



WOLFGANG BÖTTCHER

UNTER MITARBEIT VON: PASCAL BASTIAN, GREGOR HENSEN, VIRGINIA LENZMANN
UND ANNE LOHMANN

SOZIALE FRÜHWARNSYSTEME UND FRÜHE HILFEN

Modelle, theoretische Grundlagen und Möglichkeiten der Evaluation präventiver Handlungsansätze und Netzwerke der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe

Expertise zum 9. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen

Mai 2009

Überblick

Kapitel 1: Die Idee, die mit dem Begriff „soziale Frühwarnsysteme“ verbunden ist, wird in NRW schon seit vielen Jahren erprobt und hat sich mittlerweile flächendeckend in der kommunalen Hilfepraxis als geeignete methodische Herangehensweise zur frühzeitigen Erfassung von ersten Hinweisen auf und die Bearbeitung von möglichen Problem- und Gefährdungssituationen durchgesetzt. In diesem Kapitel wird die Entwicklung dieser Idee in NRW und auf Bundesebene nachgezeichnet und in Bezug auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede erläutert.

Kapitel 2: Hier wird eine Annäherung an den Präventionsbegriff vorgenommen, der einen Ausgangspunkt aktueller sozialpolitischer Programmatik für den Kinderschutz bildet. Mit ihm verbunden sind Handlungsaufträge für Praxis und Wissenschaft, die gekennzeichnet sind durch ein systematisches und strukturiertes Vorgehen im Kinderschutz innerhalb von Organisationen sowie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen. Der hier vorgenommene Blick in den Bereich des Gesundheitswesens bzw. in den Bereich der Abläufe in Krankenhäusern kann uns wertvolle Hinweise für die Implementation von Hilfenetzwerken geben.

Kapitel 3: Hier wird eine Konkretisierung des Gegenstandsbereiches (Frühe Hilfen) hinsichtlich der Bedeutung von Netzwerken (Funktion, Rolle, Forschungsgegenstand) für Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme vorgenommen. Netzwerke sind nicht nur Voraussetzung für die Implementation Früher Hilfen; wir sehen sie (akteurs- und strukturbezogen) zudem als wichtigen Kontextfaktor für die mögliche Wirkung einer Frühen Hilfe.

Kapitel 4: Um den akteursbezogenen Blick zu erweitern, wird in diesem Kapitel der Frage nachgegangen, welche Rolle der Helfer auf den Hilfeprozess ausübt. Hier steht die Beziehung zwischen Helfer und Klient als Kontextfaktor (Interaktion, Beziehung, Haltung) sowie die Frage nach der Professionalität und dem Selbstverständnis von Professionalität von Akteuren aus der Hilfepraxis im Vordergrund.

Kapitel 5: Hier wird der Frage nachgegangen, inwiefern Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme ein Forschungsgegenstand von wissenschaftlichen Wirkungsanalysen sein können. Dazu werden einleitend die Möglichkeiten und Grenzen der Evaluationsforschung diskutiert und ein spezifisches Evaluationsdesign vorgestellt, bei dem die Kontexte des zu untersuchen-

den Programms (bzw. der lokale Hilfefade) eine bedeutende Rolle spielen. Die Ergebnisse einer bereits durchgeführten Ex-post-Evaluation liefern Informationen hinsichtlich der relevanten Kontextbedingungen, die im Rahmen der Netzwerkbildung und -implementierung von Hilfenetzwerken zu berücksichtigen sind.

Kapitel 6: Im abschließenden Kapitel werden einige widerstreitende Positionen skizziert, die zukünftig bearbeitet werden müssen. Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme sind Aktionsfelder, in denen sich einige grundlegende Dilemmata der Dienstleitung am Menschen Sozialen Arbeit mit großer Deutlichkeit zeigen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
Kapitel 1 Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme: Hintergründe und Entwicklungen	6
1.1 Hintergrund der Entwicklung in NRW	6
1.2 Begriffliche Annäherung.....	6
1.3 Gesamtdeutsche Entwicklungen.....	6
1.4 Das Bundesaktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“	6
1.5 Spezifika des NRW-Ansatzes.....	6
Kapitel 2 Prävention und Risiko – Zur Programmatik Früher Hilfen.....	6
2.1 Der Präventionsbegriff.....	6
2.2 Risiko als Interventionsanlass?.....	6
2.3 Institutional and Personal Pathways: Hinweise aus dem Gesundheitswesen zur Steuerung von Hilfeprozessen	6
2.3.1 Was ist ein Klinischer Behandlungspfad?	6
2.3.2 Merkmale Klinischer Behandlungspfade	6
2.3.3 Implikationen für den Transfer auf soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen	6
Kapitel 3 Die Bedeutung von Netzwerken in Frühen Hilfen	6
3.1 Klärung der Begrifflichkeiten.....	6
3.2 Zielsetzungen von Netzwerken und Kooperationen	6
3.2.1 Allgemeine Zielsetzungen von Netzwerken und Kooperationen.....	6
3.2.2 Netzwerke und Kooperationen in Frühen Hilfen	6
3.3 Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – enge Verbündete in Frühen Hilfen	6
3.4 Die Umsetzung von Netzwerken in die Praxis?.....	6
3.5 Offene Fragen	6
Kapitel 4 Die Rolle der Helfenden	6
4.1 Die Bedeutung des professionellen Handelns in der Diskussion über Frühe Hilfen	6
4.2 Forschungsergebnisse aus der Psychotherapieforschung als Hinweise für die entscheidende Bedeutung des Arbeitsbündnisses in den Frühen Hilfen.....	6

4.2.1	Therapeutische Allianz als Pendant zum Arbeitsbündnis in den Frühen Hilfen.....	6
4.2.2	Auswirkung der allgemeinen sozialen Kompetenz des Helfers auf die Arbeitsbeziehung.....	6
4.2.3	Wie bestimmt der Klient die Arbeitsbeziehung?	6
4.3	Die Helferrolle und die Bedeutung der Arbeitsbeziehung in den Frühen Hilfen.....	6
Kapitel 5 Die Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme.....		6
5.1	Überblick bisheriger internationaler und nationaler Forschungen	6
5.2	Bausteine und Instrumente in Frühen Hilfen in Nordrhein-Westfalen: Ergebnisse einer Ex-Post-Studie	6
5.3	Zu den Wirkungen Früher Hilfen: Probleme und mögliche Ansätze der wissenschaftlichen Bewertung einschlägiger Modelle	6
5.3.1	Herausforderungen einer Wirkungsevaluation in Frühen Hilfen.....	6
5.3.2	Quasiexperimentelle Forschung als angemessenes Design.....	6
5.3.3	Grundlegende Aspekte für eine realistische quasiexperimentelle Wirkungsanalyse Früher Hilfen	6
Kapitel 6 Perspektiven und Herausforderungen: Balancen.....		6
6.1	Kontrolle versus Freiwilligkeit: Die Adressaten	6
6.2	Kontrolle versus Selbstverantwortung: Die Helfer	6
6.3	Kontrolle oder professionelle Freiheit: die Intervention	6
6.4	Prävention oder Kompensation?.....	6
Literatur		6
Abbildungsverzeichnis		6

Zusammenfassung

In dieser Expertise wird der Diskurs über Frühe Hilfen und Soziale Frühwarnsysteme, wie er bundesweit und speziell in Nordrhein-Westfalen geführt wird, dargestellt sowie über Möglichkeiten und Grenzen der (Wirkungs-)Evaluation solcher Projekte diskutiert.

Die Idee der sozialen Frühwarnsysteme entstand zunächst in Nordrhein-Westfalen. Dort führte das Institut für soziale Arbeit e.V. Münster mit Förderung des Familienministeriums bereits in den Jahren 2001 bis 2004 ein Modellprojekt zu diesem Thema durch. Ziel des Projektes war es, Risiken im Aufwachsen von Kindern und familiäre Krisen möglichst früh zu erkennen und durch Ansätze interdisziplinärer Zusammenarbeit Familien frühzeitige Hilfen anzubieten, um so rechtzeitig einer Verfestigung von Problemlagen entgegenzuwirken. Nach Abschluss dieser Modellphase wurden landesweit eine Vielzahl von Kommunen beim Aufbau solcher sozialen Frühwarnsysteme durch das Institut für soziale Arbeit unterstützt. Die Landesregierung verfolgt damit das Ziel einer flächendeckenden Integration des Modells in die kommunale Regelpraxis.

Durch die bundesweite Diskussion des Themas Kinderschutz, die in den letzten Jahren vor allem durch die mediale Veröffentlichung skandalisierter Todesfälle von Kindern deutlich zugenommen hat, geriet auch auf Bundesebene zunehmend das Thema „Frühe Hilfen und Soziale Frühwarnsysteme“ mit der Suche nach neuen präventiven Handlungskonzepten in den sozial- und fachpolitischen Blick. So wurde durch das Bundesfamilienministerium 2007 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ initiiert. Im Kern hat das im Zuge dieses Programms entstandene „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“ die Aufgabe, das wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen über Frühe Hilfen zu bündeln und weiterführende Forschungen zu koordinieren. Zurzeit werden in diesem Rahmen Evaluationsprojekte gefördert, die unter anderem Erkenntnisse zu den Wirkungen Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme generieren sollen.

Obwohl Nordrhein-Westfalen diese bundesweite Entwicklung maßgeblich beeinflusst hat, lassen sich doch Unterschiede in der Schwerpunktsetzung auf Bundesebene feststellen. Vor allem der Kinderschutzgedanke ist in der theoretischen Begründung des Bundesaktionsprogramms weitaus zentraler fixiert als in der nordrhein-westfälischen Tradition. In beiden Lesarten zeigt sich allerdings eine programmatische Nähe zum Begriff der Prävention. Allerdings

fehlt es dabei an einer klaren Definition von Prävention und an einer fundierten theoretischen Einbettung. Die Debatte um den Präventionsbegriff ist geprägt durch eine Unbestimmtheit, die sich auch auf die theoretische Diskussion um Frühe Hilfen auswirkt.

Fachkräfte in Frühen Hilfen sehen sich mit einem doppelten Mandat konfrontiert. Zum einen müssen Hilfesettings angeboten werden, die frühzeitig die Verfestigung von Risiken vermeiden, zum anderen beinhaltet Prävention auch die Veränderung sozial benachteiligender Strukturen durch die Stärkung von Selbsthilfepotentialen. Mehr noch: Frühe präventive Hilfen setzen auch ein frühes Erkennen möglicher Risiken voraus. Man benötigt Instrumente, die eine genaue Prognose zukünftiger familialer Probleme zulassen und Handlungsstrategien, die diese Probleme verhindern können. Zudem sind die Fachkräfte auf die Mitarbeit der Eltern angewiesen. Da Frühe Hilfen als präventive Dienstleistung in unserem Verständnis unterhalb der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung anzusiedeln sind, müssen Familien von den Hilfeangeboten überzeugt werden. Dennoch bleibt für die Fachkräfte auch vor diesem Hintergrund der staatliche Schutzauftrag virulent: Das Dilemma um Hilfe versus Kontrolle lässt sich auch in den Frühen Hilfen nicht einseitig auflösen. Neben dem problematischen Verhältnis von Hilfe und Kontrolle werden weitere kritische Aspekte angesprochen, die bisher in den Frühen Hilfen noch nicht ausreichend thematisiert wurden: die Gefahren der Stigmatisierung durch die frühzeitige Prognose von Risiken, die gegenwärtig noch nicht vorhanden sind, und die womöglich zu einseitige Ausrichtung auf Risiken, die möglicherweise Ressourcen aus dem Blick geraten lässt. Gerade der Wunsch, durch Erfassungssysteme Risiken frühzeitig zu erkennen, verlangt zunächst eine Definition des Risikobegriffs. Weiterhin maßgeblich relevant sind eine genaue Kenntnis über beobachtbare Risikofaktoren und das Wissen, inwiefern deren Kumulation zu zukünftigen Gefährdungen führen kann. Was das Erkennen von Risiken und die weiteren, zumeist interdisziplinären Handlungsstrategien betrifft, lohnt ein Blick in das Gesundheitswesen. Die in Krankenhäusern zum Einsatz kommenden *Clinical Pathways* dienen als Beispiel für ein systematisches Behandlungsverfahren. Sie beinhalten die verschiedenen relevanten Aspekte eines Hilfe-, resp. Behandlungsprozesses unter der Maßgabe der Effizienz und der Effektivität, wie den zeitlichen Ablauf, die gemeinsame multidisziplinäre Abstimmung, die Festlegung von Leistungen oder den Einsatz von Ressourcen. Solche Behandlungspfade können auch ein Impuls für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Sozialen Frühwarnsystemen darstellen. Als Ansatzpunkte ergeben sich hier die Entwicklung eines *Institutional Pathways*, der die Handlungskette im kommunalen Netzwerk definiert, vom Erkennen

möglicher Risiken bis zu der konkreten Hilfe sowie eines *Personal Pathways*, in dem Wege der Qualifizierung der professionellen und semiprofessionellen Helfer verankert werden.

Soziale Netzwerke und Kooperationsstrukturen werden als grundlegende Bausteine für die Funktionsfähigkeit Früher Hilfen angesehen. Durch die zunehmende funktionale Differenzierung der Gesamtstrukturen sowie einzelner Teilsysteme stehen den Spezialisierungen der Experten hochkomplexe Problemlagen von Klienten gegenüber. Die notwendige Reaktion darauf liegt nicht als Komplexleistung durch einen Dienstleister vor. Um das allgemeine Prinzip Früher Hilfen zu erfüllen – zeitnah und passgenau auf einen wahrgenommenen Bedarf zu reagieren –, sind Netzwerkstrukturen und entsprechende Teilkooperationen notwendig, die bei Bedarf schnelle und bedarfsorientierte bzw. zielführende Kooperationen zwischen für einen Fall zuständigen sowie darüber hinaus relevanten Fachkräften (und Institutionen) garantieren. Ein Netzwerk setzt sich aus einer unbestimmten Anzahl von Akteuren zusammen und ruht solange, bis es durch eine Kooperation aktiviert wird. Dabei handelt es sich in den Frühen Hilfen um eine Zusammenführung von Experten aus ausgewählten Teilbereichen, um eine mögliche Risikolage zu erkennen und zu bearbeiten. Hierzu bedarf es einer spezifischen Netzwerkstruktur mit zwei Netzwerkbereichen: Erstens ein Zugangsnetzwerk, um Familien mit Problemlagen zu erkennen und einen Zugang herzustellen und zweitens ein Hilfenetzwerk zur gemeinsamen Erarbeitung und Ausführung eines Unterstützungsangebotes. Eine scharfe Trennung dieser Netzwerkbereiche und die Zuordnung verschiedener Professionen sind in der Praxis nicht möglich, da sie sich überschneiden. Im zeitlichen Verlauf einer Hilfe enden Zuständigkeiten einzelner Kooperationspartner im Hilfeprozess, andere kommen hinzu, ohne dass der stringente Unterstützungspfad der Frühen Hilfen verlassen wird. Als Hauptakteure solcher Netzwerke gelten die Kinder- und Jugendhilfe sowie das Gesundheitswesen. Neben ihnen dürfen jedoch weitere Netzwerkpartner nicht aus dem Blick gelassen werden, wie z.B. Schulen, Ordnungsämter, Rettungsstellen, u. a., die eine wichtige Rolle beim Erkennen von Familien in Risikolagen, ihrer Vermittlung oder der eigentlichen Hilfeerbringung spielen können.

Netzwerke und die damit verbundenen Kooperationsinitiativen gelten allerdings nur als eine mögliche Voraussetzung für die Wirksamkeit Früher Hilfen. In Verbindung mit Kooperation stehende Wirkfaktoren sind Verbindlichkeit, Absprachen, eine Koordinierungsperson sowie ein „Institutional Pathway“ (Böttcher et al. 2008, S.133). Das Zusammenspiel dieser Elemente kann die Umsetzung Früher Hilfen begünstigen. Voraussetzung für erfolgreiche Netzwerkar-

beit sind aber vor allem die dafür notwendigen Ressourcen (zeitliche, finanzielle und personelle), um *a*) vorhandene Ressourcen (Akteure, Methoden, Wissen und Erfahrungen) zusammenzuführen, *b*) zur Begleitung und Pflege der Prozesse (Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von Kooperation), *c*) zur Sicherstellung eines Konfliktmanagements (bei mangelnder Kooperationsbereitschaft, unterschiedlichen „Professions-Sprachen“, unterschiedliche Erwartungshaltungen, unterschiedliche professionelle Sichtweisen) und *d*) schließlich zur Bearbeitung eines erhöhten Fallaufkommens (hohes Bewusstsein für Risikolagen, frühzeitigere Wahrnehmung von und Reaktion auf mögliche Gefährdungssituationen).

Um herauszufinden, ob Netzwerke die Anforderungen, die an sie gestellt werden, erfüllen, sind Netzwerkanalysen – in quantitativer und qualitativer Methodik – notwendig. Im Rahmen einer solchen Untersuchung können neben der Frage nach der Wirksamkeit Früher Hilfen weitere offene Fragen beantwortet werden, z. B., welche Formen und Eigenschaften von Netzwerken und Kooperationen geeignet sind, um Hilfeleistungen für Familien zeitnah, aufeinander abgestimmt und einander ergänzend sicherstellen oder wie sich in kooperativen Hilfesettings Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für Familien organisieren und sichern lassen.

Die Frage nach der tatsächlichen Wirkung von Hilfen kann isoliert nicht beantwortet werden, denn sie beinhaltet immer auch die Frage nach den Bedingungen und Kontextfaktoren, die schließlich die eintretenden Effekte einer Maßnahme ko-produzieren. Unabhängig von objektivierbaren Effektgrößen spielt auch die „erlebte“ Wirkung auf Seiten des Nutzers eine große Rolle. Neben einer Vielzahl von strukturellen Kontextfaktoren dürften das Handeln des Helfers oder auch die Beziehung zwischen Helfer und Klient entscheidende Einflussgrößen dafür sein, ob eine Hilfe intendierende Maßnahme schließlich als erfolgreich bewertet wird oder nicht. Diese These wird gestützt durch eine wissenschaftliche Auswertung theoretischer Ansätze zur Professionalisierung sozialpädagogischen Handelns auf der einen und empirisch-wissenschaftliche Ergebnisse der psychologischen Therapieforschung auf der anderen Seite.

Die interaktionistisch geprägte Professionalisierungsdebatte verweist auf das „professionelle“ Handeln als zentralen Wirkfaktor, der sozialpädagogisches Handeln zwischen wissenschaftlichem Wissen, Handlungswissen und Fallverstehen beschreibt. Dabei spielt vor allem die Reflexivität hinsichtlich der eigenen Person, eigenen Handelns sowie des Klienten eine wichtige Rolle, was deutlich macht, dass nicht allein methodisch-fachliches Handeln bestimmend für

eine Wirkung ist, sondern vor allem der erfolgreiche Umgang mit sog. Paradoxien und Strukturproblemen sozialpädagogischen Handelns zwischen Individuum, Organisation und Gesellschaft. Dabei sehen wir nach Durchsicht relevanter Arbeiten drei Aspekte, die grundlegend die Qualität des Handelns von Helfern bestimmen: a) Professionelles Handeln und berufliches Selbstverständnis, b) Bindung an die Profession, c) organisationaler Rückhalt. Obwohl einige Studien vorliegen, die sich um eine Klassifikation professionellen Handelns bemühen und Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung herstellen, fehlt nach wie vor eine grundlegende empirische Basis zur Beantwortung der Frage, welches berufliches Selbstverständnis zu einer Beziehung führt, die für die Zielerreichung einer Maßnahme oder eines Programms (hier: einer Frühe Hilfe) dienlich ist. Da nach wie vor nur wenige empirisch belastbare Forschungsergebnisse im Bereich der Sozialen Arbeit zu diesem „Wirkmechanismus“ des Helfens vorliegen, dient ein Blick in die Psychotherapieforschung bzw. die Beziehungsforschung der Einschätzung, welche Effekte auf ein positives Arbeitsbündnis zurückzuführen sind und welche Kontextfaktoren auf Seiten des Helfers und des Klienten förderlich für diese „Beziehungsarbeit“ sind.

Obwohl Soziale Arbeit und Psychotherapie auf unterschiedliche Professionalisierungslinien zurückzuführen sind, zeigen sie dennoch Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Fachkraft-Klienten-Beziehungen, in denen das Arbeitsbündnis als Ausgangspunkt und Voraussetzung des professionellen Handelns dient. Aus unserer Sicht ist der Transfer der Ergebnisse der Beziehungsforschung in der Psychotherapie auf die Soziale Arbeit hilfreich. Es können universelle Verhaltensweisen für ein gelingendes Beziehungsbündnis formuliert werden: Respekt, gutes Zuhören, Beachten der Würde der Klienten und Ernstnehmen von Problemen. Alle genannten – exemplarischen – Aspekte zeigen einen Zusammenhang zu den Paradoxien und Anforderungen professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit, wobei wir nach Krüger und Rauschenbach (2003) davon ausgehen, dass sich bereits während der Ausbildung und in den ersten Jahren der Berufstätigkeit ein professioneller Habitus herausbildet, der das berufliche Handeln beeinflusst. Neben der Fachkraft und ihrem Handeln wird die Beziehung auch durch den Klienten und sein Verhalten bestimmt. Es liegt dabei im Aufgabenbereich der (professionellen) Fachkraft, diese Arbeitsbeziehung zu etablieren.

Für den Bereich der Frühen Hilfen lassen sich folgende Aspekte übertragen, die sich ebenso für die nicht therapeutische Beziehung relevant zeigen: Ein Zeitfenster zu Beginn der Intervention (1-5 Sitzung) für den Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung, universelle Verhaltens-

weisen, die eine Beziehung positiv beeinflussen, zu variierende Verhaltensweisen, vor allem technische Vorgehensweisen und Strategien, die den Merkmalen des Klienten angepasst werden sollten etc. Beziehungsforschung kann für die Praxis Hinweise liefern, wie Beziehungen gestaltet werden können, damit Hilfen wirken und welche Personengruppen mit welcher beruflichen Einstellung für welche Problematiken am besten geeignet sind. Dabei ist vor allem die Perspektive der Klienten einzubeziehen, denn sie bewerten und gewichten die unterschiedlichen Kontextfaktoren, die zu einem guten Ergebnis führen, systematisch anders als die Helfer. Ebenso verspricht der Einbezug der Klientenperspektive eine bessere Vorhersagekraft für das Hilfeergebnis als die Fachkräfteperspektive. Forschungspraktisch wird somit erforderlich, die Erfassung der Wahrnehmung der Klienten angemessen in ein Forschungsdesign zu integrieren. Der Blick auf den professionstheoretischen Rahmen sozialpädagogischen Handelns bzw. ihr Beitrag am Hilfeergebnis kann dabei helfen, die Fragestellungen um die gängige Debatte hinsichtlich der Wirkungen verschiedener Konzepte Frühe Hilfen zu erweitern, nämlich um die Frage nach dem Grad der professionellen Einflussnahme bei der Gestaltung Früher Hilfen.

Trotz einer bisher nicht vorhandenen gesetzlichen Grundlage zur Initiierung und Durchführung Früher Hilfen deuten zahlreiche Initiativen, Projektansätze und nicht zuletzt die umfangreichen Fachdiskussionen um Frühe Hilfen auf deren weitere Verbreitung auf Bundesebene hin.

Hinsichtlich einzelner relevanter Fragestellungen zur Implementierung und Wirkung Früher Hilfen (z.B. Risiko- und Schutzfaktoren, die Bedeutung von Netzwerken und die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen) liegen wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem nationalen, vor allem aber aus dem internationalen Kontext vor. Im anglo-amerikanischen Sprachraum zählen umfangreiche Wirkungsanalysen im Rahmen von „*Evidence-based Practice*“ bereits zum allgemeinen Standard. Als wissenschaftlich gehaltvoll im Hinblick auf die Ermittlung von Risikofaktoren für Vernachlässigung und Misshandlung haben sich internationale Längsschnittstudien mit Familien erwiesen. Bei einer Einzelbetrachtung der Risikofaktoren ergaben sich lediglich schwache bis moderate Effekte in Bezug auf eine Vernachlässigung, wohingegen die Gefahr von Vernachlässigung durch die Kumulation von Risiken augenscheinlich erhöht wird. Internationale Metaanalysen weisen für präventive familienunterstützende Programme auf relevante Effekte hinsichtlich einer Stärkung der Erziehungskompetenzen, der Vermeidung von Misshandlung und der Risikoreduktion hin.

Die Übertragung auf die Praxis Früher Hilfen in Deutschland ist jedoch durch diese Erkenntnisse keinesfalls gesichert. Hinsichtlich internationaler Forschung ist anzumerken, dass strukturelle Besonderheiten des deutschen Sozialsystems die Übertragung von internationalen Erkenntnissen einschränken. Zudem erfordert die Wiederholung einer Maßnahme, deren Wirksamkeit im randomisierten Kontrollexperiment nachgewiesen wurde, eine bis ins Detail gleiche Durchführung. Ansonsten kann nicht seriös von einer gleichen Wirksamkeit der Maßnahme ausgegangen werden. Eine solche Manualisierung widerspräche jedoch grundlegenden professionellen Standards (z.B. Fallbezug, Lebensweltbezug, usw.) in der Sozialen Arbeit.

Auch in Deutschland werden zurzeit Forschungsprojekte zur Wirksamkeit Früher Hilfen durchgeführt. Im Rahmen einer Kurzevaluation des Deutschen Jugendinstituts (DJI) erfolgte eine vergleichende Darstellung bereits in der praktischen Erprobung befindlicher Modelle. Die Ergebnisse weisen auf eine hohe Unterschiedlichkeit der Implementierung von Frühen Hilfen hin. Dieser Befund führte zu einem Beschluss der Jugendministerkonferenz, demzufolge festgelegte Kriterien (z.B. die Definition fachlicher Standards) über eine Implementierung in das Regelsystem entscheiden.

Mit dem Ziel, Wirkungsaussagen zu Frühen Hilfen unter den gegebenen nationalen Bedingungen zu treffen, findet in der aktuellen Evaluation Früher Hilfen für Familien und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein ein quasiexperimentelles Forschungsdesign Anwendung. Statt linearer Ursache-Wirkungs-Aussagen werden hierdurch Wirkungen offen gelegt, welche durch das Zusammenspiel vielfältiger Kontexte und von den Maßnahmen ausgelöster Mechanismen generiert werden. Forschung, die die Frage stellt: „Was wirkt für wen unter welchen Umständen?“, kann wichtige Hinweise für die Praxis und die Implementation von Programmen liefern. Praxisrelevante Empfehlungen belaufen sich dann nicht auf einfache Handlungsvorschriften, sondern es können differenzierte Hinweise über die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen bei einer Familie mit einem bestimmten Unterstützungsbedarf gemacht werden. Mehr noch: Durch die Kenntnis bestimmter *Wirkmechanismen* können auch Aussagen darüber gemacht werden, auf welche Weise eine Maßnahme wirkt, so dass Fachkräfte in die Lage versetzt werden, fall- und kontextspezifisch Entscheidungen zu treffen, um angemessenen Interventionen planen und durchführen zu können.

Abschließend wird deutlich, dass Theorie und Praxis der Frühen Hilfen und der Sozialen Frühwarnsysteme vor wichtige Entscheidungen stehen. Es muss gezeigt werden, dass be-

stimmte Dilemmata aufgelöst werden können, dass scheinbar antagonistische Positionen sich doch ausgleichen lassen. Die Systeme benötigen aus unserer Sicht eine Balance zwischen Kontroll- und auf Freiwilligkeit beruhender Hilfefunktion. Sie müssen zudem die Selbstevaluation durch Fachkräfte und die nur durch externe Evaluation zu messende Wirkung so komponieren, dass sie den Beteiligten von Nutzen sind. Schließlich ist es erforderlich, mit Standardisierungen für die konkrete Hilfeeinheit, das Management der Hilfen und die Kooperation der beteiligten Personen und Organisationen die Arbeit so zu ordnen, dass sie die Helfer und ihre Einrichtungen in ihrer professionellen Arbeit stärken und ihnen fallbezogene Freiheiten lässt, statt sie zu regulieren und das Handeln zu mechanisieren.

Kapitel 1 Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme: Hintergründe und Entwicklungen

1.1 Hintergrund der Entwicklung in NRW

Die Diskussion um Frühe Hilfen sowie die Erprobung und Implementierung von sozialen Frühwarnsystemen haben in Nordrhein-Westfalen eine Tradition, die in den 1990er Jahren ihren Ursprung fand. Mitte dieser Dekade führte das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) ein Projekt mit dem Namen „Kinder in Not“ durch, in dem erstmals die besondere Situation von vernachlässigten Kindern und ihren Familien im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand. Im Rahmen dieses Projekts wurden Handlungsstrategien der sozialen Arbeit und insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe beschrieben und neu entwickelt (vgl. ausführlich Schone et al. 1997). Vernachlässigung von Kindern in all seinen Facetten war bis dato ein Thema, das eher randständig rezipiert wurde und daher in Handlungskontexten von unterstützenden Institutionen (Soziale Arbeit, Gesundheitswesen) kaum Beachtung fand. Es ist ein großer Verdienst der Forschungsgruppe, der beteiligten Organisationen und des unterstützenden Landesministeriums, dass es gelang, ein soziales Problem mit unüberschaubaren Folgen für die betroffenen Kinder – das selten von gesellschaftlichen Strukturproblemen und ihren individuellen Folgen (wie z.B. durch Arbeitslosigkeit, Exklusion oder Deprivation) zu trennen ist – ins Licht der Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit zu rücken. Auf dieser Basis entstanden Handlungsstrategien (z.B. das „Glinder Manual“), die noch bis heute Bestandteil qualifizierten, fachlichen Handelns in vielen Jugendämtern bzw. Allgemeinen Sozialen Diensten sind. Die Forscher forderten vor knapp 10 Jahren daher in Ihrem Resümee, „dass wir nicht so sehr Sonderprogramme zur Bekämpfung der Kindesvernachlässigung mit speziellen Fördertöpfen brauchen, sondern in erster Linie eine gute, an sozialem Ausgleich und sozialer Gerechtigkeit orientierte Familien- und Sozialpolitik (...) und eine lebensweltbezogene Vernetzung der vorhandenen Möglichkeiten der Jugendhilfe und anderen Sozialleistungsträger“ (Schone et al. 1997, S. 253). Schon damals verwies die Forschungsgruppe darauf, dass fachliche Antworten auf gesellschaftliche Herausforderungen nur im Zusammenspiel von Politik, Praxis und Wissenschaft gegeben werden können, die sich in neuen Handlungsansätzen und Praxiskonzepten niederschlagen.

Kinder und Jugendliche sind im Prozess des Aufwachsens einer Vielzahl von Gefahren und Risiken ausgesetzt, die nachhaltig ihre Entwicklung stören, verzögern oder beeinträchtigen können. Dazu zählen nicht nur massive Formen von Kindesmisshandlung, sondern auch oder vor allem die Kumulation von negativen Einflüssen, die in ihren Konsequenzen eine hohe Schädlichkeit hinsichtlich der Sozialisation und Entwicklung aufweisen können. Hierunter sind bspw. Sprachstörungen im Kindesalter, motorische bzw. physische Beeinträchtigungen oder Wahrnehmungsstörungen zu verstehen. Ebenso ist der Prozess des Heranwachsens geprägt durch verschiedene Kontextbedingungen, wie z.B. die sozioökonomische Lebenslage der Eltern, die räumliche Umgebung des Wohnortes oder die Möglichkeiten des Bildungserwerbs. Je nach Verfügbarkeit persönlicher Ressourcen oder strukturbezogener Potenziale verlaufen biographische Entwicklungen und Übergänge in der Kindheit unterschiedlich, in denen Risiken oder konkrete Gefahren entstehen oder sich ggf. manifestieren können.

Gleichzeitig sind die Interaktionspartner von zentraler Bedeutung für die Entwicklung des Kindes, die diese Prozesse – jenseits familialer Geschlossenheit – begleiten. Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens, Lehrer¹, ehrenamtliche Helfer oder Menschen des ökologischen Nahraums (vgl. Baake 1995) beeinflussen, direkt und indirekt, die Entwicklung von Kindern. Akteure in den unterschiedlichen Fachsystemen haben schon zu einem frühen Zeitpunkt des Lebensalters die Möglichkeit, kindliche Entwicklung zu beobachten und mögliche Risiken oder „Störungen“ systematisch wahrzunehmen. Damit diese Beobachtungen nicht willkürlich oder zufällig verlaufen und im weiteren Verlauf eine – gegebenenfalls notwendige – geeignete Hilfe bereitgestellt werden kann, hat die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen im Jahre 2000 ein Modellprojekt ins Leben zu rufen, in dem dieser frühe Zeitpunkt der Wahrnehmung sowie die frühe Einleitung von Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen eine große Rolle spielen sollte: Mit Förderung des nordrhein-westfälischen Familienministeriums wurde von September 2001 bis 2004 an sechs Standorten (Bielefeld, Dortmund, Emmerich, Herne, Kreis Siegen- Wittgenstein, Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW/ Ortsverband Essen) der Aufbau von Handlungskonzepten modellhaft erprobt, um bekannte Lücken und „blinde Flecken“ zwischen dem frühzeitigen Wahrnehmen und einer zeitnahen Reaktion schließen zu wollen. Diese Handlungskonzepte oder auch „institutionelle Reaktionsketten“ erhielten den Namen „Soziale Frühwarnsysteme“. Mit diesem Modellprojekt wurden Ansätze und interdisziplinäre Formen der Zusammenarbeit entwickelt, die helfen, riskante Entwicklungen von Kindern und familiale Krisen frühzeitig zu

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir die männliche Form. Mit dieser grammatikalischen Form sind immer Frauen und Männer gemeint.

erkennen und so rechtzeitig eine Verfestigung von Problemlagen zu vermeiden. Hierfür wurden im Rahmen des Projektes Sensoren und Indikatoren entwickelt, die anzeigen, wann die Lebenssituation von Kindern und ihren Familien als riskant zu bewerten ist und welche Reaktionsweisen zur Bearbeitung solcher Problemlagen angemessen sind.

In den Jahren 2001 bis 2004 entstanden in Nordrhein-Westfalen unter dem Projektnamen „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ unterschiedliche praxisbezogene Ansätze, in denen spezifische Problembereiche (zu beobachtende Gegenstandsbereiche) von zentraler Bedeutung waren (vgl. MGFFI 2005; MGSFF 2005).

Frühwarnsystem – Säuglingsvernachlässigung

In Zusammenarbeit mit der Kinder- und Geburtsklinik und dem Kinderschutzbund konnte in Bielefeld erreicht werden, dass Familien mit Kleinkindern bzw. Säuglingen die z.T. kritische erste Lebensphase durch die Unterstützung von ehrenamtlichen Patinnen besser meistern können. Dies gelang, weil die Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen nachhaltig und verbindlich abgestimmt wurde.

Frühwarnsystem – Vernachlässigung des Wohnumfelds und kritische Lebensumstände

Im Verlauf des Projekts konnten einige Familien, die im Stadtgebiet von Emmerich in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebten, bei der Verbesserung dieser Situation unterstützt werden.

Frühwarnsystem – Verhaltensauffälligkeiten von Kindern

In Herne wurden die Mitarbeiterinnen der Tageseinrichtungen in die Lage versetzt worden, erste Anzeichen von Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und nach klar definierten Handlungsanleitungen erste Schritte im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten gemeinsam mit den Eltern zu planen (siehe auch Herner Materialien, ISA 2007).

Frühwarnsystem – Biographischer Übergang Kindergarten/ Schule

Das Projekt in Dortmund erreichte durch die Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtungen, Grundschulen und Jugendhilfediensten (Allgemeiner Sozialer Dienst, ASD) eine Verbesserung der Übergangsphasen von Kindern in den Kindergarten und in die Grundschule.

Frühwarnsystem – Sozialer Brennpunkt

Im Kreis Siegen- Wittgenstein wurden mit einer Vielzahl von Instrumenten und Methoden die Wohnquartiere für die Mitarbeiter der Regionalen Sozialdienste transparenter. Die Reaktionsmöglichkeiten (z.B. Angebotsentwicklung für bisher nicht erreichte Familien) konnten erweitert werden.

Frühwarnsystem – Kindesvernachlässigung

Der Deutsche Kinderschutzbund erarbeitete im Modellprojekt für und mit den Mitarbeitern eines Kinderhauses in Essen-Mitte u.a. ein Handbuch. Hier werden Ansprechpartner für die Belange von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien benannt und „erste Schritte“ im Umgang mit ersten Anzeichen von Kindesvernachlässigung beschrieben (zu den einzelnen Modellstandorten siehe ausführlich den Abschlussbericht: MGSFF 2005).

An diesen Beispielen aus der Modellphase zeigt sich, dass sechs verschiedene Frühwarnsysteme entstanden sind, die eng an die vor Ort vorhandenen Problemlagen, Ressourcen und Kooperationsformen gekoppelt sind. Gemeinsam ist allen, dass sie von den Prinzipien interdisziplinärer Zusammenarbeit, Flexibilisierung und Weiterentwicklung der vorhandenen Hilfsangebote, Sensibilisierung der Fachkräfte und einer sozialräumlichen Verortung geleitet werden. Zusammenfassend kann ein soziales Frühwarnsystem für Familien verstanden werden als Versuch, unterschiedliche Disziplinen, Professionen, Wahrnehmungen und Lösungsansätze in ein koordiniertes und wirksames Zusammenspiel zu bringen. Ein soziales Frühwarnsystem ist kein neuer spezialisierter Dienst, der eigene Angebote und Leistungen definiert und vorhält. Die Stärke eines sozialen Frühwarnsystems liegt vielmehr darin, die vor Ort bestehenden Handlungskompetenzen produktiv zusammenzuführen (vgl. MGFFI 2005).

Das Institut für soziale Arbeit e.V. Münster ist auch aktuell vom Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen damit beauftragt, interessierte Kommunen und lokale Akteure in NRW beim Aufbau eines sozialen Frühwarnsystems zu unterstützen. Seit nunmehr vier Jahren also werden Strategien, Zielsetzungen und Instrumente, die im Rahmen des Modellprojekts entwickelt wurden, weiteren Kommunen bzw. Organisationen zugänglich gemacht. Insgesamt – und das ist das strategische Ziel der Landesregierung – soll dann die Programmatik „Problematische Entwicklungen bei Familien mit Kindern frühzeitig erkennen und frühzeitig Hilfen anbieten“ als eine kommunale Regelpraxis im Umgang mit diesen Entwicklungen etabliert werden.

1.2 Begriffliche Annäherung

Die bereits dargestellten Programme zur frühzeitigen Erfassung und frühen Förderung bei riskanten Entwicklungen von Kindern in NRW, in dessen Rahmen der Begriff „Soziale Frühwarnsysteme“ erstmals in Hilfezusammenhängen aufgetaucht ist und sich etablieren konnte, haben einen bedeutenden Anteil an der aktuellen bundesweiten Schwerpunktlegung fachlicher und sozialpolitischer Hilfeprogramme im Bereich des frühkindlichen Lebensalters. Dabei lässt sich feststellen, dass diese Konzeption im Hinblick auf die Erfassung und das frühzeitige Handeln bei Hinweisen auf Risiken und Gefährdungen überregional zwar an Bedeutung gewinnt; die Entwicklung einer theoretisch fundierten und zu anderen Ansätzen trennscharfen Definition noch weitgehend aussteht. Zum Beispiel wird der Begriff der „Frühen Hilfe“ in aktuellen Hilfekontexten häufig synonym mit einem sozialen Frühwarnsystem verwandt (siehe bspw. den Namen der im Folgenden dargestellten Bundesinitiative „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“), ohne dass eindeutige Aussagen über Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieses Begriffspaares erkennbar werden. Mit sozialen Frühwarnsystemen wird seit nahezu 10 Jahren überregional ein Konzept verbunden, bei dem nicht nur die Bildung von verbindlich strukturierten, interdisziplinären Netzwerken im Vordergrund steht, sondern auch eine optimale Nutzung bereits vorhandener personaler und institutioneller Ressourcen angestrebt wird. Sie weisen folgende methodische Kennzeichen auf (siehe Hensen/Rietmann 2008, S. 51f; Böttcher et al. 2008, S. 11ff.):

- § Die Implementierung sozialer Frühwarnsysteme erfolgt als dialogischer Prozess unter Einbezug der dafür relevanten Akteure. Enge Abstimmungen und Kooperationen steigern die Qualität und Verbindlichkeit des Handlungszuganges und fördern durch eine hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten Bindung und Selbstverpflichtung zur Mitwirkung.
- § Netzwerkorientierte Zusammenarbeit im Rahmen eines Frühwarnsystems erfordert gemeinsam geteilte Bewertungskriterien hinsichtlich der Zielerreichung. Dies schließt fachlich verbindlich geregelte Routinen im Umgang mit erkennbaren Schwierigkeiten ein. Dafür ist interdisziplinäre Kompetenz erforderlich, die sich sowohl an den Erfordernissen des Einzelfalles als auch an sozialräumlichen Spezifika orientieren muss.
- § Soziale Frühwarnsysteme lassen sich als Reaktionsketten beschreiben, die die Basiselemente Wahrnehmen, Warnen und Handeln beinhalten und die sich zielgruppenspezifisch und sozialraumbezogen auf klar definierte Problemlagen beziehen.

- § Leitidee sozialer Frühwarnsysteme sind innovative und nachhaltige Optimierungen bei vergleichsweise geringem Aufwand. Es sollen Entwicklungsrisiken frühzeitig identifiziert und passgenaue frühe Hilfen möglich werden. Unter konsequenter Nutzung bestehender Angebote soll eine zielorientierte und effiziente Koordinierung verschiedener fachlicher Systeme erfolgen.

Der Begriff der „Frühen Hilfe“ (in klarer Abgrenzung zum Bereich der Frühförderung, der dagegen gesetzlich hinsichtlich seines Auftrage und der Finanzierung geregelt ist) zeigt an vielen Stellen inhaltliche Gemeinsamkeiten zu sozialen Frühwarnsystemen. Beiden gemeinsam ist eine präventive Ausrichtung im Vorfeld von gewichtigen Anhaltspunkten auf eine Kindeswohlgefährdung (vgl. § 8a SGB VIII). Frühe Hilfen werden gleichsam als Bestandteil von Hilfenetzwerken wahrgenommen, sie vermitteln per definitionem zunächst eher den Eindruck einer Hilfeform (am Ende einer Reaktionskette) und weniger eines Netzwerks. Die zunehmenden Aktivitäten auf kommunaler Ebene zeigen bspw., dass das Gestaltungsspektrum von Frühen Hilfen sehr breit ist und auch hier kaum eindeutige Zuschreibungen und Abgrenzungen möglich sind. Ob denn eine begriffliche Trennung von sozialen Frühwarnsystemen und Frühen Hilfen einen Nutzen für die Praxis hat, bleibt zunächst unbeantwortet. Zwar sehen wir hinsichtlich der Begriffbestimmung einzelne ungeklärte Aspekte; im Rahmen dieser Expertise stehen vielmehr die Fragen nach dem programmatischen und methodischen Hintergrund der fachlichen Entwicklungen dieser Hilfeansätze sowie die Frage nach den Wirkungskontexten im Vordergrund.

Gegenwärtig wird im Rahmen aktueller gesetzgeberischer Reformierungsbemühungen hinsichtlich einer Optimierung des Kinderschutzes die Rolle von vorgelagerten Hilfen, wie sie Frühe Hilfen und Soziale Frühwarnsystem darstellen, diskutiert. Dabei ist bislang ungeklärt, ob es sich bei Frühen Hilfen um einen Bestandteil des Kinderschutzes handelt oder ob diese Form niedrigschwelliger und freiwilliger Hilfe, die quasi Kindeswohlgefährdungen im Vorfeld verhindern soll, rechtlich und konzeptionell von Kinderschutzaktivitäten zu trennen ist. Für eine begriffliche Trennung sprechen die positiven Konnotationen und die gute Erreichbarkeit von Familien, die mit einer freiwilligen Frühe Hilfe angestrebt werden. Möglicherweise sind von Seiten der Nutzer bzw. der Familien weniger Schwellenängste bei Inanspruchnahme von Frühen Hilfen vorhanden als bei der Nutzung anderer Angebote der Jugendamtes, die kaum zu von hoheitlichen und ordnungsleistenden Kinderschutzaufgaben des öffentlichen Trägers zu trennen sind und zumindest zu Irritationen auf Seiten der Nutzer führen können.

1.3 Gesamtdeutsche Entwicklungen

Das Thema Kinderschutz ist in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt des sozial- und fachpolitischen Interesses gerückt. War bis vor einigen Jahren bundesweit die fachliche Rezeption der Situation von Kindern und Jugendlichen, die kontinuierlich massiven Formen von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung ausgesetzt sind, nur einigen wenigen Experten, Kinderschutzzentren oder engagierten Ehrenamtlichen überlassen, so sind aktuell eine Vielzahl von Aktivitäten zu beobachten, die einen verbesserten Schutz von Kindern und Jugendlichen zum Ziel haben. Ausgangspunkt dieser fachpolitischen, fachlichen, aber auch mittlerweile öffentlichen Diskussion waren die vom Bundesfamilienministerium veröffentlichten und kommentierten Daten, die eine massive Zunahme der Misshandlungszahlen von Kindern auswiesen. In einer aktuellen Publikation wird die Argumentation konkretisiert (BMFSFJ 2008, S. 4):

- Anzeigen bei Vernachlässigung und Misshandlung haben sich seit 1990 fast verdreifacht: Aus der polizeilichen Kriminalstatistik ergibt sich für das Jahr 2006, dass den Ermittlungsbehörden 3.639 Kinder im Alter bis zu 14 Jahren bekannt sind, die Opfer von Misshandlungen wurden. Zum Vergleich: Im Jahr 1990 waren es 1.337 Kinder (Kinder bis sechs Jahre: 1990: 600, 2005: 1445; Kinder bis 14 Jahre: 1990: 1377, 2005: 3377; Polizeiliche Kriminalstatistik).
- Befragungen von Eltern und Kindern haben ergeben, dass der Gebrauch von körperlicher Gewalt in der Erziehung zwar zurückgeht, die Mehrheit der Eltern aber immer noch minderschwere Formen physischer Erziehungsgewalt – etwa leichte Ohrfeigen oder einen Klaps – anwendet und auch schwere körperliche Gewalt bei Weitem noch nicht aus den Familien verschwunden ist.
- Die Zahl der Kinder, die durch das Jugendamt in Obhut genommen wurden, ist in den vergangenen Jahren ebenso gestiegen wie die Gewährung von unterstützenden Hilfen für Familien durch das Jugendamt.
- Untersuchungen von Fällen, in denen sich Jugendamt und Familiengericht mit einer Gefährdung des Kindeswohls befassten, legen nahe, dass die Vernachlässigung das häufigste Gefährdungsmerkmal ist.
- Schätzungen verschiedener Wissenschaftler und Organisationen gehen davon aus, dass 5 bis 10% aller Kinder vernachlässigt werden und jede Woche mindestens zwei Kinder an den Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung sterben.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Daten und der zeitgleichen Veröffentlichung skandalisierter Todesfälle von Kindern, die auf ein deutliches Systemversagen hinwiesen (vgl. Emig 2007), entzündete sich eine Diskussion um die Leistungsfähigkeit der Jugendämter und anderer unterstützender Organisationen. Weiter wurden erhebliche Mängel in der Zusammenarbeit zwischen den öffentlichen Leistungsbereichen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens deutlich, die gerade in der sensiblen kindlichen Lebensphase von 0 bis 3 Jahren kaum praxistaugliche Schnittstellen aufwiesen. Hieraus abgeleitet wurde die Forderung nach verbesserten Handlungskonzepten im Kinderschutz, die sich sowohl direkt auf die Jugendhilfepraxis bezog als auch eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen anmahnte. Kinder zwischen 0 bis 3 Jahren sind nicht nur für die Jugendhilfe ein nicht ausreichend beachteter Handlungsbereich; auch in der medizinischen Vorsorgepraxis scheinen Informations- und Handlungsdefizite im Umgang mit Hinweisen auf Risiken und Gefahren zu existieren.

1.4 Das Bundesaktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“

Das Bundesfamilienministerium hat 2007 die Initiative „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ ins Leben gerufen. Es ist das Ziel des Aktionsprogramms, „Kinder durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Gesundheitshilfe (Gynäkologen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Geburtskliniken, Kinderkliniken, Kinderärzte) und Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen zu schützen. Das Aktionsprogramm soll dazu beitragen, effektive Verfahrensstandards für die Kooperation dieser beiden Hilfesysteme und Methoden einer partnerschaftlichen Beteiligung der Eltern am Hilfeprozess von Anfang an zu entwickeln“ (www.fruehehilfen.de).

Auf Grundlage einer deutschlandweiten Kurzevaluation von Projekten Früher Hilfen (vgl. Kapitel 5.1) wurden im Rahmen des Aktionsprogramms sechs Qualitätsdimensionen formuliert, die als Zielbereiche für die durch den Bund angestoßene Entwicklung Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme zu betrachten sind (Sann/ Schäfer 2008, S. 113):

- Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden,
- systematisch und objektiviert Risiken erkennen,
- Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren,
- Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen,

- Monitoring des Verlaufs der Hilfe und
- Verankerung der Hilfe im Regelsystem.

Herzstück des Programms ist das durch das BMFSFJ eingerichtete Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Unter der Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Jugendinstituts (DJI) verfolgt das NZFH vor allem drei Schwerpunkte (vgl. Paul/ Backes 2008, S. 665ff.):

- 1) *Wissensplattform*: Das bereits vorhandene Wissen über die relevanten Aspekte Früher Hilfen, über Zugänge zu belasteten Familien, über Methoden und über Vernetzungsstrategien soll hier gebündelt und aufbereitet werden, so dass Akteure in den Kommunen dieses für ihre Arbeit nutzen können. Zusätzlich soll neues Wissen über die bundesweite Förderung von Praxisprojekten und Evaluationen generiert werden.
- 2) *Transfer*: Das aufbereitete und neu gewonnene Wissen über Frühe Hilfen soll über eine Reihe von Tagungen und Workshops mit Vertretern aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Familienhilfe in die Praxis transferiert werden. Das Ziel dabei ist es, bewährte Ansätze dauerhaft in die Regelversorgung der Kommunen zu implementieren.
- 3) *Kommunikation*: Dritte Säule des NZFH ist die Kommunikation mit der Fachöffentlichkeit und der Praxis durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit. U.a. durch Fachpublikationen und über die Internetplattform www.fruehehilfen.de werden in erster Linie Multiplikatoren über relevanten Forschungs- und Praxisentwicklungen und über die Arbeit des NZFH informiert. Außerdem werden Materialien für (werdende) Eltern zum Einsatz in der Praxis bereitgestellt.

Im Rahmen des Bundesaktionsprogramms werden seit 2007 unter der Koordination des NZFH zehn Modellprojekte gefördert, die in allen Bundesländern (vgl. NZFH 2008) Projekte Früher Hilfen koordinieren, wissenschaftlich begleiten und evaluieren. Die Modellprojekte untersuchen dabei u. a. die Vernetzungsstrategien von kommunalen sozialen Frühwarnsystemen, die Zugänge zu belasteten Familien, die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Systemen und die Wirkung der Interventionsansätze auf die Zielgruppe Früher Hilfen (vgl. Paul/ Backes 2008, S. 666). Im Folgenden sollen beispielhaft drei der insgesamt zehn Projekte dargestellt werden (eine differenzierte Darstellung aller Projekte findet sich in der Broschüre NZFH 2008):

Das Forscherteam um Wolfgang Böttcher und Holger Ziegler (Westfälische Wilhelms-Universität Münster und Universität Bielefeld) führt im Rahmen des Projekts *Frühe Hilfen für Eltern und Kinder* eine Evaluation von 15 Modellstandorten in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen durch. Die beiden zentralen Bestandteile der Untersuchung sind zum einen die Analyse von Wirkungen Früher Hilfen und zum anderen der Transfer dieser Erkenntnisse zurück in die Praxis. Dies geschieht anhand folgender Fragestellungen:

1. In welcher Hinsicht und unter welchen Umständen wirken welche Konzepte Früher Hilfen für welche Zielgruppe?
2. Wie können Konzepte Früher Hilfen weiterentwickelt und qualifiziert werden?

Der Fokus des Projektes ist darauf gerichtet, die Entwicklung der sozialen Frühwarnsysteme wissenschaftlich zu begleiten und ihre Wirkung zu untersuchen. Anhand von Netzwerkanalysen wird die Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen (z.B. dem Gesundheitswesen oder der Kinder- und Jugendhilfe) und deren Zielsetzungen (wie z.B. Risikolagen von Kindern und ihren Familien frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig passende Hilfen anzubieten) überprüft. Zusätzlich sollen anhand umfangreicher qualitativer Studien die Wirkmechanismen Früher Hilfen identifiziert werden. Die Standorte erhalten bereits während der Projektlaufzeit erste Zwischenergebnisse, die ihre Arbeit anregen können (vgl. Bastian et al. 2008).

Unter der Trägerschaft der Stiftung Pro Kind, dem Kreisverband des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), Bremen und dem Felsenwerk-Institut der Karl Kübel Stiftung, Dresden, wird das Programm *Pro Kind – Nurse-Family-Partnership* in den Bundesländern Niedersachsen, Bremen und Sachsen durchgeführt. Ziele sind die Förderung der gesundheitlichen Prävention bereits während der Schwangerschaft und postnatal in der kindlichen Entwicklung, die Stärkung der Elternkompetenz sowie die Unterstützung der Lebensperspektive der Eltern. Das Betreuungskonzept basiert auf dem bewährten US-amerikanischen Nurse-Family-Partnership (NFP)-Programm, dessen Wirksamkeit in mehreren Studien nachgewiesen wurde (vgl. Olds 1998). Die deutsche Adaption des Programms wird bereits seit 2006 erprobt. Das Modell "Pro Kind – Wir begleiten junge Familien" wird von einer Begleitforschung evaluiert. Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. übernimmt unter Leitung von Tanja Jungmann die wissenschaftliche Begleitforschung des Modellprojekts in den Bereichen Implementationsforschung und biopsychosoziale Evaluation. Zusätzlich wird unter Leitung von Peter Lutz eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt (vgl. www.stiftung-pro-kind.de; Jungmann et al. 2008; Struzyna 2008).

Das Modellprojekt *Guter Start ins Kinderleben* hat die frühe Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen zum Ziel. Im Fokus steht insbesondere die Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter. Es wurde eine interdisziplinäre Vernetzung für die Unterstützung und Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern zur Prävention von Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung entwickelt, welches zurzeit evaluiert wird. Zentral ist die Idee der systematischen Vernetzung von Angeboten der Jugend- und Gesundheitshilfe. Das Projekt wird von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm unter der Leitung von Jörg Fegert und Ute Ziegenhain durchgeführt und evaluiert (vgl. www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben.html; Struzyna 2008).

1.5 Spezifika des NRW-Ansatzes

Die in NRW begonnenen Aktivitäten im Konzept „Soziale Frühwarnsysteme“ haben die bundesdeutschen Entwicklungen maßgeblich beeinflusst. Dass bereits im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung die Forderung nach dem Aufbau sozialer Frühwarnsysteme fixiert wurde, zeigt, dass auch über die parteipolitischen Grenzen hinweg in Deutschland die Notwendigkeit einer dahingehenden Praxisqualifizierung gesehen wird. Die Schwachstellen der interdisziplinären Kommunikation zwischen den unterstützenden Organisationen sind zwar seit langem bekannt; erst durch die mediale Inszenierung von Kindestötungen durch Vernachlässigung und Misshandlung, die durch ein abgestimmtes institutionelles Vorgehen verhindert hätte werden können, wurde ein – längst notwendiger – politischer und fachlicher Handlungsdruck erzeugt.

Dennoch ist festzustellen, dass Unterschiede in der theoretischen Begründung und praktischen Umsetzung zwischen dem NRW-Programm und der bundesdeutschen Initiative bestehen. Der Begründungszusammenhang für die Erprobung und Implementierung von „Sozialen Frühwarnsystemen in NRW“ speist sich nicht allein aus dem Ziel, Kinder und Jugendliche vor Gefahren zu schützen. Obwohl der Kinderschutzgedanke an vielen Standorten handlungsleitend ist, kann die methodische Umsetzung auch hinsichtlich eines anderen Gegenstandsreichs erfolgen, die zwar zunächst keine konkrete Gefahr darstellen, dennoch ein Entwicklungsrisiko in sich tragen. Die Spezifika des Modells in NRW sind vor allem:

- **Transparenz für alle Beteiligte** – Allen Beteiligten sind die Ziele und Verfahren des Frühwarnsystems deutlich. Dazu gehört auch die Information der Eltern als Nutzer der Hilfeeinrichtungen.
- **Klare Vereinbarungen** – Ergebnis der gemeinsamen Vereinbarungen ist eine klare Regelung der drei Kernelemente (Wahrnehmen, Warnen, Handeln).
- **Frühzeitige Diagnose eines Gefährdungspotenzials** vor einer akuten Kindeswohlgefährdung mit entsprechend vorbeugenden Handlungsmöglichkeiten.
- **Verbindliche Kooperation** – Kooperationskontakte verlaufen häufig zufällig und zeigen sich in hohem Maße personenabhängig. Im Mittelpunkt sozialer Frühwarnsysteme steht hingegen eine verbindliche und geregelte Zusammenarbeit verschiedener Hilfeeinrichtungen, die auf klaren Vereinbarungen (Kontrakte) basieren.
- **Eltern als erste Ansprechpartner** – Es geht nicht darum, über den Kopf von Eltern Informationen an das Jugendamt oder eine andere Institution zu vermitteln, sondern zunächst die Erziehungsverantwortlichen als Partner zu erkennen, um dann gemeinsam nach Lösungs- und Hilfemöglichkeiten zu suchen. In diesem Sinne erfolgt die gemeinsame und dialogische Hilfesuche mittels verschiedener Methoden (Kollegiale Beratung, Fachberatung durch externe Experten). Bei akuten Kindeswohlgefährdungen greifen die weitergehenden berufsspezifischen und gesetzlichen Regelungen.
- **Kommunale Ansätze** – Das Gelingen sozialer Frühwarnsysteme ist in hohem Maße abhängig von der Berücksichtigung lokaler spezifischer Gegebenheiten. In NRW wurde und wird daher darauf gesetzt, kommunale Lösungen zu entwickeln, in die die örtlich zuständigen Jugendämter eingebunden sind.
- **Spezifische Gegenstände** – Viele Präventionsprojekte laufen ins Leere, weil ihre Ziele zu weit gefasst sind. In NRW wird daher das Augenmerk auf ganz bestimmte, beschreib- und beobachtbare Gegenstände gelegt, die im Rahmen eines Frühwarnsystems in den Blick genommen werden.
- **Frühwarnsysteme als Methode** – Die Entwicklung eines kommunalen sozialen Frühwarnsystems orientiert sich immer an der erprobten Vorgehensweise. Es ist daher vielmehr eine Methode als ein (häufig leider falsch verstandenes) universalistisches Hilfesystem, die eingesetzt werden kann, um vor Ort verbindliche Formen der Kooperationen anzuregen oder zu vereinbaren
- **Praxisnähe** – Bei der Entwicklung eines umsetzbaren Modells eines sozialen Frühwarnsystems wird besonders auf Praxisnähe und die jeweiligen Möglichkeiten der lokalen Implementierung geachtet. Ziel ist es bspw. nicht, neue Hilfeformen zu generieren, sondern

Bestehendes zu identifizieren und optimal zu vernetzen. Jugendämter und beteiligte Einrichtungen sind häufig in ihren Möglichkeiten limitiert, so dass sich Standards für ein kommunales Frühwarnsystem daran orientieren sollten.

Kapitel 2 Prävention und Risiko – Zur Programmatik Früher Hilfen

2.1 Der Präventionsbegriff

„Prävention straft und belohnt, droht und ermutigt, schreckt ab und belehrt, sammelt und sondert aus, entzieht Ressourcen und teilt sie zu, installiert technische Kontrollsysteme und nutzt soziale Netzwerke.“

Ulrich Bröckling (2003)

In Abgrenzung zum nordrhein-westfälischem Modellansatz (Siehe Kapitel 1), in dem der Gegenstandsbereich der Aktivitäten auf konkreten Vereinbarungen der Netzwerkpartner beruht und innerhalb eines breiten Spektrums von beginnenden Entwicklungsrisiken bis hin zu Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung festgelegt werden kann, fokussiert das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ die bundesweit geförderten Programme hinsichtlich

- der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung bei Säuglingen und Kleinkindern, beginnend mit der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres,
- der Früherkennung von familiären Belastungen und Risiken für das Kindeswohl,
- der frühzeitigen Unterstützung der Eltern zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz (Sann/Schäfer 2008, S. 109).

Allen bisher genannten Aktivitäten (sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene) gemeinsam ist die programmatische Nähe zum Präventionsbegriff, mit dem die grundsätzliche Verringerung von Risikofaktoren und die Vermeidung von tatsächlichen Gefahren impliziert werden. Bis heute existiert allerdings keine universelle Definition des Präventionsbegriffes: „Jeder Versuch der Festlegung oder Umschreibung verweist offen oder verdeckt auf unterschiedliche historische, ethische, professionelle und wissenschaftliche, sowie gleichzeitig auf persönliche, hoch individuelle Festlegungen und Erfahrungen“ (Franzkowiak 2006, S. 12f.). Die Frage nach der Zielbestimmung von Prävention ist demnach in hohem Maße abhängig von ihrer zugrunde gelegten Definition. Als Begriff verbleibt Prävention zunächst auf einer eher unspezifischen, höchst interpretationsbedürftigen Rezeptionsebene, auf der, je nach professionellem Verständnis und Anwendungskontext, Prävention als „Mittel der Wahl“ eingesetzt wird, politisch und fachlich motivierte Ziele durchsetzen zu können. Diese Entgrenzung des – oftmals mit Universalitätsansprüchen ausgestatteten – Präventionsbegriffs hat sich in der Literatur und der öffentlichen Fachdiskussion bis heute durchgesetzt, allerdings mangelt

es ihm nach wie vor an einer fundierten theoretischen Einbettung (vgl. Hensen 2008, S. 140ff.).

Das am weitesten verbreitete Modell zur Gliederung der unterschiedlichen Präventionsaktivitäten ist bis heute das nosologisch orientierte, triadische Strukturmodell, dessen Ursprung in den reformatorischen Ansätzen der Sozialpsychiatrie liegen und weitgehend auf die Arbeiten des Psychiaters Caplan (1964) verweist. Dabei geht es bei primärer Prävention um die unmittelbare Vermeidung von Krankheiten und anderen direkt schädigenden Einflüssen, wogegen sekundäre Prävention auf die unmittelbare Erkennung und Beseitigung von spezifischen Schädigungen oder Krankheiten zielt. Tertiäre Prävention beinhaltet darüber hinaus den Charakter der zukunftsgerichteten Vermeidung weiterer pathogener Einflüsse, um chronischen Mängellagen oder Schäden entgegenzuwirken. Primärprävention soll dann ansetzen, wenn noch keine Schädigung aufgetreten ist, sie zielt auf Aufklärung von Problemkomplexen und die Vermittlung von individuellen und kollektiven Handlungsstrategien und -kompetenzen. Caplan verfolgt mit dem Ansatz der Primärprävention, so Hörster (2008, S. 373), aber auch die Verbesserung der physikalischen, psychosozialen und soziokulturellen Ressourcen in der durch die Gemeinde bestimmten Umwelt. Durch die Förderung von kommunalen und sozialräumlichen Strukturen wird aus gemeindepsychologischer Sicht die Hoffnung verbunden, auch individuelle Kompetenzen und Kapazitäten zu fördern, um Möglichkeiten der Selbsthilfe zur „Krisenbewältigung“ zu nutzen. Krisen sind für Caplan Übergangsperioden, die eine innerpersonelle und innerpsychische Neuanpassung notwendig machen, die letztlich durch einen derartig lebensweltlich orientierten Ansatz unterstützt werden (ebd.). Der Kern dieses bis heute populären Verständnisses von Primärprävention liegt in einer gemeindenahen, und in diesem Sinne sozialpädagogischen, Perspektive: Intervention und methodisches Handeln werden nicht entlang zeitlicher Verläufe von Krankheiten oder anderer Schädigungen verstanden und sehen sich nicht angeleitet durch fremdbestimmte Ziele und Kontexte, sondern meint, dass Menschen zur Lebensbewältigung, Belastungssenkung und Ressourcenstärkung aktiviert und unterstützt werden sollen (vgl. Franzkowiak 2008): „Konträr zur allein nosologisch-biographischen Prävention am Individuum werden Lebenswelten als Determinanten von Gesundheits- und Risikoverhalten, Krankheitshandeln und Krankheitsbewältigung verstanden. Kategorial sind sie damit im Kern von Interventionen und können keinesfalls auf die Position von Mediator- oder gar Störvariablen reduziert werden“ (ebd., S. 212). Vor dem Hintergrund des hier dargestellten Präventionsverständnisses werden Frühe Hilfen und sozialen Frühwarnsystemen mit einer doppelten Herausforderungen konfrontiert: Zum einen wird mit ihrer Kon-

zeption die Idee verbunden, Müttern, Vätern und jungen Kindern ein Hilfesetting anzubieten, in dem sie individuelle Kompetenzen für die Erziehung, Versorgung und Lebensbewältigung erhalten. Zum anderen werden gemäß dem hier erweiterten Präventionsgedanken ebenso die sozialstrukturellen Bedingungen zum Mittelpunkt der Handlungen, sowohl hinsichtlich der sozialräumlichen Einbettung der Hilfe als auch zum Ziele der langfristigen Veränderung nachteiliger Strukturen durch Stärkung von Selbsthilfepotentialen.

Hier verschränkt sich das primärpräventive Verständnis mit dem emanzipatorisch geprägten Konzept der Gesundheitsförderung. Sie bilden einen gemeinsamen strategischen Ansatz: Gesundheitsförderung korrespondiert mit sozialstaatlichen Grundsätzen des sozialen Ausgleichs oder der Teilhabe (Altgeld/ Kolip 2007, S. 48) und konkretisiert sich in ihrer praktischen Realisierung als eine sozialpädagogisch basierte Tätigkeit, die sich an sozialen Fragen des Ausgleichs und der lebensweltlichen Unterstützung, die stets auf Hilfe zur Selbsthilfe und Ressourcenaktivierung zielen, orientiert (vgl. Böhnisch 2001).

Dem gegenüber steht das – vor allem im angloamerikanischen Sprachraum häufiger verbreitete – Spezifitätenmodell, das als ergänzende Klassifikation eine Kategorisierung präventiver Maßnahmen nach Spezifität und Maß der Gefährdung anbietet (vgl. Franzkowiak 2008, S. 197ff.). Hahlweg und Kessemeier (2003) konkretisieren dieses Modell, das zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterscheidet: Universelle Prävention zielt auf Programme, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten. Sie sind unabhängig von individuellen Risikofaktoren und -markern sowie von der Anzahl, dem Ausmaß und der Intensität möglicher Symptome. Selektive Prävention richtet sich an Individuen oder einzelne Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für die zukünftige Entwicklung einer Störung (abhängig von biologischen oder sozialen Risikofaktoren) bergen. Die Modifikation bestehender unangemessener Erziehungshaltungen und inadäquatem Erziehungsverhaltens kann Bestandteil selektive Präventionsprogramme sein, um dadurch mögliche Risiken zu reduzieren, die durch Entwicklungs- und Erziehungsprozesse entstehen oder verstärkt werden können (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005, S. 108). Indizierte Prävention fokussiert auf Individuen mit vorausgehenden Zeichen oder Symptomen einer psychischen, somatischen, motorischen oder anderweitige Störung, die – zeitlich gesehen – noch nicht als Krankheit zu klassifizieren und keiner heilkundlichen Behandlung bedürfen. Diese Präventionsklassifikation folgt einer Risiko-Nutzen-Perspektive mit folgenden Bestimmungsgrößen: Das individuelle Risiko (gegebene Ausprägung von Risikofaktoren bei den jeweiligen Zielgruppen), die Interventionsrisiken

sowie Aufwand und Kosten, welche mit einer Maßnahme verbunden sind (Franzkowiak 2008, S. 199).

Diesen beiden Modellen folgend, erlangt der Präventionsbegriff hinsichtlich seines Einsatzbereiches und der Zielgruppe einen unbestimmten Charakter, der sich nicht einmal mehr mit der vermeintlich bekannten Leitidee beschreiben lässt, dass Prävention zeitlich *vor* und nicht *nach* dem Auftreten von Krankheiten oder Gefahren ansetzen müsse: Sekundäre und tertiäre Präventionsformen zielen auf konkrete Krankheits- und Schädigungsmanifestationen und sind im diesem Sinne auch im Bereich der Kuration und Therapie anzutreffen. Das Spezifitätenmodell nimmt dagegen eine Klassifikation von Prävention mit Blick auf die Zielgruppe vor, bei der das Erkrankungsrisiko von Bedeutung ist. Es steht zwar nicht im Gegensatz zum Strukturmodell, beinhaltet allerdings aus unserer Sicht problematische Zuschreibungsprozesse: Wie Stöckel (2007) in ihrem historischen Rückblick auf die Entstehungs- und Anwendungsbereiche des Präventionsbegriffs gezeigt hat, kann Prävention nicht lediglich als eine „weiche“ Strategie zur Krankheitsvermeidung bezeichnet werden. Mit dem Bemühen um Vorbeugung ist stets eine Zuschreibung von Kausalität und Verantwortung verbunden: „Je stärker das individuelle Verhalten als Hauptfaktor der Prävention angesehen wird, desto größer ist die Gefahr, beim Ausbruch oder schlechten Verlauf einer Krankheit die Verantwortung beim betroffenen Individuum zu suchen“ (ebd., S. 27). Daher haftet allen Präventionsbemühungen, die sich an spezifische Risikogruppen wenden, ein möglicher Stigmatisierungseffekt an. Die Zuschreibung von Eigenverantwortung und Selbstkontrolle auf die Ebene des Subjekts, die im Bereich gesundheits- und gesellschaftswissenschaftlicher Analysen mit dem Theorem des „Blaming-the-Victims“ (aktuell Bittlingmayer 2008) plausibel benannt werden kann, und die Zusammenhänge zwischen sozialpolitischem Imperativ auf der einen und die Konsequenzen von subjektbezogenen Privatisierungstendenzen auf der anderen Seite aufnimmt, ist durchaus als problematisch anzusehen. Im Bereich früher Prävention und Intervention ist das Problem evident und wurde im Rahmen der aktuellen Kinderschutzdebatte noch unzureichend reflektiert.

Die genannten frühen Unterstützungsformen setzen voraus, dass Störungen jeglicher Art und ihre zugrunde liegenden Einflussvariablen bekannt sind und benannt werden können. Einrichtungen oder Projekte, die eine Frühe Hilfe anbieten, weisen eine Vielzahl von unterschiedlichen „Zugangsschwellen“ auf. Diese Zugangsschwellen orientieren sich an vorher festgelegten (u.a. auch auf wissenschaftlichen Ergebnissen basierenden) Hinweisgebern, die letztlich den Einsatz einer Frühen Hilfe begründen sollen. Der Terminus „Soziales Frühwarnsystem“,

der häufig synonym mit einer Frühen Hilfe verwandt wird, beinhaltet ergänzend zum Unterstützungsauftrag, der mit dem Begriff der Frühe Hilfe verbunden ist, die Dimension des *Erkennens* von sog. Schwierigkeiten und Problemen von Familien. Das Erkennen setzt aber voraus, dass die notwendigen Instrumente vorhanden sind, um exakt und vorhersehbar individuelle Verhaltensweisen und sog. „Risikokonstellationen“ überhaupt erfassen zu können, die dann eine geeignete Unterstützungsleistung induzieren. Aber selbst wenn alle Informationen vollständig vorhanden sind und die Verarbeitung von Erfahrungen aus der Vergangenheit und Gegenwart perfekt gelungen ist, ist damit noch keine Prävention, sondern lediglich Prognose erreicht (Schüle 1983, S. 18). „Prävention verlangt über die Kenntnis möglicher Zustände hinaus vor allem die Fähigkeit, sie zu beeinflussen.“ (ebd.) Das bedeutet, dass allein der semantische Rückgriff auf den Präventionsbegriff, wie er in vielen aktuellen und früheren Unterstützungsprogrammen zu finden ist, kaum Aufschluss darüber liefert, a) auf welcher Handlungsgrundlage die jeweiligen Aktivitäten tatsächlich basieren und b) welche konkreten Handlung (gezielte Prävention vs. Universalprävention) auf die meist – wenig exakte – Erfassung von möglichen Risikofaktoren folgen soll.

Blickt man auf die unterschiedlichen Programme, die in den letzten Jahren als Frühe Hilfe oder als soziales Frühwarnsystem firmieren, werden zwei Ansatzpunkte sichtbar, die eng mit dem Präventionsgedanken verbunden sind und bei denen die Vorbeugung von Gefahren und Schäden eine große Rolle spielt. Alle Bemühungen zur frühzeitigen Erfassung von möglichen Gefahren folgen grundsätzlich einem Präventionsanspruch, der in seiner praktischen Konsequenz für die Zielgruppe analytisch zu unterscheiden ist (vgl. Schone 2008, S. 65f.; Hensen/Schone 2009a):

1) Der Präventionsgedanke, der mit der Initiierung von Frühen Hilfen verbunden wird und darauf zielt, Familien frühzeitig Hilfe zur Verfügung zu stellen, ist in ganz besonderer Weise auf deren Vertrauen angewiesen. Frühzeitige Hilfe bedeutet – diesem Ansatz folgend – die Bereitstellung von Unterstützungsangeboten zu einem Zeitpunkt, an dem (noch) kein Anlass zu staatlichem Eingriff oder gar zu Zwangsmaßnahmen besteht. Präventionsmaßnahmen des Jugendamtes werden daher häufig mit dem Etikett der „Dienstleistung“ versehen, mit der Eltern vom Nutzen frühzeitiger Hilfsangebote überzeugt werden sollen. Als Voraussetzung dieser „Überzeugungstätigkeiten“ müsste allerdings sichergestellt werden, dass die angebotenen Hilfen hinreichend, rechtzeitig und in angemessener Qualität auch zur Verfügung stehen. Eltern und Familien können unterhalb der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung nicht zur Mitar-

beit gezwungen, sondern allenfalls „geworben“ werden. Dieser Gedanke von Prävention kann allerdings vor dem Hintergrund des Staatlichen Wächteramtes durchaus relativiert werden.

2) Die zweite Dimension des Präventionsgedankens zielt eher darauf, aktiv Hilfebedarfe zu suchen und zu entdecken. Dies bedeutet, dass Angebote und Maßnahmen in private Lebensbereiche hineinragen können. Die Verhaltensweisen von Eltern sollen hierbei systematisch beobachtet und daraufhin bewertet werden, ob eine defizitäre oder gar gefährdende Lebenssituation eines Kindes vorliegt. Eine systematische Beobachtung zur Erfassung von Situationen, die für Kinder ein Entwicklungsrisiko darstellen könnten, ist weiter mit der Hoffnung verbunden, auf diesem Wege auch Kinder in deutlichen Gefahrenlagen zu finden (ebd.).

Die in diesem Kontext formulierten (Präventions)-Aufträge unterliegen einer Doppelstruktur, die normativ geprägte Selektionsentscheidungen über wünschenswertes Verhalten auf der einen und gesellschaftlich nicht akzeptierte Abweichungen auf der anderen Seite beinhalten (vgl. Franzkowiak 2008). Die Frage nach der Wirkung und dem konkreten Nutzen, den eine Familie von einer bestimmten Hilfe hat, bleibt im Rahmen der Präventionssemantik häufig unbeantwortet. Ebenso bleibt die Inanspruchnahme und Anbahnung derartiger präventiver Hilfen häufig willkürlich und hängen von örtlich stark divergierenden Möglichkeiten sowie den Teilhabechancen von Familien ab. „Problematisch wird es“, so Merchel (2008, S. 16), „wenn im Namen der Prävention Familien primär unter dem Blickwinkel betrachtet werden, ob sich Indizien finden, die auf mögliche künftige Übel hindeuten können. Der ‚präventive Blick‘ bedarf der immanenten Korrektur, weil ansonsten zuvörderst die Risiken und weniger die Entwicklungspotentiale markiert werden.“ Transparenz gegenüber Familien hinsichtlich der Gestaltung von Frühwarnsystemen und dem Anbieten Früher Hilfen, aber auch hinsichtlich der Thematisierung von Hilfe- und Kontrollaspekten ist unverzichtbar, wenn es gelingen soll, Familien nicht nur als „Präventionsziel“ zu sehen, sondern sie als wichtige Gestalter in Präventionsprogramme einzubinden (Hensen/ Schone 2009a)

2.2 Risiko als Interventionsanlass?

Der Risikobegriff spielt bei der theoretischen Begründung sog. Früherkennungssysteme und Früher Hilfen eine große Rolle. Mittlerweile kann im Bereich der Psychopathologie und der Entwicklungspsychologie eine Vielzahl von beobachtbaren Risikofaktoren benannt werden, die möglicherweise negativen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben können. Dabei wird zwischen *internalen* und *externalen* Risikofaktoren unterschieden, die in ihrer Kumulati-

on (additives Modell) bzw. in ihrem interdependenten Zusammenwirken (multifaktorielles Modell) eine mögliche Gefährdung darstellen können – aber nicht müssen! (vgl. Scheitauer et al. 2000; Deegener/ Körner 2006). Der Risikobegriff und seine Aussagekraft werden nach wie vor unterschiedlich bewertet. Das Wort Risiko erhält im sprachlichen Gebrauch zumeist die Bedeutung eines potentiellen Schadens oder seiner Wahrscheinlichkeit, häufig wird auch von einer Kombination von Wahrscheinlichkeit und Schaden ausgegangen (ausführlich Hensen/ Schone 2009b). Hinter der Benennung eines Risikos können sich unterschiedlich komplexe Vorstellungen verbergen. Daran zu erinnern ist bedeutsam, da Ergebnisse psychologischer Studien oder Messungen mit psychometrischen Verfahren sowie ihre daraus abgeleiteten Folgen nur angemessen interpretiert und ausgewählt werden können, wenn ein wenigstens ähnlicher Risikobegriff zugrunde gelegt wurde (vgl. Schütz et al. 2000). Allein der Umstand, dass Akteure die sozialen und strukturellen Bedingungen, unter denen sie agieren, nicht beherrschen können, macht jede Entscheidung riskant (Halfmann 1996, S. 71). Und je weniger starr und trivial Handlungssituationen sind, desto höher ein Risiko von in seinen Konsequenzen falschem oder nicht- intendiertem Handeln. Risiken und das Problem ihrer sozialen Konsequenzen können, folgt man den Gedanken von Luhmann (1995), auch mit Organisationen nicht bewältigt werden. Der Wunsch nach der Erfassung von Risiken kann durchaus als natürlicher Reflex bewertet werden, individuelle Unsicherheiten zu bewältigen, die sich nicht nur auf erlebte gesellschaftliche Umbrüche beziehen. Er ist auch grundlegend für einzelfallbezogene rationale Entscheidungen (vgl. Hensen/ Schone 2009b).

Risikolisten und Erfassungssysteme, die eine Frühe Hilfe nach sich ziehen, orientieren sich häufig an völlig unterschiedlichen Zielen, die nicht immer klar sind: Es ist ein Unterschied, ob sich Prävention auf partikuläre Ziele richtet und dabei wesentlich instrumentellen Charakter erlangt oder ob sie die partikulären Ziele in eine Art Universalprävention einbettet, „also die Wirkung konkreter Einzelinterventionen in der Zukunft im Zusammenhang mit ihren Auswirkungen sieht“ (Schüle 1983, S. 20).

Vor dem Hintergrund dieser Limitationen und Schwierigkeiten, die mit dem Risikobegriff verbunden sind, existieren Hilfe- und Unterstützungsansätze der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens, die a) als eine sog. Frühe Hilfe auf die Vermeidung von Risikofaktoren und die Stärkung von protektiven Faktoren (Resilienz) innerhalb der Familien zielen und b) als ein soziales Frühwarnsystem u.a. die frühe Erfassung von Risikofaktoren und Quantifizierung von möglichen Gefährdungsursachen im Blick haben. Obwohl Risiken für das Aufwachsen

von Kindern nachweisbar sind und benannt werden können, bleibt doch, so unsere These, der qualifizierte Umgang mit Risiken innerhalb von Organisationen, die Teil der genannten Unterstützungsprogramme sind, nach wie vor willkürlich, unsystematisch und intransparent, was zum großen Teil in der Tatsache begründet ist, dass die Verständigung hinsichtlich des Risikobegriffs organisationspezifisch und individuumsbezogen variiert.

Luhmann (1991) hatte bereits darauf hingewiesen, dass die Begriffe Risiko und Gefahr nicht kongruent sind und einer genaueren Spezifizierung bedürfen. Der Umgang mit Risiken innerhalb einer Organisation beinhaltet stets eine Entscheidungsdimension, die auf Verfahren der Risikoerfassung basieren und gleichsam „Treffer“, „Verpasser“ oder „falsche Alarmer“ (vgl. Velden 1982; Rietmann 2006) produzieren können.

2.3 Institutional and Personal Pathways: Hinweise aus dem Gesundheitswesen zur Steuerung von Hilfeprozessen

Ganz gleich, durch welche Zugangsform Familien Kontakt zum Hilfesystem aufbauen, sie bewegen sich stets im „Gestrüpp von Institutionen“ (Imber-Black 2006), deren Handlungswege außerhalb des eigenen referenziellen Rahmens kaum bekannt sind und aufgrund ihrer systemspezifischen Eigenlogik Zugänge von Familien erschweren können (vgl. Rietmann/Hensen 2007). Daraus folgen Ansatzpunkte für einen Veränderungsprozess a) im Bereich der interinstitutionellen Kommunikation hinsichtlich eines abgestimmten, gemeinsamen, aber auch arbeitsteiligen Vorgehens und b) im Bereich der spezifischen Handlungsabläufe innerhalb von Organisationen, die selten in der Lage sind, auf Abweichungen im Routinebehandeln adäquat und flexibel zu reagieren. Hier lohnt der Blick auf Organisationen anderer Fachsysteme wie des Gesundheitswesens, das zwar einer anderen Programmatik als bspw. die Kinder- und Jugendhilfe unterworfen sind (konditional vs. final), die dennoch das gemeinsame Element der Hilfeleistung vereint. Konkret gemeint ist damit der Blick auf die Organisation des Krankenhauses, die bereits seit geraumer Zeit einem – wenngleich überwiegend ökonomisch geschuldeten – Wandlungsprozess unterworfen ist und ebenso wie die Kinder- und Jugendhilfe vor der Herausforderung steht, optimale Leistung mit knappen Ressourcen realisieren zu müssen²

² In Krankenhäusern bspw. haben sich Methoden des Risikomanagements bewährt, um die schädigende Wirkung von kumulierten Risiken, sowohl hinsichtlich der Patientensicherheit als auch hinsichtlich ökonomischer Gesichtspunkte, zu reduzieren. Derartige anonyme, frühzeitig einsetzende Berichtssysteme (Critical Incident Reporting System, CIRS), die ein kritisches Ereignis verhindern sollen, haben gemeinsam abgestimmte Risiken zur Grundlage. Im Zusammenhang mit den öffentlich diskutierten Fällen von Kindstötungen werden ähnliche Methoden auch im Bereich der Jugendamtspraxis gefordert und weisen an vielen Stellen Verbindungen zu der

Die im Folgenden skizzierten Anwendungsbeispiele sog. Klinischer Behandlungspfade (clinical pathways) und ihre Transformation auf den Bereich der Frühen Hilfe zeigen Ansatzpunkte für einen organisationalen Wandel auf.

2.3.1 Was ist ein Klinischer Behandlungspfad?

Mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalierung (über Diagnosis Related Groups) seit dem Jahre 2004 sind tiefgreifende Veränderungsprozesse auf der Organisationsebene von Krankenhäusern zu beobachten. Das ehemals nicht pauschalierte Entgeltssystem wurde abgelöst durch eine fallpauschalierte Finanzierung, in der die Patientenzahl (und nicht der Auslastungsgrad der Bettenbelegung) die zentrale Management-Zielgröße eines Krankenhauses darstellt. Mit möglichst wenig Personal- und Sachkosten und effizienteren Diagnose- und Behandlungsabläufen stehen diese Organisationen vor der großen Herausforderung, gleichzeitig die Qualität der Behandlung sicherzustellen. Im Rahmen dieser Umstrukturierungsprozesse wurden unterschiedliche Steuerungsinstrumente entwickelt, die den Wandel unterstützen sollen. Einige dieser Instrumente sind die sog. Behandlungspfade (clinical pathways), die sich in der Praxis australischer Krankenhäuser bewährt haben und mittlerweile Einzug in die Organisation des deutschen Gesundheitswesens gehalten haben (Röder et al. 2003). Im Folgenden werden Überlegungen angestellt, in welcher Form Erfahrungen aus der Arbeit mit diesem Instrument auf die organisationsspezifische Praxis im Bereich Früher Hilfen, die sich an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Jugendhilfe bewegt, übertragbar sind.

Ein klinischer Behandlungspfad (KBP) ist eine Art „Verfahrensanleitung“, die beschreibt, „wie ein Patient, der mit einer definierten Symptomatik beziehungsweise einer definierten Erkrankung in das Krankenhaus kommt, systematisch nach einem vorgegebenen Ablauf diagnostiziert und behandelt wird. Ziel ist es, den gesamten Prozess inhaltlich und zeitlich zu beschreiben und damit zu standardisieren beziehungsweise dem gesamten Behandlungsteam (Ärzte, Pflege, weitere Berufsgruppen) transparent zu machen. KBPs definieren Art und Verbrauch der Ressourcen (ärztliche Arbeitszeit, pflegerische Arbeitszeit, Röntgen und Labor, durchschnittliche Operationsdauer), die gute klinische Praxis („best demonstrated praxis“) und Standards, gegen die die Leistung gemessen werden kann“ (Röder et al. 2003, S. 1149f.).

Idee sozialer Frühwarnsysteme auf, wobei es eine große Rolle spielt, ob es um die Einschätzung von Risiken hinsichtlich der Patientensicherheit, des Leben eines Kindes oder vermeidbarer und möglicher Entwicklungsschädigungen geht. Frühe Hilfen, soziale Frühwarnsysteme oder Methoden des Risikomanagements im Krankenhaus (CIRS) basieren auf unterschiedlich rezipierten Risiko- und Gefährdungsbegriffen.

Im Krankenhaus soll es also gelingen, durch ein solches Verfahren die Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung vom Beginn der stationären Behandlung eines Patienten bis zu seiner Entlassung zu optimieren. Dies nicht zuletzt durch den Einbezug der Nutzerperspektive. Im Folgenden werden die konstitutiven Elemente dieses Ansatzes vorgestellt und im Hinblick auf eine Übertragung auf die Optimierung von Hilfeprozessen im Bereich Früher Hilfen diskutiert.

2.3.2 Merkmale Klinischer Behandlungspfade

Das Konzept Klinischer Behandlungspfade ist keine Methode zur Standardisierung von festgelegten Behandlungsprozessen (keine Schablone), sondern beinhaltet verschiedene konstitutive Teilaspekte, die zu einem Gesamtablauf verwoben werden können. Sie sind eben keine *eindeutigen* Verfahrens- oder Arbeitsanweisungen und grenzen sich durch die grundsätzliche konzeptionelle Offenheit gegen starre Leitlinien³ ab. Die genannten Teilaspekte können wie folgt beschrieben werden (siehe hierzu und im Folgenden Küttner 2004; Roeder/ Hensen 2008):

- **Multidisziplinärer Ansatz:** Der Behandlungspfad wird von einem Team konzipiert und genutzt. Der Pfad findet durch die gemeinsame Planung Akzeptanz bei den unterschiedlich beteiligten Berufsgruppen. Auf diese Weise kann das Abteilungs- und Erfahrungswissen aller beteiligten Berufsgruppen zusammengeführt werden und mit externen, möglichst wissenschaftlich geleiteten Erkenntnissen ergänzt und fundiert werden. Auf lange Sicht kann durch den Einsatz dieser „Pfade“ die Zusammenarbeit und Kommunikation gefördert werden, wenn alle Mitglieder gleichermaßen in die Anwendung und Weiterentwicklung involviert sind. Dazu gehört auch der Einbezug der Nutzergruppe, die schon von Beginn der Behandlung über den Behandlungsverlauf informiert werden soll.
- **Gemeinsame Abstimmung und Definition:** Die Anwendung von Behandlungspfaden ist gleichsam das Produkt eines lokal vereinbarten Mindeststandards der medizinischen Behandlung bezogen auf eine bestimmte Erkrankung oder Patientengruppe.
- **Festlegung von Leistungen, Aufgaben und Interventionen:** Das Ziel eines Pfades ist es, den gesamten Behandlungsprozess inhaltlich zu beschreiben und somit dem gesamten

³ Unter Leitlinien werden im Gesundheitswesen „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“ verstanden (vgl. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung Deutsches Ärzteblatt 1997; 94 (33)).

Behandlungsteam transparent zu machen. Dabei muss die Frage nach dem notwendigen Ressourceneinsatz geklärt und festgelegt werden (Art und Verbrauch der Ressourcen).

- Klärung des zeitlichen Ablaufs: Ein wesentliches Merkmal Klinischer Behandlungspfade ist die Festlegung auf einen Zeitplan. Die Zuweisung eines Patienten zum Pfad (pathway) erfolgt unmittelbar bei der Aufnahme oder bei der Diagnosestellung im Vorfeld der Behandlung und endet mit dem Abschluss der Gesamtbehandlung. Um eine Beschreibung von prozessualen Qualitätsmerkmalen beschreibbar zu machen, müssen Zeitpunkte der einzelnen Teilprozesse (Meilensteine) und Ablaufschritte bzw. auch die geplante Zeit für die Gesamtbehandlung definiert werden. So sollen Ressourcen optimal genutzt und Leerlaufzeiten vermieden werden. Die Festlegung von Reihenfolge und Zeitgrenzen ergibt sich aus den organisatorischen Möglichkeiten der Einrichtung.
- Vorgabe festgelegter Ziele: Die gesamte Behandlung (einschließlich der Meilensteine) orientiert sich an einem vordefiniertem Ziel. Die Definition und Festlegung von Zielen sind die Voraussetzung für eine nachfolgende Evaluation und Abweichungsanalyse. Um der Spezifität von einzelnen Behandlungsfällen Rechnung zu tragen, wird eine Orientierung an sog. Globalzielen (z.B. Zeitfenster bis Erkrankung erfolgreich behandelt ist) als auch an Zielen für jeden Einzelfall (z.B. Erfolgsaussichten anhand eines klinischen Scores nach bestimmter Anzahl von Behandlungstagen ausgehend vom individuellen Ausgangsbefund).
- Evaluation: Die Evaluation der erreichten Ziele vor dem Hintergrund der vorher geplanten Maßnahmen ist ein wichtiges Instrument zur Überprüfung des Zielerfüllungsgrads. Dabei ist es notwendig, Kriterien und Indikatoren zu benennen, an denen die Zielerreichung gemessen werden kann. Der gesamte Behandlungsprozess wird mittels eines Instruments zur behandlungsbegleitenden Dokumentation gesteuert.
- Kontinuierliche Qualitätsverbesserung: „Pfadmanagement“ bedeutet immer zugleich auch Qualitätsmanagement. Sowohl die regelmäßige Überprüfung der festgelegten Standards und die Neuausrichtung der Ziel- und Messgrößen, aber auch die strukturierten Überlegungen können für ein optimales Verhältnis der eingesetzten Ressourcen zum Behandlungsergebnis führen. Behandlungspfade sind demnach offen für Modifikationen.
- Berücksichtigung vorhandener Ressourcen: Behandlungspfade orientieren sich an einer ökonomischen Zielsetzung, womit durch eine effiziente Behandlung eine bestmögliche Wirksamkeit (Effektivität) einer Behandlung oder Intervention im Verhältnis zu den aufgebrauchten Mitteln angestrebt wird. Damit bei diesen Überlegungen kein vermeintlicher „Goldstandard“ eines maximal vorstellbaren, aber in der jeweiligen Abteilung nicht er-

reichbaren Nutzens definiert wird, kann eine genaue Ressourcenüberprüfung erkennen, welche Mittel überhaupt zur Verfügung stehen bzw. beschaffbar sind und inwieweit diese in die Pfadgestaltung einfließen können. Mit Ressourcen sind hier sowohl sachliche Mittel als auch die zur Verfügung stehenden personellen Potenziale (z.B. verfügbare Fachexperten, Fort- und Weiterbildungsstand der Mitarbeiter) gemeint (ebd.).

Die hier skizzierten Merkmale eines Klinischen Behandlungspfades zeigen im Vergleich zu den einleitend genannten Spezifika des nordrhein-westfälischen Ansatzes sozialer Frühwarnsysteme erstaunliche Übereinstimmungen hinsichtlich des Prozessmanagements. Die zentralen Elemente der multidisziplinären Abstimmung auf einen zu bearbeitenden Gegenstandsbe- reich, der systematische Einbezug weiterer Fachkräfte und Experten, die Erstellung eines ge- planten Handlungsablaufes vom Beginn der Hilfe bis zur Beendigung sind ebenso für die Gestaltung sozialer Frühwarnsysteme und Früher Helfen essentielle Merkmale, die zeigen, dass Hilfeprozesse (oder Behandlungsprozesse) keineswegs zufällig verlaufen müssen. Durch die Implementierung geeigneter Verfahren und abgestimmter Verfahrensschritte ist es mög- lich, Ressourcen schonend einzusetzen, die Nutzerperspektive in einen Hilfe- oder Behand- lungsplan einzubeziehen sowie auf der Grundlage standardisierter Evaluationszyklen Qualität kontinuierlich weiterentwickeln zu können. Qualität misst sich hier nicht ausschließlich an der Ergebnisqualität, die sowohl im Gesundheitswesen als auch im Bereich der Sozialen Arbeit nicht eindeutig beschreibbar und einzulösen ist, sondern orientiert sich am Hilfeprozess. Da- mit verbunden ist stets der Einbezug der Nutzerperspektive, die darüber entscheidet, ob eine Hilfe oder eine Behandlung vor allem nach subjektiven Maßstäben erfolgreich verlaufen ist (siehe Kapitel 5).

2.3.3 Implikationen für den Transfer auf soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen

Einrichtungen, in denen frühe Unterstützungsleistungen angeboten werden oder die Teil eines sozialen Frühwarnsystems sind, richten sich an Familien mit kleinen Kindern, die, ähnlich der Situation von Patienten im Krankenhaus, mit professionsspezifischem Handlungen und Inter- ventionen konfrontiert werden. Diese Aktivitäten (Treatments) sind in Organisation verortet und durch die Art der organisationalen Verfasstheit (Prozesse, Strukturen, Technologie etc.) weitgehend vorbestimmt. Hinsichtlich des Zugangs zur Hilfe kann unterschieden werden:

- Erfolgt die Hilfevermittlung im Rahmen eines sozialen Frühwarnsystems, befindet sich die Familie inmitten einer sog. institutionellen „Reaktionskette“, in der auf der einen Seite bereits mögliche Risiken durch Fachkräfte oder nicht professionelle Helfer (Ehrenamtliche) wahrgenommen und identifiziert worden sind, auf der anderen Seite weitere Organisationen bereitstehen, die ein konkretes Hilfeangebot leisten können. Die Vermittlung erfolgt hier seitens professioneller Kontexte, in denen die Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Hilfe auf Seiten der Familien begrenzt sind, da sie im Rahmen eines Frühwarnsystems per definitionem Teil eines abgestimmten Systems sind. Innerhalb dieses Systems sind im Vorfeld Unterstützungsmöglichkeiten durch eine handlungsverantwortliche Organisation festgelegt (vgl. hier die Systematik des nordrheinwestfälischen Modells).
- Familien wenden sich im Rahmen einer Frühen Hilfe selbständig oder als Resultat einer Empfehlung an Einrichtungen, um Kontakt zu anderen Familien in ähnlicher Lebenslage zu finden (bspw. in einem Elterncafé oder offenen Treff), einen möglichen Hilfebedarf evtl. zu konkretisieren (z.B. im Rahmen der Erstberatung) oder auch um ihre Vorstellung von einer geeigneten Hilfe in Anspruch zu nehmen (z.B. die Vermittlung von alltagspraktischen Hilfen, Unterstützungsmöglichkeiten bei der Kinderbetreuung etc.).

In beiden Zugangsmöglichkeiten wird ein Hilfemanagement erforderlich, das dafür sorgt, dass Familien sich auf dem „Gang durch die Institutionen“ nicht verirren.

Klinische Behandlungspfade können einen Impuls für die Entwicklung früh abgestimmter Hilfeprozesse darstellen: Sie lenken den Blick auf die Notwendigkeit eines abgestimmten – und auch im Sinne der Nutzer ökonomischen – Vorgehens vom Beginn (also der „Eintritt“ in den Hilfeprozess) bis zur Beendigung der Hilfe bzw. der Behandlung. Wird ein Patient im Krankenhaus aufgenommen, wird er mit den Abläufen und Handlungsrouninen dieser in der Regel eher geschlossenen Organisation konfrontiert, die sich im Bedarfsfall ergänzenden fachlichen Perspektiven öffnen muss. Dazu zählen auf der einen Seite fachsystembezogene Expertisen (Konsiliaruntersuchungen), auf der anderen Seite wird es im Einzelfall notwendig, interdisziplinären Ratschlag einzuholen, so z.B. vor oder nach einer Entbindung, wenn die Versorgung der Eltern oder des Säugling u.U. risikvoll erscheint. Die größte Herausforderung dieser planvollen Herangehensweise ist der Einbezug des Personals, also die Gewinnung von Akzeptanz der Mitarbeiter durch einen gemeinsam erstellten Handlungspfad. Dabei geht es vor allem um den Balanceakt, auf der einen Seite Routinehandeln und Erfahrungswissen

von Fachkräften mit objektivierenden, evidenzbasierten Erkenntnissen auf der anderen Seite zu einer praktikablen wissenschaftlich fundierten Arbeitsweise zu verbinden.

Hier zeigen sich Klinische Behandlungspfade hinsichtlich der professionellen „Öffnung“ von interinstitutionellen und interdisziplinären Zugangswegen als entwicklungsfähig. Eine konsequente Weiterentwicklung dieser Herangehensweise und die Übertragung auf den Bereich der frühkindlichen und familialen Hilfe können auf folgender Grundlage erfolgen:

- a) Die Optimierung innerinstitutioneller, abgestimmter Abläufe,
- b) die Öffnung im Hinblick auf eine multi- und interdisziplinäre Fachperspektive,
- c) die Berücksichtigung individueller Entwicklungsbedarfe hinsichtlich qualifizierten Handelns.

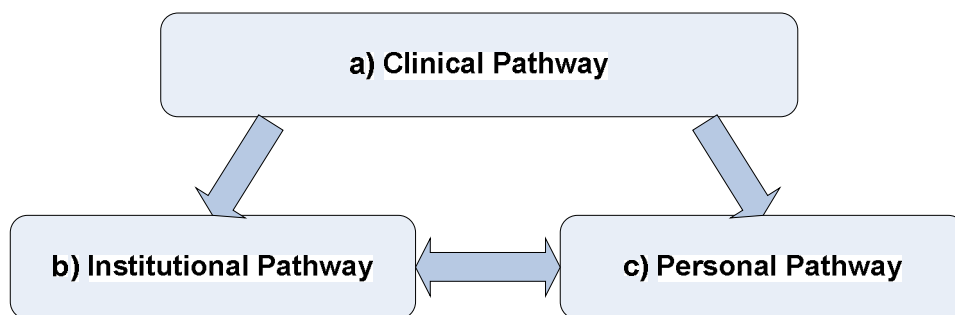


Abbildung 1 Das Pathway-Konzept

Die zentrale Strategie des Pathway-Konzepts ist der Einsatz eines entwicklungsfähigen und praktikablen „Tools“ für die Installation eines Qualitätsentwicklungsprozesses und der Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit (vgl. Atwal/ Caldwell 2002).

Hieraus ergeben sich zwei Ansatzpunkte, die von der Konzeption Klinischer Behandlungspfade ableitbar sind (vgl. Abb. 1):

b) Institutional Pathway: Im Rahmen einer Ex-Post-Evaluation des Modellprojekts „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ konnten Wirkfaktoren identifiziert werden, die für den Aufbau und die Entwicklung eines sozialen Frühwarnsystems handlungsleitend sein können (siehe Böttcher et al. 2008, S. 128ff.). Demnach spielt der Aufbau einer verbindlichen, institutionellen Handlungskette eine große Rolle im Gesamtverlauf der Hilfe. Dieser Institutional Pathway (siehe auch Kapitel 3 zu Bedeutung von Netzwerken) kann als eine besondere Modifikation des Clinical Pathways bezeichnet werden, da diese Handlungskette nicht nur innerhalb einer

in sich geschlossenen Organisation geplant wird, sondern als Bestandteil eines abgestimmten Netzwerkes unterschiedlicher Einrichtungen und Akteure, von der Erstberatung bzw. Erstidentifikation bis zur Beendigung der Hilfe, fungiert. Dem Konzept des Institutional Pathways immanent ist sowohl der Aspekt des verbindlichen Hilfeverlaufs als auch der organisationsübergreifende Charakter der Prozessoptimierung. Erforderlich wird für die Implementierung eines sozialen Frühwarnsystems ein solches „Pfadmanagement“ zur Koordination der Kooperation sowie intern abgestimmte Verfahrensabläufe für Familien, die sich von sich aus an eine Frühe Hilfe wenden und ergänzende und flankierende Unterstützungsangebote benötigen.

c) Personal Pathway: Die zentralen Elemente eines Hilfefads (Behandlungspfad) sind die beteiligten Akteure. Damit sind zum einen die Fachkräfte, aber auch ehrenamtlichen Helfer gemeint, die Teil dieses qualifizierten Hilfeprozesses sind und zum anderen die Nutzer dieser angebotenen Hilfen. Die Nutzerperspektive spielt auch bei der Evaluation des Hilfefades eine große Rolle, denn hieraus ergeben sich hoch relevante Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität. Der Personal Pathway beschreibt eine Qualitätsdimension, die nicht vom Gesamthilfefad zu trennen ist: Die Qualität professionellen und – in diesem Sinne – qualifizierten Handelns. Der Umgang mit Risiken ist aber nicht eine rein individuelle Größe. Er hängt in hohem Maße von der „Kultur“ und den Handlungsrouinen einer Organisation ab. Konstitutiv für Hilfefade, lehnt man sie an dem medizinischen Modell an, ist die Verknüpfung ebendieser Handlungsrouinen (die aufgrund von Erfahrungswissen zustande kommen) mit Erkenntnissen evidenzbasierter Forschung hinsichtlich der Entstehung einzelner Risiken, ihren individuellen Folgen und ihrer Behandlung resp. Bewältigung. Im Arbeitsfeld, das auf die sensible Lebensphase von kleinen Kindern und ihren Familien fokussiert, sollte innerhalb von Organisationen im Hilfesystem Wege der Qualifizierung von Personal (ein sog. Personal Pathway) verankert werden, die auf der einen Seite sicherstellen, dass Handlungskompetenzen adäquat für die Arbeit mit Familien und riskanten Entwicklungen vermittelt werden, auf der anderen Seite aber auch Strukturen für die Vermittlung evidenzbasierter Forschungsergebnisse geschaffen werden. Die Aneignung von Wissen und die institutionalisierte Vermittlung von sich stets erneuerndem Wissen ist keine triviale Aufgabe und bedarf eines systematischen Vorgehens. Willke (2007) gibt diesbezüglich Hinweise für einen systemisch orientierten Ansatz des „Wissensmanagements“.

Auch das hier skizzierte Konzept des Managements von Wissen hat seinen Ursprung im Bereich des Gesundheitswesens und ist insbesondere im klinisch medizinischen Umfeld entstan-

den. Es stützt sich dabei auf den Einbezug empirischer Ergebnisse, sog. evidenz-basierter Ergebnisse als Methode für die ärztliche Entscheidungsfindung. Mit dem Ruf nach der ausschließlichen Orientierung an evidenz-basierter Medizin (evidence-based medicine, EBM), also an eine Medizin, die im Bereich der medizinischen Versorgung dem Postulat einer reinen wissenschaftlich fundierten Entscheidungspraxis folgen soll, ist gleichermaßen auch verbunden, dass all jene impliziten und erfahrungsgestützten Ergebnisse und Handlungsweisen als nicht „evident“ eingestuft würden und zunehmend zu Gunsten einer technologiegesteuerten und in diesem Sinne eindimensional empirischen Grundlage zu verschwinden drohen. Gleichzeitig sind aktuell Entwicklungen zu beobachten, in denen das Konzept der evidenzbasierten Forschung auch für den Bereich der Sozialen Arbeit handlungsleitenden Charakter erlangen soll (siehe dazu kritisch Otto 2007). Ohne auf diesen Diskurs an dieser Stelle näher eingehen zu wollen (Portwich 2005 stellt bspw. einen vermittelnden Ansatz unter Einbezug hermeneutischer Verfahren vor), zeigt er doch, dass die Grundlagen für professionelle Entscheidungsfindung, sowohl im Bereich des Gesundheitswesens als auch im Bereich der Sozialen Arbeit, insbesondere im Hilfeprozess, als eine bedeutende Variable für die „Fallentwicklung“ und für das Ergebnis eines Hilfeverlaufes gesehen wird. Vermindert werden soll mit dieser Herangehensweise der Faktor „Zufall“ bei der Wahl der geeigneten Methode, Behandlung oder Maßnahme. Sie ist aber, wie die meisten Kritiker angeben, keine „Kochbuch-Medizin“, denn sie benötigt zur besten wissenschaftlichen, externen Erkenntnis eine individuelle klinische Expertise sowie den Einbezug der Situation des Patienten/ Nutzers (Sackett et al. 1996).

Gleichwohl der Einbezug evidenz-basierter Medizin ein wesentliches Qualitätsmerkmal für eine gute Behandlung sein kann (denn es ist nicht das ausschließliche), ergeben sich aus der Auseinandersetzung mit diesem Ansatz Hinweise für die Entwicklung sozialer Frühwarnsysteme und Früher Hilfen: Die Qualifizierung der Entscheidungsfindung, ganz gleich, ob es sich um die Einschätzung möglicher Entwicklungsrisiken, die Vermittlung in eine weitere Hilfe oder die Planung des weiteren Vorgehens handelt, spielt eine zentrale Rolle für den Qualitätsentwicklungsprozess.

Kapitel 3 Die Bedeutung von Netzwerken in Frühen Hilfen

Frühe Hilfen zielen auf die zuverlässige Unterstützung von Schwangeren und Familien mit Kleinkindern. Zur wirkungsorientierten Realisierung dieser Unterstützungsmodelle werden in fachlichen Diskussionen und Konzeptionen Früher Hilfen der Aufbau und die Ausgestaltung von „Netzwerken“ gefordert. „Kooperation“ ist eine weitere Begrifflichkeit, die im genannten Kontext dominant ist. Von Netzwerken und Kooperationen wird eine Problemlösung erwartet, die offensichtlich auf anderen, bisher praktizierten Wegen nicht möglich erschien. Deshalb muss genauer geklärt werden, welche Zielsetzungen mit der Schaffung von Netzwerken in Frühen Hilfen verbunden sind. Was können Netzwerke bieten, was einzelne Fachkräfte oder Organisationen nicht leisten können?

In der Betrachtung verschiedener Konzeptionen Früher Hilfen wird ein Zusammenspiel zweier Hauptakteure, der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen deutlich. Weitere Akteure sind ebenfalls eingebunden, nehmen jedoch häufig eher eine nebengeordnete bzw. ergänzende Funktion ein. An dieses voraussetzungsvolle Geflecht zwischen – mindestens zwei – unterschiedlichen Akteuren bzw. Organisationen im Rahmen von Netzwerken Früher Hilfen wollen wir uns im folgenden Kapitel, mittels einer sukzessiven Konkretisierung, annähern.

Im ersten Abschnitt werden wir eine Klärung der Begriffe Netzwerk und Kooperation vornehmen sowie mögliche Zusammenhänge bzw. notwendige Abgrenzungen erläutern. Es folgt eine Diskussion ihrer allgemeinen Zielsetzungen und damit verbundenen Funktionen, zunächst auf einer eher elementaren Ebene. Darauf aufbauend soll die Bedeutung von Netzwerken sowie von Kooperationen und Vernetzungen speziell für Frühe Hilfen geklärt werden. Hier zeigt sich, dass sich der Aufbau von Netzwerken in Frühen Hilfen überwiegend auf zwei Hauptakteure bezieht: die Kinder- und Jugendhilfe sowie das Gesundheitswesen. Die Beweggründe dieser Auswahl werden im vierten Abschnitt aufgearbeitet. Es folgt eine kritische Betrachtung einer tatsächlichen Umsetzung von Netzwerken in die Praxis Früher Hilfen. Es zeigt sich, dass sie in hohem Maße voraussetzungsreich ist. Wir schließen mit einer Rückschau auf Fragen, die sich aus der Erörterung ergeben haben sowie mit einem kurzen Ausblick auf notwendige Forschung.

3.1 Klärung der Begrifflichkeiten

In zahlreichen Konzeptionen von und Arbeiten zu Frühen Hilfen ist die Rede von Netzwerken und Kooperationen. Entgegen einer scheinbar mangelnden Abgrenzung in alltagssprachlichen Diskussionen, wurden in der sozialpädagogischen Literatur Versuche einer Unterscheidung unternommen (vgl. Bruder 1992, S. 28; Janssen 2000, S. 202 und Mutschler 1998, S. 49).

Soziale Netzwerke werden als Strukturgebilde aufgefasst, bestehend aus Personen und den zwischen ihnen vorliegenden Beziehungen (Gmür/ Straus 1994, S. 229; Payer 2008, S. 5). Letztere können nur dann bestehen, sofern die Beteiligten durch Kommunikation in einem direkten Kontakt zueinander stehen (Payer 2008, S. 5f.). Als ein spezieller Koordinationsmechanismus (Kappelhoff 1999, S. 25f.) können Netzwerke gegenüber anderen Formen der Steuerung (z.B. Markt oder Hierarchie) abgegrenzt werden. Folglich zeichnen sich Netzwerke im engen Sinne auch nicht durch Formen der Konkurrenz oder hierarchische Abgrenzungen einzelner Akteure aus. Besonderes Kennzeichen von Netzwerken sind integrierte Kooperationen. Das Vorliegen von Kooperationen in Netzwerken lässt sich aus zwei Sichtweisen betrachten.

Einerseits schaffen Kooperationen zwischen eingebundenen Netzwerkakteuren Grundlagen zur Handlung in Netzwerken und ihrer Ausgestaltung (Groß 2006, S. 59). Netzwerke liegen in einer latenten Form vor, ihre Aktivierung erfolgt durch Kooperation. Sie verfügen selbst nicht über bestimmte Formen der Kommunikation oder Kontakte zwischen einzelnen Akteuren. Erst die Kommunikation zwischen zwei Akteuren schafft Grundlagen für eine kooperative Handlung. Somit zielen Netzwerke darauf ab, Möglichkeiten zur allgemeinen Kontaktaufnahme zwischen Fachkräften zu schaffen. Hierdurch können sie ihr Ziel, die Herausbildung von Kooperationen verfolgen.

Zu dieser Notwendigkeit, dass Kooperationen gebildet werden (können), tragen Netzwerke andererseits selbst bei. Hierzu öffnen sie sich gegenüber neuen Mitgliedern sowie innovativen Ideen (Meyer 2006, S. 320f; Payer 2008, S. 11). Erst durch diese Flexibilität gelingt es Netzwerken, den ständig verändernden Anforderungen in der Gesellschaft (z.B. veränderte Familienstrukturen oder Umstrukturierungen von Hilfesystemen) mittels Anpassung gewachsen zu sein (Meyer 2006, S. 320f). Sind Kooperationen herausgebildet, besitzen Netzwerke die Möglichkeit, bei Vorliegen mehrerer kooperativer Zusammenschlüsse, wechselseitige Bezüge

zwischen diesen aufzubauen. Schließt sich z.B. ein Familienzentrums mit den Partnern einer Frühen Hilfe zusammen, können beide Seiten aus den Potentialen des Anderen (z.B. dem Fachkräftepool der Frühen Hilfen oder den engen Kontakten zu Eltern der Familienzentren) profitieren. Hierdurch sichern die Netzwerke nicht nur ihre eigene Handlungsfähigkeit, sondern ebenso die der einzelnen Kooperationen. Für Netzwerke nehmen Kooperationen somit eine Schlüsselfunktion ein. Deshalb soll im Folgenden diese Form der Zusammenarbeit, orientiert an einem theoretischen Grundmodell näher erläutert werden.

Kooperation gilt als zielorientiertes Handeln, welches durch mindestens zwei Akteure gemeinsam erfolgt. Das Grundprinzip der Kooperation, durch Verbindungen verschiedener Kompetenzen aber gleichwohl gemeinsamer Ziele, Synergieeffekte zu erzeugen, lässt sich am folgenden Schaubild verdeutlichen.

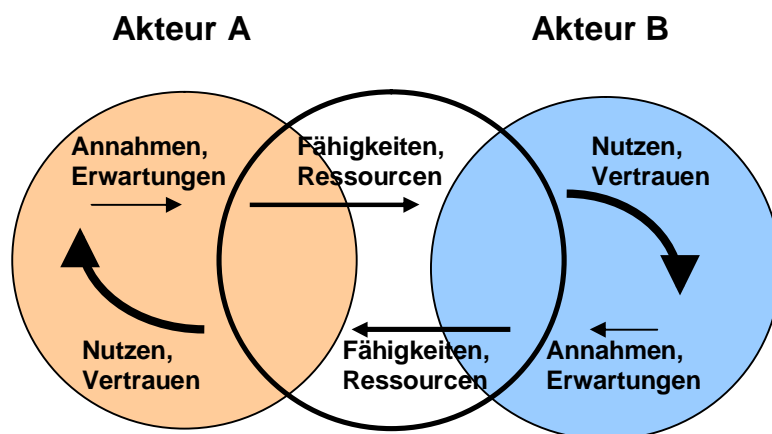


Abbildung 2 Grundmodell der Kooperation (Quelle: ÖAR Regionalberatung GmbH; In: Payer 2008, S. 7)

Zur besseren Zielerreichung haben sich mindestens zwei Akteure A und B zu einer gemeinsamen Zusammenarbeit entschlossen. Die Partner stellen also gewisse Annahmen und Erwartungen an den Zusammenschluss sowie an den jeweils anderen, ihnen bekannten Akteur. Mit der Absicht, die gesetzten Ziele zu erreichen, investieren die Individuen ihre je spezifischen Fähigkeiten und Ressourcen in den Kooperationsprozess. An dieser Stelle ist ein hohes Maß an Wechselseitigkeit erforderlich, damit jeder einzelne sowie die Kooperation als Gesamtes einen maximalen Nutzen erzielen können. Der Verlauf einer Kooperation lässt sich nicht vorhersehen, wodurch ihr tatsächlicher Ausgang mit Unsicherheiten verbunden ist. Ein möglicher Gewinn des Zusammenwirkens kann sich zudem häufig erst nach einem längeren Zeitraum des gemeinsamen Handelns erweisen. Dies erfordert Vertrauen in den Beziehungspartner sowie den Erfolg der Zusammenarbeit.

Die an einer Kooperation beteiligten Mitglieder schließen sich nur in ausgewählten Teilbereichen zusammen. Eingebracht werden ausschließlich die Stärken ihrer Person und Position im jeweiligen Tätigkeitsfeld, sodass das Zusammenspiel optimiert werden kann. Somit handelt es sich bei Kooperationen nur um eine „partielle Kopplung“ (Payer 2008, S. 8), verdeutlicht durch den transparenten Kreis im Modell. Hierdurch behalten Akteure trotz des Eingehens einer solchen Interessengemeinschaft ihre Eigenständigkeit.

3.2 Zielsetzungen von Netzwerken und Kooperationen

Bei den zahlreichen Initiativen zum Aufbau von netzwerkartigen Strukturen im Kontext Früher Hilfen stellen sich zwei grundlegende Fragen: Welche Erwartungen richten Wissenschaft und Praxis an den Aufbau interdisziplinärer Netzwerke? Welche Zielsetzungen verbergen sich hinter den von der Politik geforderten und zunehmend geförderten vernetzten Strukturen? Die Aufarbeitung der Erwartungen und Zielsetzungen erfolgt hier zunächst auf einer theoretischen Ebene, bevor eine praxisorientierte Sichtweise, mit Bezugnahme auf Frühe Hilfen, diskutiert wird.

3.2.1 Allgemeine Zielsetzungen von Netzwerken und Kooperationen

Schon seit einigen Jahren ist in unserer Gesellschaft eine zunehmende funktionale Differenzierung der Gesamtstrukturen sowie einzelner Teilsysteme zu beobachten. Ein Beispiel ist das Gesundheitswesen und im Speziellen der Bereich der Medizin mit einer hochkomplexen und auf Spezialgebiete ausdifferenzierten Struktur. Einzelne Fachkräfte verfügen über ein intensives Wissen in ihren Spezialgebieten. Die Behandlung spezifischer Problemsituationen kann so auf hohem Niveau erfolgen. Den Spezialisierungen der Experten stehen allerdings hochkomplexe Problemlagen von Adressaten gegenüber. Komplexe Situationen übersteigen die vorhandenen Ressourcen eines spezialisierten Einzelnen. Die Folge ist ein „Kooperationsbedarf“ (Dahme 2000, S. 49) zwar hoch spezialisierter, aber voneinander isolierter Teilsysteme.

Dies gibt einem Akteur Anlass, eine Kooperation mit mindestens einem weiteren Akteur zu initiieren, der über bestimmte und als notwendig eingeschätzte Ressourcen verfügt (Lilie 2005, S. 306). Aufeinander abgestimmt, werden die Maßnahmen zur Problembearbeitung in enger zeitlicher und konzeptioneller Verbindung ausgeführt. Nach dem Prinzip der Bedarfsorientierung löst sich die Kooperation auf, sobald der Problemdruck verändert oder behoben ist und damit das gesetzte Ziel erreicht werden konnte. Statt einer vollständigen Auflösung

geht die Zusammenarbeit daraufhin in den Zustand des Netzwerkes zurück, welches wiederum das Potential zur erneuten Aktualisierung einer Kooperation mit einem konkreten Bearbeitungsziel besitzt (Duschek et al. 2005, S. 147).

Auf Grundlage dieser eher allgemeingültigen Bedeutungen von Netzwerken in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, sind wir zu Übertragungen auf den Bereich der Frühen Hilfen angeregt. Interessante Fragen sind, welche Bedeutungen Netzwerke und Kooperationen in Frühen Hilfen haben und inwiefern sich die mit Netzwerken verbundenen Möglichkeiten für Frühe Hilfen produktiv nutzen lassen.

3.2.2 Netzwerke und Kooperationen in Frühen Hilfen

Die Zielsetzung einer Kooperation besteht gemäß den vorangegangenen Ausführungen in der Bearbeitung einer greifbaren Problemlage. Entsprechend dem Verständnis von Frühen Hilfen könnte die Problemlage in einer Überforderung von Eltern in der Erziehung ihres Kindes bestehen. Eine Überlastung kann sich z.B. aus einer mehrfachen Belastung der Familie, hervorgerufen durch Partnerschaftsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten, einem unzureichendem Wissen über die Bedürfnisse eines Kindes, Entwicklungsauffälligkeiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Kindes ergeben. Die notwendige Reaktion auf diese familiäre Situation liegt nicht als Komplexleistung durch einen Dienstleister vor. Diese vorliegende Diskrepanz zwischen der Versäulung von Dienstleistungen u.a. in den für Frühe Hilfen hauptsächlich relevanten Disziplinen der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe (vgl. Kapitel 3.3) auf der einen Seite sowie dem mehrdimensionalen Unterstützungsbedarf von Familiensystemen auf der anderen Seite, verdeutlicht die Dringlichkeit eines Netzwerkes „Frühe Hilfen“. Damit sind Grundlagen für Kooperationen zwischen einzelnen, orientiert an den Bedürfnissen der Familien ausgewählten Dienstleistern geschaffen, welche ihre Leistungen schließlich zu bedarfsgerechten Unterstützungsmodellen herausbilden.

Zur Diskussion von Zielsetzungen, die Netzwerken und Kooperationen Früher Hilfen zugeschrieben werden, soll das allgemeine Prinzip dieser frühen Unterstützungsform betrachtet werden.

Mit Frühen Hilfen ist der Anspruch verbunden, zeitnah auf einen wahrgenommenen Bedarf zu reagieren. Notwendig sind Netzwerkstrukturen und entsprechende Teilkooperationen, die bei Bedarf eine schnelle und bedarfsorientierte bzw. zielführende Kooperation zwischen für einen

Fall zuständigen sowie darüber hinaus relevanten Fachkräften garantieren. Der Mehrdimensionalität der Risikolagen von Kindern und ihren Familien stehen Hilfesysteme und Angebote gegenüber, die sich durch eine starke Spezialisierung auszeichnen. Die Professionalisierung erzeugt Experten für Teilgebiete im Handlungsfeld der Unterstützung und Förderung von Familien. Diese sind fallbezogen so zusammenzuführen, so dass sie den kindlichen Bedürfnissen einer ausgesprochen umfassenden gesundheitlichen und ebenso psychosozialen Versorgung gerecht werden. Die Zusammenführung von Experten kann nicht schematisch erfolgen, denn Frühe Hilfen sind sehr heterogen. Sie reichen vom Erkennen einer möglichen Risikolage für ein Kind bis hin zur zielgerichteten, häufig multiprofessionellen Leistungserfüllung und der (Wieder-)Herstellung kindgerechter Lebensbedingungen innerhalb der Familie. Hierzu kann man folgern, dass es spezifischer Netzwerkstrukturen bedarf. Notwendig sind, auf allgemeinem Niveau unterschieden, zwei Netzwerkteile: einer, um einen Zugang zu einer Familie herzustellen, ein anderer, in dessen Rahmen gemeinsam mit der Familie ein multiprofessionelles Unterstützungsangebot erarbeitet und ausgeführt werden kann. Dieses Verständnis von Netzwerken Früher Hilfen und ihrer Grundstruktur soll am folgenden Schaubild verdeutlicht werden.

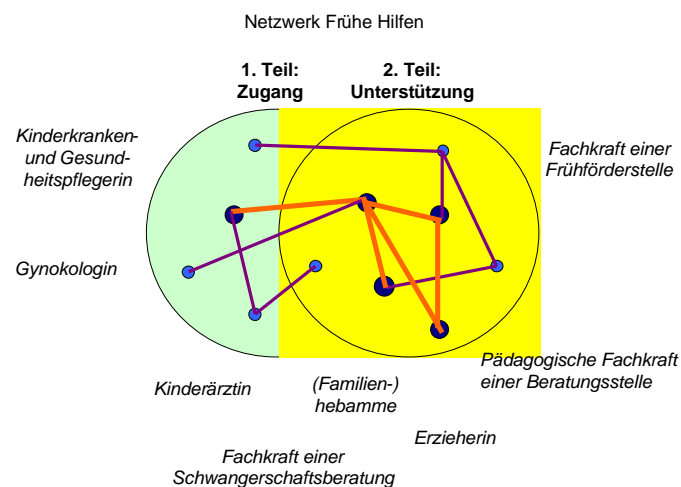


Abbildung 3 Grundstruktur von Netzwerken Früher Hilfen (Beispiel)

Das Netzwerk setzt sich im Prinzip aus einer unbestimmten Anzahl von Akteuren verschiedener Professionen, Einrichtungen und Systeme zusammen. In der Mehrzahl der Fälle kann der Zugang und eine direkt anschließende Unterstützung nicht von einer einzelnen Fachkraft geleistet werden, so dass hier Formen der Zusammenarbeit notwendig sind.

Die mögliche kooperative Ausgestaltung eines Akteursnetzwerks in Frühen Hilfen soll nun an einem fiktiven Beispiel illustriert werden (in Abbildung 3 sind die entsprechenden Beziehungen orange hervorgehoben).

Netzwerke Früher Hilfen – Beispiel einer kooperativen Fallbearbeitung

In einer Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft nimmt die Gynäkologin bei ihrer Patientin Auffälligkeiten wahr. Die werdende Mutter ist gehemmt, ihr ungeborenes Kind anzunehmen und eine emotionale Bindung aufzubauen. Aus Sicht der Ärztin besteht Anlass für eine Beratung der Frau noch während der Schwangerschaft, so dass sie einen Kontakt mit der örtlichen Schwangerschaftsberatungsstelle initiiert. Die sozialpädagogische Mitarbeiterin der Beratungsstelle macht sich ein Bild von der Situation der Klientin. Sie bietet der Frau weitere Beratungsgespräche an, hält aber gleichzeitig eine intensivere Begleitung der Frau, insbesondere zur Vorbereitung auf eine angemessene Versorgung des Kindes für notwendig. So nimmt sie gemeinsam mit der Mutter Kontakt zu einer Hebamme auf. Gespräche in der Beratungsstelle und die Hausbesuche durch die Hebamme nimmt die Mutter nun parallel in Anspruch. Im Verlauf der Beratung und Begleitung der nun jungen Mutter stellt sich heraus, dass die Klientin auch nach einer ersten Eingewöhnungsphase mit ihrem Kind keine ausreichende emotionale Beziehung aufbauen kann. Erforderlich ist eine Verlängerung der Hebammentätigkeit für das gesamte erste Lebensjahr. Zusätzlich scheinen nach Einschätzung der Fachkraft eine Förderung der kindlichen Entwicklung sowie eine Anleitung der Mutter, inwiefern sie Fördermöglichkeiten auch selbstständig zu Hause durchführen kann, notwendig. Diese sucht mit Unterstützung des Kinderarztes und der Beratungsfachkraft eine Frühförderstelle auf.

Im zeitlichen Verlauf der Unterstützung dieser Familie enden die Zuständigkeiten einzelner Kooperationspartner im Hilfeprozess (z.B. Familienhebamme), andere kommen hinzu (z.B. Kinderarzt, Frühförderung). Weitere Unterstützungsleistungen dauern über die Phase der Schwangerschaft und frühen Kindheit fort (sozialpädagogische Beratung). Unabhängig von der Anzahl und Art der Leistungserbringer hat ein kontinuierlicher Austausch der jeweils aktiven Professionellen über die zu betreuende Familie stattgefunden.

Dieses Beispiel verdeutlicht die Grundprinzipien der Frühzeitigkeit und kooperativen Multiprofessionalität von Netzwerken Früher Hilfen. Die Familien werden frühzeitig in ihrem Lebensalltag unterstützt. Bei Bedarf werden weitere Fachkräfte zur Leistungsergänzung bzw. vollständigen Leistungserfüllung hinzugezogen, ohne jedoch den stringenten Unterstützungspfad der Frühen Hilfen zu verlassen. Dieses Beispiel zeigt aber auch die Komplexität eines zwar einerseits chronologischen und stringenten Hilfeprozesses, der aber dann doch, was die Beteiligten anbetrifft, in hohem Maße diskontinuierlich ist und somit hohe Anforderungen an die Gestaltung des „Pathways“ stellt.

Zur Darstellung lassen sich einzelne Akteure dem Zugangsnetzwerk, andere dem Unterstützungsnetzwerk zuordnen. Beispiele für mögliche Akteure des Zugangsnetzwerks sind die Gynäkologin sowie die Kinderkrankenschwester der Kinderklinik. Fachkräfte zur konkreten Un-

terstützung sind die pädagogische und/ oder therapeutische Fachkraft einer Frühförderstelle oder die sozialpädagogische Familienhelferin. Dazwischen sind zahlreiche Akteure anzusiedeln, welche in der Praxis sowohl den Zugang verschaffen als auch eine Unterstützung ausführen. Akteure, die in dieser Schnittmenge im Netzwerk Frühe Hilfen agieren, sind u.a. die (Familien-)Hebamme und Fachkräfte der Schwangerschaftsberatungsstelle.

Nicht zu vernachlässigen ist, dass eine derart scharfe Trennung einzelner Netzwerkbereiche und Zuordnung verschiedener Professioneller in der Praxis wohl kaum möglich ist (vgl. Abbildung 3). Die dargestellten Netzwerkteile überschneiden sich in dem Alltag Früher Hilfen unterschiedlich stark und nicht immer eindeutig. Wie im Beispiel deutlich wurde, nimmt die Gynäkologin die Bedürfnisse hinsichtlich psychosozialer Auffälligkeiten der Familie wahr, gibt jedoch nicht ihre volle Zuständigkeit für die Familie ab. Sie übernimmt trotz des Einbezugs weiterer Fachkräfte die gesundheitliche Betreuung der Frau, einschließlich Vor- und Nachsorge um die Geburt des Kindes.

Die Akteure von Netzwerken Früher Hilfen besitzen verschiedene Handlungsmöglichkeiten, aber auch -grenzen. Diese sollen für die beiden identifizierten Netzwerkteile skizziert werden. Akteure, die den Zugang zu einer Familie herstellen (1. Teil), besitzen innerhalb von Frühen Hilfen verschiedene Ansprüche sowie zahlreiche Optionen. Wird deren Erwartung, möglichst früh einen Kontakt zu einer Familie zu erhalten, erfüllt, können sie die familiären Bedarfe erheben. Auf dieser Grundlage ist zunächst zu überlegen, welche Leistung(en) den Bedarf decken können, um dann eine konkrete Leistung und zu deren Erfüllung befähigte Person auszuwählen. Gerade in der tatsächlichen Unterstützung einer Familie besteht auch eine Grenze des Zugangsnetzwerks im engen Sinne. Deshalb werden weitere Professionelle mit anderen oder ergänzenden Kompetenzen für die weitere Betreuung der Familie ausgewählt. Die eingebundenen Akteure sind nun dem Anspruch ausgeliefert, möglichst ohne jegliche Verzögerung auf die wahrgenommene Bedürfnislage der Familie zu reagieren. Zur umfassenden und bedarfsorientierten Unterstützung der Familie sind die Leistungserbringer auf eine Vermittlung aller, bei den bisherigen Kooperationsbeteiligten vorhandenen Informationen zur Familie angewiesen. Hierdurch lassen sich z.B. wiederholte Diagnostiken vermeiden. Gleichzeitig erwarten die Zugang verschaffenden Akteure eine Rückmeldung der zur Unterstützung eingebundenen Akteure hinsichtlich der Einführung des Angebots. Nur so können die weitervermittelnden Personen entscheiden, ob weitere Leistungen initiiert werden müssen bzw. inwieweit die eigene Verantwortung für die Familie noch gegeben ist. Wird ein Kooperations-

partner zur Leistungsergänzung eingebunden, ist darüber hinaus ein kontinuierlicher Austausch über den Verlauf, einen möglichen Abschluss oder auch Abbruch der Angebote, die eine Familie erhält, unabdingbar. Kontinuierliche wechselseitige Rückkoppelungen sichern die einander ergänzende und damit umfassende Unterstützung einer Familie. Sichergestellt werden muss, dass trotz der Vielzahl an Akteuren, die Verantwortlichkeit für die Familie nicht verloren geht.

Mittels Kooperationsstrukturen erfolgt eine „interdisziplinäre Verzahnung der einzelnen Arbeitsansätze (sowie) die Vernetzung der Arbeits- und der Wirkungsweisen“ (MGSFF 2005, S. 12) zwischen den unterschiedlichen Professionen, Einrichtungen und Systemen. Sind diese Strukturen nicht gegeben oder unzureichend ausgebaut, kann eine Frühe Hilfe als Ganzes nicht optimal funktionieren.

3.3 Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – enge Verbündete in Frühen Hilfen

Wir haben bereits ausführlich auf die notwendige Verbindung verschiedener Professionen hingewiesen, die aus der Multidimensionalität kindlicher bzw. familiärer Problemlagen hergeleitet wird. Mögliche Beteiligte, welche in Debatten eines zuverlässigen Kinderschutzes aufgezeigt werden, sind u.a. die Schule, die Justiz, die Polizei. Durchweg aber wird das Gesundheitswesen als notwendiger Kooperationspartner der Kinder- und Jugendhilfe genannt. Hier schließt sich die Frage an, wieso gerade der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen die Notwendigkeit und entsprechenden Fähigkeiten zugesprochen werden, gewissermaßen als Hauptakteure, auf familiäre und kindliche Risikolagen zu reagieren.

Entsprechend ihrer Konzeption konzentrierten sich Frühe Hilfen auf die möglichst frühe Unterstützung von Familien mit Kindern. In der Regel wird diese Programmatik auf doppelte Weise interpretiert. Die Frühzeitigkeit bezieht sich einerseits auf das Lebensalter des Kindes und andererseits auf den Zeitpunkt im Gefährdungsprozess (MGSFF 2005, S. 7). In vielen Projekten und Modellen wird deshalb insbesondere auf die Familien mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr, einschließlich der vorgeburtlichen Phase geachtet. Besonders kommen Familien ins Blickfeld, deren Risikolagen eine mögliche oder vielmehr wahrscheinliche Gefährdung für das Kind darstellen könnten. Allerdings liegt eine akute Gefährdung nicht vor. Gehen wir von dieser Zielgruppe Früher Hilfen aus, dann lässt sich die besondere Bedeutung der Kooperationsbeziehungen in Frühen Hilfen aus mehrfacher Hinsicht begründen.

Grundsätzlich obliegt dem Feld der Kinder- und Jugendhilfe der Auftrag, das sichere Aufwachsen von Kindern durch Prävention zu gewährleisten bzw. alternativ durch Intervention wiederherzustellen. Hierzu bestehen unterschiedliche kind-, eltern- und familienbezogene Leistungen. Für den Gegenstandsbereich von Frühen Hilfen sind unserer Ansicht nach aus dem Feld der Kinder- und Jugendhilfe ausschließlich präventive Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie relevant. Die folgenden Leistungen (verankert im KJHG: §§ 16-21) sind diesem Verständnis nach mögliche Bestandteile Früher Hilfen: Familienbildung, Familienerholung, Kindertagesbetreuung sowie Beratung und Unterstützung zur Bewältigung allgemeiner Belastungen. Letztere umfassen z.B. Erziehungsberatung, Familienberatung, Beratung für Alleinerziehende sowie Trennungs- und Scheidungsberatung.

Bereits in frühen Phasen, womöglich hier in besonderem Maße, sind Kinder auf mehr als eine ausschließlich soziale Versorgung angewiesen. Denn gerade im Säuglings- und Kleinkindalter sind die gesundheitliche Versorgung und Förderung des Kindes von Bedeutung. Mit dem Wissen, dass schon geringe Versäumnisse im Kleinkindalter weit reichende Folgen auf den gesamten weiteren Entwicklungsverlauf eines Kindes nehmen, sind Hilfen oder Interventionen hier besonders relevant.

Können Eltern den komplexen Anforderungen nicht ausreichend nachkommen, müssen sie unterstützt werden. Unterstützungsleistungen aus dem Feld der Kinder- und Jugendhilfe reichen kaum aus, um komplexen Bedürfnissen und Bedarfen von belasteten Familien und deren Kindern zu genügen. Familien sind häufig auf Hilfen aus dem Gesundheitssystem angewiesen, die allerdings nicht neben der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt sein sollten. Kooperationen beider Systeme dürften zwingend sein.

Das Gesundheitssystem kann auch einen anderen wertvollen Kooperationsbeitrag leisten. Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Unterstützung von Kindern setzt den Zugang zu den Eltern voraus. Erst wenn im Frühe Hilfe-Netzwerk beteiligte Fachkräfte über Informationen zu der betreffenden Familie verfügen und diese auch bereit ist, ein öffentliches Angebot zu nutzen, sind Grundlagen zur Hilfestellung und zum Einbezug weiterer Fachkräfte gegeben. Um der Kinder- und Jugendhilfe einen erfolgreichen Zugang zu verschaffen, kann die Gesundheitshilfe unterstützend wirken, denn die gesundheitliche Betreuung von Schwangeren und Müttern sowie deren ungeborenen und geborenen Kindern ist – im Unterschied zu häufig negativ konnotierten Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe – ein gesellschaftlich akzeptier-

ter und insofern gängiger Standard. Diese Betreuung findet zudem in einer emotionalen Phase statt, die dem Gesundheitswesen einen Vertrauensvorsprung seitens der Eltern verschafft. Diese Situation kann seitens des Gesundheitssystems nicht nur als Chance zur Beobachtung genutzt werden, sie kann auch dazu beitragen, die Öffnung der Familie gegenüber dem Helfersystem und einer Annahme von Unterstützungen zu begünstigen. Ihre Zugänge zu Familien verschaffen dem Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung für die Kinder- und Jugendhilfe. Denn sind die Zugänge einmal geschaffen können diese von Kooperationspartnern aufgegriffen werden. Da der Kinder- und Jugendhilfe die originäre Aufgabe zukommt, das sichere Aufwachsen von Kindern zu unterstützen, müsste auch sie aktiv werden, um die Vorteile nutzen, die verwandte Systeme ihr bieten können.

Ein weiteres Motiv für die Akzentuierung von zwei Systemen liegt in der Konzeption und gängigen Praxis dieser Kooperationspartner im präventiven Kinderschutz. Während beispielsweise Justiz oder Polizei üblicherweise eher zu Interventionszwecken aktiviert werden, haben Gesundheit und Soziale Arbeit einen Schwerpunkt auf dem Aspekt der Prävention (Werner 2008, S. 68). Diese grundsätzliche konzeptionelle Konvergenz begründet ihre einschlägige Verantwortung im Kontext der Frühen Hilfen.

Weitere – auch die nicht offensichtlichen – Kooperationspartner dürfen angesichts der Dominanz der zwei „engen Partner“ nicht aus dem Blick gelassen werden. Würden sich die praktizierten Kooperationen auf das Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe als ausschließliche Kooperationspartner beschränken, würden einschlägige Ressourcen im Kontext der Frühen Unterstützung von Schwangeren, Eltern und Kindern ungenutzt bleiben. Freilich müssen Netzwerke koordinierungsfähig bleiben. Größe kann ein Hindernis hierfür sein.

3.4 Die Umsetzung von Netzwerken in die Praxis?

Netzwerke, einschließlich damit verbundener Kooperationsinitiativen, gelten als eine mögliche Voraussetzung für die Wirksamkeit Früher Hilfen. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass insbesondere ihre Qualität von Bedeutung ist. Ausmaß und Bedingungen von Verbindlichkeit, das Vorliegen von Absprachen, eine Koordinierungsstelle und die Entwicklung eines „Institutional Pathway“ (Böttcher et al. 2008, S. 133) definieren Qualität. Das gelungene Zusammenspiel verschiedener Merkmale kann das Gelingen Früher Hilfen begünstigen.

Die Voraussetzungen für den Aufbau, die Ausgestaltung und anschließende kontinuierliche Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken sind sehr vielfältig und komplex. Verschiedene Autoren (Balling 1997; Pfeiffer 2004; Behringer/ Höfer 2005) haben auf einer allgemeinen Basis zahlreiche Voraussetzungen für Kooperationen sowie Differenzierungen und Kategorisierungen von Kooperationen herausgearbeitet. Auf eine notwendige Bedingung wollen wir an dieser Stelle näher eingehen: Unerlässlich für Netzwerke und Kooperationen sind Ressourcen. Diese These ist keinesfalls trivial.

Leitfadengestützte Experteninterviews im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts „Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen“ zeigen deutlich, dass die Notwendigkeit, Ressourcen für Kooperationen und Netzwerke bereitzustellen, allzu leicht und in der impliziten Annahme auf „Synergiegewinne“ übersehen wird (vgl. Bastian et al. 2008)⁴. Wir sprechen im Folgenden zwar von Kooperationen. Insofern sie aber Grundelemente von Netzwerken sind, beziehen sich die Thesen gleichermaßen auf Netzwerke. Die Notwendigkeit zur Bereitstellung von Ressourcen für das Gelingen von Kooperationen lässt sich aus mehrerer Hinsicht begründen:

Ressourcen sind unabkömmlich,

- a) um vorhandene Ressourcen (Akteure, Methoden, Wissen und Erfahrungen) zusammenzuführen,
- b) um Kooperationsprozesse zu begleiten und zu pflegen,
- c) um ein Konfliktmanagement zu sichern und schließlich,
- d) um ein mögliches erhöhtes Fallaufkommen bewältigen zu können.

zu a) Kooperation führt Ressourcen zusammen:

Es ist ein Ziel von sozialen Frühwarnsystemen, durch Kooperation einzelne Unterstützungs- und Beratungsangebote im Bereich der Frühen Hilfen zu multiprofessionellen Hilfeleistungen miteinander zu verbinden (BMFSFJ 2008, S. 2; MfGSFF 2004, S. 9). Kooperation stellt also nicht darauf ab, neue Einrichtungen oder Aktivitäten zu generieren, es geht „nur“ darum, die ohnehin vorhandenen Kompetenzen in Kontakt zu bringen. Auch solche Kompetenzen zu finden, die vorher zur Reaktion auf Problemlagen nicht in Anspruch genommenen wurden, kann als Herausforderung angesehen werden. Von besonderem Interesse für erweiterte Kooperationen sind also vorhandene, aber ungenutzte Ressourcen. So erwartet das Ministerium

⁴ Der Anschaulichkeit halber werden wir im Folgenden Zitate der interviewten Fachkräfte einflechten.

für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, dass neben professionellen Diensten auch Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements in einem Sozialraum aufzudecken und konstruktiv für den Prozess des Handelns auf kindliche und familiäre Problemlagen zu nutzen seien. Der Anspruch, solch neues Potenzial, das neben den normalen Pfaden liegt, zu finden, setzt Sucharbeit und Ansprache voraus. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwiefern die aufgedeckten Ressourcen den zuvor identifizierten Bedarf abdecken können.

zu b) Ressourcen zur Begleitung und Pflege der Netzwerk- und Kooperationsprozesse

Der Aufbau, die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von Kooperation erfordert eine intensive Pflege (*„also diese Kooperationszusammenhänge auch weiter zu pflegen und weiterzuentwickeln“*). Es muss Verantwortliche geben, die z.B. Kooperationspartner akquirieren, die Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen anregen und aufrechterhalten sowie ein angemessenes Kooperations-Management betreiben. Zur Initiierung und Begleitung von Kooperation bedarf es zeitlicher, finanzieller und personeller Ressourcen (*„Vernetzung passiert nicht von alleine, indem man es einfach ausspricht, sondern erfordert Zeit und Logistik und Kapazitäten“*). Diese praktischen Erfahrungen lassen sich durch Behringer und Höfer (2005, S. 107) bekräftigen. Sie verweisen in ihren Analysen zu Voraussetzungen von Kooperation im Bereich der Frühförderung darauf, dass für Kooperationsprozesse zeitliche Ressourcen erforderlich sind, mit denen finanzielle und personelle Ressourcen verbunden sind.

zu c) Ressourcen zur Sicherstellung eines Konfliktmanagements

Kooperationen sind geprägt von Problemen und Konflikten, die eine kontinuierliche Bearbeitung erfordern. Notwendig sind entsprechende Ressourcen. Zunächst ist darauf zu verweisen, dass Konflikte nicht nur durch die Akteure und ihre unterschiedlichen Sichtweisen erzeugt werden, sondern aus Problemen entstehen, die kooperationsinhärent sind. Konflikte zwischen einzelnen Kooperationsbeteiligten können „als Ergebnis oder Konkretisierung von Problemen der Kooperation“ (Balling 1997, S. 131) aufgefasst werden.

Entsprechend dieser Definition handelt es sich bei Konflikten um eine Ausprägung von Problemen. Unterhalb der Ebene typischer Probleme, wie z.B. eine mangelnde Kooperationsbereitschaft oder unterschiedliche „Professions-Sprachen“, kommen nur schwer vermeidbare Probleme vor, die quasi wie selbstverständlich im Kooperationsalltag auftreten. Beispiele sind unrealistische oder durch spezifische Umstände nicht zu erfüllende Erwartungshaltungen ein-

zelter Beteiligter gegenüber anderen Kooperationspartnern: *„Das ist doch klar, die [Kooperationspartner; Anm. d. Verf.] haben dann gesagt, wir haben den Eltern das [ein Unterstützungsangebot, ausgeführt von einem Kooperationsbeteiligten] zugesagt und jetzt passiert das nicht so zeitnah wie wir uns das wünschen“* und *„dass diese zeitliche verbindliche Reaktion nicht immer durch die [Kooperationspartner] abgedeckt werden konnte, weil die Arbeitsdichte dort sehr hoch ist.“* Hier wird deutlich, dass Kooperation dann in Gefahr geraten kann, wenn Kooperationspartner ihre eigenen Ressourcen überschätzen und somit den Partner enttäuschen. Auch liegt die Vermutung nahe, dass ein kontinuierlicher Austausch über die tatsächlichen Möglichkeiten beteiligter Kooperationspartner erfolgen muss.

Ein Hindernis insbesondere interprofessioneller Kooperation sind professionsspezifische Sichtweisen: Das *„Problem (...), ist natürlich, dass jede Profession aus ihrer Sicht erst einmal auf das Ding guckt“*. Die voneinander abweichenden oder gar gegensätzlichen Betrachtungsweisen sind sowohl zu Beginn als auch im laufenden Kooperationsprozess kontinuierlich zu thematisieren. Einerseits wird in der Multiprofessionalität der Nutzen gesehen, verschiedene Kompetenzen zu bündeln. Andererseits kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die regelmäßigen Verweise auf die professionsbedingten Interpretationen auch die eigene Arbeit gegen Kritik immunisieren. Und wenn der Kooperationspartner genauso vorgeht, verhindert der Professionsverweis, dass man durch den oder die Anderen in seiner Wahrnehmung und vermeintlichen beruflichen Kompetenz irritiert wird.

Konflikte und Probleme gilt es aufzudecken, um sie konstruktiv unter Einbezug aller Beteiligten zu bearbeiten. Allerdings ist deutlich, dass das nicht ohne Aufwand geht, es erfordert eine koordinierende Stelle, die ebenso wie die einzelnen Beteiligten, Zeit in die Klärung der Probleme investieren muss: *„Dann lädt man die beiden Institutionen ein, setzt sich mit denen zusammen an einen Tisch und dann wird das besprochen. Was ich damit sagen will, so (...) [eine Kooperation; Anm. d. Verf.] muss gepflegt werden. Sonst haben Sie das ganz schnell nicht mehr so, wie es sein soll.“* Die Konsequenz ist banal: Diese Pflege von einzelnen Kooperationen und damit des gesamten Netzwerks erfordert Ressourcen.

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Diskussion lässt sich der Einsatz von Ressourcen für ein Konfliktmanagement legitimieren: Konflikte und Probleme sind gleichermaßen notwendig und unvermeidlich, bedürfen aber der – ressourcenaufwändigen – Bearbeitung.

zu d) Ressourcen zur Bearbeitung eines erhöhten Fallaufkommens.

Akteure in Bereichen Früher Hilfen erwarten durch eine Kooperation eine erhöhte Arbeitsbelastung in Einrichtungen und Diensten zur Unterstützung von Familien und Kindern bei möglichen Gefährdungslagen: *„Wenn sich eine Beratungsstelle mit einem Familienzentrum vernetzt, bekommt die Beratungsstelle, wenn es gut läuft, nicht weniger, sondern mehr Klienten“* sodass *„zu den Tausend durch gute Vernetzung noch hundert oder zweihundert dazu (...)“* kommen). Ursächlich angesehen werden einerseits ein hohes Bewusstsein für Risikolagen sowie die daraus resultierende frühzeitigere Wahrnehmung von und Reaktion auf mögliche Gefährdungssituationen. Andererseits erhöht Kooperation den Bekanntheitsgrad beteiligter Einrichtungen, wodurch diese auch von Familien in stärkerem Maße wahrgenommen und akzeptiert werden (*„weil die Menschen die Schwellenangst verlieren, weil sie die Leute kennen lernen, weil die sich trauen mit ihrem Problem zu uns zu kommen“*). Insofern bedarf es nicht nur zum Aufbau und zur Begleitung von Kooperation zusätzlicher Ressourcen, sondern ebenso zur Bewältigung ihrer Auswirkungen, welche in Form von erhöhten Fallzahlen in Einrichtungen und Diensten für Familien mit Kindern beobachtet werden.

Mit der Skizze zum Ressourcenbedarf für Kooperationen und Netzwerke konnten wir lediglich eine zentrale Dimension eines Bündels von Voraussetzungen und Gelingensbedingungen ansprechen. Für eine Verstetigung von Kooperationen ist es wesentlich, dass für die Beteiligten (Professionelle, Ehrenamtliche, Einrichtungen) nicht nur Aufwendungen entstehen, sondern auf der Habenseite auch ein entsprechender Nutzen erzeugt wird. Doch wie können Bedingungen geschaffen werden, dass alle Beteiligten gleichermaßen von einer Beteiligung an einem Netzwerk Frühe Hilfen profitieren? Es ist zu erwarten, dass im Kontext der empirischen Evaluationsstudien des NZFH genauere Erkenntnisse über Nutzen generierende Kooperationen und Netzwerke gewonnen werden. Sie könnten Grundlage für Handlungsempfehlungen zur Entwicklung kooperativer Unterstützungssysteme sein. Notwendig scheinen insbesondere Analysen der Berufskulturen der beteiligten – und „fremdelnden“ – Systeme.

3.5 Offene Fragen

Wir haben einige Eigenschaften und Voraussetzungen von Netzwerken speziell im Feld der Frühen Hilfen dargestellt. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es aus unserer Sicht mehr offene Fragen als empirisch abgesichertes Wissen. Mit einigen Anknüpfungen für Diskussionen sowie für empirische Evaluationsforschung schließt dieses Kapitel.

Wir haben – eher analytisch als empirisch – zwischen zwei wesentlichen Funktionen in der Hilfe-Kooperation unterschieden. Es wäre interessant zu sehen, ob und inwieweit die einschlägige Praxis aussieht. Gibt es diese funktionale Differenzierung tatsächlich, und wenn ja, in welchem Ausmaß? Welche Konsequenzen für die Qualität der Hilfe hat das Ausmaß der Arbeitsteilung?

Der Einbezug weiterer Akteurskreise im Verlauf des Unterstützungsprozesses wirft die Frage auf, wie die Verantwortlichkeiten für Familien gesichert werden. Wie kann trotz Einbindung ergänzender Leistungen oder einer vollständigen Leistungsabgabe die verantwortliche Zuständigkeit im Hilfeverlauf aufrechterhalten werden? Wie ist Transparenz gewährleistet? Wer hat den Überblick über den gesamten Hilfeverlauf?

Der Unterstützungsbedarf einer Familie im Hilfesystem muss erkannt und im Anschluss bearbeitet werden. Nicht geklärt ist, über welche konkreten Eigenschaften Kooperationen und Netzwerke verfügen sollten und wie gesichert ist, dass die für die jeweiligen Probleme „richtigen“ Akteure gefunden werden. Netzwerke müssen sich je nach Bedarfslage „wandeln“ können oder sich je unterschiedlich realisieren lassen.

Ferner ist unklar, welche Größe und Dichte wirksame Netzwerke Früher Hilfen aufweisen.

Auch wenn mehr über Wirksamkeitssicherung Früher Hilfen durch Netzwerke bekannt sein sollte, eine Umsetzung in die praktische Arbeit ist damit noch nicht gesichert. Die jeweiligen Kontexte der Hilfen und die Varianz der Hilfekonzepte dürften einer detaillierten Standardisierung Grenzen setzen. Diese Einschränkung steht allerdings nicht im Widerspruch zur These, dass es klar definierte Mindestbedingungen für den Erfolg von Netzwerken gibt.

Ein weiteres Problem entsteht potenziell durch die Unterschiedlichkeit der beteiligten Akteure. Hier geht es nicht um mögliche persönliche Disharmonien, gemeint sind die systematischen Unterschiede der Rollenträger. Helfende Personen sind ja Vertreter ihrer Funktionssysteme und müssen deren Handlungsmaximen bedienen. Systeme, die nicht harmonieren können unter Umständen gar kontraproduktiv sein. Notwendig sind gegebenenfalls Struktur- oder Kulturmodifikationen, welche eine dauerhafte Integration aller unverzichtbaren Akteure in ein Netzwerk Früher Hilfen sicherstellen. Auch wie „professionelle“ Akteure, also solche, die sich an einer Berufs- oder Professionskultur orientieren, mit den in Früher Hilfen häufig ein-

gebundenen Laien, die sich vermutlich eher einem gewissen Altruismus verpflichtet fühlen, kooperieren, dürfte ein sensibler Aspekt in Kooperationsversuchen sein.

Aktuell muss man sich im Hinblick auf Kooperationen und Netzwerke mit einem Sammelsurium offener Fragen zufrieden geben. Empirische Netzwerkanalysen quantitativer und qualitativer Provenienz sollten Element von Wirkungsevaluationen Früher Hilfen sein. Im Rahmen des bundesweiten Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ sind verschiedene einschlägige Erkenntnisse zu erwarten.

Kapitel 4 Die Rolle der Helfenden

In der Debatte um die Wirkungen Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme geht es vorrangig um Methoden und kontextuelle Bedingungen, mit denen vielfältige und – je nach Konzept und Zielgruppe – unterschiedliche Ziele erreicht werden sollen. Neben den im letzten Kapitel dargestellten Netzwerken soll nun diskutiert werden, inwiefern die Rolle des Helfers und die Helfer-Klienten-Beziehung in Frühen Hilfen einen Wirkfaktor darstellen können. Daher wird im ersten Teil dieses Kapitels die Bedeutung von professionellem, sozialpädagogischem Handeln in den Frühen Hilfen erörtert. In der folgenden theoretischen Diskussion heben wir den Stellenwert der Helfer-Klienten-Beziehung hervor. Da es in der Sozialen Arbeit bisher wenig einschlägige empirische Forschung gibt, werden wir im zweiten Abschnitt Forschungsergebnisse aus der Psychotherapieforschung zu therapeutischen Beziehungen hinzuziehen und mit Frühen Hilfen in Verbindung bringen. Diese Forschungsergebnisse geben wichtige Hinweise darauf, welche positiven Wirkungen ein gelingendes Arbeitsbündnis haben kann und welche Faktoren auf Seiten des Helfers und des Klienten förderlich für dieses Bündnis sind. Abschließend führen wir die Befunde aus der Professionsdebatte (Soziale Arbeit) und der Beziehungsforschung (Psychotherapie) zusammen, um die Bedeutung der „interaktionistischen Beziehung“ zwischen Helfer und Klient vor dem Hintergrund der Multiprofessionalität in den Frühen Hilfen herauszustellen und forschungstheoretisch zu begründen.

4.1 Die Bedeutung des professionellen Handelns in der Diskussion über Frühe Hilfen

Nach dem Auftrag des Bundesfamilienministeriums sollen für Frühe Hilfen wirksame Screening- und Hilfemethoden entwickelt oder die Wirksamkeit bereits eingesetzter Methoden evaluiert werden, mit deren Hilfe Familien mit (wie auch immer gearteten) Risiken (frühzeitiger) erkannt, die Verfestigung von Risikolagen früher und genauer prognostiziert, Kinder besser vor Vernachlässigung und Misshandlung geschützt und den möglichen familialen Risiken wirksamer entgegengearbeitet werden kann (z.B. DJI 2006). Sowohl die Jugendhilfe als auch das Gesundheitswesen – beides Systeme mit verschiedenen Zugängen zu Familien mit kleinen Kindern – verfügen über ein reichhaltiges Methodenrepertoire, mit dem solche – und auch andere – Ziele verfolgt werden. Deshalb soll eine Vernetzung dieser – so die Kritik – nebeneinander versäulten Hilfesysteme zu einem besseren und ganzheitlicheren Wahrnehmungs- und Hilfeangebot, mithin zu einem Frühwarnsystem führen.

Diese systembezogene Diskussion kann durch ein anderes Paradigma arrondiert werden, wodurch die forschungsmethodischen Überlegungen zu Wirkungsevaluationen in Frühen Hilfen durch einen weiteren grundlegenden Wirkfaktor ergänzt werden sollten. Aus Sicht der interaktionistisch geprägten Professionalisierungsdebatte (grundlegend beeinflusst durch Ulrich Oevermann, Fritz Schütze, Hans-Uwe Otto/ Bernd Dewe), wie sie sowohl in der Sozialpädagogik als auch im Gesundheitswesen geführt wird, sind der Helfer und sein „professionelles“ Handeln zentral für die Wirksamkeit einer Hilfe. Professionalität wird als ein Handeln definiert, das wissenschaftliches Wissen, Handlungswissen und Fallverstehen kombiniert. Grundlegend ist dabei die Reflexivität des Helfers. Seine Qualität erweist sich in der Fähigkeit, Handlungsoptionen, Chancen und Partizipation der Klienten zu steigern. Deshalb stehen im Mittelpunkt der Professionsdebatte weniger (Hilfe-)Methoden, da durch diese eine intendierte Veränderung bei Adressaten nicht garantiert werden kann (Stichwort: „Strukturelles Technologiedefizit“⁵), sondern sozialpädagogische Kompetenzen, mit Paradoxien und Strukturproblemen des Handelns zwischen Individuum, Organisation und Gesellschaft konstruktiv umgehen zu können (vgl. Otto/ Dewe 2001). Die Qualität der Helfer-Klienten-Beziehung wird maßgeblich bestimmt durch Haltung und Kompetenzen des Helfers. Seine Rolle und die Beziehung zum Klienten sind ein bislang in der Diskussion um Frühe Hilfen wenig beachteter, aber ein aus unserer Sicht wichtiger Wirkfaktor neben den vielfältigen Methoden, die in Prozessen der Frühen Hilfen angewendet werden. Wir gehen davon aus, dass es sich bei Frühen Hilfen um genuin sozialpädagogische Hilfen handelt, auch wenn diese durch Ehrenamtliche, Hebammen oder andere Berufsgruppen durchgeführt werden. Dafür sprechen die Ziele der Hilfen, insbesondere die vorrangige Verbesserung der elterlichen Kompetenzen. Professions-theoretische Überlegungen zum sozialpädagogischen Handeln, zu spezifischen Kompetenzen und zu einer professionellen Haltung lassen sich auch auf Nicht-Professionelle, d.h. Ehrenamtliche übertragen (vgl. dazu die Forschungen zum Ehrenamt wie z.B. Bimschas/ Schröder 2003; Jakob 1993).

⁵ Der Begriff geht auf den Systemtheoretiker Niklas Luhmann zurück. Er beschreibt, dass soziale Prozesse nicht naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten folgen. Es handelt sich bei diesen Prozessen um „komplexe soziale Zusammenhänge [die] durch subjektive Konstruktions- und Rekonstruktionsprozesse konstituiert werden“ (von Spiegel 2006, S.42) und daher nicht vorhersehbar sind. In der Sozialpädagogik können demnach kaum Zusammenhänge zwischen methodischer Vorgehensweise und Wirkung hergestellt werden.

In der Literatur finden sich drei Ebenen, die das professionelle Handeln des Helfers beeinflussen:

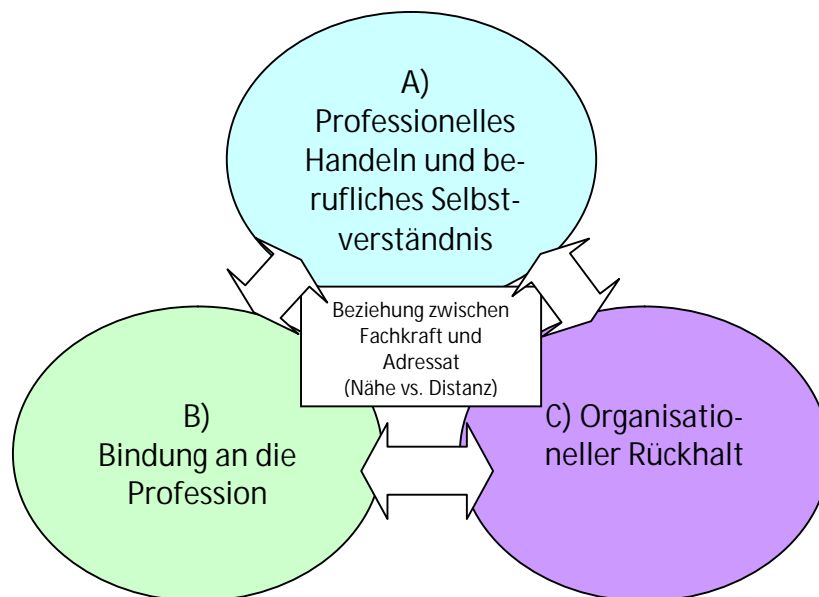


Abbildung 4 Ebenen professionellen Handelns

A) Professionelles Handeln und berufliches Selbstverständnis

In der Berufssozialisation kommt es zur biographischen Identifizierung des Professionellen mit der Berufsrolle seiner Profession und ihren Werten. Sie führt zur Ausbildung eines professionellen Selbstverständnisses. Im Mittelpunkt steht hierbei der fachliche Umgang mit den so genannten Paradoxien professionellen Handelns (nach Schütze 1996). Diese Paradoxien entstammen dem Umstand, dass sich das berufliche Handeln in der Sozialen Arbeit auf die Lebenswelt der Klienten bezieht, aber auch gleichzeitig institutionell-organisatorisch eingebunden (Stichwort: doppeltes Mandat⁶) ist. Hier müssen die für die Soziale Arbeit typischen Handlungsparadoxien im Spannungsfeld zwischen Helfer, Klient und Organisation austariert werden. Dies geschieht vor allem durch eine reflexive Haltung (vgl. Fuchs 2003). Ein Helfer steht vor der Herausforderung, ohne eine monopolisierbare Wissensbasis, aber mit der Aufgabe, gegensätzliche Anforderungen auszubalancieren, „etwas zu tun [...], was logisch nicht geht, wohl aber praktisch bewältigt werden kann und muss“ (Müller 2005, S.736).

⁶ von Böhnisch und Lösch geprägt (1973/1998) stellt das doppelte Mandat ein zentrales Strukturmerkmal der Sozialen Arbeit dar. Die Fachkräfte haben die Aufgabe, ein „Gleichgewicht zwischen den Rechtsansprüchen, Bedürfnissen und Interessen der Klienten einerseits und den jeweils verfolgten Kontrollinteressen seitens öffentlicher Steuerungsagenturen andererseits aufrechtzuerhalten“

In einer Untersuchung zum beruflichen Verbleib von Diplom-Pädagogen in Deutschland (Krüger/ Rauschenbach et al. 2003; 2004) wurden weitere Paradoxien untersucht, die als wesentlich für das berufliche Selbstverständnis erachtet wurden. Es geht dabei vor allem um das grundlegende Problem des Macht- und Wissensvorsprungs des Professionellen gegenüber dem Klienten. Die Positionierung zwischen den folgenden Polen beschreibt das professionelle Selbstverständnis des Helfers:

- Typenkategorisierung vs. Situierung
Einordnung des Falls in abstrakte, übergeordnete Kategorien oder Subjekt- und Situationsbezug
- Professionelle Ordnungs- und Sicherheitsgesichtspunkte vs. Eingrenzung der Entscheidungsfreiheit
Entscheidungen auf der Basis fachlicher Expertise treffen oder Entscheidungsbefugnis den Adressaten überlassen
- Biographische Ganzheitlichkeit vs. Expertenspezialisierung
Bezugnahme auf das biographische "Geworden-Sein" eines Falls oder Bezugnahme auf die konkrete aktuelle Situation
- Umgang mit Mehrwissen
Professionelles Wissen offensiv einbringen vs. zurückhalten
- Pädagogisches Grunddilemma
Klienten die Problembearbeitung abnehmen vs. Klienten selber machen lassen
Umgang mit Definitionsmacht
Ablauf und Ziel einer Hilfe vorgeben vs. möglichst wenige Vorgaben machen
- Geduldiges Zuwarten vs. Intervention
Abwarten, wie sich ein Fall/ ein Problem entwickelt oder sofort eingreifen
- Diffuse vs. spezifische Sozialbeziehung
Freundschaftliche oder distanzierte Gestaltung der Professionellen- Klienten-Beziehung

Krüger/ Rauschenbach et al. (2003; 2004) haben mithilfe einer Clusteranalyse vier Typen professionellen Selbstverständnisses im Verhältnis von Expertise, Autonomie und Fallbezug herausgearbeitet:

Fürsorger (39%)

- Hoher Wert bei Fallbezug
- Niedriger Wert bei Klientenautonomie

- Niedriger Wert bei Expertise

Fachmann (13%)

- Hoher Wert bei Fallbezug
- Niedriger Wert bei Klientenautonomie
- Hoher Wert bei Expertise

Begleiter (22%)

- Mittlerer Wert bei Fallbezug
- Hoher Wert bei Klientenautonomie
- Niedriger Wert bei Expertise

Pragmatiker (26%)

- Niedriger Wert bei Fallbezug
- Niedriger Wert bei Klientenautonomie
- Niedriger Wert bei Expertise

Als weitere wichtige Dimensionen professionellen Handelns nennen Otto et al. (2006) Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit und subjektive Bedeutsamkeit als Grad der Formalisierung der eigenen Aufgabe. Betont wird die Paradoxie ‚Biographische Ganzheitlichkeit vs. Expertenspezialisierung‘.

B) Bindung an die Profession

Konstitutiv für professionelles Vorgehen in der Sozialen Arbeit ist, dass es nicht standardisierbar sei. Daher kann folgerichtig Professionalität auch nicht standardisiert erhoben werden. Otto et al. (2006) verstehen Professionalität, angelehnt an Swailes (2003) und Hall (1968), als Identifikation mit der Profession. Sie schlagen daher das Konstrukt „Bindung an die Profession“ vor, wonach „der Einfluß [sic] der professionellen Orientierung der Fachkräfte und der Einrichtungsleitung auf die Dienstleistungserbringung untersucht“ (Otto et al. 2006, S.37) wird.

C) Organisationeller Rückhalt

Soziale Arbeit basiert auf gesetzlichen Regelungen und wird in Organisationen umgesetzt (vgl. v. Spiegel 2006). Die einzelne Fachkraft kann die Ansprüche an das professionelle Handeln nicht allein meistern, sondern sie ist in eine gesellschaftliche, institutionelle und organisationale Umgebung eingebunden, die ihre professionelle Haltung stützen soll (Müller 2005). Deshalb muss zur besseren Leistungserbringung sowohl die einzelne Fachkraft als auch die

Organisation, innerhalb derer sie agiert, professionalisiert werden. Dies kann einerseits durch eine selbstkritische Praxis, regelmäßigen kollegialen Austausch und Supervision gelingen, andererseits durch eine „praktische Ideologie“ in der Institution (hier: Soziale Arbeit) und der Organisation (z.B. einem bestimmten Projekt der Frühen Hilfen). Daher gehört als Baustein eines professionellen Selbstverständnisses das Wissen um professionellen Rückhalt im engen und weiteren beruflichen Kontext.

Die in der Professionsdebatte herausgearbeiteten Vorstellungen von professionellem Handeln und einem angemessenen Professionsverständnis sowie der Bindung an die Profession wurden bisher empirisch kaum untersucht. Gleiches gilt für die Ebenen „organisationaler und institutioneller Rückhalt“. Die von Krüger/ Rauschenbach et al. (2003, 2004) ermittelten Typen von professionellem Selbstverständnis regen an, neue Schwerpunkte in der Arbeit mit Klienten setzen. Es kann vermutet werden, dass sich diese unterschiedlichen Professionstypen auf die Beziehungsgestaltung auswirken. Doch welches berufliche Selbstverständnis führt zu einer Beziehung, die für die Zielerreichung der Maßnahme dienlich ist? Forschungsergebnisse dazu gibt es im Bereich der Sozialen Arbeit bisher noch nicht. Allerdings gibt es in der Psychotherapie einen Forschungszweig, der die Beziehung zwischen Klienten und Fachkräften bzw. Therapeuten bearbeitet. Sozialarbeit und Psychotherapie sind Ergebnis unterschiedlicher Professionalisierungslinien und setzen an verschiedenen Ausgangspunkten und Handlungsansätzen an. Die Sozialpädagogik bearbeitet soziale Probleme, indem sie Prozesse des Lernens initiiert und sie begleitet. Sie werden auf die Bewältigung der gegebenen Lebenssituation ausgerichtet und zielen auf soziale Integration. Die Psychotherapie widmet sich psychischen Phänomenen, die als krankhaft eingeschätzt werden. Sie konzentriert sich auf die Person des Klienten.

Es gibt allerdings bedeutende Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Fachkraft-Klienten-Beziehungen. In beiden Professionen gleichen sich im Prinzip die fachlich fundierten Rollenbeziehungen und die alltagsweltlich bezogenen personalen Kontakte. Das Arbeitsbündnis zwischen der Fachkraft und dem Klienten ist Ausgangspunkt und Voraussetzung des professionellen Handelns. Dieses Handeln ist in beiden Kontexten durch Widersprüche gekennzeichnet. Dazu gehört die problematische Zusammenführung eines allgemeinen wissenschaftlichen Wissens mit dem auf einen konkreten Menschen bezogenen Fallverstehen in eine „widersprüchliche Einheit“ (Oevermann 1996, S. 123). Erst so wird die Professionalität des Handelns begründet (Gildemeister/ Robert 2001). Aufgrund dieser Gemeinsamkeiten gehen wir

von der Möglichkeit aus, die Ergebnisse der Beziehungsforschung aus der Psychotherapie auf die Soziale Arbeit und somit auch auf die Frühen Hilfen übertragen zu können.

4.2 Forschungsergebnisse aus der Psychotherapieforschung als Hinweise für die entscheidende Bedeutung des Arbeitsbündnisses in den Frühen Hilfen

Wir gehen davon aus, dass das professionelle Selbstkonzept vor allem durch die drei im letzten Abschnitt erläuterten Einflussgrößen kompiliert ist: professionelles Selbstverständnis, Bindung an die Profession und organisationaler Rückhalt. In ihrer Untersuchung haben Krüger/ Rauschenbach et al. (2003; 2004) ermittelt, dass sich verschiedene Typen von professionellen Selbstkonzepten unterscheiden lassen. Wenn der Professionelle die Aufgabe hat, eine tragfähige Beziehung aufzubauen, dann wäre wichtig zu wissen, welchem Typus das am besten gelingt und welche Handlungselemente sich als besonders förderlich für die Herausbildung einer guten Arbeitsbeziehung erweisen. Da uns keine Forschungsergebnisse im Feld der Sozialen Arbeit bekannt sind, werden wir wiederum empirische Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung mit der Absicht heranziehen, sie auf Möglichkeiten der Übertragbarkeit zu prüfen. Wir fragen insbesondere, welche Verhaltensaspekte oder Kompetenzen den Beziehungsaufbau begünstigen und welche eher hinderlich sind.

Hilfreich für unsre Fragestellung ist eine Arbeit von Hubble et al. (2001), in der eine umfassende Übersicht der Studien zur Beziehungsforschung gegeben wird. Aus diesem Review können Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Beziehungsaspekte sich positiv auf einen Hilfeverlauf auswirken und für die Übertragung auf Soziale Arbeit im Allgemeinen und Frühe Hilfen im Speziellen aufbereitet werden können. Zunächst wollen wir jedoch einen kurzen Einblick in die Entstehungsgeschichte der psychotherapeutischen Beziehungsforschung geben.

Die Psychotherapie gilt als ein besonders intensiv beforschter Teilereich der Gesundheitsinterventionen (Lebow 1997). Die Wirksamkeit von Therapien wurde in einer Vielzahl von Studien belegt (Lambert/ Bergin 1994, Smith et al. 1980). Vergleichsstudien jedoch, deren Ziel es war, die Qualität unterschiedlicher therapeutischer Ansätze zu bewerten, konnten kaum Überlegenheiten der einen oder anderen Methode valide nachweisen (z.B. Norcross/ Newman 1992). Dieses Ergebnis wurde unter dem Begriff „Äquivalenzparadox“ oder auch „*Do-do-Verdikt*“ (Luborsky et al. 1975) bekannt. Ausgehend von diesem Befund wurde in der

Psychotherapieforschung in den 1990er Jahren versucht, jene Elemente zu identifizieren, welche erklären können, weshalb die Wirkung von Therapie hoch ist und die Besonderheiten der jeweiligen Ansätze kaum Differenzen erzeugen können. Im Jahre 1992 schlägt Michael Lambert auf Basis eines Reviews von Forschungsergebnissen vier therapeutische Faktoren vor: Klienten bzw. extratherapeutische Faktoren, Beziehungsfaktoren, Erwartungen oder Placebo und Technik bzw. Methode.

1. *Klienten und extratherapeutische Faktoren* bestehen aus den Persönlichkeitsmerkmalen des Klienten, den Elementen aus seiner Umgebung und Ereignissen mit denen er konfrontiert wird. Diese Faktoren erklären zu circa 40% das Ergebnis einer Intervention.
2. *Beziehungsfaktoren* erklären etwa 30% des Therapieerfolges. Sie bestehen aus beziehungsbezogenen Variablen zwischen Therapeut und Klient. Zu ihnen gehören beispielsweise die Überzeugungskraft des Therapeuten, Empathie, Wärme, Akzeptanz, gegenseitige Bestätigung und Ermutigung.
3. Der Faktor *Placebo, Hoffnung und Erwartung* geht einher mit Franks und Franks (1991) Idee, dass in erfolgreichen Therapien Klienten wie auch Therapeuten an die heilende Kraft der Behandlungsformen oder -rituale glauben. Die Erwartungen an die Wirksamkeit der Behandlungsform haben einen etwa 15%igen Anteil am Interventionserfolg.
4. *Modell- und Technikfaktoren* sind Annahmen und Vorgehensweisen der eigentlichen Behandlungstechnik. Deren Beitrag am Ergebnis decken die übrigen 15% der Varianzerklärung ab.

Neben den Faktoren, die ein Klient mit in die Maßnahme bringt begünstigen Beziehungsfaktoren also in weit höherem Maß das Ergebnis als das eigentliche Hilfefkonzept mit seinen technischen Verfahren. Diese Befunde sind auch für Frühen Hilfen interessant, in denen verschiedene Professionen und auch ehrenamtlich tätige Laien mit Klienten arbeiten und somit ihre Aufgaben unterschiedlich definieren und umsetzen. Wie in der oben skizzierten Fragestellung der Psychotherapieforschung könnte es sinnvoll sein, die Unterschiede in der Gestaltung der Arbeitsbeziehungen zwischen den Professionen, zwischen unterschiedlichen Ansätzen innerhalb der jeweiligen Professionen oder zwischen beruflich einschlägig qualifiziertem Personal und Ehrenamtlichen zu untersuchen. Dieser Frage gehen wir im folgenden Abschnitt nach.

4.2.1 Therapeutische Allianz als Pendant zum Arbeitsbündnis in den Frühen Hilfen

Mit dem Nachweis der Bedeutung der Beziehungen zwischen Therapeut und Klient, der sogenannten therapeutischen Allianz, wurde das Arbeitsbündnis intensiv beforscht. Hierbei geht es nicht nur darum, Erfolg oder Misserfolg erklären zu können. Vielmehr ist mit einer solchen Forschung ein bedeutender praktischer Nutzen verbunden, denn die Arbeitsbeziehung kann vom Therapeuten aktiv so gestaltet werden, dass Erfolg wahrscheinlicher wird.

Interessanterweise wurde die Bedeutung der Beziehung bereits von Sigmund Freud (1912, 1913) beschrieben. Sein Modell diente vielfach als theoretischer Bezugspunkt von neuerer Forschung. Drei wesentliche Aspekte der therapeutischen Beziehung konnte Freud herausarbeiten:

Übertragung – der Klient identifiziert den Therapeuten mit bedeutenden Personen aus der Vergangenheit

Gegenübertragung – der Therapeut verbindet den Klienten mit bedeutenden Personen aus seiner Vergangenheit oder ungelösten Problemen

Freundliche und positive Verknüpfung – der Klient bringt den Therapeuten mit positiv besetzten Personen in Verbindung

Gaston (1990) konnte aus verschiedenen Konstrukten und Theorien „der“ therapeutischen Beziehung die folgenden Komponenten ableiten:

- Affektive Beziehung des Klienten zum Therapeuten
- Fähigkeit des Klienten, zielstrebig in der Therapie arbeiten zu können
- Empathisches Verständnis und Engagement des Therapeuten
- Übereinstimmung von Klient und Therapeut hinsichtlich der Ziele und Aufgaben der Therapie

Das therapeutische Bündnis und seine Komponenten waren Gegenstand einer Vielzahl von empirischen Studien. Mehrere große Übersichtsarbeiten zu Behandlungsbedingungen stellen ihre große Bedeutung (z. B. Beutler et al. 1994; Horvath/ Symonds 1991; Luborsky et al. 1988; Orlinsky/ Howard 1986) heraus. Es konnte gezeigt werden, dass die therapeutische Beziehung über die verschiedenen Ansätze – wie behavioral, eklektizistisch oder dynamisch orientierter Therapien – hinweg eine gleichermaßen wichtige Rolle spielt (Gaston/ Marmar et

al. 1988; Horvath 1994). Dieser Faktor behält seine Beutung auch in verschiedenen therapeutischen Settings (z.B. Gruppentherapie, Einzeltherapie) (Bourgeois et al. 1990; Pinosof 1994). Die Beziehung zwischen Helfer und Klient ist ebenso relevant in Beziehungen, die nicht ausdrücklich als Therapie konstruiert wurden (Krupnick et al. 1992).

Zwei wichtige Hinweise sollten festgehalten werden. Erstens: Die Qualität der Beziehung ist nicht lediglich ein Nebenprodukt einer erfolgreichen Therapie. Verschiedene Studien (Meta-Analysen und Vergleichsstudien) belegen schlüssig, dass die Qualität der Arbeitsbeziehung ein bedeutender Wirkfaktor für therapeutischen Erfolg ist (z. B. Gaston et al. 1991). Was die praktische Seite der Befunde anbelangt, so dürfte bedeutsam sein, dass es zu Beginn der Therapie (1.- 5. Sitzung) ein Fenster zu geben scheint, in dem eine fruchtbare therapeutische Beziehung aufgebaut werden kann. Die Qualität der Beziehung zu einem solch frühen Stadium stellt eine relativ verlässliche Vorhersagegröße für das Behandlungsergebnis dar (Mohl et al. 1991; Plotnikov 1990; Tracey 1986).

Zweitens: Der Hinweis darauf, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Klient, also die Beziehung im klinischen Setting, durchaus vergleichbar ist mit der Situation in helfenden Settings, stärkt die These, dass die Frühen Hilfen von den Forschungsergebnissen aus der Psychotherapie profitieren können. Wenn diese These stimmt, dann dürfte die Qualität der Beziehung eine relevante Wirkungsvariable sein, die relativ unabhängig von den je spezifischen Konzepten Früher Hilfen nachweisbar ist. Welche Faktoren aber sind für die Qualität der Beziehung verantwortlich, und wie sind sie gestaltbar?

Die therapeutische Beziehung ist Gegenstand einer Vielzahl von Studien (vgl. Hubble et al. 2001, S. 43). Eine Meta-Analyse von 24 einschlägigen Untersuchungen (Horvath/ Symonds 1991) belegte eindrucksvoll, dass die Qualität der „therapeutischen Allianz“ gut ein Viertel des Therapieerfolges erklärt. Interessant ist, dass die von Klienten wahrgenommenen Beziehungsfaktoren bessere Prädiktoren für Erfolge waren als die nach intersubjektiven Kriterien vorgenommene Bewertung von externen Beobachtern.

Einer der wichtigsten Beziehungs-Faktoren ist „Empathie“ (Miller et al. 1980). Die durch Klienten vorgenommene Einstufung des Therapeuten hinsichtlich dieses Faktors korrelierte stark mit dem Erfolg der Therapie. Als weitere positive Verhaltensmerkmale wurden Wärme, Verständnis und Bestätigung ermittelt. Zu negativen Verhaltensmerkmalen gehören: Gering-

schätzung, Beschuldigen, Ignorieren und Verneinen, Angreifen und Abweisen (Najavits/Strupp 1994). Diese Befunde verweisen darauf, dass ein Helfer über ein Handlungsrepertoire verfügen muss, das allgemeine soziale Kompetenzen umfasst.

4.2.2 Auswirkung der allgemeinen sozialen Kompetenz des Helfers auf die Arbeitsbeziehung

Eine wesentliche Kompetenz eines Helfers sollte also darin bestehen, eine tragfähige Arbeitsbeziehung zu etablieren. Als Verfahrensverwalter des Hilfeprozesses (Schütze 1996, S.185) ist er der dafür primär zuständige Interaktionspartner. Welche Verhaltensmerkmale sind es aber, die den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Beziehung fördern?

Die technischen bzw. methodischen Vorgehensweisen der Fachkräfte sind also in starkem Maße abhängig von der Beziehungsqualität (Beutler et al. 1994). Verschiedene Übersichtsarbeiten (Gurmann 1977; Lambert et al. 1978; Orlinsky/ Howard 1986; Patterson 1984) kommen zu dem Schluss, dass neben „Empathie“ (Lafferty et al. 1989) Verständnis und Engagement (Gaston/ Marmar 1994) sowie Wärme und Freundlichkeit (Gomes-Schwartz 1978) eine hohe Relevanz aufweisen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass verschiedene Typen von Klienten auf bestimmte Vorgehensweisen von Professionellen je unterschiedlich reagieren. Es gibt Indizien dafür, dass Klienten, die Probleme haben, die Beziehung einzugehen, stärker von Techniken profitieren. Klienten hingegen, die bereitwillig oder aktiv ein positives Arbeitsbündnis eingehen, mehr von erklärenden Interventionen profitieren (Beutler et al. 1994).

Aus der Sicht der Klienten gibt es keine „bestimmte“ Vorgehensweise, die sie goutieren. Bachelor (1995) ermittelte verschiedene Vorhergehensweisen, die Klienten für förderlich halten:

- 50% der Klienten in dieser Studie hielten Respekt und das nicht wertende Verhalten, emphatisches Verstehen und aufmerksames Zuhören,
- 40% ein Vorgehen der Fachkraft, welches zu einem besseren Verstehen der eigenen Person führt und
- 10% eine gute Beziehung zur Fachkraft unter dem Aspekt der Zusammenarbeit für positiv.

Die Gruppe, in der emphatische Kommunikation als besonders positiv bewertet wird, ließ sich intern ausdifferenzieren:

- 44% bevorzugen einen kognitiven Typ emphatischen Verhaltens: Die Fachkraft nimmt den persönlichen Zustand und Motivation genau wahr
- 30% bevorzugen eine affektiv getönte Kommunikation: Die Fachkraft nimmt am gegenwärtigen Gefühlsleben Anteil
- 36% bevorzugen persönliche Information oder ein pflegend/ unterstützendes Verhalten: Die Fachkraft vermittelt bereitwillig, spontan und natürlich persönliche Meinungen und Erfahrungen, die auf die konkrete Kommunikationssituation bezogen sind.

Klienten nehmen also unterschiedlich wahr, was eine gute „empathische“ Beziehung ausmacht. Deshalb gibt es keine allgemeingültigen Regeln für „Empathie“. Fachkräfte bzw. Therapeuten sollten versuchen, sich in ihrem Interaktionsstil den Klienten anzupassen. Diesem Aspekt wurde selbst in der Psychotherapieforschung bislang kaum Aufmerksamkeit gewidmet (Norcross 1993). Dennoch liegt die Forderung, ein flexibles Repertoire von Beziehungshaltungen zu entwickeln, die zu verschiedenen Klientenbedürfnissen und -erwartungen passen, auf der Hand. So kann ein solides (therapeutisches) Bündnis wahrscheinlicher werden, das offensichtlich die Wirksamkeit der Interaktion erhöhen kann (Dolan et al. 1993; Norcross 1993).

Neben der Flexibilität im Verhalten gegenüber Klienten wurden universelle Verhaltensweisen für ein gelingendes Bündnis formuliert (Beutler/ Consoli 1993; Dolan et al. 1993; Lazarus 1993). Dazu gehören Respekt, Aufnahmefähigkeit, gutes Zuhören, die Würde der Klientin unangetastet lassen und Probleme nicht „klein reden“. Darüber hinaus gilt es, sich zwischen „polaren“ Verhaltensoptionen für eine dem Klienten angemessene Handlungsweise zu entscheiden. Tatsächliches Handeln wird sich zwischen Polen wie zum Beispiel dem Grad

- der Formalität (ungezwungener Umgang vs. professionell- distanzierte Haltung),
- der Selbstoffenbarung (Einbezug eigenen Empfindens und Erleben vs. dem Heraushalten der eigenen Person) oder
- dem Tempo der Arbeit (den Prozess forcieren vs. Zeit für Entwicklung lassen)

ausrichten müssen. Insofern ist es wichtig zu erforschen, welcher Interaktionsstil bei bestimmten Klientengruppen zu einer dem Hilfeprozess förderlichen Beziehung führt.

Die skizzierten Befunde verbieten allerdings nicht, darüber nachzudenken, ob es für den Helfer in jedem Fall sinnvoll ist, sich dem Interaktionsstil der Klienten anzupassen. Auch ist fraglich, ob ein „durchschnittlicher“ Helfer überhaupt so interaktionskompetent sein kann, dass er in der Lage ist, Interaktionsstile tatsächlich im erforderlichen Maß an Flexibilität einsetzen zu können.

So oder so: Es obliegt vor allem der Fachkraft, eine konstruktive Arbeitsbeziehung zu etablieren. Neben der Fachkraft bestimmt aber auch immer der Klient die Beziehung in mehr oder weniger großem Ausmaß mit. Da eine Beziehung durch wenigstens zwei Akteure definiert ist, ergibt sich die Frage, welchen Beitrag der Klient an einer gelingenden Arbeitsbeziehung hat.

4.2.3 Wie bestimmt der Klient die Arbeitsbeziehung?

Die Forschung zu Merkmalen des Klienten befindet sich auch im Bereich der Psychotherapie noch am Anfang. Interessant ist, dass persönliche Eigenschaften des Klienten eine geringere Bedeutung zu haben scheinen als motivationale (Kolb et al. 1985). Demnach wären das Interesse des Klienten am Therapieprozess und sein Wunsch zur Mitwirkung bedeutende Wirkfaktoren (Horvath/ Luborsky 1993, Orlinsky et al. 1994).

Auf der anderen Seite gibt es (wenigstens) fünf allgemeine Indikatoren, die sich störend auf die Therapie auswirken (Safran et al. 1993):

1. Offener oder indirekter Ausdruck negativer Gefühle gegenüber dem Therapeuten,
2. Uneinigkeit über Ziele und Aufgaben der Therapie,
3. Fügsamkeit und Vermeidungsmanöver,
4. sich selbst aufwertende Kommunikationen und
5. Nichtreagieren auf Interventionen.

Es dürfte also wichtig sein, „beziehungsstörende“ Merkmale auf Seiten des Klienten zu erkennen und so die Chance zu eröffnen, diese frühzeitig zu bearbeiten. Es ist offenbar ein wesentlicher Aspekt einer gelingenden Arbeitsbeziehung, die Klienten für die Intervention zu gewinnen. Ihre Motivation und Mitwirkung sind Prädiktoren für Interventionserfolge.

Wir wollen abschließend die aus unserer Sicht wichtigsten Aspekte der therapeutischen Beziehungsforschung zusammenfassen und sie auf die Frühen Hilfen und ihre Erforschung beziehen.

4.3 Die Helferrolle und die Bedeutung der Arbeitsbeziehung in den Frühen Hilfen

Wie einleitend beschrieben, wird in der Debatte um Frühe Hilfen die Frage nach deren Wirksamkeit intensiv gestellt. Wir haben in diesem Kapitel versucht, empirisch gestützte Hinweise zu referieren, die auf die Helfer-Klienten-Beziehung als einen wichtigen Wirkfaktor schließen lassen. Aus der Psychotherapieforschung haben wir gelernt, dass sich die Arbeitsbeziehung wesentlich auf das Ergebnis der Intervention auswirkt und bis zu 30% eines positiven Behandlungsergebnisses erklärt. Verantwortlich für den Aufbau dieser Beziehung ist die Fachkraft, die ihr professionelles Handeln im Spannungsfeld von Handlungsparadoxien ausrichten muss. Aus den Ergebnissen der Beziehungsforschung lassen sich einige allgemeine Hinweise für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung in den Frühen Hilfen ableiten. Dazu gehören:

- Das (knappe) Zeitfenster zu Beginn der Intervention sollte für den Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung genutzt werden
- Es gibt „universelle“ Verhaltensweisen, die diese Beziehung positiv beeinflussen (Empathie, Wärme, Verständnis, Bestätigung, Respekt, Aufnahmefähigkeit, gutes Zuhören, die Würde der Klientin unangetastet lassen und Probleme nicht klein machen)
- Die Kompetenz, Handeln und Interaktionsstile bestimmten Erwartungen des Klienten anzupassen, dürften sich als nützlich erweisen
- Wegen der Bedeutung der Güte der Beziehung sollte der Helfer ein Sensorium für Unstimmigkeiten in der Arbeitsbeziehung entwickeln.

Für die Diskussion um Frühe Hilfen, aber auch ihrer Erforschung, stellt sich die Frage, wie in diesem Bereich eine Beziehung gestaltet sein muss, damit die Hilfe angenommen und wirksam wird.

In Frühen Hilfen verkomplizieren sich diese ohnehin anspruchsvollen Anforderungen, da hier Personen aus verschiedenen professionellen Tätigkeitsbereichen zusammenarbeiten. Es wäre wichtig, genauer zu erforschen, ob sich systematische Differenzen zwischen den Professionen (Sozialarbeiter, Hebammen, Ehrenamtliche, etc.) finden lassen oder ob Differenzen womög-

lich unabhängig von der beruflichen Ausbildung sind und sich bestimmten „Professionstypen“ (Krüger/ Rauschenbach et al. 2003, 2004) zurechnen lassen. Einschlägige Forschungen hätten das praxisrelevante Ziel, Interaktionen so zu gestalten, dass sie eine „gute Arbeitsbeziehung“ hervorbringen, die ihrerseits einen hohen Einfluss auf den Erfolg einer Intervention hat. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung deuten darauf hin, dass es einige wirksame universelle Vorgehensweisen gibt, die ein Arbeitsbündnis positiv beeinflussen. Darüber hinaus scheint es aber auch förderlich zu sein, wenn der Helfer sein Handeln mit gewisser Flexibilität am Klienten orientieren kann.

Wichtig für die Forschung wie für die Praxis ist der Einbezug der Sichtweise des Klienten. In der Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung unterscheiden sich Klienten und Therapeuten deutlich. Klienten gewichten die unterschiedlichen Komponenten, die zu einem guten Ergebnis führen, anders als Therapeuten. Die Einschätzung des Klienten scheint hierbei einen höheren Vorhersagewert für das Therapieergebnis zu haben als die Einschätzung des Therapeuten (Bachelor 1991, Grigg/ Goodstein 1957, Murphy et al. 1984).

Kapitel 5 Die Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme

Die Begriffe Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme haben sich mittlerweile öffentlich etabliert. Auch politisch sind sie virulent. In allen Bundesländern sowie auf Bundesebene sind sie fester Bestandteil der politischen Diskussion über Prävention und Kinderschutz. Bundesweit existiert eine unüberschaubare Zahl an kommunalen Initiativen und Projektansätzen. Viele Städte und Gemeinden haben einschlägige Maßnahmen in ihre Regelpraxis aufgenommen. Sowohl die Praxis als auch die mit den Konzepten verbundenen Begrifflichkeiten sind schillernd. Anders als z.B. in den Hilfen zur Erziehung gibt es bislang keine gesetzliche Grundlage für die Initiierung und Durchführung Früher Hilfen. Zudem gibt es allenfalls ansatzweise wissenschaftliche Befunde, die der Praxis sicherer verwertbare Hinweise zur Konzeptionierung, Implementierung und Qualitätssicherung solcher Projekte geben könnten. Zwar wissen wir einiges über Risiko- und Schutzfaktoren (Bender/ Lösel 2005; Deegener/ Körner 2005; Kindler 2000; vgl. auch das Kapitel 2.3 in dieser Expertise) und über Gelingensbedingungen zum Aufbau lokaler Netzwerke (vgl. Kapitel 3). Auch verrät uns die anglo-amerikanische Forschung etwas über die Wirksamkeit ihrer präventiven Projekte (zumeist bezogen auf ihre Auswirkungen zur Verhinderung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung; vgl. Geeraert et al. 2004; Layzer et al. 2001; Macleod/ Nelson 2000; Olds et al. 1998; Sweet/ Appelbaum 2004). Doch wie man solche Ergebnisse zusammenführt, auf Frühe Hilfen hierzulande bezieht und praxisrelevant umsetzt, bleibt weitgehend ungeklärt. Eine Disseminierung in die Praxis, die man auch als eine Aufgabe von Wissenschaft begreifen kann, ist in Deutschland bislang nicht erfolgt. Zu den Forschungsaktivitäten in den USA und in Großbritannien sei noch eine Anmerkung relevant: Die Ergebnisse lassen sich nicht allzu leicht auf das deutsche Sozialsystem anwenden, das sich in vielerlei Hinsicht anders darstellt als in diesen Ländern. Zudem geben uns Ergebnisse von Metaanalysen der zumeist randomisiert durchgeführten Experimentaldesigns wenig praxisrelevante Hinweise, müssten doch die sich als effektiv herausgestellten Maßnahmen standardisiert und einem genauen Protokoll folgend durchgeführt werden, um ihre Wirksamkeit zu garantieren (vgl. hierzu die Hinweise in Kapitel 5.3). Ob sich solche Projekte auch in Deutschland als praktikabel und wirksam erweisen, wird sich vielleicht in naher Zukunft herausstellen, da Versuche einer Adaption bereits durchgeführt und evaluiert werden, so z.B. in dem zurzeit in Niedersachsen, Bremen und Sachsen durchgeführtem Projekt ProKind (Jungmann et al. 2008; vgl. Kapitel 4.1).

In diesem Kapitel über die Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme wird zunächst eine Auswahl relevanter Forschungsprojekte aus diesem Handlungsfeld im internationalen – hier vor allem aus den USA und Großbritannien – und im nationalen Kontext vorgestellt. Danach werden die Ergebnisse einer nordrhein-westfälischen Ex-Post-Evaluation im Rahmen des Projektes „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ beschrieben. Dadurch soll ein Einblick in den bisherigen Forschungsstand in diesem Bundesland gegeben werden. Den Abschluss bildet die Frage nach den Schwierigkeiten und Möglichkeiten von Wirkungsmessungen im sozialen Handlungsfeld, besonders bezogen auf Frühe Hilfen: Mit welchen Designs lassen sich die Effekte solcher Hilfeleistungen nicht nur valide, sondern auch praxisrelevant analysieren? Als ein aus unserer Sicht Erfolg versprechendes Modell werden an dieser Stelle die Grundzüge eines quasiexperimentellen „realistischen“ Evaluationsdesign dargestellt und anhand einer zurzeit laufenden Studie im Rahmen des Bundesaktionsprogramms „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ beispielhaft diskutiert.

5.1 Überblick bisheriger internationaler und nationaler Forschungen

Das Thema Prävention von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung durch frühzeitig einsetzende Hilfen ist auch international ein bedeutsamer Diskurs. Hierzu gibt ein Herausgeberband der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalität des Deutschen Jugendinstituts zum Thema „Early Prevention“ Einblicke in internationale Strategien der Gewaltprävention in Form von Projekten und Studien (vgl. DJI 2007). Im englischsprachigen Raum, und hier überwiegend in den USA, gibt es bereits langjährige Projekt- und Forschungserfahrungen, was sich anhand einer Vielzahl an Studien und einigen Metaanalysen aufzeigen lässt, in denen die Wirksamkeit früher präventiver Maßnahmen bezogen auf Kindesmisshandlung und -vernachlässigung untersucht werden. Die wissenschaftlich tragfähigsten Informationen über Risikofaktoren haben sich international aus Längsschnittstudien ergeben, in denen größere Gruppen von Familien über mehrere Jahre wissenschaftlich begleitet wurden und bei auftretenden Fällen von Vernachlässigung nach vorab vorhandenen Risikofaktoren gesucht wurde. Isoliert betrachtet haben sich die meisten bekannten Risikofaktoren bislang als schwach oder moderat vorhersagekräftig erwiesen. Über die Vorhersagekraft einzelner Risikofaktoren hinausgehend zeigt sich bei einer Betrachtung kumulativer Risiken ein sprunghafter Anstieg der Gefahr von Vernachlässigung (vgl. Kindler 2005; Kindler 2000)

Im Folgenden soll zunächst eine Auswahl dieser Studien kurz beschrieben werden, um danach einen Einblick in die deutsche Situation zu geben.

Prenatal and Early Childhood Nurse Home Visitation (USA)

David Olds hat in den USA untersucht, welche Wirkung ein Programm der frühen Intervention in Form von Hausbesuchen hat. Er fand heraus, dass das Programm für eine Zeitspanne von 15 Jahren nach der Geburt des ersten Kindes positive Auswirkungen zeigte. Zu diesen gehörten selteneres Aufkommen von Kindesmissbrauch und kriminellem Verhalten, reduzierte Anzahl von Folgeschwangerschaften und ein geringeres Angewiesensein auf Fürsorgezahlungen (vgl. Olds 1997; Olds et al. 1998).

Das Perry-Vorschulprogramm – Perry-Preschool-Project (USA)

Eine im Zeitraum von 24 Jahren durchgeführte amerikanische Langzeitstudie des Perry-Vorschulprogramms hat ergeben, dass für jeden US-Dollar, der in Dienste und Leistungen zur Unterstützung von Familien mit jungen Kindern investiert worden ist, innerhalb von drei Jahren vier US-Dollar für Kinderschutz, Gesundheit, Bildung sowie das Justizsystem eingespart werden konnten. Bis zum Zeitpunkt des Erwachsenwerdens dieser Kinder wuchs diese Rendite auf insgesamt sieben Dollar an (vgl. Karoly 1998).

Families First (AUS)

Diese Präventions- und Früherkennungsstrategie des in Australien entwickelten Families First Programms hilft Eltern, ihren Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. Zurzeit wird das Programm in mehreren EU-Ländern eingesetzt: Deutschland, Belgien, Norwegen, Österreich, England, Holland und Luxemburg. Families First wird fortlaufend evaluiert, um festzustellen, ob im Laufe der Zeit Verbesserungen in der Gesundheit und dem Wohlbefinden von Kindern und ihren Familien feststellbar sind. Die Evaluation kommt auch zu einer Einschätzung darüber, ob die Maßnahmen und Dienstleistungen der Regierung bzw. solche, die von der Regierung finanziert werden, tatsächlich den Bedarf und die Bedürfnisse von Familien erfüllen. Es wird eine 80%ige Erfolgsquote angegeben, wobei allerdings lediglich das Kriterium „Vermeidung einer Fremdunterbringung“ angewandt wird.

(vgl. www.familiesfirst.nsw.gov.au; Institut für soziale Arbeit 2005)

Aussagekräftigere Ergebnisse zur Wirkung Früher Hilfen bieten Metaanalysen, in denen eine Vielzahl an Studien zusammengefasst und deren Gesamtwirkung im Hinblick auf Effektgröße

und Signifikanz statistisch neu ausgewertet wird. So legen z.B. Liesl Geeraert, Wim Van den Noortgate, Hans Grietens and Patrick Onghena 2004 eine Metaanalyse über 40 Evaluationsstudien von Präventionsprogrammen vor (von denen eine überwiegende Zahl in den USA durchgeführt und evaluiert wurden), deren Ziel die Vermeidung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung bei Eltern sehr junger Kinder (< 3) war (Geeraert et al. 2004). Es zeigten sich im Hinblick auf die Ziele der Einzelstudien bei den meisten Untersuchungen schwache bis moderate positive Effekte. So beträgt der Effekt der Studien im Mittel .26 bezogen auf die Vermeidung von Misshandlung und .29 im Hinblick auf die Risikoreduktion. Fast alle untersuchten Maßnahmen hatten unter anderem zum Ziel, die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu verbessern. Ähnliche moderate Effektstärken zeigen sich in einer Metaanalyse von Jean I. Layzer, Barbara D. Goodson, Lawrence Bernstein und Cristofer Price (2001), in der die Autoren 260 Einzelstudien untersuchten. Auch hier waren die Zielgruppe der präventiven Hilfen zumeist Kinder unter drei Jahren. 256 der untersuchten Programme hatten das erklärte Ziel ‚Improved Parenting.‘ Weitere Metaanalysen (z. B. MacLeod/ Nelson 2000; Sweet/ Appelbaum 2004) bestärken die Evidenz dieser Ergebnisse. Auch wenn die Effektstärken insgesamt schwach bis moderat ausfallen, zeigt sich dennoch, dass Frühe, präventive Hilfen positive Wirkungen erzielen. Heinz Kindler argumentiert, dass die tatsächlichen Effekte vermutlich höher ausfallen, da in Familien, die an einer solchen Studie teilnehmen, durch den ständigen Kontakt mit den Fachkräften, potentielle Kindeswohlgefährdungen der Tendenz nach auch schneller und früher entdeckt werden (vgl. Kindler 2006). Außerdem sollten auch schwache Effektstärken in einem solch komplexen Feld in ihrer praktischen Bedeutsamkeit nicht unterschätzt werden, vor allem, so Andreas Beelmann et al. (2007), weil die Vermeidung von Problemlagen immer auch einen Wert an sich darstelle.

Auch in Deutschland wird das Thema Frühe Hilfen seit einiger Zeit intensiver diskutiert. Im 8. Kinder- und Jugendbericht (BMJFFG 1990, S. 85) wurde Prävention als eine zentrale Strukturmaxime der Kinder- und Jugendhilfe definiert. In der Fachöffentlichkeit wird zudem häufig bemängelt, dass viele Familien zu spät öffentliche Hilfe und Unterstützung erfahren bzw. diese zu spät in Anspruch nehmen, obwohl es ein immer ausdifferenzierteres System von Hilfen für Kinder und Familien gibt. Traditionell arbeiten die Unterstützungssysteme eher getrennt nach Lebensphasen in ihren spezifischen Versäulungen. Die jeweiligen Ansätze und Beobachtungen werden in der Regel nicht systematisch zusammengetragen, sondern verbleiben innerhalb der einzelnen Systeme (vgl. ebd., S. 16). Zu häufig stehen viele spezialisierte und hochwertige Hilfen nebeneinander, arbeiten aber nicht miteinander.

In der Erlangen-Nürnberger Entwicklungs- und Präventionsstudie (BMFSFJ 2004, S. 8) klagen rund 50% der Eltern über Verhaltensprobleme ihrer Kinder und über Erziehungsschwierigkeiten. In 13 bis 17% der Fälle erreichen die von den Eltern berichteten Verhaltensprobleme der Kinder jedoch ein Ausmaß, das im Sinne eines Screenings als kritisch einzuschätzen ist (ebd., S. 8). Deutlich wurde in dieser Studie der Zusammenhang zwischen den kindlichen Verhaltensproblemen und dem elterlichen Erziehungsverhalten. Die Studie weist aber auch nach, dass ein gezieltes frühzeitiges Präventionsprogramm für Eltern und Kinder die Verhaltensprobleme bei den Kindern reduzieren kann (vgl. ebd., S. 22). „Diese und ähnliche Befunde haben zu der Einschätzung geführt, durch gezielte Hilfsangebote an Familien mit vielen Risiken könnte ein relativ hoher Anteil an Vernachlässigungsfällen verhindert oder einer Chronifizierung der Vernachlässigung vorgebeugt werden“ (ebd., S. 20). Die Beratung von Eltern und der Aufbau entsprechender Elternkompetenzen versprechen besonders nachhaltige Wirkungen im Hinblick auf die Entwicklung der Kinder und die Verhütung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen.

Die angestrebte Stärkung des Schutzauftrages der staatlichen Gemeinschaft durch präventive Maßnahmen zur Förderung der Erziehungsfähigkeit in besonders problembelasteten Familien zeigt sich in zahlreichen Modellen und Projekten der Länder und Kommunen. Dabei gilt das Modellprojekt „Frühe Hilfen für Familien. Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen“ als Vorreiter in Deutschland. Das Projekt ist an vielen Standorten nach der Projektlaufzeit in die Regelpraxis übergegangen und wird seitdem so stark nachgefragt, dass das projektbegleitende Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) vom Land Nordrhein-Westfalen den Auftrag erhielt, eine überregionale Service- und Kontaktstelle für interessierte Kommunen, Institutionen und Interessengruppen einzurichten. (vgl. www.soziales-fruehwarnsystem.de; MGSFF 2005; MGFFI 2005, vgl. Kapitel 1).

Die Pilotphase des Projektes wurde bereits durch ein Forscherteam der Universität Münster evaluiert. In der Untersuchung der ersten sechs Modellstandorte wurden anhand qualitativer Experteninterviews *Wirkfaktoren* für soziale Frühwarnsysteme untersucht. Dort konnten anhand eines qualitativen Forschungsdesigns in der Gesamtschau der Standorte zehn Wirkfaktoren ausgemacht werden. Aus diesen Faktoren entwickelten die Autoren sieben Bausteine, deren Umsetzung sich entweder als wirkungsvoll oder deren Fehlen sich als hinderlich erwiesen hatten (vgl. Kapitel 4.2; Böttcher et al. 2007; Böttcher et al. 2008).

Bis auf dieses Forschungsprojekt gibt es kaum gesichertes Wissen über die Wirkweisen der Frühwarnsysteme in Deutschland. Viele andere Projekte sind häufig auf den Kontext lokaler Bedingungen begrenzt, werden nicht wissenschaftlich begleitet und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Deshalb fördert das Bundesministerium für Familien, Frauen die Bundesregierung zurzeit wissenschaftliche Forschungsprojekte zu Frühen Hilfen. Durch das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme,“ sollen Kinder durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Gesundheitshilfe (Gynäkologen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Geburtskliniken, Kinderkliniken, Kinderärzte) sowie Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen geschützt werden. Das Programm soll dazu beitragen, effektive Verfahrensstandards für die Kooperation dieser beiden Hilfesysteme und Methoden einer partnerschaftlichen Beteiligung der Eltern am Hilfeprozess von Anfang an zu entwickeln (vgl. BMFSFJ 2006; Sann/ Schäfer 2008).

Im Zuge dieses Bundesvorhabens hat das Deutsche Jugendinstitut (DJI) zunächst einige bereits in der praktischen Erprobung befindliche Modelle und soziale Frühwarnsysteme untersucht. In dieser Kurzevaluation (BMFSFJ 2007) wurde die bisher fehlende, vergleichende Darstellung, Analyse und Bewertung dieser Projekte vorgenommen. Es erfolgte eine Sichtung vorhandener Konzepte und Programme. Neben dem Vergleich versuchte die Studie, Stärken und Schwächen der untersuchten Projekte herauszuarbeiten und offene Fragen und Lücken im System Frühe Hilfen zu identifizieren. Die Stichprobe bestand aus 19 Projekten an 21 Standorten, die sich in ihrer Arbeit an den Zielen des Aktionsprogramms orientierten. Sie mussten mindestens 6 Monate Praxis vorweisen und sich ausdrücklich an Familien mit Kindern unter drei Jahren wenden. Die gesichteten Modelle lassen sich anhand folgender Merkmale unterscheiden: Setting, Zeitrahmen, Frequenz, Fokus, Methoden, Professionen, Zielgruppe, Angebotsbreite, Verortung, Vorgehensweise, Zuordnung sowie Trägerschaft/ Finanzierung. Das Untersuchungsteam konnte wegen der vorgefundenen Vielfalt keine Cluster von ähnlichen Arbeitsansätzen und Projekten bilden. „Mögliche zugrunde liegende Dimensionen müssen in weiteren Untersuchungen herausgearbeitet werden – sowohl theoriegeleitet als auch empirisch gestützt“ (BMFSFJ 2007, S. 26). Die untersuchten Projekte sind in höchst unterschiedlicher Weise implementiert. Manche sind als fester Bestandteil lokaler Hilfenetzwerke in das Regelsystem übergegangen, während andere noch in der Modellphase sind und die Weiterführung sowie eine gesicherte Finanzierung ausstehen. Somit ist bisher eine flächendeckende Implementierung Früher Hilfen keineswegs gesichert. Nur wenige der gesichteten Projekte und Modelle sind darauf ausgerichtet, besonders belastete Zielgruppen systematisch zu erreichen,

Risiken zu erkennen und bedarfsgerechte Hilfen bereitzustellen. Deshalb regt ein Beschluss der Jugendministerkonferenz die Evaluation der unterschiedlichen Projekte und Programme in den Ländern nach gemeinsamen Erfolgskriterien an. Das Aktionsprogramm der Bundesregierung nimmt diese Anregung auf und zielt auf die Auswertung und Zusammenführung vorhandener Ansätze im Hinblick auf die Implementierung in das Regelsystem. Voraussetzung für die Implementierung in das Regelsystem ist die Definition fachlicher Standards, welche die Übertragbarkeit der Konzepte in unterschiedliche Kontexte gewährleisten. Evaluationsstudien sollen die Modelle im Hinblick auf Anforderungserfüllung, Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Relation untersuchen. Zentrale Anforderungen an soziale Frühwarnsysteme sind: Zugang zur Zielgruppe finden, Risiken und Resilienzfaktoren erkennen, passgenaue Hilfen entwickeln, Monitoring der Familien, Modellkompetenz ins Regelsystem implementieren, Kooperationsmodelle und Finanzierungsmodelle entwickeln. Eine damit zu verbindende Studie soll die zur Risikoerkennung eingesetzten Verfahren mit dem Ziel prüfen, ein leistungsfähiges, zuverlässiges, geprüftes und in der Praxis breit einsetzbares Instrumentarium zu entwickeln. Die Anforderungen an die Qualität von sozialen Frühwarnsystemen und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität können anhand der Ergebnisse der Evaluation dann schrittweise erarbeitet werden.

Auf der Grundlage dieser Untersuchungsergebnisse werden im Rahmen des Aktionsprogramms zurzeit vor allem die wissenschaftliche Begleitung von Projekten und deren Wirkungsevaluation gefördert. Die Ergebnisse werden im neu gegründeten Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NFFH) zusammengeführt und in die Praxis disseminiert (vgl. dazu Kapitel 1.3).

5.2 Bausteine und Instrumente in Frühen Hilfen in Nordrhein-Westfalen: Ergebnisse einer Ex-Post-Studie

Bezogen auf Nordrhein-Westfalen lassen sich anhand der durch das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) herausgegebenen Arbeitshilfe für Kommunen zur Umsetzung sozialer Frühwarnsysteme (MGFFI 2005) die in Kapitel 1 beschriebenen Spezifika des NRW-Ansatzes erkennen. Auf Grundlage dieser Arbeitshilfe wurde in den Jahren 2006 und 2007 eine Ex-Post-Evaluation der ersten sechs Standorte durchgeführt. Diese Pilotstandorte haben seit 2001 modellhaft verschiedene Ansätze sozialer Frühwarnsysteme erprobt (vgl. Kapitel 1). Jene Erprobungsphase war maßgeblicher Ausgangspunkt für die nordrhein-westfälische Entwicklung sowie die Konzeption der beschriebenen ISA-Arbeitshilfe. Ziel der Evaluation war es, anhand

qualitativer Experteninterviews *Wirkfaktoren* für soziale Frühwarnsysteme zu generieren. Als Wirkfaktoren werden in diesem Zusammenhang jene Faktoren bezeichnet, die von einer Vielzahl der relevanten Akteure der verschiedenen beteiligten Systeme (öffentliche Jugendhilfe, Schule, Kindertageseinrichtung, Gesundheitswesen etc.) an den Modellstandorten als essentiell für das Erreichen von *Wirkungen* im Sinne von positiven Veränderungen in der Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien bewertet werden. Anhand der angewandten rekonstruktiv-sinnverstehenden Methode *Experteninterview* lassen sich keine tatsächlichen Wirkungsaussagen treffen. Dies war auch nicht das Ziel der Studie. Vielmehr sollte durch eine Synopse des Expertenwissens der Kooperationspartner an den jeweiligen Standorten Ergebnisse zur Projektarbeit, zur Zusammenarbeit und zur Durchführung von Hilfeleistungen generiert werden. Durch einen systematischen Vergleich dieser verschiedenen Perspektiven in den sechs Modellprojekten wurden die beschriebenen Wirkfaktoren erarbeitet. Man kann sie als Bedingungen dafür begreifen, dass diese Projekte überhaupt systematische Wirkungen im Sinne der Intentionen erzielen können.

In diesem Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse dieser Ex-Post-Evaluation dargestellt. Die evaluierten Einzelprojekte wählten bei der Umsetzung der Idee sozialer Frühwarnsysteme sehr unterschiedliche Schwerpunkte und Herangehensweisen. Trotz des Variantenreichtums konnten im Vergleich der Modelle zehn über alle Standorte hinweg gemeinsame Wirkfaktoren herausgearbeitet werden. Diese Wirkfaktoren bewegen sich auf verschiedenen Ebenen, die für den Aufbau und die Durchführung verlässlicher sozialer Frühwarnsysteme in höchstem Maße relevant sind. Anhand dieser Ebenen soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, ein relativ einheitliches Bild aus theoretischem Wissen über Projektmanagement in vernetzten Hilfesystemen und dem aus unseren Evaluationsergebnissen gewonnenen empirischen Wissen über Soziale Frühwarnsysteme zu entwerfen, das eine gute Orientierung für ihre Erfolgswahrscheinlichkeit liefern dürfte. Da die Ergebnisse aus den Interviews mit Praktikern stammen, sind sie sowohl als Grundlage für weiterführende Forschungen als auch als praxisorientierte Handlungsempfehlungen für die Umsetzung und Entwicklung aktueller wie zukünftiger Sozialer Frühwarnsysteme von Bedeutung.

Ebene 0: Bedarfsanalyse und Sozialraumanalyse

Bevor ein konkretes Frühwarnprojekt vor Ort umgesetzt wird, zeigt sich als erster wichtiger Schritt, *Bedarfe und Ressourcen in dem betreffenden Sozialraum* aufzudecken (*Wirkfaktor 1*). Damit ist zum Einen das Eingrenzen einer Zielgruppe und das Bestimmen von Zielen des

Frühwarnsystems gemeint. Zum Anderen sollten Erfolgskriterien anhand der Frage „Woran merke ich, dass mein Soziales Frühwarnsystem erfolgreich ist“ aufgestellt werden. Um auch die tatsächlichen und drängenden lokalen Probleme, Zielgruppen und Orte für ein soziale Frühwarnsystem in den Blick zu bekommen, sollten die Bedarfe vor Ort ergründet werden. Dies kann, wie an einem Standort durchgeführt, anhand der Befragungen von Fachkräften und Bürgern (z.B. Eltern von Kindern in Kindertagesstätten) geschehen oder in Form eines gemeinsamen Workshops mit Trägern und Einrichtungen in einem Stadtteil. Solche Befragungen dienen auch als Matrix zur Überprüfung der eigenen Zielvorstellung innerhalb einer Projektgruppe dienen. Zudem ist eine frühzeitige Beteiligung von Fachkräften, die später neue, im Rahmen eines Frühwarnsystems entwickelte Instrumente in der Praxis anwenden sollen, als erster Schritt für eine zukünftig gelingende Zusammenarbeit hilfreich und sinnvoll. Nicht zuletzt ist eine Befragung zu den Bedarfen im Stadtteil auch ein Mittel zur fachpolitischen Argumentation, wenn es um die Akquise von Projektmitteln geht.

Wichtig ist außerdem eine Analyse des Sozialraums. Bestehende Planungssysteme (z.B. Sozialplanung, Schulentwicklungsplanung) sollten dabei genutzt werden. Eine Vernetzung mit Ressourcen des Sozialraumes ist unverzichtbar. Wenn einschlägige Ressourcen fehlen, müssen Alternativen entwickelt werden.

Ebene 1: Netzwerkbildung

Ein zentrales Merkmal (erfolgreicher) sozialer Frühwarnsysteme ist Netzwerkbildung bzw. institutionelle Kooperation (vgl. Kapitel 3). Es hat sich herausgestellt, dass eine fruchtbare Zusammenarbeit sowohl persönlich als auch institutionell verankert werden muss. An mehreren Standorten zeigte sich, dass für den erfolgreichen Start eines lokalen sozialen Frühwarnsystems zunächst eine *Beschränkung* vorteilhaft ist (*Wirkfaktor 2*). Eine frühe und intensive Beteiligung der Kooperationspartner bei der Entwicklung und Durchführung eines solchen Projektes ist eine sinnvolle, aber mühsame Angelegenheit. Es empfiehlt sich daher, zunächst in einem Stadtteil mit einer Auswahl weniger Einrichtungen zu beginnen. An den verschiedenen Standorten zeigte sich, dass eine funktionierende Vernetzung Zeit und sensibles Vorgehen eines Projektkoordinators benötigt. Dies lässt sich am besten in einer zunächst überschaubaren Runde von Kooperationspartnern verwirklichen. Später kann und sollte das Konzept schrittweise ausgeweitet werden.

Ein nächster wichtiger Schritt in Richtung Vernetzung ist das Bilden einer *fachübergreifenden Projektgruppe* (Wirkfaktor 3). Die verschiedenen Professionen verfügen über spezielles Expertenwissen, über verschiedene Sichtweisen auf soziale Probleme und über andere organisatorische und fachspezifische Interessen. Dies zeigte sich auch in den jeweiligen Frühwarnprojekten und wurde (z.B.) beim Vergleich der Interviews von Lehrern und Fachkräften des Jugendamtes deutlich. Eine Projektgruppe dient vor allem der gemeinsam definierte Entwicklung und Steuerung des sozialen Frühwarnsystems durch die beteiligten Institutionen bzw. Organisationen. An Standorten, wo dies in einer gemeinsamen Projekt(steuierungs)gruppe geschehen ist, zeigten die Beteiligten in den Interviews eine insgesamt positive Haltung zu dem Projekt sowie den Kooperationspartnern.

Beim Aufbau verbindlicher Kooperationen können *informelle Treffen* (Wirkfaktor 4) helfen. Obwohl Kooperationen institutionell verankert sein sollten, sind sie doch niemals wirklich personenunabhängig. Deshalb heißt Kooperationen pflegen auch, regelmäßige Treffen der wichtigsten Akteure zu gewährleisten. Im Gegensatz zu diesen „Arbeitstreffen“, in denen die bedeutenden Punkte zur Weiterentwicklung bearbeitet werden sollten, können informelle Treffen ohne konkreten Arbeitsauftrag im Vorfeld eine spätere Zusammenarbeit fördern. Hier können sich die verschiedenen Fachkräfte „beschnuppern“ – wie es ein Akteur im Interview ausdrückte – und sich gegenseitig erste Einblicke in ihre jeweilige Arbeit und die jeweiligen Sichtweisen gewähren.

Kooperationsbeziehungen sollten nicht auf der informellen Ebene verharren. Für den Aufbau *verbindlicher Kooperationsstrukturen* (Wirkfaktor 5) zeigt sich vor allem der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen als relevant. Diese müssen weniger als rechtliches Mittel angesehen werden, sondern sind vor allem ein Stück Selbstvergewisserung darüber, was gemeinsam beschlossen und vereinbart wurde. Im Hinblick darauf, dass in Einrichtungen das Personal fluktuiert, kann unter anderem dadurch – bis zu einem gewissen Grad – eine Unabhängigkeit von Promotoren erreicht werden. In Kooperationsvereinbarungen sollten das gemeinsame Ziel, die wichtigsten Kriterien und Schwellenwerte (Institutional Pathway, vgl. Kapitel 2.5) für die einzelfallbezogene Zusammenarbeit, aber auch die Rechte und Pflichten der jeweiligen Partner aufgeführt werden. Hieraus lässt sich zudem erkennen, ob die Partner tatsächlich im gleichen Maße von der Zusammenarbeit profitieren.

Ebene 2: Zentrale Koordinationsstelle

Die Schaffung einer *Stelle oder eines Stellenanteils zur Koordination* ist der aus unserer Sicht wichtigste Wirkfaktor (*Wirkfaktor 6*). Es müssen Arbeitsressourcen für das interne Projektmanagement, die Koordination und das Controlling eingeplant werden. Diese Koordinationsstelle ist für die Sicherung der Implementierung und Durchführung sowie für die Zielkontrolle verantwortlich. In der Evaluation hat sich herausgestellt, dass dazu mehr nötig ist als ein reines Projektmanagement. Ein soziales Frühwarnsystem braucht eine Koordinationsperson, die nicht nur das Projekt zum Laufen bringt (Implementierung, Vernetzung), sondern fester Bestandteil des Netzwerkes ist. Die wichtigsten Aufgaben eines solchen „Frühwarnmanagers“ sind:

- Implementierung und Pflege des Netzwerkes und der Kooperationspartner
- Koordination und Moderation regelmäßiger Kooperationstreffen
- Beratung der Fachkräfte (und evtl. Eltern) bezüglich der Frühwarnhilfen und -instrumente
- ggf. Organisation von Schulungen
- regelmäßige Evaluation, Überprüfung und Anpassung der Instrumente
- Ausbau des Frühwarnsystems und Gewinnung neuer Partner
- evtl. Funktion eines Bindeglieds und zentrale Vermittlungsinstanz zwischen den Hilfesystemen
- Organisation eines Erfahrungsaustauschs mit anderen Kommunen und Frühwarnansätzen

Diese Stelle sollte mit den nötigen Kompetenzen (Führungsfähigkeit und Verfügungsrechte) und Ressourcen ausgestattet sein. Dazu gehört auch die Bereitschaft innerhalb der kooperierenden Einrichtungen, dem Frühwarnmanager Rechte zuzugestehen. Deshalb sollte aus unserer Sicht die Stelle beim öffentlichen Träger angesiedelt oder durch diesen beauftragt werden.

Eine umfassende *Implementierung der Verfahren und Instrumente* in die Teams und Kollegien der beteiligten Institutionen hat sich als weiterer wichtiger Wirkfaktor für ein gelingendes Frühwarnsystem herausgestellt (*Wirkfaktor 7*). Auch hier liegt die Verantwortung bei der Koordination. Es konnten vor allem drei wichtige Schritte zur Implementierung herausgearbeitet werden:

- frühzeitiger Einbezug der Fachkräfte durch Bedarfsbefragungen und gemeinsame Workshops zur Zielfindung
- gemeinsame Ausarbeitung von Kriterien innerhalb der Teams

- Schulungen und Fortbildungen der Fachkräfte

Ebene 3: Institutioneller/ Klientenorientierter Pfad (Institutional Pathway)

Durch eine umfassende Koordinierungsstelle ist die notwendige Voraussetzung für einen Projekterfolg geschaffen. Wesentlich ist aber die Klärung des klienten- bzw. adressatenbezogenen Aktivitätensystems. In Bezug auf die Formulierung von Indikatoren und Schwellenwerten lassen sich auf Basis unserer Evaluationsergebnisse folgende Aussagen treffen: Indikatoren müssen zielgruppenspezifisch, problemorientiert und sozialraumabhängig formuliert werden. Erster Schritt ist es, in der gemeinsamen Projektgruppe festzulegen, *welches „soziale Problem“ im Stadtteil bearbeitet werden soll und was die gemeinsamen Ziele des Projektes sind (Wirkfaktor 8)*. Die Arbeitshilfe zum Aufbau sozialer Frühwarnsysteme (MGFFI 2005) empfiehlt dazu ein Verfahren zur Bestimmung des Gegenstandsbereichs, durch das auch eine detaillierte Feinabstimmung vorgenommen werden kann.

Auf die Ziele gerichtete Indikatoren und Schwellenwerte bilden dann einen über die Kooperationspartner hinweg verbindlichen *Institutional Pathway (Wirkfaktor 9)*. Dieser umfasst einen Weg, den ein „Fall“ durchlaufen sollte (vgl. auch Kapitel 2.5). Hier wird die zuvor beschriebene gemeinsame Gegenstands- und Zielbestimmung konsequent in handhabbare Indikatoren (Was soll wahrgenommen werden?) und Schwellenwerte (Wann genau soll gewarnt bzw. geholfen werden?) übersetzt. Dieses Vorgehen hat sich den von uns durchgeführten Interviews zufolge als wirkungsvoll im Hinblick auf die gemeinsame und vernetzte Arbeit herausgestellt. Ein umfassendes und gelingendes Screening braucht allerdings klare Abmachungen aller beteiligten Einrichtungen, damit das Hinzuziehen eines Kooperationspartners als Handlungsoption auch tatsächlich zur Verfügung steht. Ansonsten bricht der Hilfe-Pathway innerhalb der beobachtenden Einrichtung ab. Das gemeinsame Erarbeiten (mit allen Kooperationspartnern und mit allen Fachkräften auf der Handlungsebene) ist ein wichtiger Implementierungsschritt und führt zu einer hohen Identifikation mit dem Projekt („*Unser Frühwarnsystem*“).

Neben den Verfahren zum Screening sollten Projekte eine (wenigstens) grundlegende Konzeption hinsichtlich der Maßnahmen haben, die auf die Probleme bzw. Gefährdungen verursachenden (personalen oder sozialen) Bedingungen einwirken sollen. Das heißt nicht, dass ein soziales Frühwarnsystem neue Hilfen „erfinden“ und installieren muss, sondern dass vorhandene Hilfeangebote im Sozialraum auf ihre Einsatzfähigkeit in Bezug auf das Projekt über-

prüft und eingebunden werden sollten. Dies ist ein wichtiger Bestandteil der oben skizzierten Sozialraumanalyse.

Ebene 4: Ergebnissicherung und Selbstevaluation

Im Kontext dieser Evaluation konnten wir auch Hinweise dafür finden, dass Erfolg davon abhängt, ob Projekte darüber Auskunft geben können, wie sie Ergebnissicherung vornehmen und gegebenenfalls Maßnahmen der Qualitätsentwicklung mit ihnen verkoppeln. Sie sollten über ein (zumindest) rudimentäres Konzept der Selbstevaluation verfügen. So kann eine ständige Zielüberprüfung und Weiterentwicklung gewährleistet werden.

Das Bemühen um eine *ständige Weiterentwicklung* hat sich als weiterer Wirkfaktor erwiesen (*Wirkfaktor 10*). Ein soziales Frühwarnsystem kann mit dieser Entwicklungsidee im Hintergrund zunächst in einem überschaubaren Rahmen, d.h. in einem Sozialraum mit vorerst wenigen Kooperationspartnern beginnen, um dann weiter ausgebaut zu werden. Dieses schrittweise Vorgehen hat sich, gerade mit Blick auf den Erprobungscharakter eines solchen Modells, bezüglich der Aufgabe einer gemeinsamen Entwicklung von neuen Verfahren und Instrumenten, aber auch hinsichtlich des Aufbaus der benötigten personellen und zeitlichen Ressourcen als Wirkfaktor erwiesen. Die Indikatorenentwicklung ist ohnehin eine „Never Ending Story“, denn die Instrumente müssen regelmäßig auf ihre Handhabbarkeit, ihre Nutzung und ihre „Schärfe“ (werden alle „Risikofamilien“ erkannt oder sind die Instrumente übersensibel?) überprüft und weiterentwickelt werden. Dazu ist ein regelmäßiges Controlling (Selbstevaluation) nötig. Die Möglichkeit zur Evaluation sollte der Projektformulierung immanent sein, ein Projekt sollte folglich die Möglichkeit seiner Evaluation mitdenken.

Es lassen sich also folgende 10 Wirkfaktoren benennen, welche sich in der Evaluation als wichtige Gelingensbedingungen für soziale Frühwarnsysteme gezeigt haben und somit gleichsam den Charakter von Empfehlungen haben, weshalb wir sie im Folgenden in Form von **„Arbeitsaufträgen für Projektentwickler“** zusammengefasst haben:

(1) Bedarfe erheben und den Sozialraum erkunden, (2) mit einer realistischen Anzahl von Kooperationspartnern beginnen, (3) fachübergreifende Projektgruppe bilden, (4) informelles Kennenlernen ermöglichen, (5) verbindliche Kooperationsstrukturen aufbauen, (6) eine Koordinationsstelle schaffen, (7) umfassende Implementierung gewährleisten, (8) gemeinsame Definition des „sozialen Problems“ festlegen und verbindliche gemeinsame Ziele finden, (9)

einen verbindlichen „Institutional Pathway“ entwickeln und (10) das soziale Frühwarnsystem ständig weiterentwickeln.

In der Gesamtschau der Standorte lassen sich aus diesen Ergebnissen vor allem sieben Elemente erkennen, deren Umsetzung sich entweder als wirkungsvoll oder deren Fehlen sich als hinderlich erwiesen hat (vgl. Abbildung 5):



Abbildung 5 Sieben Bausteine der Etablierung sozialer Frühwarnsysteme

5.3 Zu den Wirkungen Früher Hilfen: Probleme und mögliche Ansätze der wissenschaftlichen Bewertung einschlägiger Modelle

Wie bereits dargestellt, hat im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum die Evaluationsforschung sozialer Intervention im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe in Deutschland keine Tradition. Erfahrungen mit groß angelegten Wirkungsanalysen und Programmevaluationen für das deutsche Sozialsystem sind kaum vorhanden. Während in den USA und in Großbritannien unter dem Stichwort „Evidence-based Practice“ seit Jahren groß angelegte Wirkungsanalysen die Basis sowohl politischer (Finanzierungs-)Entscheidungen als auch für die Gestaltung und Durchführung von Dienstleistungen in der Sozialen Arbeit bilden, befindet sich die deutsche Evaluationsforschung bezogen auf Konzepte und Verfahren in diesem Handlungsfeld noch am Anfang (vgl. Otto 2007). Dennoch rückt auch hierzulande in den letzten Jahren verstärkt die Frage der Wirkung sozialer Interventionen in den Vordergrund. Während der deutsche Forschungsdiskurs in diesem Feld bislang vor allem durch die praxisnahe Begleitforschung von Modellprojekten geprägt war, steht die Analyse von Wirkungen zunehmend im Mittelpunkt des fachlichen und fachpolitischen Interesses, so z.B. im Bereich der Erziehungshilfen im Zuge des Bundesmodellprogramms „Wirkungsorientierte Jugendhilfe“ (vgl. www.wirkungsorientierte-jugendhilfe.de).

Auch in der Ausgestaltung und Finanzierung Früher Hilfen wird seit wenigen Jahren verstärkt der Einbezug systematischer Wirkungsanalysen gefordert. Bezogen auf Frühe Hilfen in Verbindung mit der Prävention von Kindeswohlgefährdung (vgl. dazu Kapitel 2.1) fordert Heinz Kindler eine „Gesamtkonzeption zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes“, die – nicht wie in anderen Ländern – „in Deutschland aber allenfalls in Umrissen erkennbar“ sei (Kindler 2006). Dazu sollten evidente Forschungsergebnisse zu den Wirkungen von Präventionsansätzen als Basis für Interventionen dienen (Kindler 2006; Kindler 2000). Durch das in Kapitel 1.2 beschriebene Bundesaktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ (vgl. www.fruehehilfen.de) hält diese Forderung nun auch Einzug in den Kontext politischer Entscheidungsträger. Mittels einer wirkungsbezogenen Evaluation der deutschlandweit unüberschaubaren Zahl von Projektansätzen „soll gewährleistet werden, dass erfolgreiche Modelle in Verantwortung der zuständigen Kommune weitergeführt werden“ (Struzyna 2008). Zudem solle das durch die Evaluation gewonnene, gebündelte Wissen in die Regelpraxis implementiert werden (vgl. ebd.). Dies zeigt, dass die soziale, pädagogische und gesundheitsbezogene Profession vermehrt unter dem öffentlichen Druck stehen, ihr Handeln nicht nur zu begründen und zu legitimieren, sondern auch leistungsbezogene Auskünfte über ihre Angebote und Maßnahmen zu geben. Ein solches Unterfangen verlangt eine Definition der angestrebten Leistungen des Programms sowie eine empirische Forschung, die überprüfen kann, inwieweit Leistungsversprechen eingelöst werden (vgl. Lüders/ Haubrich 2006).

Aber wie lassen sich evidente Aussagen über die Wirkung Früher Hilfen treffen? In diesem Abschnitt sollen einige Herausforderungen und Probleme beschrieben werden, die eine seriöse wissenschaftliche Analyse von Wirkungen in Frühen Hilfen erschweren. Es soll gezeigt werden, dass das oftmals als zweitbeste Lösung beschriebene quasiexperimentelle Evaluationsdesign besser mit diesen Schwierigkeiten zurechtkommt, als ein randomisiertes Kontroll-experiment. Vor allem Designs nach dem Paradigma der *Realistic Evaluation* erscheinen als ein gangbarer Weg, dem Anspruch professioneller Praxis gerecht zu werden, da sie nicht nur die Wirkung von Maßnahmen in den Blick nehmen, sondern der Frage nachgehen, *warum* etwas wirkt. Am Beispiel einer zurzeit im Rahmen des Bundesaktionsprogramms durchgeführten Evaluation Früher Hilfen werden zum Schluss Wege aufgezeigt, ein solches Evaluationsdesign zu realisieren.

5.3.1 Herausforderungen einer Wirkungsevaluation in Frühen Hilfen

Wirkungsevaluationen, die offen legen, in welchem Maße ein Programm die erwünschten Effekte erzeugt, repräsentieren lediglich ein Element von Programmevaluation. Nach dem Konzept der *tailoring* (maßgeschneiderten) *Evaluation* von Peter H. Rossi et al. (2004) lassen sich Evaluationsfragen in fünf Kategorien abbilden: *Bedarfseinschätzung [needs assessment]*; *Bewertung der Programmtheorie [assessment of program theory]*; *Bewertung des Programmprozesses [assessment of program process]*; *Wirkungsmessung [impact assessment]*; und *Bewertung der Programmleistung [efficiency assessment]*. Es handelt sich dabei um den Versuch einer Systematisierung der hohen Anforderungen, die Stakeholder an Evaluation haben, die z.T. über die reine Frage nach dem ‚Outcome‘ hinausgeht. Obwohl wir uns im Folgenden auf die Frage der Wirkungsmessung Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme beschränken, bleibt festzustellen, dass auch den anderen Kategorien wichtige Fragen in Bezug auf Programmeffekte zuzuordnen sind. So setzt beispielsweise eine forschungsbasierte Bestimmung der Wirkung einer Maßnahme voraus, dass diese in ihrer Theorie und ihren Zielen klar und schlüssig formuliert ist und auch programmtreu umgesetzt wird. Denn eine Schwierigkeit der Wirkungsevaluation ist es, dass die Ergebnisse eines Programms durch externe Faktoren beeinflusst werden (Veränderungen in der Umgebung, besondere Ereignisse, ‚natürliche‘ Veränderungen der Zielgruppe). Identifizierte ‚Outcomes‘ sind also nicht unbedingt durch Programmaktivitäten zu erklären. Daher muss gewährleistet werden, dass Programme konsistent konzipiert sind und entsprechend umgesetzt werden. Dies entspricht auch im Bereich der Frühen Hilfen selten der Realität und erschwert damit die Zurechnung von Effekten zur Programmleistung.

Somit ist der Variantenreichtum an Projekten Früher Hilfen grundsätzlich ein Problem für die Wirkungsforschung. Bezogen auf Nordrhein-Westfalen stellt die in Kapitel 1 beschriebene Unterschiedlichkeit der Umsetzung der Projektidee „Soziale Frühwarnsysteme“ eine Projektevaluation vor große Herausforderungen. Um den sehr spezifischen Ausgangslagen der verschiedenen Standorte gerecht zu werden, ließ das Modellvorhaben von Anfang an relativ unterschiedliche Vorgehensweisen zu, mit der Folge, dass sich der skizzierte Variantenreichtum einstellte. Die Möglichkeit individueller Konzeptionen und Umsetzungen mag eine Stärke des Projektes sein, kann doch ein Pluralismus der Modelle das Spektrum potenzieller Interventionsformen erweitern. Jedoch gerade dieser Umstand erschwert aus Forschersicht eine standortübergreifende Evaluation sozialer Frühwarnsysteme, also die Generierung aussagekräftiger Hinweise zu wirksamen Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen insgesamt. Eine solche Evalu-

ation müsste einerseits flexibel genug sein, um den Variantenreichtum abzubilden, mit denen einzelne Standorte ihre spezifischen sozialen Probleme angehen und bestimmte Zielgruppen bedienen und andererseits standardisiert und stringent genug, um übergreifend vergleichende Aussagen über die Möglichkeiten und Grenzen sozialer Frühwarnsysteme zu treffen (vgl. Böttcher et al. 2007).

Als weiteres Argument für die Schwierigkeit solcher Evaluationen ist die Tatsache, dass auch die Generalisierung von Modellen im Fall des Nachweises positiver Effekte hochproblematisch ist. Soziale Kontexte sind komplexer, als sich in empirischen Untersuchungen letztlich abbilden lässt (vgl. Berliner 2002). In sozialen Dienstleistungen ist nicht von einem einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang auszugehen. Vor allem die Multivariabilität, der Akteure in sozialen Hilfeleistungen ausgesetzt sind, macht die Ursachenzuschreibung erreichter Wirkungen vergleichsweise schwierig. Unter anderem spielt das Verhältnis zwischen Pädagogen und Adressaten eine entscheidende Rolle (vgl. Böttcher 2006). Auf diesen Interaktionseffekt verweist auch der Diskurs um die Koproduktion sozialer Dienstleistungen: Der Nutzer des „Produkts“ Soziale Arbeit bleibt immer der eigentliche „Produzent seines Lebens, seines Verhaltens, seiner Bildung etc., während die Rolle des Professionellen [nur] die des unterstützenden Ko-Produzenten ist“ (Oelerich/ Schaarschuch 2005, S. 81).

Häufig wird, gerade im internationalen Kontext, die Experimentalforschung nach dem Vorbild der Naturwissenschaft als die ‚hohe Schule‘ der Ergebnisevaluation – als *gold standard* – angesehen (vgl. hierzu die Evidenzhierarchie von McNeece/ Thyer 2004). Durch das Experiment soll die kausale Ursache- Wirkung- Beziehung zwischen zwei Ereignissen trotz der zuvor beschriebenen externen Einflüsse auf Effekte evident ermittelt werden. Anhand solcher Studien lässt sich demnach die Wirkung (z.B. im Sinne veränderter Handlungen oder Zustände einer Person) einer klar beschriebenen und programm-treu durchgeführten sozialen Intervention auch auf diese zurückführen. Sie ergibt sich durch den Vergleich der Veränderungen von Personen, die eine bestimmte ‚Behandlung‘ erhalten (die „Interventionsgruppe“), mit denen von Personen, denen eine alternative („Vergleichsgruppe“) oder Placebo-Behandlung („Kontrollgruppe“) zukommt. Die Unterschiede zwischen diesen Gruppen lassen sich dann als Wirkung dem Programm zuschreiben, wenn sonstige Bedingungen konstant gehalten werden und die Zuordnung von Personen zur Interventions- und Vergleichs- oder Kontrollgruppe zufällig erfolgt. Durch diese Zufallsverteilung (Randomisierung) werden – bei einer genügend hohen Zahl von Probanden – programmexterne Variablen ‚eliminiert‘. Denn die Zufallsaus-

wahl sorgt dafür, dass sich die Gruppen (statistisch) durch nichts unterscheiden als durch die Behandlung, die sie durchlaufen bzw. nicht durchlaufen. Das randomisierte Kontrollexperiment (RCT – Randomized Controlled Trial) ermöglicht demnach eine Vorher- Nachher- Messung in einer Form durchzuführen, mit der sich der ‚Netto-Gewinn‘ eines Programms ermitteln lässt. Bloße Vorher- Nachher- Messungen ohne Kontrollgruppen sagen hingegen nichts über die Wirkung eines Programms aus (vgl. Bastian et al. 2008).

Allerdings ist für die Durchführung solcher Experimente eine Anzahl von Bedingungen erforderlich, die in pädagogischen Handlungszusammenhängen kaum zu verwirklichen sind. Insbesondere ist es fraglich, ob das entscheidende Moment des Experiments, nämlich die randomisierende Zuordnung der Adressaten des Programms in eine Experimental- und eine – ‚Placebowirkungen‘ ausgesetzte – Kontrollgruppe im Kontext sozialpolitischer und -pädagogischer Maßnahmen überhaupt realisiert werden kann (vgl. Menold 2007). Die dadurch notwendige Verweigerung von Unterstützungen wäre auch ethisch nicht leicht vertretbar. Zudem haben solche kontrollierten Studien immer das Problem der mangelnden externen Validität. Wenn eine solche, sich als wirksam herausgestellte Maßnahme wiederholt wird und dabei geringfügig in ihrer Durchführung verändert oder angepasst wird, kann nicht mehr seriös von der gleichen Wirksamkeit ausgegangen werden. Gleiches gilt, wenn sich bei einer solchen Maßnahme die Rahmenbedingungen, wie z.B. die Zielgruppe ändern. „Kontrollgruppenexperimentale Wirkungsforschungen messen also, in welchem Maße Interventionen, die *genau so* und *genau in diesem Setting* durchgeführt werden, ihr klar definiertes Ziel erreichen. Dies bedeutet aber, dass sich evidenzbasierte Programme ihr soziales Setting de facto selbst auswählen“ (Otto/ Ziegler 2006, S. 104). Das widerspricht grundlegend sozialpädagogischen Handlungsmaximen, wie Adressatenorientierung und Lebensweltorientierung, in denen es darum geht, die Perspektive des Nutzers zum Ausgangspunkt einer sozialen Intervention zu machen. Eine stringente Orientierung der Ausgestaltung und Durchführung einer Maßnahme an den Vorgaben der Maßnahme – dies wäre die strenge Voraussetzung ihrer evidenten Effektivität – käme einer Technologisierung Sozialer Arbeit gleich.

5.3.2 Quasiexperimentelle Forschung als angemessenes Design

Als ein Weg, diese Schwierigkeiten zu verringern, erscheinen so genannte quasiexperimentelle Verfahren. Solche Designs folgen insofern der Logik des Experiments, als auch hier Vergleichsmessungen vorgenommen werden. Allerdings zielt das Forschungsdesign eher darauf, programmexterne Einflüsse zu ‚kontrollieren‘, anstatt sie durch eine zufällige Gruppenzuord-

nung zu ‚eliminieren‘. Quasiexperimentelle Forschungsdesigns sind in den Augen vieler Evaluationsforscher den RCT nicht prinzipiell unterlegen (vgl. z.B. Ross 2007). Ein solches Verfahren könne sogar angemessener soziale Realität abbilden, wenn es den Blick auf das Programm selbst, seine Implementierung, seine theoretische Verankerung und seine Kontexte lenkt und damit Licht in die Black-Box wirft, in die ein Experiment gar nicht schaut (vgl. Ross 2007, S. 94-95). Insofern werden hier systematischer weitere Kategorien der von Rossi et al. (2004) beschriebenen Evaluationsbausteine in die Wirkungsuntersuchung miteinbezogen.

In ihrem Konzept einer „Realistic Evaluation“ vertreten Ray Pawson und Nick Tilley (1997) sogar die Auffassung, dass ein Treatment (Behandlung/ Maßnahme) nicht unmittelbar die Wirkung auslöst, sondern erst durch die Aktivierung bestimmter Mechanismen Effekte erzielt werden. Sie beschreiben für diesen Zusammenhang einer Kontext- Mechanismus- gesteuerten Evaluation folgendes Schema:

Kontext + Mechanismus = Outcome

Hintergrund für diese Theorie von Wirkungsverläufen ist die von den Autoren vertretene Auffassung, dass es zwischen einer Maßnahme und deren Effekte keinen, wie in der experimentellen Kontrollgruppenforschung vorausgesetzten, linearen Ursache-Wirkungszusammenhang gibt. In der von Pawson und Tilley gewählten naturwissenschaftlichen Analogie löst eine Aktion einen Mechanismus aus, der erst durch sein „chemisches Mischverhältnis“ in einem bestimmten Kontext, also unter bestimmten „physischen Bedingungen“, bestimmte Effekte bzw. Reaktionen auslöst (vgl. Pawson/ Tilley 1997; S. 58). Ist der Mechanismus und/ oder der Kontext ein anderer, wird höchstwahrscheinlich auch eine abweichende Reaktion aus derselben Aktion entstehen.

Bezogen auf Sozialsysteme bedeutet dies, dass der durch ein Programm ausgelöste Mechanismus dadurch wirksam sein kann, indem er die Akteure in Programmen dazu befähigt, eine Veränderung (Change) zu bewirken. Die Wirkung sozialer Interventionen ist somit nicht unmittelbar dem Treatment zuzuschreiben, sondern entsteht durch das Handeln der Akteure. Den sozialen Mechanismus verstehen Pawson und Tilley als einen Prozess, der die Ressourcen und Entscheidungen der Individuen so miteinander verbindet, dass diese sowohl das Be-

dürfnis als auch die Fähigkeiten und Möglichkeiten dazu erlangen, eine Veränderung selbst zu gestalten (vgl. Pawson/ Tilley 1997, S. 69).

Wenn es gelingt, die Wirkungsmechanismen, die durch ein Programm ausgelöst werden und die sozialen und kulturellen Bedingungen, die nötig sind, damit diese Mechanismen funktionieren, zu identifizieren, lassen sich Aussagen zu den Umständen und zur Zielgruppe treffen, also zu den Voraussetzungen, die bestimmte Maßnahmen wirksam machen können (vgl. ebd., S. 65ff.). Für die Wirkungsevaluation durch ein ‚realistisches‘ Design muss zunächst eine theoretische Auseinandersetzung über den Gegenstand erfolgen. Ziel der realistischen Evaluation ist es, weniger durch die Repräsentativität der Stichproben-Population, sondern vielmehr über einen Abgleich von Theorie und empirischen Befunden zu Generalisierungen zu gelangen (vgl. Pawson/ Tilley 1997, S. 115ff.). Dadurch soll der zuvor beschriebenen Komplexität sozialen Handelns Rechnung getragen werden. Eine genauere Kenntnis über Wirkmechanismen und Kontexte von Programmen Früher Hilfen ließe eine Reproduktion bestimmter Maßnahmen ebenso ohne eine dogmatische Programmtreue zu. Auch dann, wenn Ergebnisevaluationen nicht nur Effekte belegen sollen, sondern sie sich bemühen, solche Informationen zu ermitteln, die Programme und ihre Wirkungen verbessern können, ist dieses Design Erfolg versprechend. Die Bielefelder Wirkungs- und Professionsforscher um Hans-Uwe Otto (vgl. z.B. Otto 2007; Albus/ Polutta 2008) sehen darin sogar den Schlüssel für eine professionalisierte evidenzbasierte Praxis. Eine solche Professionalität „begnügt sich dann nicht mehr mit Wissen über relative *Erfolgswahrscheinlichkeiten* von Maßnahmen hinsichtlich spezifisch definierter Ziele, sondern setzt sich auch über *Wirkmechanismen* in Kenntnis, um auf dieser Basis zu einer verantwortlichen, professionellen, kritisch- reflektierenden Prüfung der Angemessenheit einer Intervention zu gelangen“ (Otto 2007, S. 91).

Zur Umsetzung eines solchen ‚realistischen‘ Evaluationsparadigmas treten neben rein inferenzstatistischen Verfahren auch qualitative Forschungsmethoden in den Vordergrund. Mechanismen und Kontexte sozialer Interaktionen lassen sich häufig erst durch rekonstruktive und sinnverstehende Methoden angemessen beschreiben und analysieren (vgl. Böttcher 2006; Schrödter/ Ziegler 2007). Fritz Sager und Simone Ledermann schlagen dazu die Verwendung der *Qualitative Comparative Analysis* (QCA) vor, die durch einige fundamentale Parallelen zum realistischen Evaluationsansatz besonders zur Identifikation der Wirkmechanismen geeignet zu sein scheint (vgl. Sager/ Ledermann 2006). Im Rahmen der QCA werden nach einem logisch-mathematischen (im Unterschied zu den in der Statistik verwendeten probabi-

listischen) Verfahren aus Fallstudien dichotome Variablen definiert. Anhand der Frage, ob eine bestimmte Bedingung erfüllt ist oder nicht, werden die Fälle mit gleichen Codierungen zu einer Konfiguration zusammengefasst. Je nach Anzahl (n) der definierten Variablen sind also n^2 Konfigurationen möglich. Dabei gibt es wahrscheinlich nicht zu jeder Konfiguration auch einen entsprechenden Fall in der Untersuchungsgruppe. Deshalb können auch so genannte *logische Fälle*, d.h. mögliche Konfigurationen, für die es keine realen Fälle gibt, gebildet werden (Sager/ Ledermann 2006; vgl. auch Befani et al. 2007). Durch diese Methode ist es möglich, anhand ausgewählter Fälle zuvor theoretisch bestimmte Kontext- Mechanismus- Outcome- Konfigurationen zu überprüfen. Die möglichen Kombinationen von Einflüssen und Mechanismen können miteinander verglichen und in Verbindung zu quantitativ-statistischen Aussagen zur Wirksamkeit einer Maßnahmen gesetzt werden.

5.3.3 Grundlegende Aspekte für eine realistische quasiexperimentelle Wirkungsanalyse Früher Hilfen

Im abschließenden Teil dieses Kapitels sollen einige Aspekte beschrieben werden, die aus unserer Sicht für die Konzeptionierung und die Durchführung einer realistischen quasiexperimentellen Wirkungsanalyse zentral sind. Die beschriebenen Punkte entstammen dem methodologischen und methodischen Diskurs bei der Entwicklung eines Forschungsdesigns, mit dem wir zurzeit im Rahmen des Bundesaktionsprogramms „Frühe Hilfen für Familien und ihre Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ Frühe Hilfen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein auf ihre Effekte hin evaluieren (ausführlicher: Bastian et al. 2008).

Vor der Erstellung eines Designs über intendierte Wirkungen Früher Hilfen und den relevanten Kontexten, in denen solche Maßnahmen durchgeführt werden, müssen so genannte „Context- Mechanism- Outcome- Configuration (CMOC) Theories“ über die Zusammenhänge zwischen Kontexten, Mechanismen und Wirkungen entwickelt werden (vgl. Pawson/ Tilley 1997, S. 115ff.). Nick Tilley (2000) beschreibt diesen theoretischen Entwicklungsprozess anhand folgender relevanter Fragen (vgl. S. 6):

1. *Wirkung (Outcome Pattern)*: Was sind die praktischen Effekte, die durch die verursachenden Mechanismen produziert werden, welche in einem gegebenen Zusammenhang ausgelöst werden?
2. *Kontext (Context)*: Welche Bedingungen sind erforderlich, damit eine Maßnahme Mechanismen auslöst, um bestimmte Wirkungsmuster zu produzieren?

3. *Mechanismus (Mechanism)*: Was an einer Maßnahme führt zu einem bestimmten Wirkungsmuster in einem gegebenen Zusammenhang?
4. *Kontext- Mechanismus- Outcome- Konfigurationen (CMOCs)*: Wie werden Kontexte und Mechanismen durch eine Maßnahme verändert, so dass dadurch Wirkungen ausgelöst werden?

Bezogen auf eine realistische Evaluation Früher Hilfen lassen sich diese Aspekte folgendermaßen mit Leben füllen:

zu 1. Der erste Schritt wäre, trotz der Unterschiedlichkeit der Projekte, ein einheitliches Wirkungsziel zu entwickeln. Es bedarf eines Indikators, dessen Veränderung sinnvolle Auskunft über die Wirksamkeit Früher Hilfen geben kann. Sowohl aus Sicht der Projekte als auch aus politischer Sicht erscheint ein gemeinsamer Nenner aller in den elterlichen Erziehungskompetenzen zu liegen: „Im Fokus stehen Kinder bis zu ca. 3 Jahren aus sozial benachteiligten Familien, die besonders häufig von Vernachlässigung und Misshandlung betroffen sind. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern“ (BMFSFJ 2007, S. 1). Dieses Wirkungsziel erscheint aus unserer Sicht auch theoretisch (zum theoretischen Diskurs zu elterlichen Erziehungskompetenzen vgl. Bastian et al. 2008) so tragfähig, dass wir es in den Fokus unserer eigenen Forschungen im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Familien und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ gerückt haben. In Bezug auf die Eltern, die Frühe Hilfen erhalten, lautet somit eine sinnvolle Forschungsfrage: Unter welchen Umständen stärken Frühe Hilfen bei welcher Zielgruppe die elterlichen Erziehungskompetenzen (vgl. Bastian et al. 2008)? Bei einer solchen Fragestellung stehen also vielmehr die Erklärungsansätze (Mangel an Erziehungskompetenzen) als die Folgen (Kindesmisshandlung und -vernachlässigung) des gesellschaftlichen Phänomens der elterlichen Überforderung im Vordergrund.

zu 2. Um sich der Frage nach relevanten Kontextfaktoren anzunähern, lässt sich ebenfalls auf theoretische und forschungsbasierte Modelle zurückgreifen. So beschreiben Günther Deegen und Wilhelm Körner (2006) in ihrem Entwurf eines mehrdimensionalen Erklärungsmodells für die Gefährdung des Kindeswohls anhand verschiedener Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychopathologie das komplexe Zusammenspiel zwischen Schutzfaktoren (z. B. eine gute Beziehung zu einer Bezugsperson, gutes soziales Netzwerk, offenes und auf Selbstständigkeit orientiertes Erziehungsklima) und Risikofaktoren (z. B. das Aufwachsen in depri-

vierten Verhältnissen, eigene Gewalterfahrungen eines Elternteils, schwieriges Temperament des Kindes). Je nach Ausprägung und wechselseitigen Wirkungen können diese Faktoren potentielle Gefährdungen nach sich ziehen oder aber verhindern (Deegener/ Körner 2006; zu Risiko- und Schutzfaktoren vgl. auch Bender/ Lösel 2005). Diese Einflüsse und Mechanismen lassen sich in drei Bereiche verorten, welche in die quantitativen und qualitativen Untersuchungen einbezogen werden sollten (vgl. Bastian et al. 2008):

- *Bedingungen, die in den Besonderheiten des Kindes liegen - Kindbezogene Einflüsse.* Hierzu gehört das Verhalten des Kindes und mögliche Auffälligkeiten (übermäßiges Schreien, schlechtes Durchschlafen etc.).
- *Bedingungen in der Situation und dem Kontext - Externe Einflüsse.* Relevant erscheinen hier grundlegende Daten über die *sozioökonomische Lage*, z. B. Einkommen, Bildungsstand, Beruf, Beschäftigungsverhältnis usw.
- *Bedingungen, die das Verhalten der Eltern beeinflussen- Elternbezogene Einflüsse.* und im Eingebundensein in *soziale Netzwerke*, wie etwa Freundes- und Bekanntenkreis oder Nachbarschaft. Daneben aber auch die Einflüsse der *(Ehe)Partnerschaft*.

zu 3. Einen wichtigen Bezugspunkt für soziale Mechanismen in Frühen Hilfen sehen wir in der *allgemeinen Lebenszufriedenheit* und dem Konzept der *allgemeinen Selbstwirksamkeit* (vgl. Bandura 2003; Schwarzer/ Jerusalem 2002) sowie dessen bereichsspezifische Ausprägungen, bezogen auf die Erziehung von Kindern. Dazu gehört vor allem die *elterliche Kompetenzüberzeugung*. Die *elterliche Kompetenzüberzeugung* beschreibt die Einschätzung des Elternteils, durch eigenes Handeln im Umgang mit dem Kind, die im Alltag auftretenden Anforderungen und Probleme bewältigen und die Entwicklung des Kindes beeinflussen zu können. Studien (z.B. Miller 2001; Saile/ Kühnemund 2001) legen nahe, dass die Kompetenzüberzeugung in einer engen wechselseitigen Beziehung mit dem elterlichen Erziehungsverhalten steht. Außerdem zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Kompetenzüberzeugung und dem kindlichen Verhalten. Es bestehen enge Bezüge zwischen der allgemeinen Wirksamkeitskognition und der bereichsspezifischen Erziehungskompetenzen. Ein hohes allgemeines Selbstwirksamkeitsgefühl korreliert üblicherweise mit einer hohen elterlichen Kompetenzüberzeugung (Saile/ Kühnemund 2001).

zu 4. Vor Beginn der Untersuchung müssen theoretische Aussagen über die CMO-Konfigurationen getroffen werden. Also die Frage, „Was könnte für wen unter welchen Bedingungen wirken?“, müsste theoretisch beantwortet werden. Wie solch eine empirisch zu

prüfende Theorie über den Zusammenhang zwischen Kontext, Mechanismus und Outcome entwickelt werden kann, soll an folgender Grafik verdeutlicht werden:

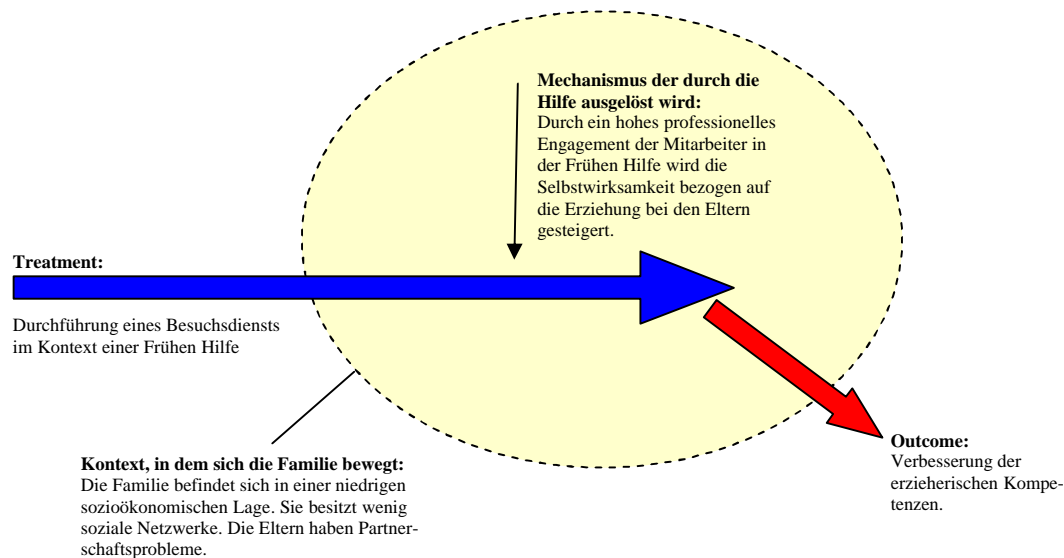


Abbildung 6 Beispiel einer möglichen CMO-Konfiguration (angelehnt an Pawson/ Tilley 1997)

Wie die Abbildung 6 zeigt, wird in einer Familie eine Maßnahme (Treatment) in Form eines regelmäßigen Besuchsdienstes, z.B. durch eine Familienhebamme, durchgeführt. Die Familie bewegt sich in bestimmten Kontexten, die das Erziehungsverhalten mit beeinflussen. Dies sind z.B. die niedrigen ökonomischen Ressourcen, Partnerschaftsprobleme und geringe Sozialkontakte. Durch die Familienhebamme sollen die erzieherischen Kompetenzen der Mutter gestärkt werden (Outcome). Der eigentliche Mechanismus, der, so die theoretische Überlegung, durch die Maßnahme ausgelöst wird, ist die Veränderung in der elterlichen Selbstwirksamkeit der Mutter. Nach Bandura sind die beiden wichtigsten Bezugspunkte, die als Ansatzpunkte für eine Beeinflussung der Selbstwirksamkeitserwartung dienen können: (a) die eigenen Erfahrung mit Lernerfolgen und (b) das Beobachten und Nachahmen von Modellen, d.h. stellvertretende Erfolgserfahrungen (vgl. Jerusalem/ Schwarzer 2002, S. 42ff.). Durch ihr hohes professionelles Engagement ermöglicht die Hebamme beides: Zum Einen lässt sie der Mutter genügend Raum, eigene Erfolge in der Versorgung und Erziehung des Kindes zu erleben, zum Anderen zeigt sie ihr durch gezielte Vorgaben, das Erfolge erreicht werden können. Dieser Mechanismus (Steigerung der Selbstwirksamkeit durch professionelles Engagement) wiederum bewirkt den Programmeffekt (Steigerung der Erziehungskompetenz). Auch dies lässt sich theoretisch und empirisch begründen: Selbstwirksamkeit gilt als wichtigster Prädik-

tor für Selbstregulationsprozesse, die wiederum Ansatzpunkte für eine positive Entwicklung von Fähigkeiten und der Motivation dazu sind (vgl. Jerusalem/ Schwarzer 2002, S. 37ff.).

Nach Entwicklung der wichtigsten theoretischen Aussagen zu den CMOCs müssen diese empirisch geprüft werden. Dies ist das Besondere an der realistischen Evaluation, da der empirische Untersuchungsteil nicht, wie in RCTs, einen linearen Ursache- Wirkungszusammenhang erforscht („What works?“), sondern vielmehr auf Basis der CMOC – Theorien der Frage „why does it work?“ nachgegangen wird. Grundlage bilden auch hier quantitative Vorher-Nachher- Messungen, in denen die Wirkungsfaktoren und wichtige Kontexte mit einbezogen werden. Erweitert wird das Design durch qualitative Studienanteile, in denen z.B. anhand einer Clusteranalyse gewonnene typische Fälle (vgl. dazu Bastian et al. 2008) auf ihre Mechanismen hin überprüft werden. Durch die Bildung verschiedener durch eine Qualitative Comparative Analyse gebildeter Konstellationen lassen sich somit Aussagen dazu treffen, in welchen Kontexten bestimmte Konstellationen von Mechanismen wirksam sein können. Auf das zuvor beschriebene Beispiel bezogen, kann etwa durch Experteninterviews ermittelt werden, ob die Hebamme während ihrer Besuche der Mutter genügend Raum lässt, Erfolge zu erzielen, ob die Mutter über genügend Ressourcen verfügt, diese Erfolge auch zu erreichen und ob durch diese Erfolge die erzieherische Selbstwirksamkeitserwartung gesteigert wird. Diese Erkenntnisse wiederum lassen sich in Beziehung zu den quantitativen Daten über die Kompetenzsteigerungen der Mutter setzen.

Zur theoretischen Fundierung der bislang sehr ausdifferenzierten, projektbasierten Praxis Früher Hilfen bedarf es aussagekräftiger Designs, durch die die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen überprüft werden kann. Andererseits darf eine Wirkungsevaluation, die Auskunft über Evidenz verschiedener Unterstützungsleistungen gibt, nicht den Blick für die Komplexität sozialer Interaktionen verstellen. Die eigentliche Schwäche randomisierter Kontrollexperimente, nämlich die mangelnde externe Validität, kann schnell zu einer verkürzten und aus unserer Sicht falschen Praxissicht führen, indem sich Praxis an Methoden zu orientieren beginnt, anstatt an den Adressaten. Deshalb müssen Evaluationen der Komplexität von sozialen Systemen gerecht werden und zur Stärkung einer reflexiven Professionalität beitragen.

In Frühen Hilfen lässt sich der Nutzen von Evaluation für die Praxis daran bemessen, inwiefern die Mitarbeiter das gewonnene Wissen tatsächlich in ihrer Arbeit verwenden können. Reine Erkenntnisse über Wirkungen bestimmter Hilfen greifen hier zu kurz. Vielmehr sollte

Wissenschaft versuchen, die Black- Box zwischen einer Maßnahme und ihrer Wirkung aufzuhellen, so dass Fachkräfte in die Lage versetzt werden, durch das Wissen über Wirkungsmechanismen fall- und kontextspezifisch Entscheidungen treffen zu können, um angemessenen Interventionen planen und durchführen zu können. Die realistische Evaluationsmethode bietet hierfür einen viel versprechenden Ansatz.

Kapitel 6 Perspektiven und Herausforderungen: Balancen

Denken wir an die Entwicklungsperspektiven der Frühen Hilfen und sozialen Frühwarnsysteme, so dürfte zunächst festgestellt werden können, dass es einen – auch durch die Massenmedien gestützten – gesellschaftlichen Konsens gibt, der die Notwendigkeit solcher Präventionsprogramme stützt. Insofern kann gesagt werden, dass sie einem gesellschaftlichen – und nicht nur politischen – Auftrag der Hilfe und Unterstützung folgen. Im Kern geht es darum, aktuell identifizierte Schwierigkeiten von Familien mit kleinen Kindern abzufedern oder zu beseitigen sowie darum, mögliche Verschärfungen oder Weiterungen der Problemlage zu verhindern.

Im Folgenden sollen drei Fragekomplexe angesprochen werden, die besondere Herausforderungen an die Entwicklung der Frühen Hilfen markieren. In jedem Fall geht es darum, Balancen zwischen je zwei Positionen zu finden, die aber trotz ihrer Einseitigkeiten durchaus plausible Argumente vortragen können. Es geht darum zu klären, wie die Frühe Hilfen sich in den Spannungsfeldern – erstens – von Kontrolle der Hilfeempfänger und der Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, zwischen – zweitens – der externen Kontrolle der Hilfen und der Möglichkeit der Selbstevaluation und – drittens – von kontrollierenden Handlungsvorgaben und dem professionellen Selbstverständnis, fallbezogen und damit individuell zu agieren, positionieren.

6.1 Kontrolle versus Freiwilligkeit: Die Adressaten

Obwohl die Frühen Hilfen auf breitem gesellschaftlichem und politischem Fundament stehen, ist gleichzeitig festzustellen, dass die Bereitstellung früher Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für Eltern mit kleinen Kindern keiner gesetzlichen Regelung unterworfen ist (wie zum Beispiel die Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen gem. §§ 27ff. SGB VIII) und daher einem kommunalpolitischen „Willensprinzip“ unterliegt (siehe hierzu und im Folgenden Hensen/ Schone 2009a). Vor diesem Hintergrund kann die Diskussion um die Novellierungen des § 8a SGB VIII (im Zusammenhang mit dem Gesetz über die Zusammenarbeit im Kinderschutz, KiSchZusG) mit einem erweiterten Tätigwerden der Jugendhilfe an der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung und zur staatlichen Eingriffsverpflichtung (BMFSFJ/ BMJ 2008) als ein willkürliches Eingriffshandeln interpretiert werden: So ist vorgesehen, dass bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung das gefährdete Kind und in aller

Regel auch dessen persönliches Umfeld vom öffentlichen Träger verpflichtend in Augenschein zu nehmen ist, um sich einen unmittelbaren Eindruck von Kind und Eltern zu verschaffen. Die vorgesehene gesetzliche Verankerung der Verpflichtung der Jugendamtsmitarbeiter zum regelmäßigen Hausbesuch wird aktuell von vielen Wohlfahrts- und Fachverbänden abgelehnt, da die im Entwurf geforderte Inaugenscheinnahme des Kindes nicht in allen Fällen die angemessene Reaktion sei, wenn einem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung bekannt werden. Auch die zeitliche Koppelung mit der Gefährdungseinschätzung ließe dem Jugendamt keinen ausreichenden Spielraum für eine fachlich begründete Entscheidung (so z.B. die Stellungnahme der Kinderschutzzentren 2009)⁷. Meysen (2008, S. 195) beschreibt das Problem konkreter: Kindeswohlgefährdungen können nur selten (und anders als in den spektakulären bekannt gewordenen Fällen) „in Augenschein“ genommen werden, um anschließend entschlossen handeln zu können. Das Verfahren und die Konsequenzen dieses Vorschlages scheinen dabei noch undurchdacht – wie reagieren Fachkräfte bei verschlossener Tür? – und können zur Folge haben, dass Familien als Reaktion auf diese „staatlichen Kontrollüberfälle“ (Meysen a.a.O.) mit Flucht vor helfenden Institutionen (wie dem Jugendamt oder dem Gesundheitsamt) reagieren. Die *Vermeidung* (resp. Prävention) möglicher Kindeswohlgefährdung erscheint am Beispiel dieser geplanten Gesetzesänderung als eine Universallegitimation staatlicher Interventionen, wenn sie – ohne den Beweis für die Wirksamkeit erbracht und die Folgen reflektiert zu haben – in den privaten Raum von Familien hineinzuragen droht (zu den negativen Folgen vgl. auch Schütter 2006). Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Kapitels verdichtet sich der Eindruck, dass die Politik die kritischen Hinweise Ernst nimmt und von der Novellierung Abstand nimmt.

Andererseits muss das Argument in Betracht gezogen werden, dass es von hohem gesellschaftlichem Interesse ist, auf Gefährdungen der Kinder möglichst sensibel zu reagieren. Schließlich steht das Schicksal der Kinder in modernen Gesellschaften hoch im Kurs. Auf humanitären Gründen kann nicht mit Zurückhaltung darauf reagiert werden, wenn Kinder durch das Handeln ihrer Eltern von Lebenschancen abgeschnitten werden. Auch trägt das keinesfalls zynische Argument, dass durch Versäumnisse – allemal durch Fehlverhalten – in den Familien schließlich auch immens hohe gesellschaftliche Kosten erzeugt werden. Nicht von der Hand zu weisen dürfte sein, dass Rechten und Pflichten kongruierende Größen sind. Eine Balance zwischen beiden muss nicht in einem paritätischen Verhältnis enden, aber beide Seiten müssen zu ihrem Recht kommen.

⁷ Vgl. auch die Stellungnahmen des Paritätischen Gesamtverbandes, der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen, des Deutschen Vereins, der Diakonie Bundesverband.

6.2 Kontrolle versus Selbstverantwortung: Die Helfer

Frühe Hilfen benötigen eine kontinuierliche Begleitung und Koordination. Hierzu gehört die Abgleichung zwischen Zielen und tatsächlich Erreichtem. Die Idee, dass pädagogische Aktivitäten allein wegen ihres moralischen Anspruchs das gut Gemeinte auch tatsächlich realisieren, ist passé. Im Zeichen einer an Prinzipien ökonomischer Steuerung orientierten Politik, die Nachweise für effektives und effizientes Handeln verlangt, kann sich auch die Prävention nicht dem Anspruch auf Rechenschaftslegung verschließen.

Im vorliegenden Gutachten wurde der Versuch unternommen, die Möglichkeiten einer externen wissenschaftlichen Bewertung Früher Hilfen zu konkretisieren. Dabei wurde die Perspektive eingenommen, dass eine systematische Programmevaluation (externe Evaluation) eine Bedingung für die Weiterentwicklung dieser Konzepte ist. Wir haben die Entwicklungs- und Lernabsichten von Evaluation in den Mittelpunkt gestellt. Dabei kann leicht in den Hintergrund treten, dass Evaluationen immer auch einen Kontrollaspekt aufweisen. Sie ermöglichen den Financiers und Auftraggebern einer Maßnahme, Evidenzen zur Prüfung zu sammeln, ob Programme und wenn ja in welchem Maße und zu welchen Kosten ihre Ziele erreichen. Für die ergebnisorientierte Steuerung ist dieses Interesse konstitutiv. Allerdings zeigt sich in der Sozialen Arbeit – wie übrigens auch im Bildungswesen –, dass diese externe Kontrollperspektive dominant zu werden scheint (vgl. Böttcher 2009). Damit wird ein zentrales Instrument der modernen Steuerung ausgehöhlt. Sie ist zwar an Ergebnissen interessiert, aber gleichzeitig stärkt sie die Kompetenz der handelnden Personen und Organisationen. Die im Steuerungskonzept implizierte Strategie der Dezentralisierung will auch dafür Sorge tragen, dass die Handelnden die Verantwortung für die Prozesse und Ergebnisse ihrer Arbeit übernehmen.

Zur Umsetzung dieses Anspruchs ist die wiederholte Reflexion und Kontrolle der durchgeführten Handlungen und Maßnahmen durch die Handelnden unverzichtbar. Erfahrungen aus der Organisationsberatung zeigen, dass Prozesse der Veränderung besonders dann Erfolg haben, wenn es den Beraterinnen gelingt, die beteiligten Fachkräfte dazu zu bringen, die Probleme der Institution selbst zu diagnostizieren und an deren Veränderung zu arbeiten. (v. Spiegel 1993, S. 121). Diesem Grundverständnis wird eine Selbstevaluation gerecht, bei der die Hauptverantwortung der Erarbeitung und Anwendung bewertender und die Qualität entwickelnder Instrumentarien bei den Fachkräften liegt. Wir wollen deshalb einige Anregungen für eine Selbstevaluation Früher Hilfen geben. Dabei müssen rechtliche Rahmenbedingungen

zur Qualitätsentwicklung und Evaluation bedacht und in das Handlungsfeld Früher Hilfen übertragen werden.

In Frühen Hilfen treffen beide Systeme – Jugendhilfe und Gesundheit – in einem gemeinsamen Konzept aufeinander, so dass die systemspezifischen Motive der Qualitätssicherung und darüber hinausgehenden Qualitätsentwicklung in einem Qualitätskonzept Früher Hilfen miteinander vereinbar sind. Eine mögliche Perspektive bietet die Selbstevaluation. Dieses lässt sich als „Beschreibung und Bewertung von Ausschnitten des eigenen alltäglichen beruflichen Handelns und seiner Auswirkungen nach selbst bestimmten Kriterien“ (König 2008, S. 295) definieren. Es stellt damit ein Verfahren zur „Selbstveränderung“ (Sturzenhecker/ v. Spiegel 2008, S. 309) und demnach zur Optimierung und zur Legitimation der eigenen Arbeit dar.

Kennzeichnend für diese Form der internen Evaluation ist ein eindeutig dialogisch ausgestalteter Prozess unter Einbezug aller Beteiligten, einschließlich der Adressaten. In ihrer Position als Evaluatoren ihrer eigenen Arbeitsweisen erfolgt für die beteiligten Fachkräfte ein Statuswechsel vom Objekt hin zum mitbestimmenden Subjekt (v. Spiegel 1993, S. 125). Die Bewertung und qualitative Entwicklung pädagogischer Arbeit kann als „Ko-Evaluation“ von Adressat und Fachkraft verstanden werden (Sturzenhecker/ v. Spiegel 2008; vgl. hierzu die Ausführungen zur „Ko-Produktion“ des Professionellen bei der Ausführung sozialer Dienstleistungen). Damit grenzt sich diese Ausrichtung als Bestandteil von Qualitätsentwicklungsprozessen zu statischen Qualitätssicherungskonzepten der Vergangenheit ab (vgl. hierzu Merchel 2004).

Großes Potential sehen wir darin, Fachkräfte aus ihrer alltäglichen Erfahrung mit den Arbeitsabläufen und der Zielgruppe heraus zu Veränderungen und Innovationen anzuregen. Die Wirkungen einer Selbstevaluation sind in hohem Maße von den angewandten Forschungsmethoden abhängig (v. Spiegel 1993, S. 215). Bei der Konzipierung des Vorgehens sollte demnach besondere Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Verwendung der Forschungsmethoden, in den Arbeitsalltag gelegt werden. Als ein Kernelement könnten sich die fachlichen Dokumentationsinstrumente erweisen. In der Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein wird diesem Prinzip durch zur Evaluation genutzte Dokumentationsbögen Rechnung getragen. Indem das Instrument der externen Evaluation so konzipiert ist, dass es auch als fachliches Instrument Verwendung findet, ent-

steht für die Fachkräfte kein Mehraufwand. Es besteht außerdem die Hoffnung, dass darüber hinaus der Prozess der Qualitätsentwicklung angeregt wird, indem die Mitarbeiter u.a. mehr Möglichkeiten zur Reflexion ihrer eigenen methodischen Arbeit erhalten.

Bei der Übertragung von Qualitätsentwicklungsmodellen aus benachbarten Handlungsfeldern auf den Bereich der Frühen Hilfen ist eine genaue Prüfung der Angemessenheit erforderlich. Engel et al. (1996, S. 56ff.) verdeutlichen die Problematik an Qualitätsmodellen aus dem industriellen Sektor. So missachten diese Konzepte das Grundprinzip der Dienstleistungstheorie. Diese besagt, dass sich Maßnahmen der Qualitätsentwicklung direkt an den Lebenslagen und Bedürfnissen der Adressantinnen orientieren müssen, z.B. in Form ihrer aktiven Beteiligung. So vernachlässigen klassische Qualitätssicherungskonzepte (z.B. Kundenbefragungen) dieses Verhältnis, bei denen zwar Kundenzufriedenheit einen Fokus der Qualitätsentwicklung darstellt, aber ihre aktive Beteiligung am eigentlichen Leistungsprozess nicht thematisiert wird. In diesem Zusammenhang wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Nutzer von Frühen Hilfen und Angeboten zur Unterstützung in verschiedenen Lebenslagen als Produzenten ihres eigenen Unterstützungsprozesses anzusehen sind, wohingegen die Professionellen lediglich die Rolle des Ko-Produzenten einnehmen (Oelerich/ Schaarschuch 2005).

Zwei Ansätze zur Selbstevaluation, deren Anwendung auf Frühe Hilfen durch Modifizierung, Zusammenführung und Ergänzung möglich erscheint, sollen abschließend skizziert werden. Gleichzeitig liefern sie einen erweiterten Blick der bisher beschriebenen externen Evaluationen Früher Hilfen.

Aus dem Bereich der Kinder- und Jugendarbeit stammt das von Sturzenhecker und von Spiegel (2008) entwickelte Konzept einer Selbstevaluation bzw. Wirkungsreflexion. Eine Voraussetzung einer qualifizierten Selbstevaluation sehen die Autoren in dem Durchlaufen eines Entwicklungsprozesses. Entsprechend kann eine Selbstevaluation Früher Hilfen nur niedrigschwellig und schrittweise erfolgen. Darauf folgt eine Differenzierung in zwei Bausteine: erstens Wahrnehmen und Beobachten sowie zweitens Strukturierung, Analyse, Reflexion. Grundlegend sind die Wahrnehmung und Beobachtung als die zentralen Bedingungen pädagogischen Handelns und Reflektierens. Zunächst sind die Themen und die Zielgruppe(n) wahrzunehmen. Bezogen auf Frühe Hilfen sind dies die Unterstützungs- und Förderungsgelegenheiten und -themen von Schwangeren und Familien mit bis zu dreijährigen Kindern. Diese Wahrnehmungen sind zu dokumentieren. Hiermit wird bereits die fachliche Reflexion, mit

dem Ziel eines Evaluationsprozesses von Gegebenheiten und Handlungsprozessen Früher Hilfen, eingeleitet. Nun werden die Wahrnehmungen aus dem ersten Schritt strukturiert und einer fachlichen Analyse zugänglich gemacht. Mögliche Methoden zur Unterstützung sind die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Kategorienerstellung oder auch die Verortung des Vorgehens in einer kollegialen Fallbearbeitung oder Supervision. Im Anschluss sind darüber hinaus Möglichkeiten zu schaffen, die reflektierten Leistungen und Erfolge öffentlichkeitswirksam darzustellen.

Diesen Anspruch an Selbstevaluationen, einen niedrigschwelligen und schrittweisen Prozess zu ermöglichen, möchten wir durch das Kriterium der wiederkehrenden und weiterführenden Fortsetzung ergänzen. Zur Veranschaulichung des Verständnisses von Selbstevaluationen Früher Hilfen als fortlaufende Zyklen, eignet sich das Modell des Deming-Kreises bzw. dessen Weiterentwicklung, der PDCA-Zyklus (Syska 2006). Hierbei handelt es sich um ein Instrument zur kontinuierlichen Bearbeitung und Optimierung eines Qualitätsentwicklungsprozesses. Entsprechend dem vorherigen Ansatz umfasst der erste Schritt ebenfalls eine genaue Problembeschreibung, z.B. in Bezug auf Arbeitsprozesse und die Erforschung der Ursachen für die bemängelte Situation, geht aber darüber hinaus, indem dieses Modell auch die Handlungsebene anspricht und die ersten Planungen in die Praxis umsetzt, überprüft und schließlich entsprechend dem Grad der Zielerreichung eine weitere Umsetzung oder Modifizierung des Plans anregt. Jedes Handeln und jede eingeschlossene Zielüberprüfung kann als Ausgang einer erneuten Qualitätsentwicklungsmaßnahme aufgegriffen werden. Zur kontinuierlichen Sicherung und Entwicklung der Qualität Früher Hilfen ist der Zyklus unaufhörlich zu durchlaufen.

Alle Überlegungen und Maßnahmen im Rahmen dieses Selbstevaluationsprozesses basieren auf drei Rahmenbedingungen, welche den Prozess veranlassen und mitbestimmen. So sind bei allen Handlungen die Rahmenbedingungen der beteiligten Einrichtungen (insbesondere aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe) zu berücksichtigen oder auch zu Nutze zu machen. Auch sind die Veränderungen und Weiterentwicklungen auf dem Hintergrund der vorhandenen pädagogischen Grundsätze und Leitbilder vorzunehmen. Nicht zuletzt tragen staatliche Rahmenvorgaben wie bspw. Verpflichtungen zur Kooperation, überhaupt erst zur Initiierung der Maßnahmen ebenso wie zu ihrer Gestaltung bei.

Nun kann es kaum das Ziel von Selbstevaluationen Früher Hilfen sein, die Mitarbeiter der Maßnahmen zu wissenschaftlichen Experten auszubilden. Beteiligte Fachkräfte einer Selbstevaluation unterliegen darüber hinaus dem Dilemma, dass ihr beruflicher Alltag einem handlungsleitenden Interesse unterliegt, wohingegen Evaluationen erkenntnisleitende Interessen verfolgen. Zur Minimierung dieses Dilemmas schlägt v. Spiegel (1993) eine wissenschaftliche Begleitung vor. Möglich ist aus unserer Sicht eine koordinierende Person der betreffenden Einrichtung, welche sich in einer Position befindet, die sie von den handelnden Mitarbeitern (z.B. Fachkräfte, die die Unterstützungsangebote für Familien ausführen) unterscheidet.

Wie lässt sich Selbstevaluation nun als fortlaufendes Element in den Arbeitsalltag und in die Projektentwicklung bzw. die Weiterentwicklung von langjährigen Maßnahmen integrieren? Welche Instrumente eignen sich hierfür bzw. haben sich bereits in der Praxis bewährt? Die Bearbeitung dieser Fragen ist aus unserer Sicht von großer Bedeutung. Im Sinne eines qualitätsentwickelnden Verfahrens – und in Abgrenzung zu einer auf die Kontrollfunktion reduzierten Evaluation – sollten Instrumente das primäre Ziel verfolgen, dem Handeln der Praxis nützlich zu sein. So ist nicht nur ihre Akzeptanz gesichert, sondern es ist auch gewährleistet, dass Evaluationen nicht Ressourcen verschwenden. Die Entwicklung nutzerbezogener Evaluationskompetenzen ist gleichzeitig eine fachliche Weiterbildung der Akteure. Aus unserer Sicht eröffnet die Idee einer „nutzerorientierten und nutzergesteuerten Evaluation“ das eigentliche Potenzial von Selbstevaluation. Ist sie lediglich Ersatz oder Abbild einer externen, die Arbeit kontrollierenden oder inspizierenden Evaluation, wird sie wenig effizient für das Qualitätsmanagement sein.

Freilich kann sich eine solche Form der Selbstevaluation nicht automatisch entwickeln. Es ist eine Aufgabe des Erneuerungs- oder Wandlungsmanagements, solche Prozesse zu initiieren, Mitarbeiter zu motivieren und die nötigen Ressourcen – z.B. Zeit, Wissen, Anerkennung – bereitzustellen. Diese Ebene des Managements liegt aber nicht in dem jeweiligen Einzelprojekt einer Frühen Hilfe. Hier ist die Verantwortung der politischen oder administrativen Führung angesprochen: die involvierten Ministerien, deren Verwaltungen oder die Spitze der Organisationen, die Frühe Hilfen bündeln.

Auch Programmevaluationen, die Implementierungen und Wirkungen der pädagogischen oder gesundheitsbezogenen Interventionen intersubjektiv überprüfbar machen, können nicht von den Einzelprojekten geleistet werden. Es geht in diesen aufwändigen Verfahren nicht darum,

einzelne Personen oder einzelne Frühe- Hilfe- Maßnahmen zu kontrollieren, sondern zu untersuchen, ob Konzepte „wasserdicht“ sind und wie sie – für je spezifische Zielgruppen – verbessert werden können (vgl. Böttcher 2008).

Dass allerdings auch ein gesellschaftliches Interesse an einer Kontrolle Früher Hilfen besteht, ist nachvollziehbar. Insoweit trägt die Idee einer rechenschaftsorientierten Steuerung der Arbeit in solchen gesellschaftlichen Funktionsbereichen wie Gesundheit oder Kinder- und Jugendhilfe, als Investitionen in schlecht konzipierte, mangelhaft umgesetzte oder wirkungslose Programme solchen Programmen Ressourcen entziehen, die womöglich erfolgreich sein könnten. Und wenn Programme den Anspruch vertreten, insofern effizient zu sein, als dass gesellschaftliche Folgekosten im Vergleich zur Nicht-Intervention reduziert werden, müssen sie zulassen, dass man sie an diesem Anspruch misst und nicht lediglich der Hoffnung vertraut, sie würden ihr Versprechen schon einlösen.

Es geht darum, eine Balance zu finden: zwischen fremder Kontrolle des Handelns (mit allen unabsehbaren Folgen) und der Überzeugung, dass man sein eigenes Handeln verbessern und dadurch die Berufszufriedenheit steigern kann. Die Stärkung der Selbstevaluation dürfte auch zur Steigerung des Ansehens der fachlichen Arbeit in den Frühen Hilfen beitragen.

6.3 Kontrolle oder professionelle Freiheit: die Intervention

Unsere Beschreibung und Analyse Früher Hilfen hat die Frage aufgeworfen, inwieweit Standardisierungen nützlich und wünschenswert sind. Diese Debatte bezieht sich auf alle Akteurs- wie Handlungsebenen. Wir haben in unserer Darstellung insbesondere thematisiert, inwieweit das „pädagogische“ Handeln während der konkreten Hilfen, das Hilfe-Management innerhalb einer durchführenden Organisation oder die Kooperation zwischen beteiligten Organisationen verbindlichen Pfaden folgen soll.

In Steuerungskonzepten, die Verantwortung auf die Ebenen der handelnden Akteure delegieren, spielen Standardisierungen eine wichtige Rolle (vgl. Böttcher 2007). Ohne klare Vorgaben droht das Handeln willkürlich zu sein oder zu werden, und Erfolge sind nur zufällig erreichbar. Allerdings setzen Standardisierungen voraus, dass erprobtes Wissen vorliegt, auf das sie sich gründen können. Dezentralisierte und ergebnisorientierte Steuerung will die Kompetenz der Handelnden in pädagogischen, sozialpädagogischen oder gesundheitsbezogenen Ak-

tivitäten stärken. Das gelingt aber nur dann, wenn gleichzeitig klar ist, worauf sich die professionelle Kompetenz stützen kann und welche Freiheitsgrade vorhanden sind. In der Realität mag sich die Tendenz zum Standardisieren in eine Richtung entwickeln, die zur Technologisierung neigt und damit eher mechanistisch als professionsorientiert ausgerichtet ist.

Mit der Standardisierung ist also, obwohl sie ein starkes Element in dezentraler und akteursorientierter Steuerung ist, eine problematische Tendenz zur Kontrolle und Entmündigung der professionellen Akteure verbunden. Es ist notwendig zu erkennen, dass hier ein prekäres Verhältnis zwischen Vorgaben, an denen sich Fachkräfte orientieren müssen und einer an Autonomie orientierten Professionalität existiert.

Weder auf Ebene des konkreten personalen Handelns (Interaktion), noch auf Ebene des Managements (Organisation und Kooperation) kann es wünschenswert sein, mit Verweis auf professionelle Autonomie Kontexte, Mechanismen und Wirkungen den je individuellen Entscheidungen zu überlassen, als wenn die Handelnden alles wüssten und intersubjektives Wissen gar nicht existiere. Ein Konzept, das „Pathways“ definiert, schafft Verlässlichkeit für alle Seiten. Freilich sind Pfade nicht als detaillierte Vorgaben zu verstehen, die lediglich aufgeführt werden müssen. Um ein Bild zu benutzen: Sie erfüllen einen Zweck wie Straßenkarten. Sie zeigen Wege auf, erlauben es aber, die Routen nach selbst gewählten Kriterien zu bestimmen.

Pfade verschaffen den Akteuren Entlastung dadurch, dass sie nicht jede Handlung begründen und rechtfertigen müssen, und sie verschaffen ihnen eine gewisse Sicherheit, insofern sie ihr Handeln an verlässlichen Informationen ausrichten können. Gerade in der Kinder- und Jugendhilfe, aber durchaus auch in der Medizin ist die hohe Verantwortung gepaart mit hohen Unsicherheitsmomenten. Diese Situation mündet nicht selten in unangemessenem Handeln. Häufiger jedoch dürfte diese Situation für professionelle und persönliche Krisen verantwortlich sein.

Pathways und damit verbundene Standards so zu beschreiben, dass sie informierte Entscheidungen ermöglichen und transparent machen, und dennoch Spielräume lassen, innerhalb dieser Verlässlichkeit relativ autonom zu handeln, ist eine schwierige Aufgabe. Wenn sie im Sinne von Mindeststandards formuliert sind und eine „Überstandardisierung“ vermeiden, die Akteure entmündigt und demotiviert, dürften sie auch bei den „Professionals“ Anerkennung

finden. Das Wissen, auf dem Standards beruhen, muss allerdings beständig hinterfragt und weiterentwickelt werden. Wenn die Fachkräfte dabei auch die wichtige Rolle der Ko-Produktion spielen müssen, so fallen Produktion, Weiterentwicklung und Disseminierung relevanten Wissens doch letztlich den Verantwortungsbereich von Politik, Verwaltung und Wissenschaft. Wissensmanagement ist die Basis jedweder Art der Standardisierung.

6.4 Prävention oder Kompensation?

Ein letzter Gedanke: Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen sind Präventivkonzepte. Womöglich ist diese Sicht aber ein Euphemismus. Denn tatsächlich lassen sie sich auch als Programme der Kompensation von bereits existierenden – und vermeidbaren – Defiziten und Problemen beschreiben. Sie agieren in einem Handlungsfeld, das nicht schlicht als durch elterliches Fehlverhalten beschrieben und somit letztlich „individualisiert“ werden kann. Das Handlungsfeld ist systematisch beschreibbar als eine Anhäufung gesellschaftlich erzeugter Problemlagen. Insofern käme es auf die Ausgestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen an und nicht darauf, zu helfen, wenn sich diese Problemlagen auf der Ebene individueller Familien zeigen oder manifestieren. Wenn Menschen in Not sind oder Selbstverständliches nicht leisten können, kann das auf grundsätzliche Defizite in der Arbeitsmarkt-, Gesundheits- oder Sozialpolitik hinweisen. Nicht zuletzt aber sollten echte Präventivstrategien auch an der Gestaltung des Bildungswesens ansetzen, das massenhaft Bildungsarmut erzeugt oder doch wenigstens nicht verhindert. Bildungsarmut aber ist nicht nur verantwortlich dafür, dass viele Menschen am Arbeitsmarkt kaum Chancen haben, sie zeigt sich auch in dem in Frühen Hilfen so virulenten Befund, dass viele Eltern nicht über grundlegendes Wissen hinsichtlich der Aufgaben verfügen, die sie als Eltern zu bewältigen haben. Hier müssten Präventionsmaßnahmen ansetzen, die in der Folge dazu beitragen könnten, dass die Schadensbegrenzung durch Frühe Hilfen erst gar nicht erforderlich wird.

Literatur

- Albus, S./ Polutta, A. (2008): Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialen Arbeit. In: Bielefelder Arbeitsgruppe 8 (Hrsg.): Soziale Arbeit in Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 260-267
- Altgeld, T./ Kolip, P. (2007): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann/ T. Klotz/ J. Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung Bern u.a.: Verlag Hans Huber, S. 41-50
- Atwal, A./ Caldwell, K. (2002): Do multidisciplinary integrated care pathways improve inter-professional collaboration? In: Scand J Caring Sci, 16, S. 360–367
- Baacke, D. (1995): Die 6- bis 12jährigen. Einführung in Probleme des Kindesalters. Weinheim und Basel: Beltz
- Bachelor, A. (1988): How clients perceive therapist empathy: A content analysis of “received” empathy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 25, S. 227-240
- Bachelor, A. (1991): Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 28, S. 534-549
- Balling, R. (1998): Kooperation: strategische Allianzen, Netzwerke, Joint Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis. Frankfurt am Main: Lang
- Bandura, A. (2003): Self-efficacy: the exercise of control. New York, NY: Freeman
- Bastian, P./ Böttcher, W./ Lenzmann, V./ Lohmann, A./ Ziegler, H. (2008): Frühe Hilfen und die Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenzen. Ein Konzept zur wirkungsorientierten Programmevaluation. In: P. Bastian/ E. Lindner/ A. Diepholz (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien - Soziale Frühwarnsysteme. Münster u.a.: Waxmann, S. 83-102
- Beelmann, A./ Stemmler, M./ Lösel, F./ Jaurisch, S. (2007): Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. In: *Kindheit und Entwicklung*, 16 (4), S. 229-239
- Befani, B./ Ledermann, S./ Sager, F. (2007): Realistic Evaluation and QCA: Conceptual Parallels and an Empirical Application. In: *Evaluation*, 13 (2), S. 171-192
- Behringer, L./ Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Bender, D./ Lösel, F. (2005): Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: G. Deegener/ W. Körner (Hrsg.): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 317-346
- Berliner, D. C. (2002): Educational Research: The hardest science of all. In: *Educational Researcher*, 31 (8), S. 18-20
- Beutler, L. E./ Machado, P. P. M./ Allstetter Neufeldt, S. A. (1994): Therapist variables. In: B. A. & S. L. Garfield (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, S. 229-269
- Beutler, L./ Consoli, A. (1993): Matching the therapist’s interpersonal stance to clients’ characteristics: Contributions from systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30, S. 417-422

- Bimschas, B./ Schröder, A. (2003): Beziehungen in der Jugendarbeit: Untersuchung zum reflektierten Handeln in Profession und Ehrenamt. Opladen: Leske + Budrich
- Bittlingmayer, U. H. (2008): Blaming, Producing and Activating the Victim. Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In: G. Hensen/ P. Hensen (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 239-257
- Böhnisch, L. (2001): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa
- Böhnisch, L./ Lösch, H. (1973/ reprint 1998): Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: H.-U. Otto/ S. Schneider (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, 2. Berlin: Luchterhand, S. 21-40
- Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, S. 252-260
- Böttcher, W. (2006): Empirische Erziehungswissenschaft: Kritiker, Verteidiger, Herausforderungen. In: M. Kolb (Hrsg.): Empirische Schulsportforschung. Jahrbuch Bewegungs- und Sportpädagogik in Theorie und Forschung. Butzbach-Griedel: Afra, S. 12-24
- Böttcher, W. (2007): Zur Funktion staatlicher „Inputs“ in der dezentralisierten und outputorientierten Steuerung. Oder: Die Konfrontation der neuen „Governance“ der Schule mit einigen ihrer eigenen Prinzipien. In: H. Altrichter/ T. Brüsemeister/ J. Wissinger (Hrsg.): Educational Governance. Handlungskoordination und Steuerung im Bildungssystem. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 185-206
- Böttcher, W. (2008): Evaluation von Schule und Jugendhilfe. In: T. Coelen/ H.-U. Otto (Hrsg.): Grundbegriffe Ganztagsbildung. Das Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 889-898
- Böttcher, W. (2009): Was leisten Evaluationen für die Qualitätsentwicklung? In: T. Bohl/ H. Kiper (Hrsg.): Lernen aus Evaluationsergebnissen. Bad Heilbrunn: Klinkhard, S. 207-217
- Böttcher, W./ Bastian, P./ Lenzmann, V. (2007): Evaluation des Modellprojektes „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2007, Münster: Institut für soziale Arbeit e.V., S. 29-46
- Böttcher, W./ Bastian, P./ Lenzmann, V. (2008): „Soziale Frühwarnsysteme“ Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen. Münster: Waxmann
- Bourgeois, L./ Sabourin, S./ Wright, J. (1990): Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. In: *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 58, S. 608-613
- Bruder, J. (1992): Geriatrie Versorgung im Umbruch. In: Braun, Helmut et. al. (Hrsg.): Vernetzung in der Altenarbeit. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2003): „Mehr Chancen für Kinder und Jugendliche. Stand und Perspektiven der Jugendhilfe in Deutschland; Band 3: Jugendhilfe in der Wissensgesellschaft“. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Soziale Kompetenzen für Kinder und Familien. Ergebnisse der Erlangen-Nürnberger Entwicklungs- und Präventionsstudie. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007): Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Bekanntmachung zur Förderung von Modellprojekten sowie deren wissenschaftlicher Begleitung und Wirkungsevaluation. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007): Kurzevaluation von Programmen zu frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2008): Frühe Hilfen für einen aktiven Kinderschutz. Hilfe und Unterstützung für Eltern von Anfang an. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [Broschüre]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)/ Bundesministerium für Justiz (BMJ) (2008): Änderungsvorschlag BMFSFJ/ BMJ, § 8a SGV III Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, Stand: 04.03.2008
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)/ Bundesministerium für Justiz (BMJ) (2008): Änderungsvorschlag BMFSFJ/BMJ, § 8a SGV III Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, Stand: 04.03.2008
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (Hrsg.) (1990): Achter Jugendbericht. Bericht über die Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
- Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books
- Dahme, H.-J. (2000): Kooperation und Vernetzung im sozialen Dienstleistungssektor. Soziale Dienste im Spannungsfeld „diskursiver Koordination“ und „systemischer Rationalisierung“. In: H.-J. Dahme/ N. Wohlfahrt (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin: edition sigma
- Deegener, G./ Körner, W. (2006): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Theorie, Praxis, Materialien. Lengerich u.a.: Pabst
- Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.) (2007): Early Prevention – Frühe Prävention. Erfahrungen und Strategien aus 12 Ländern. München: Deutsches Jugendinstitut
- Dewe, B./ Otto, H.-U. (1984): Professionalisierung. In: H.-U. Otto/ H. Thiersch (Hrsg.): Handbuch zur Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. Neuwied: Luchterhand, S. 775-811
- Dewe, B./ Otto, H.-U. (2001): Profession. In: H.-U. Otto/ H. Thiersch (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik (2nd revised ed.). Neuwied: Luchterhand, S. 1399-1423
- Dolan, R./ Arnkoff, D./ Glass, C. (1993): Client attachment style and the psychotherapist's international stance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30, S. 408-412
- Duschek, S., Wetzel, R., Aderhold, J. (2005): Probleme mit dem Netzwerk und Probleme mit dem Management. In: J. Aderhold/ M. Meyer/ R. Wetzel, (Hrsg.): Modernes Netzwerkmanagement. Anforderungen – Methoden – Anwendungsfelder. Wiesbaden: Gabler. S. 143-164
- Engel, M./ Flösser, G./ Gensink, G. (1996): Qualitätsentwicklung in der Dienstleistungsgesellschaft – Perspektiven für die Soziale Arbeit. In: M. Heiner (Hrsg.): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 48-67
- Frank, J. D./ Frank, J. B. (1991): Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins

- Franzkowiak, P. (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München: UTB-Reinhardt
- Franzkowiak, P. (2008): Prävention im Gesundheitswesen. Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit. In: G. Hensen/ P. Hensen (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 195-219
- Freud, S. (1958/ original work published 1912): On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In: J. Strachey (Hrsg. und Übers.): Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 12. London: Hogarth Press, S. 122-144
- Freud, S. (1966/ original work published 1913): The Dynamiks of transference. In: J. Strachey (Hrsg. und Übers.): Standard edition of the complete works of Sigmund Freud, 12. London: Hogarth Press, S. 97-108
- Fuchs, K. (2003): Handeln in Widersprüchen. Zu Leitbildern professionellen Handelns. In: H. Krüger/ T. Rauschenbach (Hrsg.): Diplom-Pädagogen in Deutschland. Survey 2001. Weinheim u.a.: Juventa, S. 217-237
- Gaston, L. (1990): The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. In: Psychotherapy, 27, S. 143-153
- Gaston, L./ Marmar, C. (1994): The California Psychotherapy Alliance Scales. In: A. O. Horvath, / L. S. Greenberg, (Hrsg.): The working alliance: Theory, research and practice. New York: Wiley, S. 85-108
- Gaston, L./ Marmar, C. R./ Thompson, L. W./ Gallagher, D. (1988): Relation of patient pre-treatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(4), S. 483-489
- Gaston, L./ Marmar, C. R./ Thompson, L. W./ Gallagher, D. (1991): Alliance prediction of outcome: Beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. In: Psychotherapy Research, 1, S. 104-112
- Geeraert, L./ Van den Noortgate, W./ Grietens, H./ Onghena, P. (2004): The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. In: Child Maltreat, 9 (3), S. 277-291
- Gildemeister, R. (1983): Als Helfer überleben. Neuwied u. a.: Luchterhand
- Gildemeister, R./ Robert, G. (2001): Therapie und Soziale Arbeit. In: H.-U. Otto / H. Thiersch, (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. Neuwied: Luchterhand, S. 1901-1909
- Gmür, W., Straus, F. (1994): Die Netzwerkperspektive in der Jugendforschung – Beispiel einer Netzwerkanalyse. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie (ZSE) 14 (3), S. 227 – 244
- Gornes-Schwartz, B. (1978): Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, S. 1023-1035
- Grigg, A./ Goodstein, L. (1957): The use of clients as judges of the counselor's performance. In: Journal of Counseling Psychology, 4, S. 31-36
- Groß, D. (2006): Determinanten erfolgreicher Netzwerkarbeit. In: Univation Institut für Evaluation (Hrsg.): Evaluation von Netzwerkprogrammen – Entwicklungsperspektiven einer

- Evaluationskultur. Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation von Netzwerken. Köln: Univention Institut für Evaluation, S. 57-65
- Groß, D., Holz, G., Boeckh, J. (2005): Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. Ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung. In: ISS-Pontifex 1/2005, Frankfurt: ISS-Eigenverlag
- Gurman, A. S. (1977): The patient's perception of the therapeutic relationship. In: A. S. Gurman/ A. M. Razin (Hrsg.): Effective psychotherapy: A handbook of research. New York: Pergamon, S. 503-543
- Hahlweg, K./ Kessemeier, Y. (2003): Erwiderung auf kritische Stellungnahmen zum „Positiven Erziehungsprogramm“ Triple P. In: Beratung Aktuell, Zeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung, 3, S. 158-177
- Halfmann, J. (1996): Makrosoziologie der modernen Gesellschaft. Eine Einführung in die soziologische Beschreibung makrosozialer Phänomene. Weinheim und München: Juventa.
- Hall, R.H. (1968): Professionalism and bureaucratization. In: American Sociological Review, 33(1), S. 92-104
- Heiner, M. (1996): Qualitätsmanagement durch kollegiale Evaluation der Berichterstattung. In: In: M. Heiner (Hrsg.): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 227-246
- Hensen, G. (2008): Gesundheitsförderung und Prävention in der Tagesbetreuung. In: S. Rietmann/ G. Hensen (Hrsg.): Tagesbetreuung im Wandel. Das Familienzentrum als Zukunftsmodell. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 133-151
- Hensen, G./ Rietmann, S. (2008): Systematische Gestaltung früher Hilfeeinrichtungen. Entwicklungspsychologische und organisationstheoretische Grundlagen. In: P. Bastian/A. Diepholz/E. Lindner (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann, S. 35-58.
- Hensen, G./ Schone, R. (2009a): „Guten Tag, wie geht's dem Baby?“ – Hausbesuche im Kontext Früher Hilfen als Dienstleistung? In: Forum Erziehungshilfen, 15(1), S. 18-23
- Hensen, G./ Schone, R. (2009b): Familie als Risiko? Zur funktionalen Kategorisierung von „Risikofamilien“ in der Jugendhilfe. In: Ch. Beckmann/ H.-U. Otto/ M. Richter/ M. Schrödter (Hrsg.): Jugendhilfe und Familie. neue praxis-Sonderheft 9, S. 149-159.
- Hörster, R. (2008): Sozialpsychiatrie und Soziale Arbeit. In: K.A. Chassé/ H.-J. von Wensierski (Hrsg.): Praxisfelder der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa, S. 369-383
- Hörster, R./ Müller, B (1996): Zur Struktur sozialpädagogischer Kompetenz. In: A. Combe/ W. Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 614-648
- Horvath, A. O./ Symonds, B. D. (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. In: Journal of Counseling Psychology, 38, S. 139-149
- Horvath, A.O. (1994): Research on the alliance. In: A. O. Horvath/ L. S. Greenberg (Hrsg.): The working alliance: Theory, research and practice. New York: Wiley, S. 259-287
- Horvath, A.O./ Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, S. 561-573
- Hubble, M. A./ Duncan, B. L./ Miller, S. D. (Hrsg.) (2001): So wirkt Psychotherapie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

- Imber-Black, E. (2006): Familien und größere Systeme: Im Gestrüpp der Institutionen. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag
- Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) (Hrsg.) (2005): Families First. In: Reihe: Material für die Praxisentwicklung früher Hilfen für Familien. Band I. Münster: Institut für soziale Arbeit e.V.
- Institut für soziale Arbeit e.V. ISA (Hrsg.) (2007): Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen. Die Herner Materialien zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten in Kindertageseinrichtungen. Düsseldorf.
- Jakob, G. (1993): Zwischen Dienst und Selbstbezug: eine biographieanalytische Untersuchung ehrenamtlichen Engagements. Opladen: Leske + Budrich
- Janssen, H. J. (2000): Kooperation und Vernetzung im Gesundheitssystem. In: H.-J. Dahme/ N. Wohlfahrt (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin: edition sigma, S. 201-215
- Jungmann, T./ Kurtz, V./ Brand, T. (2008). Das Modellprojekt „Pro Kind“ – Eine Verortung in der Landschaft früher Hilfen. Frühförderung Interdisziplinär, 27 (2), S. 67-78
- Kappelhoff, P. (1999): Der Netzwerkansatz als konzeptueller Rahmen für eine Theorie interorganisationaler Netzwerke. In: J. Sydow/ A. Windeler (Hrsg.): Steuerung von Netzwerken, Opladen: Leske + Budrich, S. 25- 56
- Karoly, L.A./ Greenwood, P. W./ Everingham, S. S./ Hoube, J./ Kilburn, M. R./ Rydell, C. P./ Sanders, M./ Chiesa J. (1998). Investing in our children. Santa Monica: RAND
- Kiesler, D. J./ Watkins, L. M. (1989): Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. Psychotherapy, 26, S. 183-194
- Kindler, H. (2000): Verfahren zur Einschätzung von Mißhandlungs- und Vernachlässigungsrisiken. In: Kindheit und Entwicklung, 9(4), S. 222-230
- Kindler, H. (2005): Verfahren zur Einschätzung der Gefahr zukünftiger Misshandlung bzw. Vernachlässigung: Ein Forschungsüberblick. In: G. Deegener/ W. Körner (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 385-404
- Kindler, H. (2006): Frühe Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein internationaler Forschungsüberblick. In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 9(1), S. 23-47
- Kokotovic, A. M./ Tracey, T. J. (1990): Working alliance in the early phase of counseling. In: Journal of Counseling Psychology, 37, S. 16-21
- Kolb, D. L./ Beutler, L. E./ Davis, C. S./ Crago, M./ Shanfield, S. (1985): Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 22, S. 702-710
- König, J. (2008): Qualitätskriterien zur Selbstevaluation in der Kinder- und Jugendarbeit. In: W. Lindner (Hrsg.): Kinder- und Jugendarbeit wirkt. Aktuelle und ausgewählte Evaluationsergebnisse der Kinder- und Jugendarbeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 295-307
- Krüger, H./ Rauschenbach, T. (Hrsg.) (2003): Diplom-Pädagogen in Deutschland. Survey 2001. Weinheim u.a.: Juventa
- Krupnick, J./ Stotsky, S./ Simmens, S./ Moyer, J. (1992): The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the NIMH Treatment of De-

- pression Collaborative Research Program. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA
- Küttner, T. (2004): Der Klinische Behandlungspfad als strategisches Managementinstrument im DRG-Kontext und dessen Entwicklung am praktischen Beispiel einer akutgeriatrischen Abteilung eines somatischen Krankenhauses. Münster: Schöningh
- Lafferty, P./ Beutler, L. E./ Crago, M. (1989): Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, S. 76-80
- Lambert, M. J./ De Julio, S. S./ Stein, D. M. (1978): Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research. In: *Psychological Bulletin*, 85, S. 467-489
- Lambert, M.J. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: J. C. Norcross/ M. R. Goldfield (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, S. 94-129
- Lambert, M. J./ Bergin, A. E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. In: A. E. Bergin/ S. L. Garfield (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley, S. 143-189
- Layzer, J. I./ Goodson, B. D./ Bernstein, L./ Price, C. (2001): *National Evaluation of Family Support Programs. Final Report Volume A: The Meta-Analysis*. Cambridge
- Lazarus, A. A. (1993): Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30, S. 404-407
- Lebow, J. (1997): New science for psychotherapy: Can we predict how therapy will progress? *Family Therapy Networker*, 21(2), S. 85-91
- Lilie, O. (2005): Bewältigung von „typischen“ Netzwerkproblemen. Zum systematischen Einsatz von Moderationstools. In: J. Aderhold/ M. Meyer/ R. Wetzel (Hrsg.): *Modernes Netzwerkmanagement. Anforderungen – Methoden – Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Gabler, S. 303-320
- Luborsky, L./ Crits-Christoph, P./ Mintz, J./ Auerbach, A. (1988): Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. New York: Basic Books
- Luborsky, L./ Singer, B./ Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everybody has win and all must have prices?" *Archives of General Psychiatry*, 32, S. 995-1008
- Lüders, C./ Haubrich, K. (2006): Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe: Über hohe Erwartungen, fachliche Erfordernisse und konzeptionelle Antworten. In: Projekt eXe [Hrsg.]: *Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe. Einblicke in die Evaluationspraxis*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., S. 5-24
- Luhmann, N. (1991): *Soziologie des Risikos*. Berlin, New York: de Gruyter Verlag.
- Luhmann, N. (1995): *Das Recht der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- MacLeod, J./ Nelson, G. (2000): Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. In: *Child Abuse & Neglect*, 24 (9), S. 1127-1149
- Maier, G. W./ Woschée, R.-M. (2002): Die affektive Bindung an das Unternehmen. Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Fassung des Organizational Commitment

- Questionnaire (OCQ) von Porter und Smith (1970). In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 46(3), S. 126-136
- McNeece C./ Thyer B. (2004): Evidence-Based Practice and Social Work. In: Journal of Evidence Based Social Work, 1, S. 7-25
- Menold, N. (2007): Methodische und methodologische Aspekte der Wirkungsmessung. In: P. Sommerfeld/ M. Hüttemann (Hrsg.): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 26-39
- Merchel, J. (2004): Qualitätsentwicklung. Eine Perspektive zur systematischen Qualitätsverbesserung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: J. M. Fegert/ C. Schrapper (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa, S. 583-590
- Merchel, J. (2008): „Frühe Hilfen“ und „Prävention“. Zu den Nebenfolgen öffentlicher Debatten um Kinderschutz. In: Widersprüche, 109, S. 11-23
- Meyer, W. (2006): Evaluation von Netzwerksteuerung. In: Zeitschrift für Evaluation, 2, S. 227-248
- Meysen, T. (2008): „Ich war drin-Garantie“ im Kinderschutz. Kommentar. In: Forum Erziehungshilfen, 14(4), S. 195.
- Miller, W. R./ Taylor, C. A./ West, J. C. (1980): Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, S. 590-601
- Miller, Y. (2001): Erziehung von Kindern im Kindergartenalter - Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Braunschweig: Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig
- Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Intergration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) (Hrsg.) (2005): Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur Weiterentwicklung lokaler sozialer Frühwarnsysteme. Münster: Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Intergration des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein- Westfalen (MGSFF) (Hrsg.) (2005): Abschlussdokumentation. Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojektes. Münster: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein- Westfalen
- Mohl, P. C./ Martinez, D./ Ticknor, C./ Huang, M./ Cordell, M. D. (1991): Early dropouts from psychotherapy. In: Journal of Nervous and Mental Disease, 179, S. 478-481
- Müller, B. (1991): Die Last der großen Hoffnungen. Methodisches Handeln und Selbstkontrolle in sozialen Berufen. Weinheim und München: Juventa
- Müller, B. (2005): Professionalisierung. In: W. Thole (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen: Leske + Budrich, S. 725–744
- Muran, C. J./ Segal, Z. V./ Samstag, L. W./ Crawford, C. E. (1994): Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, S. 185-190
- Murphy, P./ Cramer, D./ Lillie, F. (1984): The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. In: British Journal of Medical Psychology, 57, S. 187-192

- Mutschler, R. (1998): Kooperation ist eine Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 3+4, S. 49-52
- Mutschler, R. (2000): Kooperation in Netzwerken. Kompetenzanforderungen an die Soziale Arbeit und die Bedeutung von Koordinationsstellen am Beispiel der Altenarbeit. In: H.-J. Dahme/ N. Wohlfahrt (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin: edition sigma, S. 235-246
- Najavits, L. M./ Strupp, H. H. (1994): Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. In: Psychotherapy, 31, S. 114-123
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2008): Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen
- Norcross, J. (1993): Tailoring relationship stances to client needs: An introduction. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 30, S. 402-403
- Norcross, J. C./ Newmann, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In: J. C. Norcross/ M. R. Goldfield (Hrsg.): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books, S. 3-45
- Oelerich, G./ Schaarschuch, A. (2005): Der Nutzen Sozialer Arbeit. In: G. Oelerich/ A. Schaarschuch (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. München Basel: Reinhardt, S. 80-98
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: A. Combe/ W. Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 70-182
- Olds, D./ Henderson, C. R., Jr/ Cole, R./ Eckenrode, J./ Kitzman, H./ Luckey, D./ Pettitt, L./ Sidora, K./ Morris, P./ Powers, J. (1998): Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. In: JAMA, 280(14), S. 1238-1244
- Olds, D./ Henderson, C. R., Jr/ Kitzman, H. / Eckenrode, J. / Cole, R. / Tatelbaum, R. (1998): The promise of home visitation: Results of two randomized trials. In: J. Community Psychol., 26(1), S. 5-21
- Olk, T. (1986): Abschied vom Experten. Weinheim u. a.: Juventa
- Orlinsky, D. E./ Grawe, K./ Parks, B. K. (1994): Process and outcome in psychotherapy. In: B. A. Garfield/ S. L. Garfield (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, S. 270-376
- Orlinsky, D. E./ Howard, K. I. (1986): Process and outcome in psychotherapy. B. A. Garfield/ S. L. Garfield (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, S. 311-381
- Otto, H./ Ziegler, H. (2006): Managerielle Wirkungsorientierung und der demokratische Nutzwert professioneller Sozialer Arbeit. In: T. Badawia/ H. Luckas /H. Müller (Hrsg.): Das Soziale gestalten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 95-112
- Otto, H.-U. (2007): Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit - Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ. Berlin: AGJ
- Otto, H.-U./ Beckmann, C./ Schaarschuch, A./ Schrödter, M. (2006): Qualität und Wirkung in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Vorläufige Ergebnisse des DFG-Projektes „Dienstleistungsqualität“. Bielefeld und Wuppertal : www.dlq-online.de

- Otto, H.-U./ Ziegler, H. (2006): Managerielle Wirkungsorientierung und der demokratische Nutzwert professioneller Sozialer Arbeit. In: T. Badawia/ H. Luckas /H. Müller (Hrsg.): Das Soziale gestalten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 95-112
- Patterson, C. H. (1984): Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. In: *Psychotherapy*, 21, S. 431-438
- Pawson, R./ Tilley, N (2004): *Realistic Evaluation*. Trowbridge, Wiltshire: Cromwell Press Lds
- Payer, H. (2008): Netzwerk, Kooperation, Organisation. In: S. Bauer-Wolf (Hrsg.): *Erfolgreich durch Netzwerkkompetenz*. Springer: Wien. S. 5-22
- Pfeiffer, A. (2004): Faktoren erfolgreicher Netzwerkarbeit. Spannend und spannungsvoll. In *ProjektArbeit* 3(1), S. 5-12
- Pinsof, W. M. (1994): Integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, research and clinical implications. In: A. O. Horvath/ L. S. Greenberg [Hrsg.]: *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley, S. 173-198
- Piper, W. E./ de Carufel, F. L./ Szkrumelak, N. (1985): Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, S. 726-733
- Plotnikov, K. H. (1990): *Early termination from counseling: The client's perspective*. Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh, PA
- Portwich, P. (2005): Evidence-based medicine – Methode, Kritik und Nutzen für eine professionalisierte Handlungspraxis in der Medizin. In: *Gesundheitswesen*, 67, S. 319-324
- Rhodes, R. H./ Hill, C. E./ Thompson, B. J./ Elliot, R. (1994): Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. In: *Journal of Counseling Psychology*, 41, S. 473-483
- Rietmann, S. (2006): Probleme und Chancen interdisziplinärer Kooperation bei Kindeswohlgefährdungen. In: *IKK-Nachrichten*, 1-2, S. 29-33.
- Rietmann, S./ Hensen, G. (2007): Komplexität bei Kindeswohlgefährdungen als Risiko. Hinweise für eine koordinierte Steuerung bei Einschätzung und Intervention. In: *Kindesmisshandlung und –vernachlässigung*, 10(2), S. 24-41
- Roeder, N./ Hensen, P. (2008): *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege*. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Roeder, N./ Hensen, P./ Hindle, D./ Loskamp, N./ Lakomek, H.-J. (2003) Instrumente zur Behandlungsoptimierung. Klinische Behandlungspfade. In: *Der Chirurg* 74, S. 1149-1155
- Rogers, C. R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: *Journal of Consulting Psychology*, 21, S. 95-103
- Ross, S. M. (2007): Achievements, Challenges, and Potential Advancements in Reviewing Educational Evidence for Consumers. In: *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 12(1), S. 91-100
- Rossi, P. H./ Lipsey, M. W./ Freeman, H. E. (2004): *Evaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Sackett, D. L./ Rosenberg, W. M. C./ Muir Gray, J. A./ Haynes, R. B./ Richardson, W. S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Editorial. In: *BMJ (British Medical Journal)*, 312(1), S. 71-72

- Safran J. C./ Segal, Z. V./ Vallis, T. M./ Shaw, B.F./ Samstag, L. W. (1993): Assessing patient suitability for short-term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy and Research*, 17, S. 23-38
- Sager, F./ Ledermann, S. (2006): Qualitative Comparative Analysis (QCA) und realistische Evaluation. In: U. Flick (Hrsg.): *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Reinbeck: Rowohlt, S. 250-264
- Saile, H./ Kühnemund, M. (2001): Kompetenzüberzeugung und Selbstwertgefühl in der Rolle als Mutter. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33(2), S. 103-111
- Sann, A./ Schäfer, R. (2008): Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis. In: P. Bastian/ A. Diepholz/ E. Lindner (Hrsg.): *Frühe Hilfen für Familien - Soziale Frühwarnsysteme*. Münster u.a.: Waxmann, S. 103-122
- Scheithauer, H./ Niebank, K./ Petermann, F. (2000): Biopsychische Risiken in der Frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychologischer Sicht. In: F. Petermann/ K. Niebank/ F. Petermann (Hrsg.): *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen: Hogrefe, S. 65-97
- Schone, R. (2008): Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der (AGJ). Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe
- Schone, R./ Gintzel, U./ Jordan, E./ Kalscheuer, M./ Münder, J. (1997): *Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*. Münster: Votum.
- Schrödter, M./ Ziegler, H. (2007): Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe? Internationaler Überblick und Entwurf eines Indikatorensystems von Verwirklichungschancen. In: *Wirkungsorientierte Jugendhilfe*. Band 02, Eine Schriftenreihe des ISA zur Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung
- Schüle, J.A. (1983): Gesellschaftliche Entwicklung und Prävention. In: M. M. Wambach (Hrsg.): *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 7-28
- Schütter, S. (2006): Die Regulierung von Kindheit im Sozialstaat. Kinder und Kindheit in New Labours Gesellschaftsentwurf. In: *neue praxis* 5, S. 468-482.
- Schütz, H./ Wiedemann, P. M./ Gray, P. C. R. (2000): Risk Perception Beyond the Psychometric Paradigma. In: *Arbeiten zur Risiko-Kommunikation* H. 78. Programmgruppe Mensch, Umwelt, Technik des Forschungszentrums Jülich.
- Schütze, F. (1992): Sozialarbeit als "bescheidene" Profession. In: B. Dewe/ W. Ferchhoff/ F.-O. Radtke (Hrsg.): *Erziehen als Profession: zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske + Budrich, S. 132-170
- Schütze, F. (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen - ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: A. Combe/ W. Helsper (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 183-276
- Schwarzer, R./ Jerusalem, M. (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 44 (Beiheft. 5), S. 28-53
- Smith, M. L./ Glass, G. V./ Miller, T. I. (1980). *The benefit of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press

- Spiegel, H. von (1993): Aus Erfahrung lernen. Qualifizierung durch Selbstevaluation. Münster: Votum.
- Spiegel, H. von (2006): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Stöckel, S. (2007): Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann/ T. Klotz/ J. Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u.a.: Verlag Hans Huber, S. 21-29
- Strupp, H. H./ Hadley, S. W. (1979): Specific vs. Non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. Archives of General Psychiatry, 36, S. 1125-1136
- Struzyna, K.-H. (2008): Von Prävention bis Intervention. In: Nervenheilkunde, 27, S. 553-560
- Sturzenhecker, B./ Spiegel, H. von (2008): Was hindert und fördert Selbstevaluation und Wirkungsreflexion in der Kinder- und Jugendarbeit? In: W. Lindner (Hrsg.): Kinder- und Jugendarbeit wirkt. Aktuelle und ausgewählte Evaluationsergebnisse der Kinder- und Jugendarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 309-322
- Swales, S. (2003): Professionalism: Evolution and Measurement. In: Service Industries Journal, 23(2), S 130–149
- Sweet, M. A./ Appelbaum, M. I. (2004): Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children. In: Child Dev., 75 (5), S. 1435-1456
- Syska, Andras (2006): Produktionsmanagement. Das A-Z wichtiger Methoden und Konzepte für die Produktion von heute. Wiesbaden: Gabler
- Tilley, N. (2000): Realistic Evaluation: An Overview. Presented at the Founding Conference of the Danish Evaluation Society, September 2000
- Tracey, T. J. (1986): Interactional correlates of premature termination. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, S. 784-788
- van Dick, R./ Schnitger, C./ Schwartzmann-Buchelt, C./ Wagner, U. (2001): Der Job Diagnostic Survey im Bildungsbereich. Eine Überprüfung der Gültigkeit des Job Characteristics Model bei Lehrerinnen und Lehrern, Hochschulangehörigen und Erzieherinnen mit berufsspezifischen Weiterentwicklungen des JDS. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 45(2), S. 74–92
- van Santen, E./ Seckinger, M. (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut
- Velden, M. (1982): Die Signalentdeckungstheorie in der Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Werner, H.-H. (2008): Kooperation und Netzwerke bei der Umsetzung des Kinderschutzes. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 39(3), S. 60-69
- Willke, H. (2007): Einführung in das systemische Wissensmanagement. Heidelberg: Carl Auer Verlag
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005): Familiäre Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe. Weinheim und München: Juventa

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Das Pathway-Konzept.....	6
Abbildung 2	Grundmodell der Kooperation (Quelle: ÖAR Regionalberatung GmbH; In: Payer 2008, S. 7)	6
Abbildung 3	Grundstruktur von Netzwerken Früher Hilfen (Beispiel).....	6
Abbildung 4	Ebenen professionellen Handelns.....	6
Abbildung 5	Sieben Bausteine der Etablierung sozialer Frühwarnsysteme	6
Abbildung 6	Beispiel einer möglichen CMO-Konfiguration (angelehnt an Pawson/ Tilley 1997).....	6