Netzwerk	Versorgungsindex	+	Netzwerksteue- rung	Qualitätsindex	+
		Koordination Familienheb- ammen	Versorgungsindex	?	Instrumente der Qualitäts- entwicklung	Qualitätsindex	?
		Koordination Ehrenamt	Versorgungsindex	?	Instrumente der Qualitäts- entwicklung	Qualitätsindex	?
	Planung und Steuerung	Angebots- und Maßnahmen- planung	Qualitätsindex	+	Bestandserhe- bung	Qualitätsindex	+
					Bedarfsermitt- lung	Qualitätsindex	+
Dimension II	Vernetzung	Integration Ju- gendhilfe	Integrationsindex	?			
		Integration Ge- sundheitswe- sen	Integrationsindex	?			
		Integration Sonstige Ein- richtungen	Integrationsindex	?			
	Kooperation	Kooperations- vereinbarun- gen	Qualitätsindex	+			
		Qualitätszirkel	Qualitätsindex	+			
Dimension III	Angebote und Maßnahmen	Versorgungs- lage	Versorgungsindex	?			

DEDUKTIVE ATTRIBUTE							
Qualitätsdi- mensionen	Haupt- Attribute	Prozess- Attribute	Index-Art	Indirekte Steue- rungsrelevanz	Performanz-At- tribute [S1]	Index-Art	Indirekte Steue- rungsrelevanz
Dimension I	Koordination						
	Planung und Steuerung	Wirkungsmo- dell	Qualitätsindex	+			
		Kosten-Nutzen- Analyse	Qualitätsindex	+			
		Transferma- nagement	Qualitätsindex	+			
		Integrierte So- zialraumana- lyse	Qualitätsindex	+			
		Evaluation und Monitoring	Qualitätsindex	+			
					Zielgruppen- analyse	Qualitätsindex	
					Partizipation	Partizipations- index	
	Dimension II	Vernetzung					
	Kooperation						
Dimension III	Maßnahmen und Angebote						

6. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Nach fünf Jahren Implementierung sind die Frühen Hilfen in Niedersachsen und Deutschland trotz des großen Erfolges noch am Anfang. Mit viel Mut, Engagement, einer sehr hohen Fachlichkeit, großem Verantwortungsbewusstsein und Beharrlichkeit auf allen Ebenen sind sie bestens aus den Startlöchern gekommen und auf Erfolgskurs. Selbstverständlich gelingt noch nicht alles. Viele strukturellen Lücken gilt es noch zu stopfen und zahlreiche dicke Bretter zu bohren. Aber die Metaperspektive dieses Reports spricht eine klare Sprache: neben der fast flächendeckenden Einrichtung von Koordinierungsstellen und dem ebenso breiten Aus- und Aufbau von Netzwerkstrukturen, ist vielerorts auch die Erweiterung der Versorgung mit präventiven Angeboten und Maßnahmen gelungen. Daran haben die Landeskoordinierungsstelle als begleitende Fachinstanz in Sachen Umsetzung und Qualitätsentwicklung, die Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen und auch der wissenschaftliche Rahmen des NZFH einen großen Anteil. Über die finanziellen Mittel konnten Stellenanteile geschaffen und Koordinierungsstellen aufgebaut werden. Viele Kommunen finanzieren (anteilig) die Personalstelle der Koordination, was in der Umsetzung des Konzepts des funktionalen Zusammenwirkens von Koordination und Netzwerk den entscheidenden Impuls darstellt.

Der Bundesinitiative ist es damit gelungen, ein Rahmenkonzept Prävention auf die kommunale Ebene zu bringen, seine Bedeutung durch die Darstellung des Gesetzauftrags in den Fokus lokaler Verwaltungen und politischer Gremien zu rücken und Paradigmen des Verwaltungsdenkens in Frage zu stellen. Seit 2012 wurden in den Jugendamtsbezirken maßgebliche Grundsatzentscheidungen getroffen, die ohne die Bundesinitiative Frühe Hilfen nicht oder nicht so schnell getroffen worden wären: Frühe Hilfen werden immer häufiger in strategische Zielkaskaden, Handlungsfelder und Handlungsschwerpunkte aufgenommen. Das ist ein wichtiger Aspekt, denn damit ist der institutionelle Auftrag für eine kommunale Präventionsstrategie formuliert und in der Verwaltungsstruktur verankert.

Daran muss angesetzt werden. Dieser Report gibt einige Hinweise, was vielerorts angesichts der kurzen Implementierungszeiten und begrenzter Ressourcen noch weiter zu entwickeln ist: die strukturelle Integration und Operationalisierung von Planungs- und Steuerungsprozessen. In den nächsten Jahren muss eine Qualitätsoffensive folgen, die die Ergebnisse der ersten Jahre nicht nur sichert, sondern bestenfalls potenziert. Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung werden die Themen sein, die alle Erfolge erhalten und aus dem Ansatz der Frühen Hilfen eine langfristige integrative Präventionsstrategie machen, die sich an Wirkungen orientiert. Geeignete Modelle zur Kosten-Nutzen-Analyse und Wirkungsorientierung gibt es, sie wurden hier vorgestellt.

Neben der weiteren Ausrichtung von primär- und sekundärpräventiven Leistungen an den tatsächlichen Bedarfen (Bedarfsorientierung) sind insbesondere Integrationsprozesse der unterschiedlichen Planungsstellen anzustrengen (Planungsintegration). Es bedarf eines integrierten Monitorings Früher Hilfen auf lokaler Ebene, mit dem das Arbeitsfeld gesteuert und die Qualität langfristig gesichert wird. Schöne (2015) weist darauf hin, dass Jugendhilfeplanung, Sozialplanung und Gesundheitsplanung zukünftig noch enger zusammenarbeiten müssen, um eine integrierte kommunale Präventionsstrategie auch integriert zu planen und schließlich umzusetzen (vgl. Schöne 2015:25). Dafür sind weitere Auftragsklärungen und integrierte Planungsziele erforderlich, deren Erreichbarkeit anhand von Indikatoren bzw. Qualitätsattributen operationalisiert werden müssen. Kurz gesagt: Multiprofessionelle Prävention muss planbar und messbar gemacht werden.

Der Report kann für die Landeskoordinierung ein impulsgenerierendes Arbeitsinstrument sein, um die notwendigen Anstrengungen auf kommunaler Ebene von Landesseite im Rahmen ihrer Rolle bestmöglich zu unterstützen. Weitere Qualifizierungsmaßnahmen, Fortbildungen und Beratungen für die lokalen Koordinierungsstellen und ihre Verwaltungen können anhand des hier vorgestellten Systems der Qualitätsattribute und ihrer Indizes zielgerichtet geplant und umgesetzt werden.

Gänzlich ernst genommen wird eine integrierte kommunale Präventionsstrategie erst, wenn das Spektrum der Regelversorgungsleistungen entsprechend der sozialräumlich ermittelten Bedarfe angepasst wird. Es muss entschieden werden, welche Leistungen der drei Präventionsstufen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) in die Regelfinanzierung aufgenommen werden (können) und über welche Finanzierungsmodelle sich die involvierten Rechtskreise verantwortungsbezogen und damit logisch integrieren lassen.

Der vorliegende Monitoring-Report hat sich an Zielen orientiert, die im Vorwort durch Klaus Niersmann formuliert sind. Der Report soll demnach:

- ▶ Entwicklungsverläufe in den einzelnen Förderschwerpunkten der Frühen Hilfen in Niedersachsen aufzeigen und sichtbar zu machen,
- ▶ stagnierende Entwicklungen in den einzelnen Förderschwerpunkten aufzeigen,
- ▶ Ableitungen für weitere bedarfsgerechte Unterstützungsinstrumente durch die Landeskoordinierungsstelle entwickeln.
- ▶ ein Steuerungsinstrument für die zukünftige Qualitätsentwicklung schaffen,
- ▶ Grundlagen für weitere strategische Entscheidungen zu bilden,
- ▶ die Möglichkeit eröffnen, Analysen sowie grafische und deskriptive Aufbereitung der Daten zur Präsentation und Öffentlichkeitsarbeit vorzunehmen,
- ▶ den Prozess der Qualitätsentwicklung des Arbeits- und Planungsfeldes Frühe Hilfen in Niedersachsen analog der Förderrichtlinien der Bundesstiftung zu beobachten.

Vieles davon konnte erreicht und dargestellt werden. Neben bestimmten Entwicklungsmarken in den Bereichen der Förderschwerpunkte bzw. Qualitätsdimensionen offenbarten die Daten der Kommunalbefragung auch Auslassungen im Bereich der Qualitätsdimension II (Koordination, Planung und Steuerung). Dafür müssen zukünftig ggf. ergänzende Erhebungen gemacht werden, um mit dem System der Qualitätsattribute und Indizes nicht nur eigene Maßnahmen zu steuern, sondern auch Veränderungen auf kommunaler Ebene abbilden zu können. Letztlich ist dieser Report als ein Instrument zu sehen, das gleichsam Werkzeug und auch noch Werkstück ist. Für einen zweiten Report besteht einerseits die Chance, weitere Verläufe einiger Qualitätsattribute zu beobachten und zugleich neue Beobachtungsmarken anhand ausgewählter Attribute zu setzen. Eine Auswahl an Attributen sollte für den nächsten Report ohnehin getroffen werden, um bestimmte Erkenntnisinteressen präziser zu fokussieren, als es hier passiert ist oder passieren konnte.

Abschließend werden folgende Handlungsempfehlungen gegeben:

- ▶ Weiterentwicklung (Ausdifferenzierung) des Attributsystems als Teil eines Qualitätsentwicklungsprozesses.
- ▶ Auswahl der prioritären Qualitätsattribute mit Hilfe des Eisenhower-Prinzips vor dem Hintergrund indirekter Steuerungsrelevanz. Vorgeschlagen für das Auswahl-Sample werden ohne Gewichtung: Integrierte Sozialraumanalyse (Bedarfsermittlung); Angebots- und Maßnahmenplanung (Partizipation, Zielgruppenanalyse); Evaluation und Monitoring; Wirkungsmodell; Kosten-Nutzen-Analyse; Transfermanagement; Qualitätszirkel.
- ▶ Entwicklung neuer Erhebungsmethoden für Attribute ohne bisherigen Datenbackground.
- ▶ Weiterentwicklung des Monitorings (Präzisierung).
- ▶ Entwicklung eines online-basierten Monitoring-Moduls nach Vorbild des Keck-Atlas’.
- ▶ Entwicklung von Instrumenten der indirekten Steuerung von Qualitätsentwicklungsprozessen unter Rückbezug auf (einige) vorgeschlagene Qualitätsattribute.
- ▶ Einbindung der Zielgruppe (kommunale Vertreterinnen und Vertreter) in Prozesse der Qualitätsentwicklung.

QUELLEN

- Boes, A. [2016]: Auswertung zur Umfrage der Einbindung von Geburtskliniken und vertragsärztlichen Qualitätszirkeln in den Frühen Hilfen. n.v.
- Brisch, K.-H. [2014]: Säuglings- und Kleinkindalter: Bindungspsychotherapie - Bindungsbasierte Beratung und Therapie. Stuttgart.
- Bundesgesetzblatt [2011]: Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen. Bundeskinder-schutzgesetz (BKisSchG). Bonn.
- Diesner, I.; Euler, D.; Seufert, S. [2006]: SCIL-Trendstudie. Dephi-Studie zu den Herausforderungen für das Bildungs-management in Unternehmen. St. Gallen
- Dohmen, G. [2001]: Das informelle Lernen: die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
- Geene, R. [2016]: Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen. Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk. Hrsg.: NZFH Köln. Online-Pub-likation.
- Heckman, James J. [2013]: Giving Kids a Fair Chance. Boston.
- Jordan, E.; Schone, R. [2010]: Jugendhilfeplanung als Prozess – Zur Organisation von Planungsprozessen. In: Maykus, S.; Schone, R. [Hrsg.] [2010]: Handbuch Jugendhilfeplanung. Wiesbaden.
- Karoly, L. A.; Greenwood, P. W.; Everingham, S.; Houbé, J.; Kilburn, M.; Rydell, C.; Sanders, M.; Chiesa, J. [1998]: Investing in Our Children: What We Know and Don't Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Inter-ventions, Santa Monica, Calif.
- Kirby, P.; Lanyon, C.; Cronin, K.; Sinclair, R. [2003]: Building a Culture of Participation. Involving children and young people in policy, service planning, delivery and evaluation. London.
- Küster, E.-U.; Mengel, M.; Pabst, C.; Sann, A. [2015]: Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen. Strukturen und Personen, Aufgaben und Herausforderungen. In: Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2015. NZFH Köln.
- Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. [Hrsg.] [2013]: Werkbuch Prä-ventionsketten. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover.
- Lucidarme, S.; Cardon, G.; Willem, A. [2014]: The interplay of determinants of network effectiveness: a comparative study of health promotion networks. Gent.
- Luhmann, N. [1997]: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt.
- Marty, P. [1991]: Mentalization et psychosomatique. Laboratoire Delagrangé, Paris.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen [Hrsg.] [2013]: Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordi-natoren. Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) [2011]: Materialien zu Frühen Hilfen. Expertise: Kosten und Nut-zen Früher Hilfen. Köln
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen [Hrsg.] [2010]: Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdar-stellung. Köln.
- Parent, M. M.; Harvey, J. [2009]: Towards a management model for sport and physical activity community-based partnerships. Ottawa.
- Gerber Jenni, R. [2013]: Platzierung von Kindern und Jugendlichen und Partizipation: Grundlagen und Überlegungen zur Umsetzung. In: Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz 3/2013. Bern.
- Schone, R. [2016] Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen. Zur Einbindung von Netzwerken Frühe Hilfen in die Planung der kommunalen Infrastrukturentwicklung. Hrsg.: NZFH Köln. Online-Publikation.
- Schubert, H. [2018]: Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft. Eine Einführung. Heidelberg.

Schubert, H.; Hensel, A. [2017]: Netzwerkmanagement als Bestandteil der Ausbildung von Führungs- und Fachkräften der Kommunalverwaltung und zivilgesellschaftlicher Organisationen. Ergebnisse einer qualitativen Exploration von Modulhandbüchern einschlägiger Studiengänge. Bertelsmann-Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de

Shephard, C. [2002]: Participation - Spice it Up! Practical tools for engaging children and young people in planning and consultations. Cardiff.

Solga, M. (2006). Lerntransfermanagement: Förderung des Lerntransfers aus Weiterbildungsmaßnahmen. In Grundlagen der Weiterbildung e. V. (Hrsg.), Grundlagen der Weiterbildung - Praxishilfen Neuwied

Vomberg, E. [2010]: Praktisches Qualitätsmanagement. Ein Leitfaden für kleinere und mittlere Soziale Einrichtungen. Stuttgart.

Wünsch, A.; Bantel, S.; Koglin, U. [2017]: Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept. In: Pädiatrie, Ausgabe 5/2017. Springermedizin Verlag.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Außenstelle Hannover – Landesjugendamt
Leitung: Klaus Niersmann
Schiffgraben 30-32
30175 Hannover
Telefon: +49.511.89701-0
www.soziales.niedersachsen.de

FACHSTELLE:

Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen Niedersachsen
Team 2 JH 1
Heike Bludau
Schiffgraben 30-32
30175 Hannover
Telefon: +49.511.89701-306
Email: Heike.Bludau@ls.niedersachsen.de

AUFTRAGNEHMER:

MSB Medical School Berlin
Hochschule für Gesundheit und Medizin
Calandrellistraße 1-9
12247 Berlin
Telefon: +49.30.7668375-600
Telefax: +49.30.7668375-619
info@medicalschooll-berlin.de
www.medicalschooll-berlin.de

VERANTWORTLICH FÜR DEN INHALT:

Prof. Dr. Holger Nieberg

AUTOR:

Prof. Dr. Holger Nieberg
MSB Medical School Berlin
Hochschule für Gesundheit und Medizin
Department Pädagogik und Soziales
Calandrellistraße 1-9
12247 Berlin
Email: Holger.Nieberg@medicalschooll-berlin.de

DRUCK:

Druckhaus Pinkvoss GmbH
Landwehrstraße 85
30519 Hannover
Tel.: +49.511.98796-13
Geschäftsführer: Karsten Freitag | Inge Heuer-Kölpin

1. Auflage 2018

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird vom Landesjugendamt Niedersachsen ausgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

BESTELLANFRAGEN:

Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen Niedersachsen
Schiffgraben 30-32
30175 Hannover
Email: Heike.Bludau@ls.niedersachsen.de