

# Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

---

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur



# Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich

Ergebnisse der Feldanalyse und der Stakeholder-Workshops

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Sabine Haas  
Christoph Pammer  
Marion Weigl  
Petra Winkler

Unter Mitarbeit von:

Martina Brix (BMG)  
Christine Knaller

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Veronika Wolschlager

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im März 2013

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zl. II/4658

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

## Definition von Frühen Hilfen

Frühe Hilfen stellen ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt) dar, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind.

Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Elternkompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Des Weiteren sollen damit Entwicklungsstörungen, -verzögerungen und Krankheiten verhindert bzw. reduziert werden. Frühe Hilfen tragen damit maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen wenden sich nicht ausschließlich, aber schwerpunktmäßig an sozial benachteiligte Familien bzw. an Familien mit besonderen Belastungen und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

## Grundlagenprojekt

Als Beitrag zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Dezember 2011 die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einem Grundlagenprojekt zu Frühen Hilfen beauftragt. Das zweijährige Projekt wird aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Rahmen der Vorsorgestrategie finanziert und in Kooperation mit Partnern aus allen Bundesländern umgesetzt. Ein zentrales Element des gesamten Projektes ist eine Bestandsaufnahme der Ausgangsbasis als Grundlage für die Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2012 eine Feldanalyse sowohl in den Bundesländern als auch auf Bundesebene durchgeführt. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Ergebnisse dieser Feldanalyse.

## Feldanalyse

Ziel der Feldanalyse war nicht nur eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Angebote und Einstellungen zu Frühen Hilfen, sondern gleichzeitig eine Sensibilisierung und Aktivierung relevanter Fachleute und Entscheidungsträger/innen. Für die Umsetzung der Feldanalyse in den Bundesländern wurde – wo möglich – auf das bereits existierende ENCARE-Netzwerk zurückgegriffen (European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family). Die Regionalpartner haben mit Hilfe einer Online-Erhebung, teilstandardisierter Interviews mit Praktikerinnen/Praktikern und Fokusgruppen mit Entscheidungsträgerinnen/-trägern eine Bewertung des Potenzials Früher Hilfen im jeweiligen Bundesland vorgenommen. In Vorarlberg

wurde auf dem bereits etablierten Netzwerk Familie aufgebaut, indem an die dortige Situation angepasste Schritte gesetzt wurden. Ergänzend wurde eine Datenerhebung auf Bundesebene durchgeführt, die jedoch vor allem die eingeschränkte Verfügbarkeit von relevanten Daten zeigte. Stakeholder-Workshops auf Bundesebene dienten der Abwägung von Konsens und Dissens in zentralen politischen und ethischen Fragen sowie der Vertiefung eines transdisziplinären Problemverständnisses.

### **Idealmodell Frühe Hilfen**

Im Zuge der Arbeiten zum Grundlagenprojekt wurde ein sogenanntes Idealmodell für Frühe Hilfen in Österreich entwickelt und in den Stakeholder-Workshops diskutiert. Dieses Idealmodell besteht aus regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken, die mit einem bundesweit bereitgestellten Basisangebot verknüpft sind. Das Basisangebot soll für alle Familien rund um die Zeit der Geburt zur Verfügung stehen und durch aufsuchende Elemente einen Zugang zu Familien in belasteten Situationen ermöglichen. Die regionalen Netzwerke sollen möglichst vielfältig sein und fallspezifisch notwendige Unterstützungsmaßnahmen sicherstellen. Case Management und Netzwerkmanagement sind wesentliche Elemente dieser Netzwerke. Eine überregionale Stelle ist zuständig für fachliche Weiterentwicklung von Frühen Hilfen, überregionale Vernetzung und Erfahrungsaustausch.

### **Ergebnisse**

Die Feldanalyse zeigte sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene ein großes Interesse an Frühen Hilfen und deren große Akzeptanz sowie eine hohe Bereitschaft zur Weiterentwicklung des Feldes. Unter Fachleuten und Entscheidungsträgerinnen/-trägern, aber auch innerhalb von Fachbereichen, Berufsgruppen oder Bundesländern besteht derzeit noch kein einheitliches Verständnis von Frühen Hilfen. Konsens gibt es hinsichtlich der Notwendigkeit einer zentralen Stelle auf Bundesebene, die einheitliche Grundstrukturen und Standards definiert und damit einen überregional einheitlichen Rahmen sicherstellt für die Bildung von Netzwerken, die an die regionale Situation angepasst sind bzw. werden. Konsens besteht auch darüber, dass Frühe Hilfen eine intersektorale und interprofessionelle Aufgabe sind und eine stärkere Koordination und Vernetzung als bisher benötigen. Kapazitätsmängel werden aus verschiedensten Bereichen berichtet, am häufigsten hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch im Bereich von therapeutischen Leistungen und insbesondere in ländlichen Regionen. Frühe Hilfen werden vorrangig als Unterstützung und abgegrenzt von Kontrolle gesehen. Neben der Betonung der Freiwilligkeit der Angebote wird aber auch auf die Wichtigkeit der Sicherung des Kindeswohls verwiesen. Weitgehender Konsens besteht darüber, dass grundsätzlich alle Familien erreicht werden sollten, gleichzeitig aber besonderer Fokus auf Familien mit besonderen Belastungen bzw. sozioökonomischen Benachteiligungen gelegt werden soll. Die Erreichbarkeit spezifischer Zielgruppen, wie beispielsweise Alleinerzieher/innen oder Kinder psychisch belasteter oder suchtbelasteter Eltern, wird als nicht ausreichend eingeschätzt. In diesem Zusammenhang werden niederschwellige und aufsuchende Angebote als erfolgversprechende Zugangswege eingestuft. Grundsätzlich wird dem Gesundheitssystem eine zentrale Rolle hinsichtlich des Zugangs zu verschiedenen Zielgruppen zugesprochen, der vor allem auch einer Stigmatisierung

vorbeugt. Allerdings wurde auch auf die Gefahr einer Medikalisierung verwiesen. Es gibt unterschiedliche Meinungen in Bezug auf die Sinnhaftigkeit von Selbstbehalten; Konsens besteht aber dahingehend, dass Selbstbehalte keine Zugangsbarrieren zu Angeboten im Sinne von Frühen Hilfen darstellen dürfen.

## **Schlussfolgerungen**

Es besteht derzeit Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer verstärkten Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich. Gleichzeitig muss jedoch darauf geachtet werden, dass die hohe Erwartungshaltung nicht enttäuscht wird. Ein gemeinsames Verständnis von Frühen Hilfen sollte geschaffen werden, Aktivitäten zum Wissenstransfer müssen daher alle wichtigen strategischen Berufsgruppen und Entscheidungsträger/innen einbinden. Die weitere Etablierung von Frühen Hilfen sollte durch eine zentrale Stelle für bundesweite Koordination, überregionale Vernetzung, fachliche Begleitung, Qualitätsentwicklung und Wissenstransfer unterstützt werden, die auch zur Prozessbegleitung und Beratung bei der Etablierung regionaler Netzwerke zur Verfügung steht.

Die Bemühungen, Frühe Hilfen intersektoral zu verankern, sollten intensiviert werden. Damit Frühe Hilfen dauerhaft gesichert werden können, müssen Ressourcen zur Verfügung gestellt und explizite Aufträge zur Vernetzung ausgesprochen werden. Dies gilt sowohl für die regionale als auch die überregionale Ebene. Eine regionale Bestandsaufnahme der Angebote und eine Analyse hinsichtlich fehlender oder mangelnder Kapazitäten sollten durchgeführt und als Basis für die Etablierung regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke verwendet werden. Dabei muss die Trennlinie zwischen Unterstützung und Kontrolle beachtet und für Transparenz und Klarheit gesorgt werden. Klare Vereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe und Anleitungen für die Arbeit mit den Familien sollten als Grundlage geschaffen werden.

Das erarbeitete Idealmodell entspricht den genannten Anforderungen hinsichtlich Zielgruppen, Erreichbarkeit und Zugänge. Es sollte daher auf Bundesebene Bemühungen zur Etablierung eines solchen Modells inklusive eines in eine Gesundheitsdienstleistung integrierten Basisangebots geben. Die für die frühe Kindheit relevanten Akteurinnen und Akteure müssen als wichtige Zuweiser berücksichtigt werden. Der Zugang zu Frühe-Hilfe-Netzwerken und den darin bereitgestellten Angeboten muss für Familien in belasteten Situationen ohne Selbstbehalte verfügbar sein.



# Inhalt

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Einleitung .....  | 1  |
| 1.1   | Hintergrund und Ziele des Projekts .....  | 1  |
| 1.2   | Begriffsdefinition und Ziele von Frühen Hilfen .....  | 3  |
| 2     | Ziele der Feldanalyse .....   | 6  |
| 3     | Methodik der Feldanalyse .....  | 7  |
| 3.1   | Einführung .....  | 7  |
| 3.2   | Instrumente der Feldanalyse .....   | 8  |
| 3.2.1 | Online-Erhebung relevanter Angebote .....   | 8  |
| 3.2.2 | Interviews in den Bundesländern .....   | 9  |
| 3.2.3 | Fokusgruppen in den Bundesländern .....   | 10 |
| 3.2.4 | Ergänzende Datenerhebung auf Bundesebene.....   | 11 |
| 3.2.5 | Stakeholder-Workshops auf Bundesebene .....   | 11 |
| 3.3   | Methodische Diskussion und Einschränkungen .....  | 11 |
| 4     | Relevante Angebots- und Leistungsfelder .....   | 14 |
| 4.1   | Präventive Potenziale im Feld Früher Hilfen in Österreich .....   | 14 |
| 4.1.1 | Präventionsformen .....   | 15 |
| 4.1.2 | Potenzialentwicklung Früher Hilfen in Österreich .....  | 18 |
| 4.2   | Aufsuchende Angebote und kombinierte Programme früher Hilfen<br>mit niederschweligen Zugangsstrategien..... | 23 |
| 4.3   | Kinderkranken- und Familiengesundheitspflege .....  | 26 |
| 4.3.1 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 26 |
| 4.3.2 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 27 |
| 4.4   | Leistungsbereiche von Hebammen .....  | 28 |
| 4.4.1 | Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse.....  | 28 |
| 4.4.2 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 29 |
| 4.4.3 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 31 |
| 4.5   | Prävention und Gesundheitsförderung .....   | 32 |
| 4.5.1 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 32 |
| 4.5.2 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 33 |
| 4.6   | Psychotherapie (inkl. Gruppenangebote) .....  | 34 |
| 4.6.1 | Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse.....  | 34 |
| 4.6.2 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 35 |
| 4.6.3 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 36 |
| 4.7   | Therapeutische Leistungen (Physio-, Ergotherapie und Logopädie).....  | 37 |
| 4.7.1 | Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse.....  | 37 |
| 4.7.2 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 38 |
| 4.7.3 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 39 |
| 4.8   | Frühförderung.....  | 40 |
| 4.8.1 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 40 |
| 4.8.2 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 42 |
| 4.9   | Freiwillige Angebote der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe .....                                 | 43 |
| 4.9.1 | Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse.....  | 44 |
| 4.9.2 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 45 |
| 4.9.3 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 46 |
| 4.10  | Elternberatung und -begleitung .....  | 47 |
| 4.11  | Eltern- und Kinderbildung.....  | 48 |
| 4.12  | Angebote in Eltern-Kind-Zentren .....   | 49 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 4.12.1 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 49  |
| 4.12.2 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 50  |
| 4.13   | Elementarbildung .....  | 52  |
| 4.13.1 | Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse.....  | 52  |
| 4.13.2 | Ergebnisse der Online-Erhebung.....   | 52  |
| 4.13.3 | Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten .....   | 54  |
| 4.14   | Ergebnisse von Interviews mit weiteren Praxisexpertinnen/-experten.....                                   | 55  |
| 4.14.1 | Gesundheitsamt / Ärztlicher Dienst .....  | 55  |
| 4.14.2 | Kinder- und Jugendheilkunde .....   | 56  |
| 4.14.3 | Gynäkologie .....   | 58  |
| 4.14.4 | Heilpädagogik.....  | 59  |
| 4.14.5 | Gebietskrankenkasse .....   | 60  |
| 4.14.6 | Kinder- und Jugendanwaltschaft .....  | 61  |
| 4.14.7 | Sozialarbeit .....  | 62  |
| 5      | Sichtweisen zentraler Stakeholder .....   | 64  |
| 5.1    | Sichtweisen zentraler Stakeholder auf Bundesebene.....  | 64  |
| 5.1.1  | Stakeholder-Workshops .....   | 64  |
| 5.1.2  | Idealmodell Frühe Hilfen .....  | 64  |
| 5.1.3  | Zentrale Gesamtergebnisse .....   | 65  |
| 5.1.4  | Detailliertergebnisse .....   | 67  |
| 5.2    | Sichtweisen zentraler Stakeholder auf Länderebene .....   | 69  |
| 5.2.1  | Konsens in zentralen Fragen Früher Hilfen.....  | 70  |
| 5.2.2  | Dissens in zentralen Fragen Früher Hilfen .....   | 72  |
| 5.2.3  | Konsens und Dissens bezüglich der Gestaltung und Steuerung<br>eines künftigen Systems Früher Hilfen ..... | 73  |
| 6      | Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....   | 75  |
|        | Bibliographie .....   | 79  |
|        | ANHANG.....   | 81  |
|        | Anhang A: Arbeitsdefinition von Frühen Hilfen im Rahmen des Grundlagenprojekts .....                      | 83  |
|        | Anhang B: Liste der Regionalpartner.....  | 84  |
|        | Anhang C: „Länderprofile“ – Frühe Hilfen im Diskurs.....  | 85  |
|        | Anhang D: Fragebogen.....   | 96  |
|        | Anhang E: Interviewleitfaden .....  | 102 |

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 4.1: Anzahl der erhobenen Angebote in den verschiedenen Angebotsfeldern Früher Hilfen .....               | 14 |
| Abbildung 4.2: Universelle, selektive und indizierte Maßnahmen in den Angebotsfeldern Früher Hilfen in Prozent..... | 17 |
| Abbildung 4.3: Kontinuität der Finanzierung nach Angebotsfeldern, in Prozent .....                                  | 19 |
| Abbildung 4.4: Durchschnittliche öffentliche Finanzierungsanteile nach Angebotsfeldern, in Prozent .....            | 20 |
| Abbildung 4.5: Selbstbehalte nach Angebotsfeldern, in Prozent.....  | 21 |
| Abbildung 4.6: Kooperationsformen nach Angebotsfeldern, in Prozent.....   | 22 |
| Abbildung 4.7: Evaluation nach Angebotsfeldern, in Prozent.....   | 23 |

## Tabellen:

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 4.1: Strukturdaten zu Hebammen, 2011 .....  | 28 |
| Tabelle 4.2: Kosten für therapeutische Leistungen in Österreich pro Stunde in Euro, 2010 .....              | 38 |
| Tabelle 4.3: Ressourcenallokation bei freiwilligen Unterstützungsleistungen der Jugendwohlfahrt, 2011 ..... | 44 |



# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund und Ziele des Projekts

Eine wesentliche Basis für Potenziale und Chancen im weiteren Leben wird in der frühen Kindheit gelegt. Die Lebenslaufforschung (life course approach) belegt insbesondere einen starken Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status in der Kindheit (Bildung, Einkommen etc. der Eltern) und dem Gesundheitszustand im Erwachsenenalter, und zwar unabhängig vom späteren sozialen Status (Dragano/Siegrist 2009, Lampert/Richter 2009). Ausreichend Unterstützung und Förderung in der frühen Kindheit können damit Lebensqualität, sozioökonomische Lage und Gesundheit bis weit ins Erwachsenenleben positiv beeinflussen (Bauer 2004, Lengning/Zimmermann 2009, Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011). Es war daher eine Empfehlung des Kindergesundheitsdialogs, an dem rund 180 Fachleute beteiligt waren, so früh wie möglich mit Gesundheitsförderung und Prävention anzusetzen.

Eine zentrale Strategie dafür sind **Frühe Hilfen**, deren verstärkte Etablierung in Österreich als wichtiger Maßnahmenbereich der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie<sup>1</sup> des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2011) festgelegt wurde. Frühe Hilfen sind auch in Bezug auf einige der im Jahr 2012 beschlossenen Rahmen-Gesundheitsziele<sup>2</sup> für Österreich von großer Relevanz, da sie einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, gesundem Aufwachsen und psychosozialer Gesundheit leisten, um nur einige jener Rahmen-Gesundheitsziele zu nennen, zu deren Umsetzung Frühe Hilfen einen Beitrag leisten können. In Österreich gibt es bereits ein flächendeckendes Angebot von Frühen Hilfen im Bundesland Vorarlberg<sup>3</sup> (vgl. Geiger/Ellsäßer 2012), darüber hinaus aber kaum Frühe Hilfen im engeren Sinn von multiprofessionellen bzw. multiinstitutionellen Netzwerken (vgl. Abschnitt 1.2).

Als Teil der Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hat das BMG die Gesundheit Österreich (GÖG) mit einem **Grundlagenprojekt** zu Frühen Hilfen beauftragt. Das über zwei Jahre laufende Projekt wird aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Rahmen der Vorsorgestrategie<sup>4</sup> finanziert und soll Ende 2013 abgeschlossen sein. Es wird von der GÖG in Kooperation mit regionalen Partnern in allen Bundesländern (vgl. Anhang B) sowie einem Fachkonsulenten

---

1

Vgl. [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder\\_und\\_Jugendgesundheit/Kinder\\_und\\_Jugendgesundheitsstrategie/](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie/).

2

Vgl. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>.

3

Vgl. [http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/jugend\\_senioren/jugend/jugendwohlfahrt/weitereinformationen/fruehehilfen/fruehehilfen.htm](http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/jugend_senioren/jugend/jugendwohlfahrt/weitereinformationen/fruehehilfen/fruehehilfen.htm) sowie <http://www.netzwerk-familie.at/>.

4

Vgl. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/vorsorgestrategie-ernaehrung-einleitung.html>.

(Christoph Pammer) umgesetzt. Eine Steuerungsgruppe und ein Fachbeirat (vgl. <http://www.fruehehilfen.at/de/Ueber-Uns/Team.html>) begleiten das Projekt.

Zentrales **Ziel des Projektes** ist die Verbesserung der strukturellen und fachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung von Frühen Hilfen in Österreich. Es kann davon ausgegangen werden, dass in allen Bundesländern bereits vielfältige Angebote bestehen, die in Bezug auf Frühe Hilfen von Relevanz sind. Das Projekt zielt daher nicht vorrangig auf die Etablierung neuer, unmittelbar bevölkerungswirksamer Angebote ab, sondern auf eine Verbesserung der Vernetzung der bestehenden Angebote sowie der Inanspruchnahme durch relevante Zielgruppen.

Ein wichtiger Eckstein der **Projektaktivitäten** ist die Feldanalyse auf regionaler Ebene in allen Bundesländern, deren Ergebnisse im vorliegenden Bericht präsentiert werden. Im Rahmen der Feldanalyse wurden je Bundesland eine Online-Erhebung der relevanten Leistungserbringer in Bezug auf Frühe Hilfen, Interviews mit zentralen Akteurinnen und Akteuren sowie abschließend eine Fokusgruppe zur Einschätzung des Potenzials für die verstärkte Etablierung von Frühen Hilfen durchgeführt (vgl. ausführlich dazu Kap. 3). Durch die Kombination verschiedener Erhebungsmethoden (Triangulation) sollte die Informationslage über den Status quo Früher Hilfen regional gut eingeschätzt werden können. Die regionale Erhebung wurde auf Bundesebene mit der Recherche von Daten zu Kinderbetreuung und Kinder- und Jugendhilfe<sup>5</sup> sowie bezüglich Angebot und Inanspruchnahme von wichtigen Leistungen (Hebammen, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie abgerundet.

Die Feldanalyse in den neun Bundesländern wurde von den **Regionalpartnern** in Kooperation mit dem Projektkernteam (GÖG) durchgeführt. Die Aufgabe der Regionalpartner bestand darin, die Datenerhebung regional zu implementieren (Online-Befragung, Interviews sowie Fokusgruppen) und über die Ergebnisse Bundesländerberichte zu verfassen, die die Potenziale Früher Hilfen regional einschätzten. Zur Kooperation konnten in sieben Bundesländern Organisationen aus dem Feld der Suchtprävention gewonnen werden, die bereits im ENCARE-Netzwerk (European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family) kooperieren und mit verschiedenen Angeboten für die frühe Kindheit vernetzt sind. In Vorarlberg wurde die Erhebung durch das bereits seit einigen Jahren existierende Frühe Hilfen-Netzwerk „Netzwerk Familie“ durchgeführt und in Niederösterreich durch das Ilse-Arlt-Zentrum für soziale Inklusionsforschung der FH St. Pölten, das ebenfalls über Kompetenzen zum Thema Frühe Hilfen verfügt.

In Ergänzung zur regionalen Feldanalyse fanden im Herbst 2012 auf Bundesebene Stakeholder-Workshops (vgl. Kap. 3.2.5) zur Abwägung von Konsens und Dissens in zentralen politischen

---

5

Am 1. Mai 2013 tritt das „Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche“ (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 – B-KJHG 2013) in Kraft und löst damit das Jugendwohlfahrtsgesetz ab (BGBl 1989/161, zuletzt geändert durch Bundesgesetzblatt BGBl I 2007/47). Anstelle von „Jugendwohlfahrt“ wird darum in diesem Bericht bereits von „Kinder- und Jugendhilfe“ gesprochen; vgl. [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I\\_02191/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_02191/index.shtml) (12. 3. 2013).

und ethischen Fragen in Bezug auf Frühe Hilfen sowie zur Vertiefung eines transdisziplinären Problemverständnisses statt.

Literaturanalysen sowie die Konsultation von Fachleuten dienen der Aufbereitung der fachlichen Grundlagen für Frühe Hilfen.

Um den Wissenstransfer sicherzustellen, wurde eine Website – [www.fruehehilfen.at](http://www.fruehehilfen.at) – zu Frühen Hilfen bereitgestellt. Die Durchführung von spezifischen Veranstaltungen auf Bundesebene wie auch in allen Bundesländern sowie Präsentationen im Rahmen fachspezifischer Veranstaltungen dienen dazu, das Wissen zum Thema Frühe Hilfen im Allgemeinen als auch zu den Ergebnissen der Erhebungsphase des Grundlagenprojekts im Speziellen zu verbreiten. Durch Information und Beratung potenzieller Projektträger soll der Praxistransfer unterstützt und damit sichergestellt werden, dass die Ergebnisse des Grundlagenprojekts die Basis für die nachhaltige Etablierung eines Systems von Frühen Hilfen in Österreich darstellen.

Der vorliegende Bericht führt die Ergebnisse der regionalen Feldanalyse, der ergänzenden Datenerhebungen auf Bundesebene und der Stakeholder-Workshops zusammen. Er bezieht sich nicht auf die einzelnen regionalen Einschätzungen, sondern fasst diese zusammen, um eine bundesweite Übersicht zu erlangen. Die Ergebnisse der Literaturarbeiten werden in einem getrennten Bericht dargestellt, der im Mai 2013 verfügbar sein wird.

## 1.2 Begriffsdefinition und Ziele von Frühen Hilfen

Im Rahmen des Grundlagenprojekts wurde eine mit dem Fachbeirat des Projekts abgestimmte Arbeitsdefinition von Frühen Hilfen (vgl. Anhang A) festgelegt, die in wesentlichen Teilen auf der Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen<sup>6</sup> in Deutschland beruht und für Österreich nur geringfügig adaptiert und erweitert wurde.

Unter Frühen Hilfen wird demnach ein **Gesamtkonzept von Maßnahmen** zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt) verstanden, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind.

In der **praktischen Umsetzung** sind Frühe Hilfen auf lokaler und regionaler Ebene etablierte multiprofessionelle Unterstützungssysteme mit – von einer zentralen Stelle – koordinierten Angeboten für Eltern und Kinder in der frühen Kindheit, wobei der niederschwellige Zugang von großer Relevanz ist. Sie werden im Folgenden als *Frühe-Hilfen-Netzwerke* bezeichnet. Die vielfältigen Angebote, die relevant für Frühe-Hilfen-Netzwerke sind, aber nicht notwendigerweise

---

6  
Vgl. [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de).

(bereits) in solchen organisiert sind, werden im weiteren Text als *Angebote für die frühe Kindheit* bezeichnet.

Frühe Hilfen zielen darauf ab, **Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen** von Kindern und Eltern zu verbessern. Frühe Hilfen wenden sich nicht ausschließlich, aber schwerpunktmäßig an sozial benachteiligte Familien bzw. Familien mit besonderen Belastungen und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Mit Frühen Hilfen soll insbesondere

- » ein Beitrag zum gesunden Aufwachsen von Kindern inkl. Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe geleistet werden;
- » die Entstehung von Entwicklungsstörungen, –verzögerungen und Krankheiten verhindert bzw. reduziert werden;
- » die Verfügbarkeit und Qualität von bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten für Familien verbessert werden.

Nach bisherigem Diskussionsstand im Grundlagenprojekt wird für Österreich die **Gesundheitsförderung** als vorrangiger Bezugspunkt für Frühe Hilfen gesehen und weniger der präventive Kinderschutz – der beispielsweise in Deutschland bei der Etablierung von Frühen Hilfen zentral war.

Frühe Hilfen sind demnach eine Gesundheitsförderungs–Intervention im Setting „Familie“,

- » die auf Ebene der Familie die verlässliche Versorgung der Kinder und eine sichere und liebevolle Bindung zwischen Eltern und Kind(ern) als Grundstein für gesundes Aufwachsen sicherstellen will;
- » die auf Ebene der Kinder Kohärenzgefühl<sup>7</sup>, Resilienz<sup>8</sup>, soziale, emotionale und kognitive Fähigkeiten/Kompetenzen, Gesundheitskompetenz<sup>9</sup>, Lebensqualität und psychosoziale Gesundheit fördern will;

---

7

„Das **Kohärenzgefühl** ist ein dynamisches Verständnis der eigenen Person, dass man mit den Anforderungen zurechtkommen kann, dass man in der Lage ist, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können. Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl fühlen sich den Anforderungen gewachsen, erleben sich nicht als ausgeliefert oder fremdbestimmt und sind bereit, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Sie erleben Stressoren als weniger angstauslösend, können sie häufig sogar als Herausforderung bewerten, an deren Bewältigung sie wachsen.“ (Franke 2010 – BZgA–Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; 12. 3. 2013)

8

„Der Begriff **Resilienz** (aus dem Englischen: resilience = Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit. Bei Kindern und Jugendlichen meint Resilienz eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen. Im Erwachsenenalter wird die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse als Zielgröße betrachtet.“ (Lyssenko/Franzkowiak/Bengel 2010 – BZgA–Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; 12. 3. 2013)

9

„**Gesundheitskompetenz** ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs– und Entscheidungsfreiheit zu

- » die auf Ebene der Mütter/Eltern zu psychischer Entlastung und sozialer Unterstützung beitragen und Gesundheitskompetenz, Lebensqualität und psychosoziale Gesundheit fördern will.

---

Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen." (Kickbusch 2006, S. 69)

## 2 Ziele der Feldanalyse

Die regionale Feldanalyse in den Bundesländern – ergänzt um Stakeholder-Workshops auf Bundesebene und die Erhebung bundesweiter Daten – war im Rahmen des Grundlagenprojekts ein wichtiger methodischer Schritt, um die Ausgangslage für die (verstärkte) Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich zu erheben.

Die Aktivitäten verfolgten darüber hinaus auch das Ziel, Kooperationspartner/innen für das Gesamtprojektvorhaben bzw. – als wichtige Voraussetzungen für die Nachhaltigkeit des Projekts – für die längerfristige Etablierung von Frühen Hilfen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu gewinnen. Es wurde daher explizit eine feldaktivierende Vorgehensweise gewählt, die darauf abzielte, das Thema Frühe Hilfen im Sinne der Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung in das Feld hineintragen, das Interesse an Frühen Hilfen zu wecken bzw. zu verstärken und die Auseinandersetzung damit anzuregen.

Zentrale **Ziele der regionalen Feldanalyse** im Bereich Frühe Hilfen waren,

- » eine Übersicht von relevanten Leistungserbringern im Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe sowie von Beratungs- und Therapieeinrichtungen etc. und deren Angeboten für Kinder von 0 bis 6 Jahren und ihren Familien zu schaffen,
- » auf Ebene der Bundesländer vergleichbare Informationen über die jeweiligen Voraussetzungen für die (weitere) Etablierung von Frühen Hilfen zu erhalten,
- » ein gemeinsames Verständnis zu Ausgangslage und Entwicklungspotenzialen in Hinblick auf Frühe Hilfen zu erreichen, das auch als Basis für mögliche nächste Schritte (Transfer) dienen kann.

**Ziele** der ergänzend zur regionalen Feldanalyse **auf Bundesebene durchgeführten Workshops** mit wichtigen Stakeholdern (Stakeholder-Workshops; siehe unten) waren, in Hinblick auf das Thema Frühe Hilfen zu sensibilisieren, fachlich zu informieren, fundierten Austausch zu ermöglichen, Konsens und Dissens aufzuzeigen sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses zu befördern.

# 3 Methodik der Feldanalyse

## 3.1 Einführung

Ausgangspunkt für die Feldanalyse war die eingangs festgelegte Arbeitsdefinition (siehe Abschnitt 1.2 und Anhang A) und somit ein **Verständnis von Frühen Hilfen** als einem umfassenden System der gesundheitlichen Sicherung, wenngleich – streng genommen – ihre Organisation gegenwärtig nicht stark genug ausgebaut ist, um von einem System oder Subsystem der gesundheitlichen, sozialen und an früher Bildung orientierten Hilfen im ersten Lebensabschnitt sprechen zu können.

Das zu untersuchende **Praxisfeld von Angeboten für die frühe Kindheit** bestand im Wesentlichen aus Teilbereichen gesundheitlicher und sozialer Angebote. Grundsätzlich waren im Rahmen der Feldanalyse demnach alle Angebote im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen von Interesse, die für die Zielgruppe der 0- bis 6-Jährigen gedacht sind und Ziele der Prävention (vgl. Kap. 4.1.1) verfolgen. Diese breit definierten Einschlusskriterien schließen Einzelpersonen, die therapeutische Leistungen anbieten (z. B. Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten), ebenso mit ein wie Routineleistungen und innovative Angebote. Diesbezüglich sollte die Feldanalyse im Einklang mit ihren Zielen ermöglichen, die unterschiedlichen Verständnisse, Erfahrungen und Kompetenzen der in Hinblick auf Angebote für die frühe Kindheit relevanten Akteurinnen und Akteure in Österreich zu berücksichtigen.

Alle **Erhebungsinstrumente**, die im Rahmen der Feldanalyse eingesetzt wurden (siehe Kap. 3.2), erheben teilstandardisierte Informationen. Das heißt, dass zwar eine Struktur vorgegeben wurde, dass aber auch offene Fragen bei Fragebogen und Interviews sowie kontextbedingte Abweichungen bei Interviews und Fokusgruppen vorgesehen waren. Die Erhebung kombinierte damit quantitative und qualitative Erhebungsmethoden.

Im Rahmen der **regionalen Feldanalyse in den Bundesländern** wurden

- » eine Online-Erhebung relevanter Angebote,
- » Interviews mit zentralen Stakeholdern in den Bundesländern und
- » eine abschließende Fokusgruppe

zur Einschätzung des Potenzials des Bundeslands zur (weiteren) Etablierung von Frühen Hilfen durchgeführt. Mit Vorarlberg wurde aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage (vgl. Abschnitt 1.1) vereinbart, keine Interviews durchzuführen, sondern nur die Online-Befragung sowie die abschließende Einschätzung der Potenziale für die weitere Etablierung von Frühen Hilfen im Bundesland im Rahmen einer Klausur (statt der Fokusgruppe in den anderen Bundesländern) vorzunehmen.

Die regionale Feldanalyse wurde schwerpunktmäßig von den Regionalpartnern in den Bundesländern (vgl. Anhang B) durchgeführt. Sie erhielten Leitfäden zur Feldanalyse gesamt, für die

Interviews und für die Fokusgruppen (inkl. Anleitung zur SWOT-Analyse; siehe unten) sowie eine Vorgabe für die Struktur des abschließend zu übermittelnden Kurzberichts zur Feldanalyse im Bundesland. Alle Erhebungsinstrumente (inkl. der Vorlage des Online-Fragebogens zur Erhebung der Angebote) und Vorgaben sowie das genaue fachliche wie organisatorische Prozedere der Feldanalyse wurden bei einem Workshop mit allen Regionalpartnern diskutiert und geklärt. Einzelne Regionalpartner testeten sowohl den Online-Fragebogen als auch den Interviewleitfaden und stellten begleitende Anleitungen für alle Partner zur Verfügung. Die Durchführung der Feldanalyse in den Bundesländern startete Ende März 2012 und endete Ende November 2012 mit der Übermittlung der Kurzberichte. Im November 2012 wurden im Rahmen eines Workshops mit den Regionalpartnern die Erfahrungen bei der Feldanalyse reflektiert. Seitens der GÖG stand während der gesamten Erhebungsphase eine zentrale Ansprechperson für Anfragen, Rücksprache, Diskussions- und Abstimmungsbedarf sowie Austausch mit den Regionalpartnern zur Verfügung.

Die ergänzenden **Aktivitäten auf Bundesebene**, die von der GÖG in Zusammenarbeit mit dem Fachkonsulenten durchgeführt wurden, umfassten

- » fünf Stakeholder-Workshops mit Entscheidungsträgerinnen/-trägern und zentralen Fachleuten verschiedenster relevanter Bereiche (Gesundheit, Bildung, Familie, Kinder- und Jugendhilfe, Soziales);
- » die Recherche von Routinedaten der Statistik Austria und die Erhebung von Daten zu Angebot und Inanspruchnahme von Hebammen- und therapeutischen Leistungen beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger und bei einzelnen Gebietskrankenkassen sowie einigen Berufsgruppenverbänden.

## 3.2 Instrumente der Feldanalyse

### 3.2.1 Online-Erhebung relevanter Angebote

Die Online-Erhebung erfolgte auf Basis einer Recherche der Regionalpartner, wobei ausgehend vom Erhebungstichtag 1. April 2012 die relevanten Angebote für die frühe Kindheit im jeweiligen Bundesland identifiziert und die Anbieter eingeladen wurden, an der Befragung teilzunehmen. Die Online-Erhebung wurde zentral durch die GÖG unterstützt, die den Fragebogen bereitstellte (vgl. Anhang D). Für jedes Angebot, für das ein Fragebogen ausgefüllt werden sollte, wurde ein Code vergeben. Die GÖG lieferte eine Zwischenauswertung als Input für die Fokusgruppen (siehe unten) und eine abschließende Auswertung der Ergebnisse für jedes Bundesland. Die Kontaktierung der regionalen Angebote sowie die Urgenz erfolgten durch die Regionalpartner.

Die Online-Befragung wurde Ende September abgeschlossen. Es konnten österreichweit insgesamt 623 Angebote aus verschiedenen Dienstleistungsbereichen, die in Hinblick auf Frühe Hilfen von Relevanz sind, in die Auswertung eingeschlossen werden. Für eine Reihe von Angeboten wurden zwar Codes vergeben, aber der Fragebogen wurde letztendlich nicht oder nur sehr rudimentär ausgefüllt. Ausgewertet wurden alle Fragebögen, die zumindest den Namen des An-

gebots sowie ein Ziel und eine Aktivität angegeben haben. Die Ergebnisse der Online-Erhebung werden in Kapitel 4 dargestellt.

### 3.2.2 Interviews in den Bundesländern

Die Interviews wurden entsprechend der Vorgabe mit bis zu 15 Praxisexpertinnen und -experten pro Bundesland durchgeführt und dienten vorrangig der Erhebung des Verständnisses von Frühen Hilfen sowie der Meinungen über die Ausrichtung von Maßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen. Die Interviews wurden durch einen Leitfaden in Form eines teilstandardisierten Bewertungsbogens mit zum Teil geschlossenen Fragen sowie mit Anleitungen für die Interviewer/innen (vgl. Anhang E) unterstützt. Dieser Leitfaden gab eine klare Struktur vor, die aber verlassen werden konnte und sollte, wenn der Kontext dies erforderte (z. B. zu wenig Zeit, kurzfristiger Wechsel der Interviewperson etc.).

Expertinnen und Experten aus den folgenden Zusammenhängen sollten befragt werden:

- » Amt für Jugend und Familie in der Landeshauptstadt (Leitung),
- » Sozialarbeit ,am Gesundheitsamt in der Landeshauptstadt („Frontlineworker/in“, d. h. in unmittelbarem Kontakt mit den Betroffenen stehend)
- » niedergelassene Fachärzteschaft für Pädiatrie mit Kassenvertrag,
- » niedergelassene Fachärzteschaft für Gynäkologie mit Kassenvertrag,
- » Krankenhausärzteschaft in Abteilung für Pädiatrie oder Gynäkologie an einem beliebigen Krankenhaus (Leitung),
- » regionales Hebammengremium (Landesgeschäftsstellenleitung),
- » Heilpädagogik, in Forschung & Lehre und/oder berufsständisch engagiert, Bundesverband der Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten in Österreich (Landesleitung),
- » Frühförderung, in Forschung & Lehre und/oder in der Berufsgruppenvertretung engagiert,
- » Berufsverband logopädieaustria (Vorsitz in vier Regionen),
- » Landesverband für Psychotherapie (Vorsitz),
- » landesweite Berufsgruppenvertretung der Kindergarten- und HortpädagogInnen oder alternativ Kindergarten- und Hortpädagogik, in der Praxis tätig, in Forschung & Lehre engagiert,
- » öffentlich oder teilöffentlich oder privat organisiertes Mutter-Kind-Zentrum (Leitung),
- » Fachstelle (des Landes) oder einer NPO/NGO mit Projektangebot im Bereich Gesundheitsförderung für Angehörige der Zielgruppen Früher Hilfen (z. B. Frauengesundheitszentrum) (Leitung),
- » Fachexpertise der Gebietskrankenkasse in den Bereichen Gesundheitsförderung und Public Health,
- » Kinder- und Jugendanwaltschaft im Bundesland.

Insgesamt wurden in acht Bundesländern 114 Interviews durchgeführt (in Vorarlberg fanden keine Interviews statt; siehe oben). Der Großteil der Expertinnen und Experten war zu dem Interview bereit, lediglich für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte war in etlichen Bundeslän-

dern der Zeitaufwand zu groß. Die Interviews erfolgten schwerpunktmäßig im Zeitraum Mai bis Ende September 2012.

Die Ergebnisse der Interviews werden in Kapitel 4 (von Vertreterinnen und Vertretern relevanter Angebots- und Leistungsfelder) dargestellt. Die ausgefüllten Interviewleitfäden wurden dem Projektteam der GÖG übermittelt und dienten als Basis für eine angebots- bzw. leistungsfeldspezifische Auswertung.

### 3.2.3 Fokusgruppen in den Bundesländern

In allen neun Bundesländern fanden im Zeitraum Oktober/November 2012 Fokusgruppen (bzw. eine Klausur in Vorarlberg) statt. Vorbereitend wurde von den Regionalpartnern auf Basis der Ergebnisse der Interviews und der Online-Befragung eine SWOT-Analyse<sup>10</sup> erstellt. Deren Ergebnis sowie die der Online-Befragung und der Interviews wurden zu Beginn der Fokusgruppe präsentiert. Im Rahmen der darauffolgenden Diskussion wurde eine Gesamteinschätzung der Potenziale des Bundeslandes zur (weiteren) Etablierung von Frühen Hilfen vorgenommen.

Folgende Bereiche (Funktionen) waren vorrangig für die Teilnahme an den Fokusgruppen vorgesehen, wobei regionale Adaptierungen möglich waren:

- » Fachabteilung Familie in der Landesverwaltung (Leitung),
- » Referat für Gesundheitsförderung in der Fachabteilung der Sanitätsdirektion,
- » Referat oder Leitung der Sozialabteilung in der Landesverwaltung,
- » Ärztekammer, Präsidenschaft oder Kurie niedergelassener Ärzteschaft,
- » medizinisches Direktorium beim landesweiten Krankenanstaltenträger,
- » Studiengangsleitung der Hebammenausbildung an Fachhochschulen, sofern im jeweiligen Bundesland ein solcher Studiengang eingerichtet ist,
- » Amt für Kinderbildung und -betreuung in der jeweiligen Fachabteilung (Leitung),
- » politische Ressorts für Gesundheit, Bildung und Soziales,
- » Direktion GKK oder Leitende Angestellte,
- » Kinder- und Jugendanwaltschaft.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden protokolliert und bildeten die wesentliche Basis der Länderberichte, die von den Regionalpartnern nach Abschluss der Feldanalyse erstellt und dem Projektteam der GÖG übermittelt wurden. Sie sind eine wichtige Grundlage der Analysen in Kapitel 4.14 sowie zentrale Basis der Länderprofile (vgl. Anhang C).

---

10

Die SWOT-Analyse – engl. Akronym für **S**trengths (Stärken), **W**eaknesses (Schwächen), **O**pportunities (Chancen) und **T**hreats (Risiken) – ist ein Instrument der strategischen Analyse und Planung; sie dient der Positionsbestimmung und der Strategieentwicklung von Unternehmen und anderen Organisationen.

### 3.2.4 Ergänzende Datenerhebung auf Bundesebene

In Ergänzung zur Online-Erhebung im Rahmen der regionalen Feldanalyse wurde seitens der GÖG eine beschränkte Datenerhebung auf Bundesebene durchgeführt, die darauf abzielte, die Kapazitäten der Regeldienste bei einzelnen Angebotstypen zu erfassen. Es wurden zentral verfügbare Routinedaten der Statistik Austria (zu Kinderbetreuung und Kinder- und Jugendhilfe) recherchiert. Außerdem wurden der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und einzelne Gebietskrankenkassen sowie einige Berufsgruppenverbände (Hebammen, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) um Bereitstellung von Daten zu Angebot und Inanspruchnahme ersucht. Die Erhebung war allerdings nur beschränkt erfolgreich, es bestätigte sich das bekannte Bild, dass die Datenverfügbarkeit in diesem Bereich sehr eingeschränkt ist. Die Analyse der erhobenen Daten ist in Kapitel 5 eingeflossen.

### 3.2.5 Stakeholder-Workshops auf Bundesebene

Die Stakeholder-Workshops involvierten Entscheidungsträger/innen und zentrale Fachleute verschiedenster relevanter Bereiche (Gesundheit, Bildung, Familie, Kinder- und Jugendhilfe, Soziales). Es fanden insgesamt fünf Workshops mit unterschiedlichen Gruppen statt (Verwaltung, Berufsgruppenvertretungen, Dienstleistungsanbieter, Wissenschaft und Interessenvertretungen). Fast alle gewünschten Institutionen konnten in der angestrebten hochrangigen Vertretung eingebunden werden (z. B. Vorsitzende der Berufsgruppenverbände, (stellvertretende) Sektions- oder Direktionsleitungen etc.).

Die Durchführung der Stakeholder-Workshops erfolgte im Zeitraum Oktober/November 2012. Es nahmen insgesamt 43 Personen an den Workshops teil, 12 weitere geplante Teilnehmer/innen konnten krankheitsbedingt oder aus zeitlichen Gründen nicht teilnehmen. Die Workshops dauerten zwischen drei und vier Stunden und folgten einem einheitlichen Ablauf (vgl. Abschnitt 5.1). Sie wurden für interne Zwecke ausführlich protokolliert und nach Abschluss aller fünf Stakeholder-Workshops zu einem gesamten Ergebnisprotokoll zusammengefasst. Dieses wurde an alle Teilnehmer/innen ausgeschickt. Die zentralen Ergebnisse der Stakeholder-Workshops werden in Abschnitt 5.1 dargestellt.

## 3.3 Methodische Diskussion und Einschränkungen

Die Feldanalyse war vorrangig qualitativ ausgerichtet – insbesondere hinsichtlich der Interviews, Fokusgruppen und Stakeholder-Workshops, aber auch durch viele offene Fragen bei der Online-Erhebung. Sie verfolgte nicht das Ziel einer repräsentativen Erhebung, was schon daran scheitern würde, dass keine Grundgesamtheit von Angeboten oder Fachleuten des sehr breiten und vielfältigen Felds der Angebote für die frühe Kindheit bekannt ist (siehe auch unten).

Die Feldanalyse zielte aber sehr wohl auf eine systematische Erhebung, das heißt auf den Einbezug von vorab definierten Fachleuten/Stakeholdern und Angebotsformen sowie auf die Verwendung von standardisierten Erhebungsinstrumenten (siehe Abschnitt 3.2).

Hinsichtlich der Interviews, Fokusgruppen und Stakeholder-Workshops gelang es, die Feldanalyse im Wesentlichen im Einklang mit den definierten Vorgaben durchzuführen – abgesehen von kleineren Einschränkungen, die bereits in Abschnitt 3.2 ausgeführt worden sind. Die ergänzende Datenerhebung gelang nur eingeschränkt (vgl. Punkt 3.2.4), was aber aufgrund des Vorwissens bezüglich der schwierigen Datenlage nicht überraschend war.

Probleme gab es bei der **Online-Befragung**. Sie sollen daher im Folgenden ausführlicher dargestellt und die daran geknüpften Herausforderungen sowie das gewählte Vorgehen in der Analyse beschrieben und legitimiert werden.

Die Angebote in der frühen Kindheit, deren Vertreter/innen sich bei der Online-Befragung beteiligen sollten, waren aus dem sehr breiten Feld der Bereiche Gesundheit, Soziales und Bildung zu identifizieren. Dadurch gab es – je nach Ausgestaltung der Unterstützungs- und Hilfssysteme im jeweiligen Bundesland – in der Regel eine schwer überschaubare Zahl von Angeboten, die außerdem je nach Vernetzung der Regionalpartner für diese sehr unterschiedlich zugänglich waren. Die Regionalpartner berichteten über jeweils unterschiedliche Gruppen, die schwer zu erreichen waren bzw. nicht zum Ausfüllen des Fragebogens motiviert werden konnten.

Nachdem außerdem die Grundgesamtheit von Angeboten in der frühen Kindheit nicht bekannt ist, kann die Erhebung keine Repräsentativität beanspruchen. Generalisierte Aussagen über einzelne Angebotsfelder oder Bundesländervergleiche sind deshalb nicht zulässig (vor allem in den Bereichen Frühförderung, Elementarbildung und teilweise auch bei nachgehenden Angeboten aus dem Sozialbereich, in denen der Rücklauf eher gering und je nach Bundesland sehr unterschiedlich ausgefallen ist).

Von den Regionalpartnern wurden mehrere Ursachen dafür genannt, dass ganze Fragebögen oder einzelne Fragen (bis zu 30 % „missings“ – vereinzelt noch mehr) nicht ausgefüllt wurden:

- » mangelndes Wissen und fehlendes Bewusstsein darüber, was „Frühe Hilfen“ sind bzw. welche Bedeutung dieses Konzept in Fachkreisen hat (Burgenland und Vorarlberg);
- » Umfang und Komplexität des Erhebungsinstruments sowie Missverständnisse bei einzelnen Fragen, z. B. „Erreichung von Zielgruppen“ (Vorarlberg), die dazu führten, dass die Fragebögen für manche Bereiche zu hochschwellig waren (z. B. im Feld Kinderbetreuung und Elementarbildung);
- » die Gestaltung mancher Fragen als „Pflichtfelder“, die den Rücklauf reduzierten, weil die Fragen als ungeeignet oder zu sensibel (z. B. Finanzierung) empfunden wurden (Wien, Tirol und Oberösterreich).

Aufgrund dieser Einschränkungen erfolgt eine qualitative Beschreibung anstelle einer quantitativen Auswertung. Quantitative Informationen wurden nur dann in der Analyse angeführt, wenn angenommen werden konnte, dass die Erhebungsprobleme die Aussagekraft der Daten zwar limitieren, aber nicht generell stark einschränken.

Für die Gesamtanalyse wurden die Angebote auf Basis der erhobenen Informationen in Angebotsfelder kategorisiert. Merkmale, die von besonderer Bedeutung für einen systematischen Ausbau Früher Hilfen in Österreich sind, werden über die Angebotsfelder hinweg verglichen.

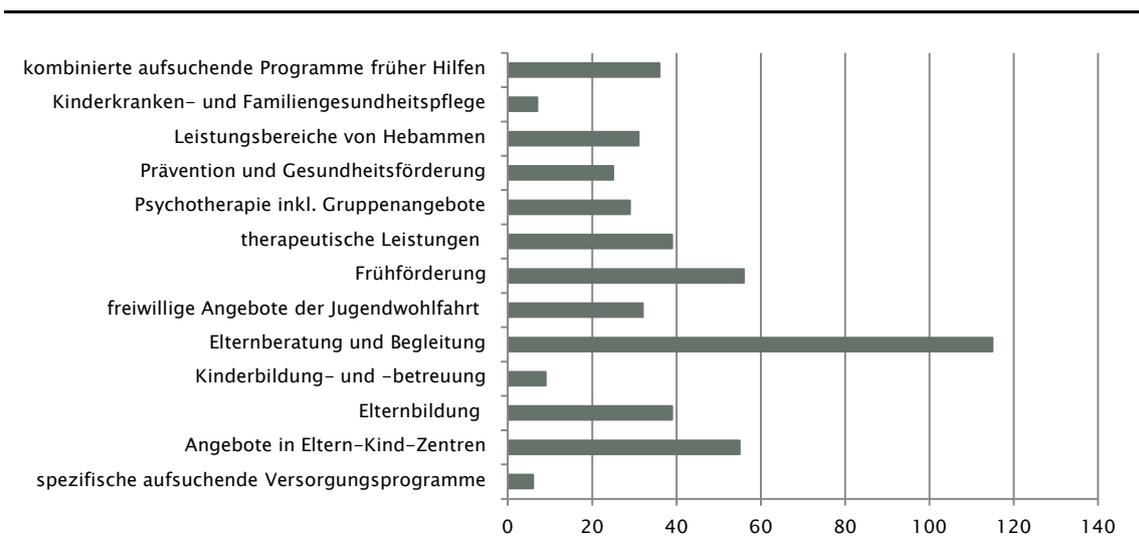
## 4 Relevante Angebots- und Leistungsfelder

In diesem Kapitel erfolgt in Abschnitt 4.1 eine Gesamtanalyse in Bezug auf qualitativ wichtige Indikatoren für Frühe Hilfen in Form eines Vergleichs ihrer Verteilung in einzelnen Angebotsfeldern. In 4.2 bis 4.14 werden die Angebotsfelder länderübergreifend beschrieben, wobei auf Daten aus der Online-Befragung und die Ergebnisse der Interviews sowie in mehreren Angebotsfeldern auf aktuelle Sekundärdaten zurückgegriffen werden konnte. Zum Stand der Angebote in der frühen Kindheit in einzelnen Bundesländern aus der Sichtweise von Entscheidungsträgerinnen/-trägern und Praxisexpertinnen/-experten sei an dieser Stelle auf die in Anhang C befindlichen Länderprofile verwiesen, die Zusammenfassungen der Länderberichte beinhalten.

### 4.1 Präventive Potenziale im Feld Früher Hilfen in Österreich

Als methodische Prämisse für die nun folgende vergleichende Analyse der Angebotsfelder in Bezug auf Frühe Hilfen wird vorausgesetzt, dass die Angebote nicht gewichtet nach der Anzahl der Mitarbeiter/innen, der Anzahl der wöchentlich durchschnittlich geleisteten Arbeitsstunden oder der in Aussicht gestellten Reichweiten verglichen werden. Teils, weil dies wegen der nicht repräsentativen Stichprobe sowie einer zu großen Anzahl fehlender Werte zu Fehlschlüssen führen könnte, teils, weil es unabhängig von den Faktoren der quantitativen Angebotskapazitäten in der Analyse um die qualitativen, inhaltlichen Aspekte geht, die auf Basis der Einschätzungen von Fachexpertinnen/-experten und Entscheidungsträgerinnen/-trägern in den Bundesländern sowie der Stakeholder auf Bundesebene als zentral erachtet wurden, nämlich Zugang, Vernetzung und Finanzierung.

Abbildung 4.1:  
Anzahl der erhobenen Angebote in den verschiedenen Angebotsfeldern Früher Hilfen



Quelle, Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abb. 4.1 zeigt die Verteilung der erhobenen Angebote auf einzelne Angebotsfelder im Bereich Früher Hilfen. In jenen Angebotsfeldern, wo nur wenige Angebote erhoben werden konnten und daher die Basis für Aussagen über die Verteilung der Merkmale als zu gering erachtet werden muss, werden keine Schlüsse über die Felder gezogen (vgl. Kap 3.2.6).

Die Ergebnisse der qualitativen Methoden der Feldanalyse zeigen in nahezu jedem Bundesland, dass im Feld Früher Hilfen, das anhand der eingeschlossenen Handlungsfelder breit definiert wurde, keine klare Grenzlinie zwischen Gesundheitsförderung und Prävention einerseits sowie verschiedenen ausdifferenzierten Beratungs-, Begleitungs-, Betreuungs- oder Therapieangeboten andererseits gezogen werden kann, was mit unterschiedlichen Verständnissen sowohl von Frühen Hilfen als auch von Prävention einhergeht (vgl. Länderprofile, Anhang C).

Diese Beobachtung erschwert eine umfassende Einschätzung präventiver Potenziale, da je nach Sichtweise innerhalb einzelner Angebote und Angebotsfelder, bei Trägerorganisationen, einzelnen Berufsgruppen oder auch bundesländerspezifisch andere Maßstäbe und Kriterien herangezogen wurden.

Um die präventiven Potenziale über die bestehenden Unterschiede hinweg einschätzen zu können, hat das Projektteam ein Differenzierungsmodell für Gesundheitsförderung und Prävention sowie ein Konzept zur Einschätzung der präventiven Potenziale der Angebotsfelder angewendet.

### 4.1.1 Präventionsformen

Gesundheitsförderung und Prävention hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einem fundierten und wissensorientierten Interventionsfeld entwickelt und differenziert. Parallel zur bereits lange existierenden Differenzierung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention hat sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend eine Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention etabliert. Der entsprechende Ansatz geht auf Gordon (1983, 1987) zurück. Während Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nach dem Zeitpunkt der Intervention unterschieden, differenziert universelle, selektive und indizierte Prävention stärker nach den Zielgruppen, die im Rahmen von Projekten, Programmen, Praxisinitiativen bzw. auch mit den als Routineleistungen organisierten Angeboten erreicht werden sollen. Der Ansatz hat sich vor allem in der Suchtprävention durchgesetzt, findet inzwischen aber in verschiedenen Bereichen Berücksichtigung und wird beispielsweise vom Institute of Medicine<sup>11</sup> verwendet. Er ist unseres Erachtens für den Bereich der Frühen Hilfen sehr gut geeignet und wird daher im Folgenden als

---

<sup>11</sup>  
<http://www.iom.edu/>

Grundlage für die Analyse und Darstellung nach Präventionsformen verwendet. Die Differenzierung soll vorab noch detaillierter ausgeführt werden<sup>12</sup>:

**Universelle Prävention** richtet sich an die ganze Bevölkerung bzw. an große Gruppen wie etwa Kinder und Jugendliche, Mitarbeiter/innen in Betrieben, Bewohner/innen einer Gemeinde oder Interessierte, unabhängig von ihrem Verhalten oder von einem Erkrankungsrisiko. Zu den Zielen der Interventionen gehören in der Regel Bewusstseinsbildung, Information und Förderung von Gesundheitsressourcen ebenso wie unspezifische Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit durch lebensweltliche Veränderungen in Form einer Regulierung der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen (*top down*), in Bildungseinrichtungen, Betrieben und regionalen Settings auch unter Beteiligung der Adressatinnen/Adressaten der Maßnahmen (*bottom up*). Dabei sollen die Aktivitäten der universellen Prävention fachlichen Standards entsprechend so gestaltet werden, dass sowohl die Ressourcen und Verhaltensmöglichkeiten Einzelner als auch die Gegebenheiten, die das Verhalten beeinflussen (Gesetze, soziale Regeln, Normen und Werte), verbessert werden. Beispielsweise würde sich ein als Teil eines umfassenden Frühe Hilfen-Konzepts im Rahmen der Eltern-Kind-Vorsorge etabliertes Basisangebot an alle Schwangeren, Neugeborene und deren Eltern richten.

**Selektive Prävention** richtet sich an spezifische Gruppen, die bestimmten Risiken bzw. – aus Sicht der Frühen Hilfen – Belastungen ausgesetzt sind: psychosozialen (wie psychische Erkrankungen, familiäre Krisen – z. B. Maßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien oder für Kinder nach Tod eines Elternteils oder Trennung der Eltern), sozialen Belastungen (wie Gender, Ethnizität, Arbeitslosigkeit, Armut – z. B. Programme für Arbeitslose oder für Migrantinnen/Migranten) oder Umweltbelastungen (wie Wohnen in sozialen Brennpunkten, Kriminalität – z. B. Maßnahmen in ausgewählten Stadtviertel). Sie versucht, problembehaftete Ereignisse zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen, um ihnen entgegenzuwirken. Um selektierte Risikogruppen zu erreichen, werden im Feld Früher Hilfen entweder maßgeschneiderte Präventionsangebote organisiert, oder die Angebote zielen auf sozial oder gesundheitlich definierte Gruppen.

Maßnahmen der **indizierten Prävention** richten sich an einzelne Personen bzw. Familien, deren gesundheitliche oder soziale Situation bereits stark beeinträchtigt, problembehaftet bzw. – aus Sicht der Frühen Hilfen – stark belastet ist. Frühe Hilfen richten sich mit ihren „indizierten“ Unterstützungsangebote an – beispielsweise auf Grund ihrer psychosozialen (psychische Erkrankungen, zerrüttete Familien, chronischer Stress, schwerwiegende Lebensereignissen) oder sozioökonomischen (Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit etc.) Lebenssituation – besonders belastete Familien. Die Aktivitäten der indizierten Prävention zielen darauf ab, (weitere) negative Folgen zu vermeiden oder zu verzögern und sowohl die Belastung für das Individuum zu reduzieren als auch eine Unterstützung für das soziale Umfeld zu erreichen.

---

12

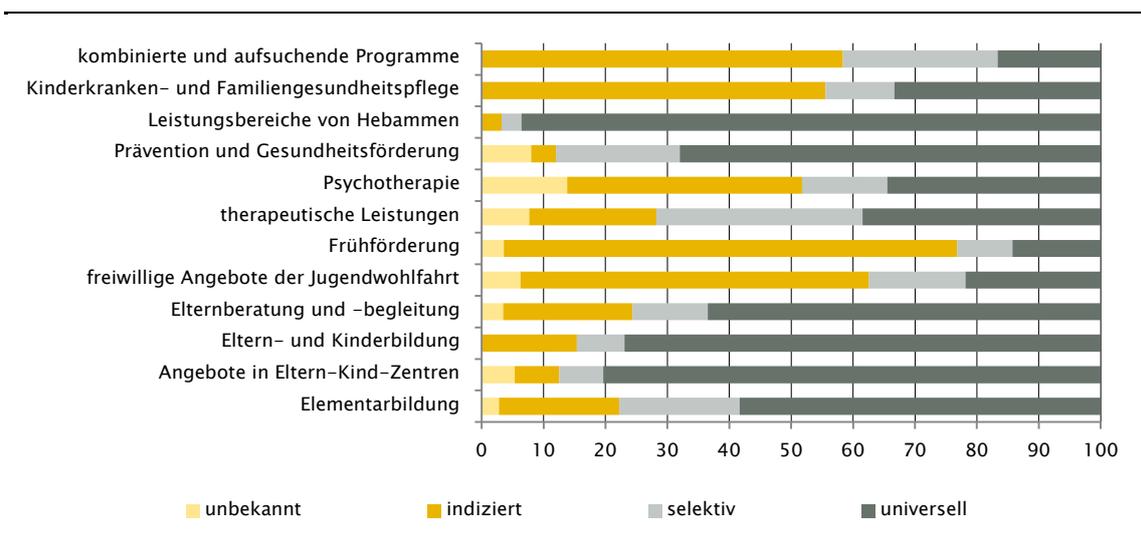
Zu den Ausführungen des Modells vgl. auch Information auf der Homepage von VIVID, der steirischen Fachstelle für Suchtprävention: <http://www.vivid.at/wissen/suchtpraevention/> (7. 12. 2012).

Die mittels Online-Befragung erhobenen Angebote in der frühen Kindheit (n = 623 Angebote) wurden aufgrund des Kriteriums der Zielgruppe, an die sich das Angebot primär wendet, den oben vorgestellten Präventionsformen zugeordnet.

Maßnahmen, die sich an „alle Schwangeren bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren (und ihre Kinder), unabhängig von ihrem Gesundheitszustand oder sozialen Problemen“ richten, haben im Sinne universeller Prävention potenziell höhere Reichweiten, was mit einem höheren Präventionspotenzial verbunden sein kann. Da in selektiven Maßnahmen die Zielgruppen anhand ihrer sozialen oder gesundheitlichen Faktoren definiert werden, bevor ein entsprechend negativ bewertetes Ereignis eintritt, richten sich selektive Maßnahmen an größere Bevölkerungsgruppen als indizierte Maßnahmen, die vorwiegend einzelne Familien und Kinder in spezifischen Problemlagen erreichen.

Im Hinblick auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung werden folgende Strategien zur Verbesserung der Gesundheit mit unterschiedlichen Wirksamkeitserwartungen verfolgt (Rose-Theorem): Das Idealziel einer Hochrisikogruppen-Strategie ist die Verbesserung der belasteten Situation jener, die im Vergleich zu durchschnittlichen Werten bereits besonders belastet sind („prävalente Fälle“). Dies führt zu einem hohen Nutzen für kleinere Gruppen und Einzelpersonen, die von den Angeboten profitieren können. Das Idealziel einer Bevölkerungs-Strategie besteht hingegen darin, die Anzahl der neu auftretenden Probleme („inzidente Fälle“) durch Maßnahmen zu reduzieren, die sich an alle richten – unabhängig von ihrer derzeitigen gesundheitlichen oder sozialen Lage. Dies führt zu einem geringen Nutzen für die betroffenen Einzelpersonen, aber zu einer hohen Anzahl „geretteter Fälle“ (d. h. Fälle mit einem positiveren Verlauf, als ohne Maßnahme zu erwarten wäre).

Abbildung 4.2:  
Universelle, selektive und indizierte Maßnahmen in den Angebotsfeldern Früher Hilfen in Prozent



Quelle, Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Obwohl nun die Angebotsfelder österreichweit anhand des Anteils, zu dem sie primär universelle, selektive oder indizierte Zielgruppen ansprechen, dargestellt sind, darf – die Interpretationsmöglichkeiten einschränkend – nicht darüber hinweggesehen werden, dass einzelne Felder unterrepräsentiert sind (vgl. Abb. 4.1).

Die Analyse zeigt, dass in den Handlungsfeldern „Leistungsbereiche von Hebammen“, „Angebote in Eltern-Kind-Zentren“ sowie von „Angeboten zur Elternbildung“ potenziell besonders hohe Reichweiten erzielt werden können, weil die Akteure in diesen Feldern darauf ausgerichtet sind, primär Angebote für alle Schwangeren, Eltern, Familien, Kinder (0–6) zu unterbreiten. Aber auch in den Feldern „Prävention und Gesundheitsförderung“, „Elementarbildung“ und „Elternberatung“ überwiegen universelle Angebote.

Angebote, die Zielgruppen anhand der Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Gruppen (häufig sozial Benachteiligte sowie Migrantinnen/Migranten) fokussieren, sind in allen Angebotsfeldern zu finden, stellen aber insgesamt die kleinste Gruppe. Nur bei kombinierten, nachgehenden Präventionsprogrammen überwiegt diese Perspektive die beiden anderen, ein relativ hoher Anteil selektiver Angebote ist auch bei psychotherapeutischen Leistungen zu finden.

„Freiwillige Angebote der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Familienhilfe, Erziehungshilfe)“ sowie das Feld Frühförderung fokussieren überwiegend auf Familien, in denen manifeste Problemlagen vorzufinden und Leistungen indiziert sind.

## 4.1.2 Potenzialentwicklung Früher Hilfen in Österreich

Der erste Analyseschritt – die Zuordnung der Angebote zu Präventionsformen – erfolgte in Hinblick auf die von den Angeboten angesprochenen Zielgruppen. Der nun folgende zweite Analyseschritt fokussiert auf die organisatorischen Voraussetzungen verschiedener Angebotsfelder. Wiederum erfolgte eine Auswahl der Kriterien für die organisatorischen Potenziale auf Basis der qualitativ erhobenen Einschätzungen darüber, welche Komponenten für einen Ausbau Früher Hilfen in Österreich von Relevanz sein dürften.

Modelle der Potenzialentwicklung wie insbesondere das in der Gesundheitsförderung in Österreich verschiedentlich angewendete Modell „Capacity building“ leiten die Wahrscheinlichkeit gelingender Problemlösungen von einer Reihe von strukturellen und organisatorischen Faktoren ab, die zielführend eingesetzt werden können. Dazu zählen:

- » personelle Kapazitäten (Humankapital),
- » Organisationsentwicklung und -wandel,
- » finanzielle Ressourcen,
- » Partnerschaften und Kooperationsformen sowie
- » Führung bei der Zusammenarbeit verschiedener relevanter Organisationen.

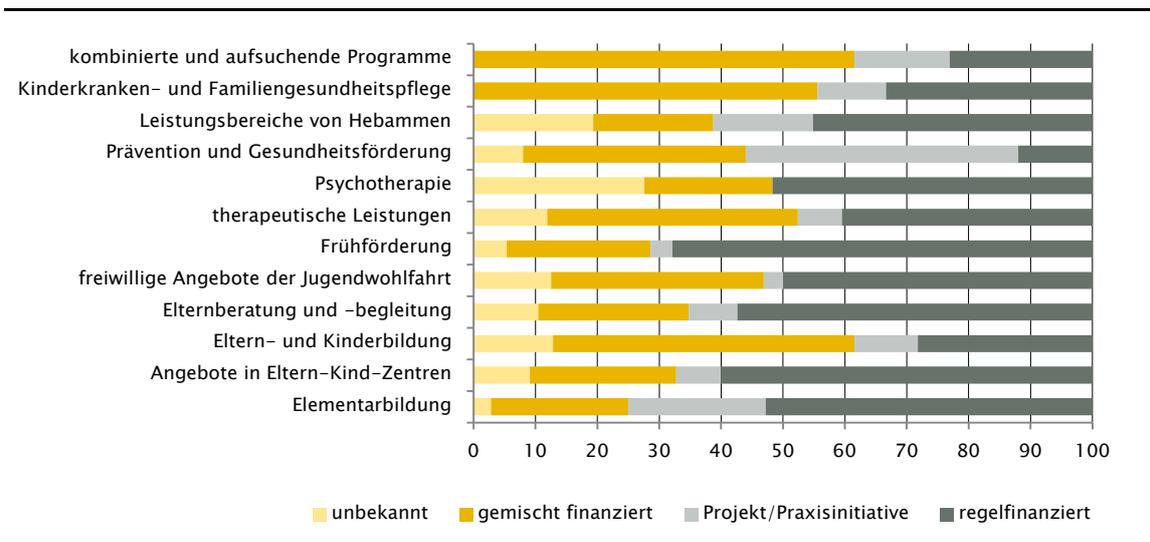
Das Modell der Potenzialentwicklung betrachtet die Chancen für gelingende Problemlösungsstrategien (als welche Frühe Hilfen eingeschätzt werden) abhängig von den Gegebenheiten und Entwicklungsbedingungen in den fünf genannten Organisationsbereichen.

Im Rahmen der Analyse der Online-Befragung wurden verschiedene Indikatoren der Potenzialentwicklung in einzelnen Angebotsfeldern verglichen. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

### Finanzierung und Zugangsgerechtigkeit

Im Rahmen der Online-Befragung wurden Informationen über die Angebote eingeholt, die Hinweise auf die Kontinuität der Finanzierung sowie die Organisation insgesamt erlauben. Die Angebote wurden unterschieden, ob es sich um regelfinanzierte Angebote oder um Projekte bzw. Praxisinitiativen handelt. Projekte werden im Rahmen der Feldanalyse als auf definierte Ziele ausgerichtete Unternehmen auf Zeit verstanden, die innovativ sind und in denen mehrere Personen oder Organisationen kooperieren. Die Ergebnisse zu den finanziellen Rahmenbedingungen sind, unterschieden nach Angebotsfeldern, in Abb. 4.4 dargestellt.

Abbildung 4.3:  
Kontinuität der Finanzierung nach Angebotsfeldern, in Prozent

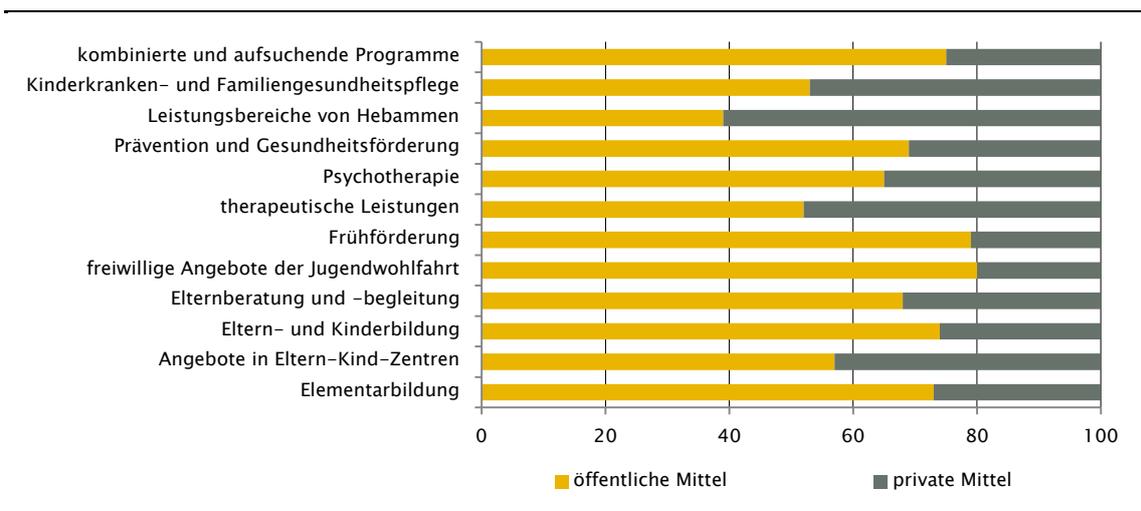


Quelle, Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine vergleichsweise kontinuierliche Finanzierung der Angebote findet sich in Eltern-Kind-Zentren sowie in den Angebotsfeldern Elternberatung, Elementarbildung und Frühförderung, was als Hinweis auf sichere politische Rahmenbedingungen gewertet werden kann. Insgesamt überwiegen Organisationsformen, die sowohl Organisationsmerkmale einer Regelfinanzierung als auch von Projekten oder Praxisinitiativen aufweisen. Reine Projektfinanzierung ist eher selten, besonders wenige Projekte sind bei freiwilligen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie im Bereich Frühförderung erhoben worden.

Informationen über das Ausmaß öffentlicher Finanzierung konnten über die meisten Angebote eingeholt werden, sodass globale Einschätzungen der Finanzierung in einzelnen Angebotsfeldern sowie im Vergleich möglich sind (vgl. Abb. 4.5). In der vergleichenden Systemforschung ist der öffentliche Finanzierungsanteil – gemeinsam mit anderen Indikatoren wie dem Ausmaß privat vorausbezahlter Leistungen („Selbstbehalte“) – ein Gradmesser für die Zugangsgerechtigkeit der einzelnen Dienstleistungsbereiche.

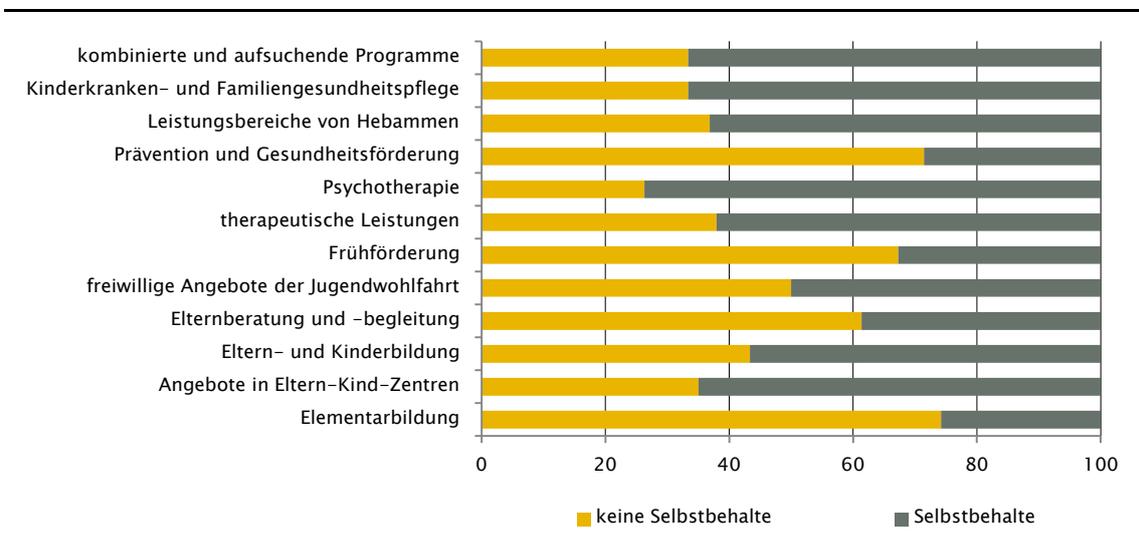
Abbildung 4.4:  
Durchschnittliche öffentliche Finanzierungsanteile nach Angebotsfeldern, in Prozent



Quelle, Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Einen sehr hohen öffentlichen Finanzierungsanteil haben die universellen Angebote in den Felder „Prävention und Gesundheitsförderung“, „Elternbildung“ und „Elementarbildung“ sowie die indizierten Angebote in den Feldern Kinder- und Jugendhilfe und Frühförderung. Der Zugang zu anderen Angeboten, die für die Anliegen der Frühen Hilfen sehr bedeutsam sind, ist häufiger mit Selbstbehalten belegt (vgl. Abb. 4.6). Dazu zählen etwa Leistungsbereiche von Hebammen, Angebote in Eltern-Kind-Zentren sowie therapeutische Leistungen.

Abbildung 4.5:  
Selbstbehalte nach Angebotsfeldern, in Prozent



Quelle, Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

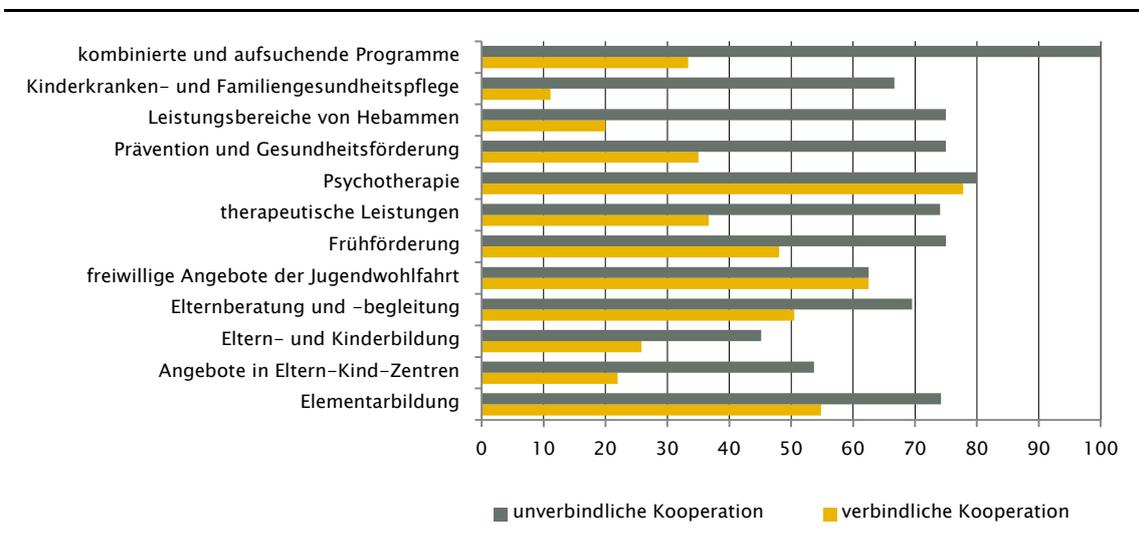
Ein direkter Zusammenhang zwischen öffentlichen Finanzierungsanteilen und Ausmaß sowie Höhe an Selbstbehalten ist jedoch nicht abzulesen. So ist zum Beispiel der Zugang zu Elternbildungsmaßnahmen, die schwerpunktmäßig auf die Förderung von sog. Erziehungskompetenzen abzielen, zwar zu einem hohen Grad öffentlich finanziert, jedoch mit (zum Teil hohen) Selbstbehalten belegt. In der Frühförderung hingegen sind die beiden Anteile fast deckungsgleich. Die Bedeutung von Selbstbehalten wird in den Abschnitten 4.2 bis 4.14 zur qualitativen Beschreibung einzelner Angebotsfelder näher ausgeführt.

### Kooperationsformen und Organisationsentwicklung

Organisationen lernen aus der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, sie passen ihre Strategien an ihre organisatorische Umwelt an und können für Betroffene dadurch zu Ansprechstellen werden, die Schnittstellen zwischen Angeboten überbrücken helfen. Auch die im Rahmen der Feldanalyse befragten Praxisexpertinnen/-experten und Entscheidungsträger/innen sahen in Vernetzung und Kooperation äußerst wichtige Erfolgsfaktoren für Frühe Hilfen.

Im Zuge der Online-Befragung wurden Informationen über die Angebote eingeholt, die sich auf verschiedene Formen und Qualitäten von Kooperation und Vernetzung beziehen. Als Beispiele für verbindliche Kooperationsformen wurden kontingentierte Zuweisungen, institutionalisierte Besprechungen oder Fallkonferenzen angeführt und gebeten, genauere Angaben über verbindliche Kooperationen zu machen (vgl. Abb. 4.7). Unter anderen Kooperationsformen wurden unverbindliche Formen wie ungeplante oder sporadische, fallbezogene Kooperation, die Teilnahme an professionellen Netzwerken sowie die Mitgliedschaft in übergeordneten fachlichen Vernetzungen oder berufsständischen Vertretungen zusammengefasst.

Abbildung 4.6:  
Kooperationsformen nach Angebotsfeldern, in Prozent



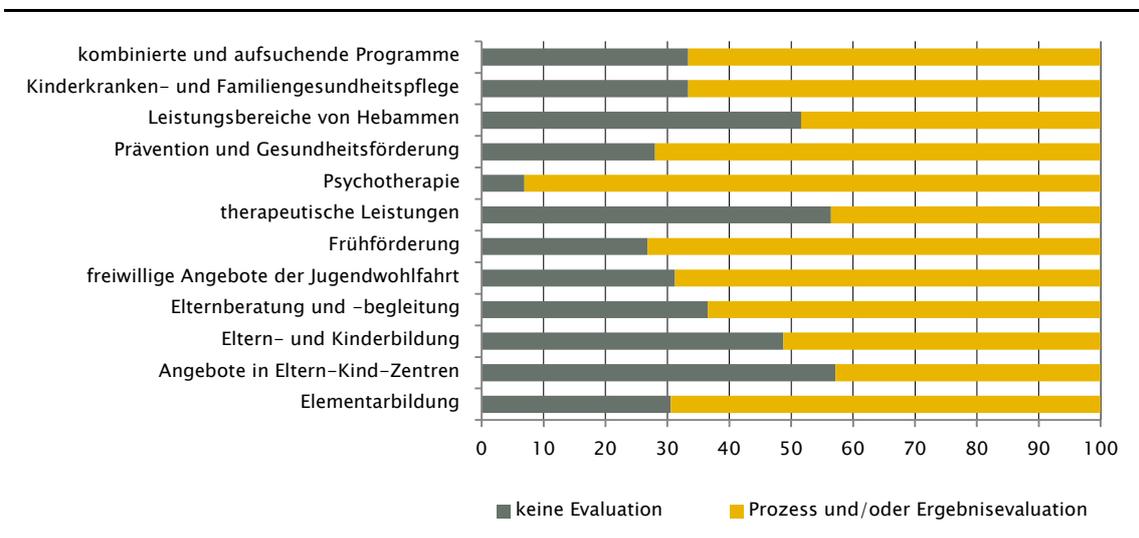
Quelle, Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Insgesamt fällt auf, dass es auch quantitativ (vgl. dazu die Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppen) große Unterschiede zwischen Kooperationsformen sowie in einzelnen Feldern relativ gering ausgeprägte Verbindlichkeit zu geben scheint, die sich vermutlich nicht (nur) aus inhaltlichen Gesichtspunkten erklären lassen. Durchschnittlich sind ca. 30 Prozent der Angebote gar nicht vernetzt.

Vergleichsweise stark fehlen verbindliche und unverbindliche Kooperationsformen im Feld Eltern- und Kinderbildung sowie in Eltern-Kind-Zentren, was die Potenziale für universelle Prävention schwächen kann. Ein hohes Ausmaß verbindlicher Kooperationsformen ist in den stark institutionalisierten Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Elementarbildung und Elternberatung zu verzeichnen.

Abgesehen von Vernetzung und Kooperation mit anderen Angeboten, die die Potenziale für Problemlösungen in vielerlei Hinsicht stärken, sind auch die Angaben und Vergleiche über durchgeführte Evaluationen von Interesse. Es geht dabei in der Feldanalyse nicht vorrangig darum, ob die Evaluationsergebnisse aussagekräftig sind. Die Frage nach Evaluation ist vielmehr insofern von Interesse, als die Begleitung durch Evaluation auf ein gesteigertes professionelles Bewusstsein und auf ein höheres Ausmaß von Berichtspflichten etc. hinweisen kann bzw. das systematische Fehlen von Evaluation auch ein Hinweis auf strukturelle Unterfinanzierung sein kann. Bei den Angaben muss zwar berücksichtigt werden, dass stark unterschiedliche Verständnisse von „Prozess-“ und „Ergebnisevaluation“ vorherrschen können, entscheidend ist aber, wie viele Angebote überhaupt nicht bewertet und dadurch eher nicht kontinuierlich verbessert werden (können) (vgl. Abb. 4.8). Generell weist ein hoher Anteil von Evaluationsaktivitäten auf eine stärkere Öffnung für die Bedürfnisse in der organisatorischen Umwelt – als einem wichtigen Lernfaktor für Organisationen – hin, der wiederum eine Voraussetzung für die Teilhabe an einem koordinierten Ausbau Früher Hilfen in Österreich darstellt.

Abbildung 4.7:  
Evaluation nach Angebotsfeldern, in Prozent



Quelle, Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Angebote in der frühen Kindheit in den Feldern „Hebammenleistungen“, „therapeutische Leistungen“, Angebote der Elternbildung sowie die erfassten Angebote in Eltern-Kind-Zentren verfügen dem Anschein nach über tendenziell weniger Möglichkeiten für systematische Bewertung durch Evaluation. Im Feld der Psychotherapie ist der Stellenwert hingegen am höchsten (mehr als 90 % der Angebote wurden evaluiert), ansonsten wurden durchschnittlich ca. 70 Prozent der Angebote entweder einer Prozess- oder einer Ergebnisevaluation oder beiden Verfahren unterzogen. In den meisten Feldern überwiegen formative Evaluationsverfahren, die in aller Regel ein zeitnahe Feedback bei der Implementierung der Angebote bieten.

Im Folgenden werden einzelne Angebotsfelder auf Basis der Ergebnisse der Online-Befragung sowie von Sekundärdaten und Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten näher beschrieben. Die Reihenfolge der Angebotsfelder orientiert sich an inhaltlichen Kriterien und drückt keine Wertung bezüglich der Relevanz für Frühe Hilfen aus. Zunächst werden aufsuchende bzw. kombinierte Programme, die schon viele für Frühe Hilfen relevante Komponenten beinhalten, dargestellt. Diesen folgen Angebote mit einem Fokus auf Kinderpflege, gefolgt von Angeboten der Gesundheitsförderung, therapeutischen Angeboten und Unterstützungsangeboten für Eltern/Familien. Zum Schluss werden noch Ergebnisse aus Interviews zu weiteren Leistungsbereichen aufbereitet, zu denen keine sonstigen Daten erhoben wurden.

## 4.2 Aufsuchende Angebote und kombinierte Programme früher Hilfen mit niederschweligen Zugangsstrategien

In dieser Gruppe werden einige Programme hervorgehoben, die in der frühesten Kindheit ansetzen und auf unterschiedliche Weise versuchen, für die Ziele Früher Hilfen einzutreten. Die

Angebote zeichnen sich durch einen besonders niederschweligen Zugang aus und beinhalten nachgehende Komponenten wie z. B. Hausbesuche, um eine kontinuierliche Leistung oder Förderung für besonders belastete Familien zu bieten. Da es sich um eine relativ überschaubare Anzahl dieser Angebote handelt, die auf einzelne Aspekte früher Hilfen im engeren Sinn fokussieren (vgl. Kap. 1.2), verdienen sie besondere Aufmerksamkeit.

Das in Österreich weithin bekannte und anerkannte Modellprojekt Früher Hilfen ist das 2009 in Vorarlberg gegründete „Netzwerk Familie“, das vom Vorarlberger Kinderdorf, dem aks gesundheit GmbH sowie Vorarlberger Kinderärztinnen und Kinderärzten organisiert wird. Die Programmstrategie besteht in der Früherkennung von Familien in belasteten Lebenssituationen durch die Sensibilisierung von Fachpersonen, die im Kontakt mit werdenden Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern sind, im Speziellen aus dem medizinischen Bereich (Kinderärztinnen und Kinderärzte, Hebammen, Geburten- und Kinderstationen der Krankenhäuser). Die Initiative betont die Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung und Begleitung der Familien in den ersten Lebensjahren des Kindes: Die Familien haben eine verlässliche und kontinuierliche Fachperson zur Verfügung, die sie bis zu zwei Jahre lang begleitet. Dadurch ist es möglich, adäquate Hilfen im sozialen Nahraum einzuleiten und zu vermitteln.

Eine zweite Strategie im „Netzwerk Familie“ zielt ab auf eine Verbesserung der Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialsystem durch Schaffung eines Bewusstseins für die gemeinsame Verantwortung für den Schutz von Kindern, Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und Schaffung von Vernetzungsstrukturen und sicheren Übergängen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem. Der inhärente Kontrollaspekt zum Schutz von Kindern durch Gewalt und Vernachlässigung wird durch das Netzwerk Familie transparent kommuniziert, im Anlassfall erfolgt eine Kontaktaufnahme zur Kinder- und Jugendhilfe, ohne dass dies einen Abbruch der Vertrauensbeziehung zwischen Netzwerk Familien und den betreuten Familien zur Folge haben muss.

Ein weiteres Pilotprojekt des Landes Vorarlberg („früh.start“ der IfS-Familienarbeit) richtet den Fokus einer niederschweligen und nachgehenden Beratungsstrategie auf besonders belastete Familien („Multiproblemfamilien“), die sie auch miteinander sowie im sozialen Nahraum zu vernetzen sucht.

Seit 1995 organisieren die Wiener Kinderfreunde eine mobile Erziehungsberatung und -begleitung, die Beratung zu Erziehungs- und Entwicklungsfragen sowie beim Eintritt und bei schwierigen Phasen in Kinderbetreuungsorganisationen und in der Schule anbieten. Das Beratungsangebot fokussiert dabei auf Pädagoginnen und Pädagogen, die in verschiedenen Institutionen tätig sind, und beinhaltet Weiterbildungsangebote sowie eine fachliche und teilweise auch fallbezogene Vernetzung (Krisenintervention) mit verschiedenen Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen bzw. nach Bedarf mit verschiedenen Gesundheitsberufen. Die Elternberatung kann telefonisch oder in der Betreuungsinstitution der Kinder in Anspruch genommen werden, was für Eltern einen niederschweligen Zugang bietet.

Ein weiteres erwähnenswertes kombiniertes Programm ist „Gesundheitsmaßnahme Junge Familie“, von der Sozialversicherungsanstalt (SVA) der Bauern in Kärnten organisiert wird. Im Rahmen des Programms, das präventive Komponenten beinhaltet, werden Eltern in Bezug auf

medizinische und sozialwissenschaftliche Prävention beraten und in schwierigen Phasen unterstützt. ist an den Ressourcen der Familien orientiert.

Der Verein beratungsgruppe.at ist nationaler Träger des standardisierten Interventionsprogramms „Hippy“ Österreich, das beginnend im Jahr 2007 in Abstimmung und mit Unterstützung von HIPPY International in mehreren Bundesländern in Österreich eingeführt wurde (Kärnten, NÖ, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien).<sup>13</sup>

Hippy fördert kognitive Kompetenzen (Sprache, Problemlösen, Schulreife) sowie verschiedene soziale (Mutter-Kind-Bindung, Erziehungskompetenz) und gesundheitliche Ressourcen in Familien mit Kleinkindern. Es ist eines der wenigen Angebote, das überzeugend den Empowerment-Ansatz intervenierend umsetzt. Im Unterschied zur Vielzahl an Versorgungsangeboten mit keinen oder gering ausgebauten Gesundheitsförderungsansätzen handelt es sich bei „Hippy“ um ein wissensbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm ohne Versorgungskomponenten.

Das Besondere an diesem Programm, das auf sozial benachteiligte Gruppen fokussiert, ist die sensible Herangehensweise an die Zielgruppen und potenziellen Programmteilnehmer/innen (aufsuchende Arbeit im Wohnumfeld der Zielgruppen) und die Kooperation mit bestehenden Bildungseinrichtungen bei der Präsentation und Durchführung der Programme. Neben einer kontinuierlichen Begleitung durch Hausbesuche bietet es verschiedene Ansätze der Gruppenarbeit mit Eltern.

Unter den in der Online-Befragung erfassten niederschweligen Angeboten (je nach Definition ca. 30–50, davon 21 mit aufsuchenden Zugangsstrategien oder nachgehenden Beratungsstrategien) befinden sich auch mehrere Programme, die die Sprachförderung ins Zentrum stellen, inklusive der Förderung des frühzeitlichen Erwerbs der deutschen Sprache (12 Angebote). Ein erwähnenswertes Angebot in Vorarlberg („FAMILIENemPOWERment“) kombiniert niederschwellige Zugangswege mit interkulturellen Strategien sozialer Vernetzung.

Über kombinierte Programme Früher Hilfen mit niederschweligen Zugangswegen hinausgehend, wurden im Rahmen der Online-Befragung vorwiegend in Vorarlberg, Niederösterreich, Salzburg, Kärnten und im Burgenland zehn Programme mit Hausbesuchskomponenten identifiziert, die mehrheitlich besonders schwere oder spezifische gesundheitliche Belastungen bereits beeinträchtigter Kinder zum Ausgangspunkt nehmen und damit jeweils nur sehr kleine und spezifische Zielgruppen ansprechen (z. B. mobile Kinderkrankenpflege).

---

13  
Vgl. [www.hippy.at](http://www.hippy.at).

## 4.3 Kinderkranken- und Familiengesundheitspflege

### 4.3.1 Ergebnisse der Online-Erhebung

Im Rahmen der Online-Befragung wurden insgesamt neun Angebote der Kinderkranken- und Familiengesundheitspflege erfasst. Die breite Bezeichnung der Angebote in dieser Kategorie rührt daher, dass alle Angebote aus dem Berufsstand der Pflege heraus organisiert werden und überwiegend eine niederschwellige bzw. nachgehende Arbeitsweise (zumeist Hausbesuche) beinhalten (Winkler et al. 2012).

Die erfassten Angebote unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung auf unterschiedliche Zielgruppen und damit einhergehend einen Fokus auf auf Krankheit bzw. auf Gesundheit. Während die um das Jahr 2000 eingeführten Angebote mobiler Kinderkrankenpflege mit Fokus auf Frühgeborene, erkrankte Babys und Kleinkinder oder Kinder mit besonderen Bedürfnissen nahezu flächendeckend (Vorarlberg, Kärnten, Steiermark) bzw. in Städten eingeführt worden sind, bieten weit weniger Angebote ihre Dienste für alle Schwangeren, Gebärenden, Babys sowie Kleinfamilien an, womit sie klar an Prävention (vor dem Eintritt nachweisbarer Schädigungen) und an präventiven Zielen orientiert sind (Konzept Familiengesundheitspflege).

Die Präventionsangebote in diesem Bereich nutzen spezifische Angebote wie die Stillberatung, um belastete Familien zu erkennen und direkt zu unterstützen bzw. Unterstützungen beizuziehen. Im Unterschied zu den als „Komm-Strukturen“ organisierten Angeboten gibt es eine einzige im Rahmen der Online-Umfrage identifizierte „Bring-Struktur“ der Familiengesundheitspflege: das sogenannte „Wäschepaket“, das in **Korneuburg und Umgebung** allen Müttern im Rahmen eines Hausbesuchs von der mobilen Kinderkrankenschwester übergeben wird (wobei mit den im Krankenhaus Korneuburg gebärenden Frauen der Erstkontakt schon auf der Geburtsstation stattfindet). Bei Ablehnung eines Hausbesuchs werden die Eltern in die Beratungsstelle eingeladen, um das Wäschepaket entgegenzunehmen. Dabei macht die Kinderkrankenschwester verschiedene Beobachtungen, die sie mit einer niedergelassenen Pädiaterin / einem niedergelassenen Pädiater bespricht, um eine erste Einschätzung der Belastungsfaktoren zu ermöglichen, die in gezielte therapeutische Angebote oder Zuweisungen zu anderen Kooperationspartnerinnen/-partnern münden können.

Die aufsuchende Arbeitsweise ermöglicht ein geeignetes Basisangebot für alle Familien und zusätzlich Zugang zu externer Unterstützung belasteter Familien in einer Reihe von Problemlagen. Dabei spielt die Vernetzung mit den Anbieterinnen und Anbietern medizinischer, psychologischer und weiterer Hilfen eine zentrale Rolle.

Wie nachhaltig solche Angebotsstrukturen positiven Einfluss auf die Versorgung nehmen können, zeigen zwei Beobachtungen, die im LBI-Report festgehalten sind (Winkler et al. 2012): Zum einen kommt es zu Zuweisungen aus anderen Regionen, weil das Angebot im Medizinsystem und in anderen Hilfesystemen bekannt und nachgefragt ist. Zum zweiten wird die langjährig

tätige Kinderkrankenschwester mittlerweile von den Familien kontaktiert, wenn die nunmehr pubertierenden Sprösslinge Probleme anderer Art bereiten.

### 4.3.2 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

Für diesen Fach-/Leistungsbereich wurde lediglich ein Interview geführt. Aus diesem Grund kann keine Einschätzung eines berufsgruppenspezifischen Bildes für Österreich gegeben werden, die zentralen Eckpunkte aus dem Interview sollen aber trotzdem aufbereitet werden. Die interviewte Person findet Frühe Hilfen grundsätzlich sehr wichtig. Aus dem Interview kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

**Gesundheitsförderung versus Versorgung:** Der Begriff Frühe Hilfen scheint ein klar abgegrenzter Begriff zu sein. Frühe Hilfen umfassen nach dem Verständnis der interviewten Person schwerpunktmäßig Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitsförderung/Prävention. Die Kapazitäten für Angebote in der frühen Kindheit in Österreich werden als ungenügend eingeschätzt.

Als **Zielgruppe** von Frühen Hilfen nennt die interviewte Person alle 0- bis 6-jährigen und weist auf den Bedarf von individuell zugeschnittenen Angeboten hin.

Zur **Erreichung der Zielgruppe** schlägt die interviewte Person vor, leicht zugängliche Angebote zu schaffen, mit Zugängen über Gynäkologinnen und Kinderärztinnen (Mutter-Kind-Pass), über das Internet und durch den Ausbau von Hebammenbesuchen nach dem Modell von England (bei Anmeldung im Spital automatisch Anspruch auf Hausbesuche durch Hebammen).

Bezüglich einer **Kontrollfunktion** von Frühen Hilfen in Hinblick auf das Kindeswohl nennt die interviewte Person die Schwierigkeit, Vertrauen zu den Eltern aufzubauen bei gleichzeitigem Wahrnehmen einer Kontrollfunktion. Das Thema Kinderschutz sollte implizit integriert sein (nicht „wegschauen“), und hierin müssen die Berufsgruppen geschult werden.

Die **Vernetzung** zwischen den verschiedenen Bereichen ist teilweise schon vorhanden und sollte weiter ausgebaut werden. Die **zentrale Verantwortung** für Frühe Hilfen wird von der interviewten Person auf Bundesebene gesehen.

Hinsichtlich **Verteilungsgerechtigkeit** ist der Zugang zu Leistungen ein zentrales Thema für die Interviewpartnerin. Selbstbehalte in der Höhe von drei bis fünf Euro erscheinen vertretbar (da kostenlose Leistungen oft keinen Wert hätten).

## 4.4 Leistungsbereiche von Hebammen

### 4.4.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Die Sekundärdatenanalyse beruht auf Daten, die vom Österreichischen Hebammengremium übermittelt wurden. Sie beinhalten pro Bundesland die Gesamtanzahl der Hebammen (inklusive teilzeitbeschäftigter und karenzierter Hebammen) sowie die Gesamtzahl der Niederlassungen. Die Daten ermöglichen den Vergleich, wie viele Hebammen

- » ausschließlich angestellt sind,
- » sowohl in freier Praxis als auch in Krankenanstalten tätig sind oder
- » ausschließlich in freier Praxis tätig sind.

Darüber hinaus geben die Daten Auskunft darüber, wie viele der ambulant tätigen Hebammen auch über einen Kassenvertrag verfügen und dadurch Leistungen direkt verrechnen können. Aus den übermittelten Daten wurden zwei Kennzahlen errechnet, die den Zugang zur Versorgung mit Leistungsbereichen von Hebammen einschätzbar machen, ohne auf die Verteilung einzelner Leistungsbereiche von Hebammen einzugehen. Die Strukturqualität kann über einen regionalen Vergleich der Anzahl der Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten eingeschätzt werden (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:  
Strukturdaten zu Hebammen, 2011

|                  | Lebendgeburten<br>2011 | Gesamtanzahl<br>Hebammen 2011 | Anzahl Hebammen<br>pro 1.000<br>Lebendgeburten | Anzahl<br>Kassenverträge | Anzahl Kassenverträge<br>pro 1.000<br>Lebendgeburten |
|------------------|------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|--|
| Burgenland       | 2.144                  | 54                            | 25,2   | 5                        | 2,3  |
| Kärnten          | 4.571                  | 158                           | 34,6   | 35                       | 7,7  |
| Niederösterreich | 14.001                 | 329                           | 23,5   | 43                       | 3,1  |
| Oberösterreich   | 13.497                 | 338                           | 25,0   | 49                       | 3,6  |
| Salzburg         | 5.052                  | 129                           | 25,5   | 24                       | 4,8  |
| Steiermark       | 10.191                 | 251                           | 24,6   | 19                       | 1,9  |
| Tirol            | 6.724                  | 195                           | 29,0   | 14                       | 2,1  |
| Vorarlberg       | 3.759                  | 96                            | 25,5   | 7                        | 1,9  |
| Wien             | 18.170                 | 395                           | 21,7   | 23                       | 1,3  |
| Österreich       | 78.109                 | 1.945                         | 24,9   | 219                      | 2,8  |

Quelle, Berechnungen (auf Basis von Angaben des Hebammengremiums und der Geburtenstatistik 2011) und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Zahlen zeigen die geringste Dichte an Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten für Wien (22) und die höchsten Raten für Kärnten (35) und Tirol (29).

Ein hoher Anteil von Hebammen, die sowohl als Angestellte (vorwiegend in Krankenanstalten) tätig sind als auch frei praktizieren (Bundesdurchschnitt: 50,3 % der Hebammen, Spannweite: 37,4 bis 69,0 %), verunmöglicht fundierte Aussagen über die Ressourcenallokation an der Naht-

stelle von stationären und ambulanten Diensten, da unklar bleibt, welcher Anteil der Berufstätigkeit stationären und welcher ambulanten Leistungsbereichen zugerechnet werden kann.

Allerdings kann auf der Basis der bestehenden Krankenkassenverträge im Zusammenhang mit der Anzahl der Geburten berechnet werden, wie viele Lebendgeburten statistisch pro Kassenvertrag versorgt werden. Dabei werden viel größere Unterschiede in der Kostenübernahme für Hebammenleistungen durch die Krankenkassen sichtbar: Unter Berücksichtigung der Anzahl der Lebendgeburten 2011 gibt es in den Bundesländern Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Kassenverträgen.

## 4.4.2 Ergebnisse der Online-Erhebung

Insgesamt wurden im Rahmen der Online-Befragung 31 Angebote aus verschiedenen Leistungsbereichen von Hebammen erfasst. Die regionale Verteilung der erfassten Angebote ist mit Ausnahme von Niederösterreich (8 Angebote) insgesamt relativ ausgeglichen. In westlichen Bundesländern wurden nur wenige Angebote erfasst (2 Angebote in Vorarlberg, 1 in Salzburg, keines in Tirol), in Wien waren es fünf Angebote. Gut ein Drittel der erfassten Angebote ist in den letzten sechs Jahren entstanden, vorwiegend in Wien, Kärnten und Niederösterreich.

Anhand der erfassten Angebote lassen sich die Leistungsbereiche von Hebammen mit Potenzial für Frühe Hilfen gut erkennen: So wurden in nahezu allen Bundesländern mehr oder weniger umfassende Begleitungs- und Betreuungsangebote rund um die Geburt gesetzt, die von Beratungsangeboten ergänzt werden (15 Angebote). Fünf weitere Angebote sind spezifische Angebote der Stillberatung/-begleitung. Ebenso wurden in nahezu allen Bundesländern private Anbieterinnen (Wahlhebammen oder Hebammen mit Kassenvertrag) identifiziert, die als Einzelanbieterinnen fungieren.

Fast alle Angebote der erfassten Leistungsbereiche von Hebammen (28 von 31) richten sich an alle Schwangeren bzw. an Eltern und Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren, unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen. Bei mehr als zwei Dritteln der Angebote wurde zusätzlich angegeben, dass sowohl Armutsbetroffene und -gefährdete wie Alleinerzieherinnen und Alleinerzieher oder Familien mit Migrationshintergrund oder anders definierte sozial benachteiligte Gruppen von den Angeboten profitieren sollen. Eine mobile Beratung rund um die Geburt von Kindern aus suchtbelasteten Familien (bzw. von Kindern langzeitopiatabhängiger Mütter in Substitutionsbehandlung) bietet ein besonders innovatives Projekt in Tirol.

Vier Angebote, davon zwei in Wien und zwei in Graz, erreichen den Angaben in der Online-Befragung zufolge eine sehr hohe Reichweite (mit insgesamt weit über 3.000 und teilweise über 4.000 Personen pro Angebot), wobei die Mehrheit der erfassten Angebote keine Angaben über die Reichweite ihrer Tätigkeit machten.

Organisatorische Unterschiede innerhalb aller Angebote aus Wien und der Steiermark ergeben sich daraus, dass in Wien trotz teilweise privater Trägerschaft zwischen 80 und 100 Prozent der

Kosten für die Leistungen öffentlich finanziert werden, während die Angebote in Graz nur zu 40 bis 50 Prozent öffentlich finanziert sind. Der verbleibende private Kostenanteil wird überwiegend aus Selbstbehalten finanziert.

Obwohl Angaben über die Finanzierungsanteile der verbleibenden Angebote mit geringerer Reichweite fehlen, lassen die übrigen Angaben darauf schließen, dass der private Finanzierungsanteil in Leistungsbereichen von Hebammen hoch ist (45 % haben einen privaten Finanzierungsanteil von 100 % angegeben). So sind Geburtsvorbereitungskurse mit unterschiedlich hohen Kursgebühren mehrheitlich zur Gänze privat zu bezahlen, und Möglichkeiten zur Kostenreduktion werden in zwei Fällen sehr diskret angeboten (die Verantwortlichen beschreiben in beiden Fällen, dass dies den Zugang für benachteiligte Gruppen ermöglicht). In zwei weiteren Fällen werden die Möglichkeiten nicht genutzt, was auf einen schlechteren Zugang benachteiligter Gruppen hinweisen kann. Darüber hinaus werden Routineleistungen rund um die Geburt sowohl von Hebammen mit Kassenvertrag als auch von Wahlhebammen angeboten, wobei ein 20%iger Selbstbehalt (berechnet vom Kassentarif) anfällt. Die Leistungen sind privat und vorab zu bezahlen.

Während die Trägerorganisationen in Graz (Caritas; Berufsverband der Hebammen) konkrete Kooperationsvereinbarungen unterhalten und –über Zuweisungen aus tendenziell unterschiedlichen Felder berichten (Caritas: Bereich Soziale Hilfe und Sicherung; Berufsverband: Medizinsystem), geben die Angebote in Wien bei ähnlich vielen zuweisenden Stellen an, über keine Kooperationsvereinbarungen zu verfügen. Insgesamt geben nur vier Angebote bekannt, über Kooperationsvereinbarungen zu verfügen. Die anderen Angebote unterhalten Kooperationen z. B. durch Weiterverweisung zu psychologischer Diagnostik, lose Kooperationen mit zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, oder sie haben eher nur einzelfallbezogene Kontakte nach außen. Viele der erfassten kleinen Angebote nehmen an professionellem Austausch in fachlichen Netzwerken teil, was die größeren Anbieterinnen den Angaben in der Online-Befragung zufolge überwiegend nicht tun. Der Anteil der Angebote, die dezidiert angeben, an keinerlei fachlicher Vernetzung beteiligt zu sein, beträgt etwa die Hälfte der Angebote.

Zu etwa einem Drittel der Angebote sind die Verantwortlichen der Meinung, dass die privat vorauszahlenden Kosten für die Leistungen eine ernstzunehmende Zugangsbarriere für belastete Zielgruppen darstellen, aber ebenso viele sind nicht dieser Meinung oder haben die zugehörige Frage nicht beantwortet.

Die Hälfte der Befragten stimmt jedoch darin überein, dass Angehörigen sozial benachteiligter Gruppen oft das Bewusstsein dafür fehle, dass die Inanspruchnahme der Angebote für sie sinnvoll wäre. Gleich viele sind nicht der Meinung, dass Angehörige benachteiligter Gruppen keinen Bedarf äußern oder über die Angebote nicht ausreichend Bescheid wüssten. Noch mehr Verantwortliche sind nicht der Meinung, dass es anderer Strategien bedarf, um benachteiligte Gruppen zu erreichen (ca. 60 %), und knapp mehr als die Hälfte glaubt (eher), dass es weit mehr finanzieller Ressourcen bedarf, z. B. für Hausbesuche.

### 4.4.3 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

Es konnten insgesamt neun Interviews in acht Bundesländern geführt werden. Frühe Hilfen werden mehrheitlich als sehr wichtig erachtet. Aus den Interviews kann hinsichtlich des **Verständnisses von Frühen Hilfen** Folgendes abgeleitet werden:

Frühe Hilfen sind aus Sicht der Interviewten kein klar abgegrenzter Begriff und umfassen nach dem Verständnis von Hebammen sowohl Maßnahmen aus der Versorgung als auch Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, wobei unterschiedliche Beispiele genannt werden. In der Gesamteinschätzung der Interviewer/innen zeigt sich eine Tendenz dahingehend, dass Frühe Hilfen als Interventionen zur frühen Förderung gesehen werden. Bei der Frage nach den Kapazitäten wird übereinstimmend angegeben, dass die Ressourcen nicht ausreichend seien und dass in den Ausbau von Hebammenleistungen investiert werden sollte. Konkret vorgeschlagen wird, Hebammenleistungen in den Mutter-Kind-Pass aufzunehmen.

Hinsichtlich der **Zielgruppe** wird mehrheitlich erwähnt, dass im Rahmen von Frühen Hilfen grundsätzlich alle Familien erreicht werden sollen. Einverständnis herrscht auch, dass durch Frühe Hilfen insbesondere sozioökonomisch schlechter gestellte Familien und Familien mit besonderen Belastungen (z. B. Migrationshintergrund, alleinerziehend, Suchtprobleme in der Familie) erreicht werden sollen. Bezüglich des Alters gibt es keine konkreten Angaben. Generell werden seitens der Hebammen aber alle Familien zum Zeitpunkt vor und nach der Geburt ihres Kindes als Zielgruppen von Frühen Hilfen gesehen.

Der Aspekt der **Verteilungsgerechtigkeit** wird von den meisten Interviewpartnerinnen als wichtig erachtet. Dabei wird der Frage nach dem Zugang zu Leistungen im Bereich Frühe Hilfen ein zentraler Stellenwert eingeräumt. Bezüglich der Selbstbehalte gibt es unterschiedliche Standpunkte. Rund die Hälfte der Befragten befürwortet einen Selbstbehalt, wobei es verschiedene Vorschläge gibt, z. B. soziale Staffelung der Selbstbehalte, Selbstbehalte ausschließlich bei Zusatzleistungen. Die andere Hälfte lehnt Selbstbehalte ab.

Bezüglich der Strategien zum **Erreichen der Zielgruppe** kristallisieren sich zwei Schwerpunkte heraus: Zugang über aufsuchende (u. a. Hebammenbesuche) und niederschwellige Angebote (muttersprachliche Angebote, aufsuchende Angebote) und über das Gesundheitssystem (Krankenhaus, Geburtsvorbereitungskurse, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen).

Eine **Kontrollfunktion**, die über Frühe Hilfen ausgeübt werden könnte, wird vorsichtig (zurückhaltend bis ablehnend) diskutiert. Eine Kontrollfunktion hinsichtlich des Kindeswohls erscheint grundsätzlich notwendig, wird aber als primäre Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter vor Ort oder einer „objektiven Kontrollstelle“ zugeschrieben und nicht als Aufgabe der Hebammen gesehen. Eine „implizite Kontrollfunktion“ könnte wahrgenommen werden, da Hebammen und andere Berufsgruppen in der Arbeit mit den Familien Kindeswohlgefährdung erkennen können.

**Vernetzung** zwischen Systempartnern und den dazugehörigen Berufsgruppen wird als Notwendigkeit für die Etablierung von Frühen Hilfen genannt und grundsätzlich auch als realistisch eingestuft, sofern die Rahmenbedingungen gegeben sind (politischer Wille, Ressourcen, geklärte Verteilung von Zuständigkeiten). Vereinzelt wird die Einrichtung von Kontaktstellen für die Schnittstellenfunktion vorgeschlagen. Hinsichtlich der Verantwortung für ein bedarfsgerechtes System Frühe Hilfen gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Teilweise wird die Verantwortung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe allen Sektoren zugeschrieben. Andere schlagen ausschließlich die Verankerung in einem verantwortlichen Sektor vor, z. B. Gesundheitswesen, Bundesministerium für Familie. Die Gefahr, dass durch die Verankerung von Frühen Hilfen Konkurrenzdenken entsteht, wird diskutiert. Um diesem entgegenzuwirken, wird die Einrichtung von einer übergeordneten Steuerungsgruppe und eine Verankerung von Zuständigkeiten auf verschiedenen Ebenen (Bund und Länder) vorgeschlagen.

## 4.5 Prävention und Gesundheitsförderung

### 4.5.1 Ergebnisse der Online-Erhebung

Es wurden 25 Angebote und Projekte zur Veränderung klassischer Lebensstilfaktoren (Ernährung, Bewegung) identifiziert. Zehn davon betreffen gesunde Ernährung, wobei primär verhältnispräventive Ansätze (z. B. gesunde Jause in Kindergärten) verfolgt werden, aber auch verhaltensorientierte Komponenten vorkommen (z. B. Ernährungsberatung für Schwangere und Eltern mit Kleinkindern). Eine bundesländerübergreifende Initiative in diesem Bereich ist das Programm REVAN („Richtig essen von Anfang an“)<sup>14</sup> der Gebietskrankenkassen. Am zweithäufigsten werden Bewegungsangebote (6) verzeichnet, die oft direkt Babys und Kleinkindergelten. Fünf Programme zielen darauf ab, eine sichere Umwelt für Babys und Kleinkinder herzustellen (Unfallprävention). Spezifische Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit sind die Ausnahme. Ein weiteres Handlungsfeld mit Angeboten in mehreren Bundesländern ist jenes der Suchtprävention, die im Volksschulalter z. B. mittels Lebenskompetenzprogrammen (4) einsetzt, für das Vorschulalter aber noch nicht aufgebaut ist.

Des Weiteren wurden im Rahmen der Online-Befragung zwölf Programme der medizinischen Prävention erfasst, die nicht in die engere Definition von Frühen Hilfen fallen, darunter ein Vorsorgeprogramm gegen den plötzlichen Kindstod, Asthmaschulungen, eine Mutter-Kind-Pass-Stelle, ein Call-System für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, ein Programm zur Impfvorsorge für Kinder sowie krankheitsspezifische Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten in Krankenanstalten.

---

14

Vgl. <http://www.richtigessenvonanfangen.at/>.

Von den bis auf wenige (4) Ausnahmen überwiegend oder zur Gänze öffentlich finanzierten Angeboten fallen bei 12 von 37 Angeboten Selbstbehalte zwischen 3 und 250 Euro an, auch unabhängig von der Finanzierungsquote.

Vergleichsweise selten werden Angehörige benachteiligter Zielgruppen für die erschwerte Erreichbarkeit bzw. geringe Inanspruchnahme verantwortlich gemacht: Der Anteil der Befragten, die eine geringe Inanspruchnahme als Problem fehlenden Wissens und Bewusstseins einschätzen, ist vergleichsweise gering. Obwohl auch in dieser Gruppe die Befragten mehrheitlich der Meinung waren, dass vor allem höhere Investitionen in die Programme notwendig wären, um vermehrt benachteiligte Gruppen einzubeziehen, ist unter den Befragten ein relativ hoher Anteil zu erwähnen, der zur Meinung tendiert, dass andere Strategien und Komponenten notwendig wären, um benachteiligte Zielgruppen besser zu erreichen.

Hinsichtlich Kooperation und Vernetzung liegt das Feld Gesundheitsförderung und Prävention im unteren Durchschnitt. Angebote der sozialwissenschaftlichen Prävention sind etwas stärker fachlich vernetzt, ihre Organisationsstruktur beinhaltet aber kaum verbindliche Kooperation, dafür umso mehr Vernetzung. Angebote der medizinischen Prävention kooperieren in Form von Zu- und Weiterweisungen an andere therapeutische Einrichtungen.

#### 4.5.2 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

In fünf Bundesländern wurden insgesamt vier Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Frauengesundheitszentren und eines mit einem spezifischen Projekt zur Gesundheitsförderung geführt. Diese Ergebnisse werden hier zusammengefasst dargestellt. Hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen kann Folgendes abgeleitet werden:

Frühe Hilfen umfassen für alle interviewten Personen Maßnahmen aus den Bereichen **Gesundheitsförderung/Prävention** und **Versorgung**, wobei ein breites Spektrum an Maßnahmen genannt wurde. Hinsichtlich der Kapazitäten variieren die Angaben von nicht ausreichend bis ausreichend (v. a. bezogen auf spezielle Angebote). Hervorgehoben wurde ein Bedarf beim Zusammenführen der Angebote (Vernetzung und Kooperation) aber auch in der Sozialarbeit, Kinder- und Jugendhilfe, Krisenmanagement, Information sowie Aus- und Weiterbildung. Im Verständnis ist die Mehrheit relativ klar bei „früher Förderung“ angesiedelt.

Bezüglich der **Zielgruppen** wurden von fast allen Befragten einerseits alle Frauen bzw. Familien genannt, als spezifische Zielgruppen wurden instabile Familienstrukturen, sozial benachteiligte Familien, Familien mit Migrationshintergrund und Frauen/Familien mit psychischer Erkrankung angeführt. Keine Angaben gab es zum Alter der Kinder.

Sehr unterschiedliche Vorstellungen gab es zur **Erreichbarkeit der Zielgruppe**, z. B. spezielle Projekte (für Teenager-Schwangerschaften, mit Religionsgemeinschaften), die Integration von Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenzen in den Mutter-Kind-Pass, Basisinforma-

tionen für alle, eine verbesserte Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte, verstärkte Zusammenarbeit mit Jugendamt und Gynäkologinnen/Gynäkologen bzw. Kinderärztinnen/-ärzten sowie die Einbindung von Frauen unterschiedlicher Herkunft.

**Kontrolle** wird deutlich abgelehnt. Eine Trennung der Funktionen Hilfe und Kontrolle wird als notwendig erachtet bzw. die Ermutigung dazu, Hilfe anzunehmen, als sinnvoller erachtet.

**Vernetzung** und **sektorenübergreifende Kooperation** werden zwar grundsätzlich als sinnvoll/notwendig erachtet, die Realisierungschancen in der Praxis werden jedoch unterschiedlich gut beurteilt. Als Voraussetzung werden ausreichende/zusätzliche Ressourcen sowie klare Aufträge und Ziele aufgezählt. Als Hindernisse werden Datenschutz, Hierarchien und Parteipolitik genannt. Ein Vorschlag ist, mit Kooperationen im Kleinen (Bezirk) zu beginnen und diese später auszuweiten. Die Verantwortung für ein bedarfsgerechtes System wird klar sektorenübergreifend gesehen. Zusätzlich werden auch Wirtschaft und Frauenpolitik sowie verschiedene Berufsgruppen genannt.

Die **Verteilungsgerechtigkeit** scheint für die meisten Befragten ein wichtiges Thema zu sein. In diesem Zusammenhang wurden Lebensweltorientierung und eine Mischung von Eigeninitiative und professioneller Begleitung für den Zugang zu Frühen Hilfen als wichtig erachtet. Selbstbehalte werden eher abgelehnt, wobei dies vor allem für eine Erst- oder Basisversorgung gilt. Für sozial Schwache sollte es darüber hinaus auch ein kostenloses Angebot geben, ansonsten sind geringe und soziale gestaffelte Selbstbehalte für manche vorstellbar. Wichtig: Selbstbehalte sollen keine Hürde darstellen!

## 4.6 Psychotherapie (inkl. Gruppenangebote)

### 4.6.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Als Ausgangspunkt zur Beschreibung der Gesamtsituation der therapeutischen Angebote in Österreich bieten rezente Ergebnisse von Püspök et al. (2011) wichtige Anhaltspunkte. Als Referenzen dienen dabei bekannte positive Versorgungsmodelle in Vorarlberg sowie in Deutschland, deren Daten die Autoren mit denen über andere österreichische Bundesländer vergleichen.

So beziehen sie die beste zur Verfügung stehende Evidenz ein, um regionale Vergleiche anzustellen, was anhand der auf Basis von Sozialversicherungsdaten am besten untersuchbaren Therapieform, der Psychotherapie, zu folgenden Einschätzungen führt:

- » Der finanzielle Aufwand der Kassen für Psychotherapie ist pro versichertem Jugendlichen (bis 18 J.) in Deutschland beinahe dreimal so hoch wie in Österreich (D: 18,2 Euro vs. Ö: 6,6 Euro).
- » Der Anteil der versicherten Jugendlichen, die eine Psychotherapie erhalten, an allen Jugendlichen bis 18 Jahre ist in Wien (1,2 %) ähnlich hoch wie in Bayern (1,4 %), in Ober-

österreich haben mit 0,4 Prozent der Jugendlichen nur ein Drittel davon Psychotherapien in Anspruch genommen.

- » Die regionalen Kosten pro Versichertem unterliegen vermutlich starken Schwankungen (Wien: 451 Euro vs. Steiermark: 275 Euro).

Die Schlussfolgerungen von Püspök et al. wurden zum Teil heftig kritisiert: wegen der unvollständigen Informationsbasis und fehlender Details Aussagen zur Vergleichbarkeit der Daten und wohl auch wegen der Größe der festgestellten regionalen Unterschiede in der Finanzierung therapeutischer Leistungen mit vermutlich negativen Auswirkungen auf die Versorgung. Weitere Ergebnisse werden im Kap. 3.7.1 vorgestellt.

## 4.6.2 Ergebnisse der Online-Erhebung

In diesem Angebotsfeld wurden insgesamt 28 Angebote erfasst. Die Verteilung der erfassten Angebote auf einzelne Bundesländer ist sehr homogen, mit Ausnahme von Wien, wo vergleichsweise wenige Angebote erfasst werden konnten. Relativ viele Angebote wurden in der Steiermark, in Oberösterreich sowie in Salzburg, Tirol und Vorarlberg erfasst.

Zu etwa einem Drittel handelt es sich bei den Angeboten um spezielle Beratung für Kinder (zumeist ab 4 Jahren), die in mittelgroßen Beratungsstellen, unter schwerpunktmäßigem Einsatz psychotherapeutischer Methoden, teilweise sehr spezifische Problemlagen, z. B. im Zusammenhang mit familiären Krisen, behandelt (Trennung, Tod). In der Steiermark, in Wien, in Klagenfurt, im Burgenland, in Niederösterreich, Tirol sowie in allen oberösterreichischen Bezirken gibt es „Rainbows“-Gruppen.<sup>15</sup> Eine weitere Gruppe von Angeboten (10), die im Rahmen der Online-Befragung erfasst wurden, besteht aus individuellen Therapieangeboten, die in Beratungsstellen öffentlicher oder bspw. auch konfessioneller Trägerschaft angeboten werden.

Darüber hinaus können drei kleinere Angebotsgruppen erkannt werden, eine, in der verschiedene Angebotsformen für Diagnostik bei Kindern angeboten werden, psychotherapeutisch orientierte Privat(gruppen)praxen mit innovativen und teilweise präventiven Ansätzen sowie spezielle Angebote im Rahmen der stationären Strukturen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Bei einem Drittel der erfassten Angebote liegt der private Finanzierungsanteil bei mehr als 50 Prozent, nur drei von 28 Angeboten werden zur Gänze öffentlich finanziert. Dementsprechend geben 50 Prozent der Angebote an, dass Selbstbehalte für Nutzer/innen zu leisten sind, weitere 9 Prozent geben darüber keine Auskunft. Die Höhe der Selbstbehalte liegt für die erfassten Angebote bei 26 bis 48 Euro für therapeutische Leistungen sowie bei 50 bis 80 Euro für diagnostische Leistungen; zusätzlich gibt es einige Angebote, bei denen die Kosten zur Gänze privat zu übernehmen sind.

---

15

Vgl. [www.rainbows.at](http://www.rainbows.at).

Mehrere Möglichkeiten bestehen für die Kostenübernahme bei Therapien und Selbsthalten: Diese reichen von einer vollen Kostenübernahme der Sozialversicherung bei einer krankheitswertigen psychischen Störung über die volle oder teilweise Kostenübernahme aus Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe oder Sozialhilfe bis zur Finanzierung aus Spenden. Nur wenige Anbieter schildern, dass dies den Zugang für benachteiligte Zielgruppen spürbar verbessert. Vielmehr sind mehrere Angebote auf „aufgeklärte Mütter“ (Zitat aus einem Interview) der Mittelschicht zugeschnitten.

Die Verantwortlichen der erfassten Angebote sind überwiegend der Meinung, dass in benachteiligten sozialen Schichten ein Bedarf für diese Angebote bestehen würde und schreiben einem unterstellten fehlenden Wissen sowie mangelndem Bewusstsein (jeweils ca. 50 %) einen wichtigen Beitrag dabei zu, dass die psychotherapeutischen Angebote unterfrequentiert werden. Nahezu unisono wird jedoch betont, dass der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen in erster Linie durch eine Reduktion der Selbsthalte verbessert werden kann. Darüber hinaus berichten mehrere öffentliche Beratungsstellen, dass sie unter akutem Finanzierungsdruck stehen.

Während ein Drittel der Angebote keine Angaben über Kooperationsformen macht, lassen die restlichen Angaben die Vermutung zu, dass neben routinierten Zu- und Weiterverweisungen sowie einem guten Anteil an fallbezogener Vernetzung Verträge oder andere verbindliche Abkommen eine Seltenheit (2 Angebote) darstellen. Darüber hinaus ist der Anteil jener Angebote, deren Protagonisten auch an facheinschlägigen Netzwerken teilnehmen, mit einem Drittel im Vergleich der therapeutischen Angebote relativ hoch.

### 4.6.3 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

Im Rahmen der Feldanalyse konnten acht Interviews mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in acht Bundesländern geführt werden.

Im **Verständnis von Frühen Hilfen** zeigen die Interviewpartner/innen eine deutliche Schwerpunktsetzung bei Gesundheitsförderung und Prävention, worunter am häufigsten die Förderung von Erziehungskompetenzen sowie von kognitiven Fähigkeiten fällt. Die Interviewten sind sich einig, dass die Kapazitäten für Angebote in der frühen Kindheit nicht ausreichen, manche sprechen konkret die mangelnde Finanzierung von Therapien und von Vernetzungsarbeit an.

Einige sind der Meinung, dass alle Familien **Zielgruppe** sind. Gleichzeitig werden auch spezielle Zielgruppen genannt: sozial Schwache, Familien mit Migrationshintergrund, psychisch belastete Familien, junge Mütter. Die Strategien zur Förderung der Erreichbarkeit dieser Zielgruppen sind sehr unterschiedlich und beinhalten eine Integration entsprechender Leistungen in die „Eltern-Kind-Vorsorge neu“, die Kooperation mit Kinderbetreuungseinrichtungen, Öffentlichkeitsarbeit, Informationsbroschüren sowie ein Belohnungssystem für die Teilnahme an Fortbildungen. Mehrfach wird allerdings die Notwendigkeit von niederschweligen Angeboten genannt.

Die Frage des **Kontrollaspekts** wird oft nicht klar beantwortet. Eine Verknüpfung von Kontrolle und Frühen Hilfen wird eher abgelehnt, doch zwei Personen denken eher in Richtung Integration von Kinderschutz in Frühe Hilfen.

**Vernetzung** wird als sehr wesentlich zur Etablierung von Frühen Hilfen angesehen. Es gibt schon Vernetzungsstrukturen, die gestärkt werden müssten, manche sprechen konkret den Bedarf an einer zentralen Stelle an, die eine Koordinationsfunktion übernimmt. Intersektorale Zusammenarbeit wird als machbar eingestuft. Voraussetzung ist der politische Wille, größte Herausforderung ist die Finanzierung. Von einigen Interviewpartnern wird auch die interprofessionelle Zusammenarbeit als wichtige Voraussetzung angesprochen.

Beim Punkt der **Verteilungsgerechtigkeit** zeigt sich ein weitgehend einheitliches Bild unter den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Selbstbehalte auf therapeutische Leistungen sind gut (für Qualität der Leistung, für Wertschätzung), müssen aber unbedingt sozial gestaffelt sein. Nur eine Person plädiert dafür, dass diese Leistungen für Kinder und Jugendliche generell frei sein sollen.

Die **Verantwortung** für Frühe Hilfen liegt aus Sicht fast alle Interviewpartner/-innen jedenfalls im Gesundheitsbereich, zusammen mit dem Sozialressort (Kinder- und Jugendhilfe), mit dem Familienressort, einmal wird auch das Bildungsressort genannt.

## 4.7 Therapeutische Leistungen (Physio-, Ergotherapie und Logopädie)

### 4.7.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Angestoßen von Püspök et al. 2011, die eine beträchtliche therapeutische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit therapeutischen Leistungen in Österreich konstatieren, wurde bei der Feldanalyse versucht, systematische Informationen über die im Rahmen der Sozialversicherung finanzierten und kofinanzierten therapeutischen Leistungen für Babys und Kleinkinder zu erheben. Zum Zwecke der schriftlichen Anfrage an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger wurden die Daten, die für eine solche Erhebung von Interesse sind, spezifiziert. Allerdings konnten keine vergleichbaren Daten erhoben werden, was aus den unterschiedlichen Dokumentationsmethoden der Krankenkassenträger resultiert.

Püspök et al. gehen davon aus, dass sich das Ausmaß an Unterversorgung durch eine fehlende flächendeckend zugängliche Versorgung in Österreich auf Basis von Daten der Gebietskrankenkassen abbilden lässt. Auf eine parlamentarische Anfrage antwortete Bundesminister Stöger in Form von Daten einzelner Sozialversicherungsträger (s. Tabelle 4.2 über finanzielle Zugangsbarrieren zu einzelnen therapeutischen Leistungen).

Tabelle 4.2:

Kosten für therapeutische Leistungen in Österreich pro Stunde in Euro, 2010

|                | Kosten | Erstattung – Zuschuss | Eigenleistung |
|----------------|--------|-----------------------|---------------|
| Physiotherapie | 65–75  | 22–40                 | 25–53         |
| Ergotherapie   | 60–70  | 17–40                 | 20–53         |
| Logopädie      | 65–75  | 30–50                 | 15–45         |

Quelle: Püspök, R., Brandstetter, F., Menz, W. (2011); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Tabelle zeigt, dass bei ähnlich hohen Kosten für eine Therapiestunde (gewichtet auf 60 min.) der Anteil privater Zuzahlungen regional und zwischen den Therapieformen 15 bis 53 Euro beträgt.

Von Seiten der Berufsverbände für die Anbieterinnen und Anbieter der therapeutischen Leistungen wird die Praxis bei Anträgen zur Kostenübernahmen einzelner Träger kritisch wahrgenommen („unbegründete Ablehnung trotz Erfüllung formaler Voraussetzungen“, logopädie austria 2012).

## 4.7.2 Ergebnisse der Online–Erhebung

Im Rahmen der Online–Erhebung wurden Informationen zu insgesamt 39 therapeutischen Angeboten erhoben. Über den Leitfaden zur Feldanalyse war vorgegeben, dass insbesondere Projekte und Praxisinitiativen von Interesse sind, die einen über die therapeutischen Routineleistungen hinausgehenden Beitrag zu Frühen Hilfen leisten können. Die Anzahl der erfassten Angebote ist regional stärker ausgeglichen als bei anderen erfassten Angebotstypen. Überdurchschnittlich viele Angebote wurden in Salzburg und der Steiermark erfasst.

16 der in der Online–Befragung erfassten Angebote sind von öffentlichen Trägern organisierte therapeutische Hilfen, die anderen sind Angebote einzelner Therapeutinnen/Therapeuten in freier Praxis oder Angebote privater Praxisgemeinschaften. Die meisten Ressourcen (100 bis 620 h durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit) werden von insgesamt fünf therapeutischen Zentren mit zehn bis 65 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, die unter öffentlicher Trägerschaft stehen, eingebracht. Die Träger können – heterogen – dem Sozial– oder dem Medizinsystem zugeordnet werden. Die Angebote der fünf erfassten therapeutischen Zentren werden jährlich von 200 bis 350 Familien in Anspruch genommen.

Im erhobenen Feld therapeutischer Leistungen werden vorwiegend von den Therapiezentren Vernetzung und Kooperation geleistet. Es handelt sich zwar kaum um strukturierte Kooperationsformen, aber um regelmäßigen und fallbezogenen Austausch. Die Teilhabe an professionellen Netzwerken spielt bei therapeutischen Angeboten vermutlich insgesamt eine eher untergeordnete Rolle (ca. 10 % der erfassten Angebote).

Die Beratungs– und Therapieangebote der erfassten Leistungsträger beinhalten insgesamt neben den klassischen therapeutischen Interventionen viele ressourcenorientierte Ansätze, die sich an

eine breitere Gruppe von Eltern richten (ohne therapeutischen Behandlungsbedarf der Kinder) und teilweise sehr spezifische Lebenslagen bearbeiten (z. B. „Fit für den Schuleintritt“ mit interdisziplinären Angeboten). Eine weitere Gruppe von Angeboten verfolgt Ziele und Aktivitäten, die mit den Leistungsbereichen von Hebammen oder mit erweiterten Angeboten der Frühförderung überlappen (z. B. Heidelberger Elternttraining zur frühen Sprachförderung<sup>16</sup>, Kurse zur Förderung der frühkindlichen Bindung).

Knapp ein Drittel der erfassten Angebote wird mehrheitlich oder zur Gänze öffentlich finanziert. Während bei einem weiteren knappen Drittel die Information über die Finanzierung nicht erfasst werden konnte, sind die privaten Finanzierungsanteile bei den restlichen Angeboten im Vordergrund und Selbstbehalte (zwischen 10 und 30 Euro pro therapeutischer Einheit) zu leisten. Die Einschätzung der Zugangsqualität für benachteiligten Gruppen ist entsprechend heterogen und wird erwartungsgemäß bei kostenlosen Angeboten sehr gut oder gut und bei Angeboten mit Selbstbehalten eher schlecht bzw. bei speziellen Leistungen, die auf „aufgeklärte Mütter“ aus „wohlhabenden Familien“ (Quelle: Online-Fragebogen) zielen.

Die Vertreter/innen der erfassten Angebote sind überwiegend der Meinung, dass Angehörige sozial benachteiligter Gruppen einen entsprechenden Bedarf an therapeutischen Leistungen äußern und über die Angebote Bescheid wissen; glauben aber, dass es bei Angehörigen benachteiligter Zielgruppen am Bewusstsein für die Vorteile der Angebote mangelt.

### 4.7.3 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/–experten

Mit Anbieterinnen/Anbietern logopädischer, ergo- und physiotherapeutischer Leistungen wurden österreichweit elf Interviews geführt. Alle Interviewten finden Frühe Hilfen sehr wichtig.

Das **Verständnis von Frühen Hilfen** liefert ein uneinheitliches Bild. Es werden viele verschiedene Maßnahmen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Versorgung genannt, am häufigsten therapeutische Angebote, medizinische Prävention und die Förderung von Erziehungskompetenzen. Es wird von den meisten ein Kapazitätsmangel gesehen und teilweise das Fehlen stationärer medizinischer Strukturen.

Mehr als die Hälfte ist bezüglich **Zielgruppe** der Meinung, dass sich Frühe Hilfen an alle Bevölkerungsgruppen richten sollen, in einem Interview wurden konkret Jugendliche (in der Schule) genannt. An speziellen Zielgruppen wurden sozial Benachteiligte, Wohlstandsverwehrlos-te, Familien mit Migrationshintergrund, „auffällige“ Kinder und Kinder mit körperlichen Behinderungen genannt. Bezüglich des Alters gibt es keine Angaben.

---

16

Vgl. <http://www.heidelberger-elternttraining.de/>.

Kindergärten (z. B. Screening, Fortbildung für Pädagoginnen/Pädagogen) und Ärztinnen/Ärzte (z. B. über Mutter-Kind-Pass) werden am häufigsten als wichtigste Stellen für die **Erreichbarkeit** der Zielgruppe gesehen. Auch genannt wurden Eltern-Kind-Zentren (EKIZ), (Aufklärung in) Schulen und Jugendamt. Das Thema sollte verstärkt in die Öffentlichkeit gebracht werden.

Unklare Antworten gab es in Bezug auf den Kontrollaspekt, weil nicht klar wird, ob die **Kontrolle** durch Frühe Hilfen geleistet werden soll.

Interprofessioneller **Vernetzung** wird insbesondere mit Ärzten und Pädagoginnen/Pädagogen als notwendig erachtet. Intersektorale Zusammenarbeit wird als schwierig, zum Teil als unrealistisch erachtet, weil es auch auf höchster (politischer) Ebene keine klaren Zuständigkeiten gibt.

**Verteilungsgerechtigkeit:** Die Interviewten sind sich weitgehend einig, dass der Zugang zu den Leistungen im Bereich der Frühen Hilfen (zu therapeutischen Leistungen) einen zentralen Ansatzpunkt darstellt. Selbstbehalte sollten in Bezug zum Einkommen stehen.

Die **Verantwortung** für Frühe Hilfen wird entweder im Sozialbereich oder im Gesundheitsbereich gesehen. Auch der Bildungsbereich und die Kinder- und Jugendhilfe wurden genannt.

## 4.8 Frühförderung

### 4.8.1 Ergebnisse der Online-Erhebung

Insgesamt wurden 56 Angebote erfasst, die der Frühförderung zuordenbar sind, das sind 9,1 Prozent aller erfassten Angebote. Während in der Steiermark (22 Angebote) und Kärnten (11) überdurchschnittliche viele Angebote erfasst wurden, wurden in Niederösterreich (1), im Burgenland (2) sowie in Salzburg (2), Tirol (3) und Vorarlberg (-) relativ wenige oder keine Angebote der Frühförderung erfasst.

Die Leistungen der Frühförderung sind mit einem pädagogischen Ansatz überwiegend auf die individuelle Förderung von Kindern mit unterschiedlichen Funktionsbeeinträchtigungen konzipiert. Begleitend zu den Fördereinheiten für die Kinder werden Eltern beraten und begleitet. Die Leistungen werden ambulant oder im Rahmen von Hausbesuchen angeboten.

In mehreren Bundesländern existieren zum Teil seit mehreren Jahrzehnten flächendeckende (interdisziplinäre) Angebote der mobilen Frühförderung und Familienbegleitung (z. B. Wien, Niederösterreich, Steiermark, Kärnten). Die Angebote sind im Bundesländervergleich unterschiedlich stark ausgebaut: So betrug die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit aller Mitarbeiter/innen für die flächendeckende Angebotsstruktur in Oberösterreich 291 Stunden, in Kärnten 418 Stunden, in der gut erfassten steirischen Struktur insgesamt 1.723,8 Stunden, die mobile Frühförderung der Stadt Wien schätzt 1.000 Stunden.

Zusätzlich zu diesen etablierten Leistungsbereichen gibt es verschiedene Angebote, die als Interventionsprogramme konzipiert sind, wobei vor allem das Heidelberger Elterstraining zur frühen Sprachförderung überregional angeboten wird. Einige wenige Wiener Initiativen richten sich an eingegrenzte Zielgruppen wie etwa Kinder aus suchtblasteten Familien<sup>17</sup> oder Kinder mit speziellen seltenen Formen von Beeinträchtigung.

Während die Leistungen der Frühförderstellen bei vier von fünf erfassten Angeboten zu mehr als 90 Prozent öffentlich finanziert werden und Selbstbehalte insgesamt eine geringe Rolle spielen, sind relevante regionale Unterschiede zu finden. In Wien und in der Steiermark werden die flächendeckenden Angebote zu 100 Prozent öffentlich finanziert, und der Zugang für die betroffenen Familien ist kostenfrei. Beim niederösterreichischen Angebot wird ein Selbstbehalt von 15 Euro pro Frühfördereinheit in Rechnung gestellt. Bei medizinisch indizierten Leistungen werden in NÖ die Einheiten als Tarifpositionen der gesetzlichen Krankenversicherung mit Selbsthalten finanziert.

Von allen Befragten aus Kärnten und Oberösterreich wird der Zugang für benachteiligte Gruppen als gut oder sehr gut eingeschätzt, während die Antworten aus der Steiermark und aus Wien darauf hindeuten, dass beide Systeme trotz der kostenlosen Inanspruchnahme Kinder mit Beeinträchtigungen aus benachteiligten sozialen Gruppen schlecht oder sehr schlecht erreichen.

In Kärnten wurden verschiedene finanzielle Unterstützungsmaßnahmen erfasst, die im Rahmen der medizinischen Behandlung relevant werden, zum Beispiel für Heilbehelfe und Hilfsmittel, und die auf Antrag für Bezieher/innen niedriger Einkommen erhältlich sind<sup>18</sup>. Ansonsten erklären sich diese regional stark unterschiedlichen Wahrnehmungen nicht notwendigerweise aus strukturellen oder organisatorischen Unterschieden der erfassten Angebote.

Hinsichtlich der Ursachenzuschreibungen für den wahrgenommenen Schichtgradienten in der Inanspruchnahme der Frühförderung sind die Befragten mehrheitlich der Ansicht, dass es in unteren sozialen Schichten sowohl an Wissen über die Möglichkeiten als auch an Bewusstsein für die Bedeutung der Frühförderung mangle. Darüber hinaus sind mehr als vier Fünftel der Befragten nicht der Meinung, dass es anderer Strategien in der Frühförderung bedarf<sup>19</sup>, sondern dass eine Problemlösung durch eine Aufstockung der personellen und finanziellen Ressourcen möglich wäre.

Kooperationsvereinbarungen und Vernetzung sind im Feld der Frühförderung gut etablierte Qualitätssichernde Funktionen. Definierte Aufträge von Organisationen der Sozial- oder Behinder-

---

17

Angebote für Kinder aus suchtblasteten Familien gibt es in ganz Österreich; siehe [www.encare.at](http://www.encare.at).

18

Entsprechende Unterstützungsmaßnahmen gibt es in allen Bundesländern.

19

Niederschwellige Hausbesuche gehören zu Routineleistungen der Frühförderung.

tenhilfe bzw. der Kinder- und Jugendhilfe sorgen für Klarheit bei Zuweisungen, regelmäßige Fallbesprechungen und Helferkonferenzen gehören überwiegend zu den organisatorischen Routinen der erfassten Angebote. Die Teilnahme an anderen professionellen Netzwerken spielt eine untergeordnete Rolle.

## 4.8.2 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

Österreichweit konnten acht Interviews in fünf Bundesländern mit Frühförderinnen und Frühförderern geführt werden. Mehrheitlich schätzen die Interviewpartner/innen Frühe Hilfen als sehr wichtig ein. Aus diesen Fragebögen kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Frühe Hilfen umfassen für alle interviewten Personen Maßnahmen sowohl aus dem Bereich **Gesundheitsförderung** als auch aus dem Bereich **Versorgung**. Während im Bereich Versorgung unterschiedliche Maßnahmen Erwähnung finden, werden im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention häufig Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz und der Elternkompetenz sowie Lebenskompetenzprogramme für Kinder genannt. Hinsichtlich des Begriffsverständnisses zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Übereinstimmend wird ein Mangel an Kapazitäten im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung sowie hinsichtlich therapeutischer Leistungen festgehalten.

Hinsichtlich der **Zielgruppe** von Frühen Hilfen nennt mehr als die Hälfte der Interviewpartner/innen Familien in belastenden Lebenssituationen (niedriger sozioökonomischer Status, Familien mit gesundheitlich beeinträchtigten und/oder entwicklungsverzögerten Kindern, Eltern mit gesundheitlichen Problemen, verunsicherte Eltern). Die restlichen Interviewten definieren Zielgruppen von Frühen Hilfen hinsichtlich des Alters des Kindes (Schwangerschaft, Eltern von 0- bis 6-jährigen Kindern). Eine Person gibt an, dass Frühe Hilfen sich an alle Familien richten sollen.

Zum **Erreichen der Zielgruppen** gibt es unterschiedliche Vorschläge. Häufig genannt wird das Gesundheitssystem als Zugangsweg zu den Zielgruppen (z. B. über Krankenhäuser, Kinderärzte, Hebammen). Zwei Interviewte schlagen konkret die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung vor. Als weitere Zugangsmöglichkeiten werden unterschiedliche Bereiche und ihre Angebote genannt, die jeweils Kontakt zu den Eltern haben und wo daher Anknüpfungsmöglichkeiten bestehen: Kinder- und Jugendhilfe, AMS, Schuldnerberatung, Sozialarbeit, Mütterberatung, niederschwellige Angebote (Elterncafés). Eine Verbesserung der Kommunikationskompetenzen der einzelnen Berufsgruppen im Umgang mit den Eltern sowie eine Schulung hinsichtlich der bestehenden Angebote im eigenen wie auch in anderen Bereichen werden vorgeschlagen.

Bezüglich einer **Kontrollfunktion von Frühen Hilfen** besteht Konsens, dass eine Kontrolle hinsichtlich Kindeswohlgefährdung notwendig ist, aber diese von Frühen Hilfen tendenziell entkoppelt sein sollte und stattdessen die Unterstützung der Familien im Vordergrund stehen sollte. Teilweise wird eine „implizite“ Kontrollfunktion von Frühen Hilfen gesehen, z. B. durch

gesetzlich verpflichtende Maßnahmen für alle Eltern wie z. B. Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, durch Kooperation mit anderen Berufsgruppen und dabei klare Abgrenzung der Aufgaben. Als deutlicher Nachteil einer Kontrollfunktion wird ein Vertrauensverlust der Eltern gegenüber den Berufsgruppen genannt und dass bei verstärkter Kontrollfunktion Maßnahmen und Angebote von Eltern eher abgelehnt werden.

Eine **Vernetzung** zwischen Gesundheitsbereich, Sozialbereich und der Kinder- und Jugendhilfe wird übereinstimmend als realistisch eingestuft und mehrheitlich als eine Notwendigkeit für die Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich gesehen. Es wird als notwendig erachtet, die Kompetenzen der einzelnen Akteurinnen/Akteure klar zu trennen und transparent zu machen. Eine zentrale Anlaufstelle zu Frühen Hilfen, die niederschwellig zugänglich ist, z. B. vor Ort in der Gemeinde, in der Klinik, wird in diesem Zusammenhang vorgeschlagen. Die Verantwortung für ein bedarfsgerechtes System Früher Hilfen wird durchgängig in den Bereichen Gesundheit und Soziales gesehen.

**Verteilungsgerechtigkeit:** Bei den Interviewten stellt der Zugang zu Leistungen mehrheitlich einen zentralen Ansatzpunkt von Frühen Hilfen dar. Selbstbehalte für therapeutische und andere Leistungen im Bereich Frühe Hilfen werden kontrovers diskutiert und von rund der Hälfte der Interviewten befürwortet, sofern sie einkommensabhängig gestaffelt sind. Die andere Hälfte lehnt Selbstbehalte ab oder ist sich diesbezüglich unsicher.

## 4.9 Freiwillige Angebote der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe

Die Maßnahmen der Jugendwohlfahrt bzw. der Kinder- und Jugendhilfe<sup>20</sup>, die bundesweit erfasst werden, gliedern sich in „Unterstützung der Erziehung“ und „volle Erziehung“, jeweils differenziert danach, ob sie auf der Basis von Vereinbarungen oder einer gerichtlichen Verfügung geleistet werden. Die Leistungen für Kinder, die bei Pflegeeltern untergebracht werden, Obsorgebetraungen und gesetzliche Vertretungen der Jugendwohlfahrtsträger bzw. der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind gesondert erfasst. Im Rahmen der Feldanalyse sollten vor allem die (freiwilligen) Erziehungsmaßnahmen bis zum fünften Lebensjahr erfasst werden, da sie im Gegensatz zu allen anderen Maßnahmen einen stark fördernden Einfluss auf die Entwicklung von Babys und Kleinkindern nehmen können und flächendeckend institutionalisiert sind.

In diesem Zusammenhang muss für die Konzeption früher Hilfen im Allgemeinen geklärt werden, wie das doppelte Mandat von Hilfe und Kontrolle in der frühen Kindheit im Zusammen-

---

20

Am 1. Mai 2013 tritt das „Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche“ (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 – B-KJHG 2013) in Kraft und löst damit das Jugendwohlfahrtsgesetz ab (BGBl 1989/161, zuletzt geändert durch Bundesgesetzblatt BGBl I 2007/47). Anstelle von „Jugendwohlfahrt“ wird darum in diesem Bericht bereits von „Kinder- und Jugendhilfe“ gesprochen; vgl. [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I\\_02191/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_02191/index.shtml) (12. 3. 2013).

hang mit den im Jugendwohlfahrts- bzw. im Kinder- und Jugendhilfegesetz festgelegten Schutz- und Kontrollfunktionen mit einem System Früher Hilfen einhergeht.

## 4.9.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Aus dem Jugendwohlfahrtsbericht des BM für Wirtschaft, Familie und Jugend lässt sich auf Basis einer Zusammenschau der Anzahl der Leistungen mit der Anzahl der unter Sechsjährigen eine Vergleichsziffer für die regionale Ressourcenallokation bei freiwilligen Unterstützungsleistungen der Jugendwohlfahrt berechnen, die für das Feld Früher Hilfen relevant ist (Anzahl der Maßnahmen pro Kopf).

Die Dauer der Maßnahmen beträgt bei etwa 35 Prozent der Fälle weniger als ein Jahr, bei etwa 45 Prozent der Maßnahmen zwischen einem und zwei Jahren sowie bei etwa 20 Prozent der Fälle mehr als zwei Jahre.

Tabelle 4.3:  
Ressourcenallokation bei freiwilligen Unterstützungsleistungen der Jugendwohlfahrt, 2011

|                   | Bevölkerungszahl<br>0- bis 5-Jährige | freiwillige Maßnahmen der<br>JW bei 0- bis 5-Jährigen | Anzahl Maßnahmen pro<br>1.000 0- bis 5-Jährigen |
|-------------------|--------------------------------------|---|---|
| Burgenland        | 13.965                               | 230   | 16,5  |
| Kärnten           | 28.816                               | 308   | 10,7  |
| Niederösterreich  | 88.089                               | 1.248   | 14,2  |
| Oberösterreich    | 82.236                               | 1.039   | 12,6  |
| Salzburg          | 30.431                               | 284   | 9,3   |
| Steiermark        | 62.633                               | 1.145   | 18,3  |
| Tirol             | 40.960                               | 457   | 11,2  |
| Vorarlberg        | 23.552                               | 393   | 16,7  |
| Wien              | 103.199                              | 1.176   | 11,4  |
| <b>Österreich</b> | <b>473.881</b>                       | <b>6.280</b>  | <b>13,3</b>                                     |

Quelle: GÖG-Berechnungen auf Basis des Jugendwohlfahrtsberichts 2011 sowie der Bevölkerungsstruktur 2011, Statistik Austria; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 4.3 zeigt, dass es in der Steiermark, im Burgenland sowie in Vorarlberg und Niederösterreich einen vergleichsweise intensiven Einsatz freiwilliger Unterstützungsmaßnahmen gibt. In der Steiermark werden doppelt so viele Leistungen pro Kopf erbracht wie in Salzburg. Über andere Eigenschaften der Leistungen können auf Basis der vorliegenden Sekundärdaten keine systematischen Aussagen getroffen werden.

## 4.9.2 Ergebnisse der Online-Erhebung

Im Rahmen der Online-Befragung wurden insgesamt 33 freiwillige Angebote der Jugendwohlfahrt identifiziert, vorwiegend in der Steiermark (12 Angebote), in Oberösterreich (7), Vorarlberg (4), Niederösterreich (2) und im Burgenland (4).

Die Angebote bieten für bereits stark belastete Familien unterschiedliche Dienstleistungen an, vorwiegend in einem ambulanten oder Hausbesuchs-Setting. Zu den am häufigsten erfassten Angeboten gehören die (mit Ausnahmen) flächendeckenden Angebote im Rahmen der Erziehungs- und Familienhilfe, deren Durchführung an sogenannte freie Träger der Jugendwohlfahrt ausgelagert ist. Diese flächendeckenden Angebote erfordern einen zum Teil sehr hohen Ressourceneinsatz, eine große Anzahl von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und große Mengen an geleisteter Arbeitszeit sind keine Seltenheit.

Darüber hinaus gibt es unterschiedlich intensiv ausgebaute Angebote für sozial belastete Familien wie z. B. betreute Wohnangebote, alltagsstrukturierende Begleitung und Betreuung und weitere spezifische sozialpädagogische Angebote. Mit Ausnahme von sechs erfassten Angeboten, die über den Zugang sozial benachteiligter Zielgruppen keine Angaben machen, sind die Verantwortlichen ausschließlich der Meinung, dass der Zugang als gut bis sehr gut eingestuft werden kann.

Dies ist insofern stimmig, als die Angebote dem Antwortverhalten zufolge auf benachteiligte Gruppen fokussieren (aber nicht nur), in denen kumulierte Problemlagen vorliegen. Bei vielen Angeboten gibt es eine 100%ige öffentliche Finanzierung, und Selbstbehalte machen einen sehr geringen Anteil der Finanzierung aus. Obwohl in acht Fällen keine Angaben über öffentliche und private Finanzierungsanteile vorliegen, betragen die öffentlichen Anteile von elf Angeboten mehr als 90 Prozent bis zu 100 Prozent und bei drei weiteren Angeboten mehr als 70 Prozent. Die vermutlich selten (z. B. in Oberösterreich) anfallenden Selbstkosten sind sozial gestaffelt oder betreffen die Teilnahme an speziellen (Gruppen-)Angeboten.

Der Bedarf an finanzieller Unterstützung der Angebote ist für die Befragten teilweise sehr offensichtlich. So wird beispielsweise geschildert, dass ca. die Hälfte der betreuten Familien einen (geringen) Selbstbehalt nicht leisten könne und dass ohne die Möglichkeit einer Kostenreduktion (teils unbürokratisch, teils über Anträge) große Auswirkungen auf die Inanspruchnahme zu erwarten wären.

Die persönlichen Hemmschwellen für eine Inanspruchnahme durch Angehörige benachteiligter Gruppen beurteilen die Verantwortlichen mehrheitlich so, dass zwar nicht das Wissen, aber weitgehend das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Inanspruchnahme fehle, was auf den schwierigen Kontext der Arbeit im Zusammenhang mit dem doppelten Mandat sozialer Arbeit (Hilfe vs. Kontrolle – viele Angebote werden aus der Jugendwohlfahrt gesteuert) hindeutet.

Verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit verschiedenen Einrichtungen der Jugendwohlfahrt sind die Regel in dieser Angebotsgruppe, ebenso bestehen intensive Kooperationsformen mit

verschiedenen Zuweisern, mit Institutionen, in denen die Kinder und Jugendlichen betreut werden sowie fallbezogen mit anderen Anbieterinnen von Gesundheits- und Sozialleistungen. An anderer fachlicher Vernetzung in professionellen Netzwerken nehmen nur wenige Befragte teil.

### 4.9.3 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

Österreichweit konnten in sieben Bundesländern acht Interviews mit Praxisexpertinnen bzw. -experten im Feld der Jugendwohlfahrt geführt werden. Alle Interviewten finden Frühe Hilfen sehr wichtig und unterstützen die Notwendigkeit für Maßnahmen.

Aus den Interviews kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Es werden verschiedenste Maßnahmen der Bereiche **Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung** angeführt, wobei Prävention (insbesondere Förderung von Elternkompetenzen) und dem Leistungsbereich Hebammen / mobile Krankenpflege besonderer Stellenwert eingeräumt wird. Aber auch therapeutische Maßnahmen und medizinische Prävention werden oft genannt. Bei der Frage nach ausreichenden Kapazitäten wird darauf verwiesen, dass insbesondere ein Ausbau der Prävention notwendig ist. Im Verständnis ist die Mehrheit relativ klar bei „präventivem Kinderschutz“ angesiedelt; einige aber auch stark bei „früher Förderung“.

Bezüglich zentraler **Zielgruppen** gibt es geteilte Meinungen. Ein Teil findet, dass sich Maßnahmen an alle Familien richten sollten, andere sehen vorrangig einen Fokus auf spezifischen Zielgruppen (genannt z. B. Migrantinnen/Migranten, jugendliche Schwangere, Alleinerziehende, sozial benachteiligte Familien). Einverständnis besteht, dass der Erreichbarkeit von belasteten Familien besonderer Stellenwert zukommt. Bezüglich des Alters gibt es wenige Angaben, ein paarmal wird darauf verwiesen, dass die Eingrenzung auf Kinder vor dem Kindergarteneintritt sinnvoll wäre (weil es danach einen institutionellen Kontakt gibt).

Als zentrale Möglichkeiten zur **Erreichbarkeit der Zielgruppe** werden durchwegs das Gesundheitssystem (Mutter-Kind-Pass, Geburtskliniken) und aufsuchende Angebote (Willkommensbesuch mit Wäschepaket etc.) genannt. Oft wird auf den großen Stellenwert der Gemeinden in Hinblick auf Kontakt mit Zielgruppen verwiesen.

Eine Verknüpfung von Frühen Hilfen mit **Kontrolle** wird durchwegs abgelehnt. Eine ausreichende Motivation, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, kann aus Sicht der Interviewten nur durch Freiwilligkeit erzielt werden.

**Vernetzung** wird (neben Bewusstseinsbildung und Bereitstellung von Ressourcen) als zentrale Anforderung zur Etablierung Früher Hilfen gesehen. Intersektorale Zusammenarbeit wird aber von vielen als sehr schwierig erlebt – einige meinen aber auch, dass dies kein Problem sei und

die Relevanz von interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation und Vernetzung generell steige. Die **Verantwortung** für ein bedarfsgerechtes System wird eher intersektoral gesehen, auf Landesebene vorrangig bei den Ressorts Familie und Gesundheit und auf Bundesebene jedenfalls bei Gesundheit, darüber hinaus teilweise auch noch bei Familie, Soziales, Bildung, Frauen. Angeregt wurde vereinzelt auch, dass bezüglich Verantwortung auch die Bezirksebene gefordert ist.

Die Frage der **Verteilungsgerechtigkeit** wird als sehr relevant und zentral bewertet, wobei es unterschiedliche Positionen in Hinblick auf Kostenbeiträge gibt. Von einigen werden Kostenbeiträge der Zielgruppen generell abgelehnt, viele plädieren aber für – sozial gestaffelte – Beiträge („was nichts kostet, ist nichts wert“; viele Gruppen können sich Beiträge leisten). Einig sind sich alle, dass die Kosten keine Zugangsbarrieren darstellen dürfen, weshalb für Familien mit geringem Einkommen das Angebot (fast) kostenlos sein muss.

## 4.10 Elternberatung und –begleitung

In dieser Angebotsgruppe wurden die meisten Fragebögen retourniert, insgesamt 115, wobei mehrere regionale Kooperationspartner über die Phase der Datenerhebung berichten, dass die Angebotsfelder in ihrem Bundesland nicht ausreichend erfasst werden konnten. Die regionale Verteilung zeigt eine hohe Zahl von erfassten Angeboten im Burgenland und in der Steiermark: Burgenland (20), Kärnten (5), Niederösterreich (9), Oberösterreich (13), Salzburg (10), Steiermark (26), Tirol (9), Vorarlberg (11), Wien (12).

60 Prozent der Ziele der Angebote zur Elternberatung und Elternbildung (wobei fünf Ziele pro Angebot angegeben werden konnten) wurden in der Kategorie „Unterstützung von Kindern“ zugeordnet, danach folgt mit 20 Prozent „Frühförderung und Entwicklungsförderung von Kindern“ und danach mit 11,5 Prozent die „Stärkung der Elternkompetenz und Erziehungskompetenz“. Eine untergeordnete Rolle spielt hingegen die „Förderung der Gesundheitskompetenz der Eltern oder Kinder“ sowie die „Sicherung des Kindeswohls“.

Zwei Drittel der erfassten Angebote haben zwischen zehn und fünfzig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das sind im Vergleich zu vielen anderen Bereichen relativ große Organisationen. In ihnen arbeiten vorwiegend Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoginnen/–pädagogen, Frühförderinnen/–förderer und Angehörige anderer Beratungsberufe mit speziellen Qualifikationen. Andere Gesundheitsberufe (Fachärztinnen/–ärzte, Psychotherapeutinnen/–therapeuten) arbeiten in wenigen Angeboten mit.

Die Trägerschaft der erfassten Angebote ist dadurch charakterisiert, dass eine große Vielzahl an unterschiedlichen Trägern bzw. bundesländerspezifische Trägerlandschaften bestehen. Das Antwortverhalten ist dergestalt, dass pro Bundesland ein/e oder wenige Anbieter/innen zumeist mehrere Fragebögen ausfüllen, die im Rahmen der Online–Erhebung relevant sind. Was die Bezeichnungen der Angebote betrifft (z. B. „Abenteuer Eltern sein“), werden in etwa gleich häufig Eltern sowie Familien und Kinder angesprochen. Bei den Angeboten handelt es sich hauptsächlich

lich um Zusatzangebote, der durchschnittliche wöchentliche Personalaufwand beträgt selten mehr als 50 bis 60 Stunden.

Eine größere Gruppe von Angeboten, die sich an alle Eltern und Familien richtet, besteht aus Kursen, Workshops und Seminaren für (werdende) Eltern mit einer breiten inhaltlichen Vielfalt. Im Rahmen der Online-Befragung wurden einige spezifische Angebote für Schwangere und werdende Eltern (ca. 20 % der Angebote) sowie vereinzelt für Migrantinnen und Migranten bzw. für Frauen erfasst. Eine kleine Gruppe von Angeboten bietet Elternbildung und -beratung in spezifischen Problemlagen (z. B. mobile Kinderkrankenpflege, Schreiambulanz).

Obwohl drei Viertel der Angebote einen öffentlichen Finanzierungsanteil von 50 bis 75 Prozent aufweisen und keine der Verantwortlichen angaben, dass der private Finanzierungsanteil höher als 40 Prozent sei (mit Ausnahme von sechs Angeboten, die ausschließlich privat finanziert werden), werden bei einem Drittel der Angebote Selbstbehalte vorausgesetzt in Form von Teilnahmegebühren (oftmals ca. 10 Euro pro Seminar in Seminarreihen), für bestimmte Angebote aber mitunter auch höhere Selbstbehalte (gänzliche Übernahme von Beratungsstunden, bis zu 70 Euro pro Einheit) bzw. eine gänzliche Übernahme von Kurskosten (bis zu 150 Euro, vereinzelt mit der Möglichkeit zur Kostenreduktion). Bei weiteren 20 Prozent der erfassten Angebote fehlen Informationen über private Kostenanteile.

Eine Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass das Bewusstsein für die Vorteile durch die Inanspruchnahme der Angebote in sozial benachteiligten Gruppen fehle. Viele sind der Meinung, dass sozial benachteiligte Zielgruppen durch Elternberatung und -begleitung recht gut erreicht werden. Nur jede/r Fünfte bringt eine mangelnde Inanspruchnahme mit den zum Teil hohen Selbsthalten im Zugang in Verbindung. Mehr als die Hälfte der Befragten ist der Ansicht, dass für eine breitere Inanspruchnahme mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen, veränderte Angebotsstrategien sind dabei nur für wenige Befragte notwendig.

Im Angebotsfeld Elternbildung spielt Kooperation und fachliche Vernetzung für die erfassten Angebote keine große Rolle.

## 4.11 Eltern- und Kinderbildung

In dieser Gruppe sind insgesamt 40 temporäre und kontinuierliche Angebote zusammengefasst worden, die entweder (a) darauf ausgerichtet sind, frühzeitig Bildungskompetenzen von Babys und Kleinkindern zu fördern, oder sich (b) mit unterschiedlichen Zielsetzungen an die Eltern von Babys und Kleinkindern richten, wobei letztere Gruppe in der Überzahl erfasst wurde (37 von 49 Angeboten), während die Angebote, die sich direkt mit **sprachlichen, musikalischen, spiel- oder bewegungsorientierten Trainings** an **Babys und Kleinkinder** richten, in der Unterzahl sind (12 Angebote).

Mehrheitlich (28 Angebote) handelt es sich gleichzeitig um Angebote der Elternbildung mit zwei unterschiedlichen Ansätzen, die bei sieben Angeboten auch in Kombination eingesetzt werden:

Das sind Informationsstrategien („Elternbriefe“) sowie Vorträge, Kurse und Beratungsangebote, die allesamt das Ziel verfolgen, die **Erziehungskompetenz** der Eltern zu **fördern**, und mitunter niederschwellige Angebote zur Förderung der **sozialen Vernetzung der Eltern**, die entweder ohne thematische Schwerpunktsetzungen oder explizite Ziele auskommen oder in die bewusst Vorträge und Seminare der Elternbildung zur Förderung der Erziehungskompetenz integriert sind (z. B. Eltern-Café). Soziale Netzwerke werden auch in **sozialtherapeutischen Angeboten** mit benachteiligten Zielgruppen (selten erfasst) eingesetzt.

Die Erreichbarkeit sozial benachteiligter Zielgruppen wird indifferent eingeschätzt: Knapp mehr als die Hälfte der Angebote sieht sie als „eher gut“, knapp weniger als die Hälfte als „eher schlecht“. In keiner anderen Angebotsgruppe hängt diese Beurteilung so eindeutig mit der Höhe der Selbstbehalte zusammen, die bei zwei Dritteln der Angebote mit direkten Kostenbeiträgen zwischen 10 und 150 Euro betragen, wobei auch Angebote mit 15 Euro, also niedrigen Kursbeiträgen für eine gesamte Seminarreihe, als schlecht zugänglich bewertet wurden. Interessanterweise werden auch von gänzlich öffentlich finanzierten Trägern hohe Kostenbeiträge eingefordert.

Kooperation und Vernetzung sind bei Angeboten der Elementar- und Elternbildung äußerst selten anzutreffen, die wenigen Vernetzungen bestehen im Rahmen der Akquise von Teilnehmerinnen/Teilnehmern.

## 4.12 Angebote in Eltern-Kind-Zentren

### 4.12.1 Ergebnisse der Online-Erhebung

Der Online-Fragebogen wurde für 51 Angebote in Eltern-Kind-Zentren ausgefüllt, wobei pro Fragebogen ein unterschiedlicher Konzentrationsgrad zu beobachten war. Das hat damit zu tun, dass in Wien die insgesamt sieben ausgefüllten Fragebögen Angaben zu Angeboten an 44 Standorten beinhalten, während andere Fragebögen, die vergleichbare Angebote beschreiben, einen einzelnen Fragebogen am Standort für mehrere Angebote verwendeten. Insgesamt besteht auf Basis der (lückenhaften) Befragung der Eindruck, dass es in einigen Bundesländern etablierte und flächendeckend das Angebot von Eltern-Kind-Zentren gibt, in anderen Bundesländern nicht bzw. nur auf einzelne oder wenige Standorte beschränkt.

Die Angebote in Eltern-Kind-Zentren zielen in verschiedener Art und Weise und sehr weitreichend darauf ab, Familien mit Babys und Kleinkindern zu vernetzen und ihnen eine breite Palette an Angeboten rund um die Geburt (Geburtsvorbereitungskurse) und auch danach zu unterbreiten, wobei insgesamt ein beachtlicher Spezialisierungsgrad in einzelnen Angebotssträngen erreicht wird. Es gibt spielerische, musikalische, körperbetonte und andere Ansätze für Bewegungs-, Spiel- und Tanzgruppen für Kleinkinder; Angebote zu verschiedenen psychologischen und pädagogischen Themen für (werdende) Eltern sowie offene Treffpunkte. Der Förderung der sozialen Vernetzung gilt mit wenigen Ausnahmen spezialisierter Programme große programma-

tische Aufmerksamkeit. Viele spezifische Programme widmen sich aktuell den Themen Erziehungs- und Elternkompetenz.

Ein Drittel der Befragten gibt an, dass der Zugang für sozial benachteiligte Zielgruppen eher schlecht ausgeprägt ist, „sehr schlecht“ wird er aber nicht beurteilt. Etwa 40 Prozent der Befragten beurteilen den Zugang als „eher gut“, und für „sehr gut“ wird er bei zwei Angeboten befunden (Elterntraining, also niederschwellige Förderung der Erziehungskompetenz, sowie bei offenen Treffpunkten); bei selektiven Präventionsstrategien (Zielgruppe: junge Mütter) stehen die sozialen Problemlagen benachteiligter Gruppen im Vordergrund.

Die Verteilung der öffentlichen und privaten Finanzierungsanteile verläuft kontinuierlich, etwa 40 Prozent werden zur Gänze öffentlich finanziert, etwa 20 Prozent zur Gänze privat – dazwischen gibt es alle möglichen Ausprägungen öffentlicher Finanzierungsquoten, die mehrheitlich über 70 Prozent hinausgehen. Ebenso sind die bei diesem Angebotsfeld auffallend niedrigen Gesamtbudgets für die Angebote erwähnenswert, die in mehreren Fällen 10.000 Euro jährlich unterschreiten und mehrheitlich kaum über 50.000 Euro jährlich hinausreichen.

Obwohl auch für Angebote in Eltern-Kind-Zentren Selbstbehalte keine Seltenheit darstellen (ca. bei einem Drittel der erfassten Angebote), bewegen sich die Kosten für die Teilnahme an den Gruppenangeboten im einstelligen Euro-Bereich, und auch für die Teilnahme an Kursen werden den Angaben zufolge nicht mehr als höchstens 40 Euro verrechnet. Höhere Kosten verursachen nur die vereinzelt Kosten für (Einzel-)Therapien, wenn diese in Eltern-Kind-Zentren angeboten werden.

Vier von fünf befragten Angestellten in Eltern-Kind-Zentren sehen als Grund für den schlechten Zugang sozial benachteiligter Familien das fehlende Bewusstsein für die Bedeutung der Themen und Vorteile der Angebote. Im Gegensatz zum fehlenden Bewusstsein liege es nach mehrheitlicher Meinung nicht an mangelnder Information und mangelndem Wissen, und auch die finanziellen Zugangshürden seien nicht ausschlaggebend dafür, dass es Zugangsprobleme gibt. Ein außergewöhnliches Antwortverhalten der Befragten zeigt sich auch zu den Fragen, ob es anderer Strategien und/oder größerer finanzieller Ressourcen bedarf, um sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen: Beiden Meinungen wurde überwiegend nicht zugestimmt.

Obwohl vereinzelte Kooperationen mit höherschweligen Anbietern im Gesundheits- und Sozialsystem, unter anderem den Jugendämtern, bestehen, stellen weder die fachliche noch die übergeordnete fachliche und professionelle Vernetzung wichtige Themen in Eltern-Kind-Zentren dar.

## 4.12.2 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

Insgesamt konnten in sieben Bundesländern neun Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von Eltern-Kind-Zentren geführt werden. Aus den Interviews kann hinsichtlich des **Verständnisses von Frühen Hilfen** Folgendes abgeleitet werden:

Es werden verschiedenste Maßnahmen der Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung angeführt (jeder Maßnahmenbereich wurde zumindest zweimal genannt). Am häufigsten angeführt (je 4x bis 5x) werden medizinische Prävention, medizinische Behandlung, Hebammen, Maßnahmen bei Krankheiten oder Entwicklungsverzögerungen/-störungen; Förderung der Erziehungskompetenzen der Eltern, Förderung der kognitiven Fähigkeiten der Kinder und Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten, Kinderkrippe, Schule. Alle Interviewten sind der Meinung, dass die verfügbaren Kapazitäten nicht ausreichen. Es gibt aber kein klares Bild, in welche Bereiche vorrangig investiert werden soll (je 1 bis 2 Nennungen für Prävention, Sozialbereich, [aufsuchende] Hebammen, Elternkompetenzen, Angebote ...). Die Einordnung zwischen „präventivem Kinderschutz“ und „früher Förderung“ ist nicht eindeutig ausgeprägt, es findet sich aber die Mehrheit näher bei „früher Förderung“.

Bezüglich zentraler **Zielgruppen** gibt es Einigkeit, dass prinzipiell alle Familien erreicht werden sollten; als ergänzende spezifische Zielgruppen angeführt werden – aber nur mit jeweils 1 bis 2 Nennungen – sozioökonomisch benachteiligte Familien, Familien mit Migrationshintergrund, Frauen/Eltern mit psychischen Erkrankungen und „schwer erreichbare“ Gruppen. Bezüglich des Alters gibt es keine Angaben.

Bezüglich der Möglichkeiten, **die Zielgruppe zu erreichen**, werden aufsuchende/niederschwellige Zugänge am häufigsten genannt, des Weiteren findet sich der Mutter-Kind-Pass, Kooperationen mit Kindergärten, Nachbarschaftsarbeit, Doulas<sup>21</sup> und eine Reihe von weiteren Ideen, die jeweils nur einmal angeführt wurden.

Eine Verknüpfung von Frühen Hilfen mit **Kontrolle** wird mit einer Ausnahme von allen abgelehnt.

**Vernetzung** wird als zentrale Anforderung zur Etablierung Früher Hilfen gesehen (daneben werden auch noch genannt: Bereitstellung von Ressourcen, zentrale Koordination, Kooperation aller relevanten Institutionen, Sensibilisierung/Lobby). Eine strukturierte, koordinierte und verbindliche Zusammenarbeit wird vom Großteil als realistisch eingestuft. Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit hat nur etwa die Hälfte der Interviewten, diese beurteilen sie aber positiv.

Die **Verantwortung** für ein bedarfsgerechtes System wird eher intersektoral gesehen; vorrangig genannt werden die Sektoren Gesundheit, Soziales, Bildung und Familie; darüber hinaus wird von einigen auch eine Verantwortung auf Gemeindeebene gesehen.

Die Frage der **Verteilungsgerechtigkeit** wird von allen als sehr relevant und zentral bewertet, wobei es unterschiedliche Positionen in Hinblick auf Kostenbeiträge gibt. Die Mehrheit lehnt Kostenbeiträge der Zielgruppen generell ab, der Rest erachtet Kostenbeiträge als gerechtfertigt, sofern diese sozial gestaffelt sind.

---

21

Doula sind Frauen, die (werdenden) Müttern während der Zeit der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett zur Seite stehen; vgl. [www.doula.at](http://www.doula.at).

## 4.13 Elementarbildung

### 4.13.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Auch in diesem Angebotsfeld sollten via Online-Befragung nicht die Regelangebote, sondern Zusatzangebote oder innovative Projekte mit Bezug zu Frühen Hilfen erhoben werden, da die Regelangebote auf Basis von Daten der Statistik Austria beschrieben werden können, die einige Strukturmerkmale für den Zeitrahmen 1972–2011 im Juni 2012 zur Verfügung gestellt hat.

Bei der Beschreibung dieser Daten kann von der Entwicklung der Kinderbetreuungsquoten seit 1995 ausgegangen werden, da diese einen Angelpunkt für die Einschätzung der Entwicklung des Betreuungsbedarfs abgeben.

1995 war jedes sechste Wiener Kind zwischen 0 und 2 Jahren in Betreuung (16,9 %), während außer dem Burgenland (6 %) kein anderes Bundesland eine Kinderbetreuungsquote über dem Bundesdurchschnitt von 4,2 Prozent aufwies. 2011 hat sich die Quote in Wien im Vergleich zu 1995 verdoppelt (33,7 %) und im Burgenland verfünffacht (29,6 %). Mit Ausnahme von Niederösterreich (21,2 %) liegen alle anderen Bundesländer mit einer Bandbreite von 10 Prozent (Steiermark) bis 18 Prozent (Kärnten, Tirol, Vorarlberg) unter dem Bundesdurchschnitt, der kontinuierlich auf ein Fünftel jener Babys und Kleinkinder, die unter dem Alter von drei Jahren in Betreuung sind, angewachsen ist.

Der Anteil der Kindergartenkinder (3–5 J.) stieg im Bundesdurchschnitt von 70,6 Prozent (1995) auf 90,3 Prozent, wobei regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Kindergärten eine wesentlich geringere Rolle spielen. Die höchste Quote erzielt das Burgenland mit 99,2 Prozent der Kinder und Niederösterreich mit 95,6 Prozent. Die Werte der anderen Bundesländer verteilen sich mit einer Spannweite von 7 Prozent nahe um den Bundesdurchschnitt (90,3 %). Sowohl bei den unter dreijährigen Babys und Kleinkindern als auch bei den Drei- bis Fünfjährigen ist die Betreuungsquote kontinuierlich um 1 bis 2 Prozentpunkte gestiegen, das entspricht einer realen Steigerung von 750 bis 1.500 Betreuungsplätzen jährlich (bei einer durchschnittlich angenommenen Geburtenanzahl von 75.000 Lebendgeburten).

Insgesamt werden in Österreich 2011 321.931 Kinder in 17.097 Gruppen in 8.050 Kindertagesheimen (in Kinderkrippen, Kindergärten, Horten und altersgemischten Betreuungseinrichtungen) öffentlich betreut.

### 4.13.2 Ergebnisse der Online-Erhebung

Mehr als die Hälfte der eingelangten Fragebögen kommen aus der Steiermark und aus Oberösterreich, vereinzelt aus Vorarlberg und Kärnten. Mehrere Angebote sind dauerhafte Angebote wie etwa „Tagesmütter“ und werden in die qualitative Betrachtung nicht einbezogen.

Bei etwa einem Drittel der Angebote handelt es sich um besondere Betreuungsangebote mit einem heilpädagogischen bzw. integrationspädagogischen Schwerpunkt, ebenso sind sog. reformpädagogische Kinderbetreuungsangebote vertreten. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt der Angebote auf dem Spracherwerb bzw. der Förderung der Sprachkompetenz, wobei drei Angebote den interkulturellen Spracherwerb sehr frühzeitig fördern. Auch der Förderung der Lebenskompetenz von Kleinkindern widmen sich ausgewählte Angebote. Die Aktivitäten finden in verschiedenen Beratungs- und Betreuungssettings statt, und es werden Kurse bzw. Seminare organisiert. Auch die soziale Vernetzung von Eltern wird durch Angebote in diesem Feld gezielt gefördert.

Es ist mittlerweile österreichweit gelungen, wirksamkeitsgeprobte präventive Angebote für Kinder flächendeckend einzuführen (Kariesprophylaxe) und teilweise auch benachteiligte Zielgruppen zu erreichen (Steiermark: Projekt „Zähne zeigen“ erschließt sozial benachteiligte Zielgruppen) (vgl. Kap. 4.5).

Ein interessanter präventiver Ansatz besteht in Form jener 35 mobilen Sprachtrainer/innen, die in der Steiermark flächendeckend in Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen eingesetzt werden, um die Möglichkeiten der Kindergärten zur Förderung des Spracherwerbs zu erhöhen. Die überwiegende Mehrheit der Angebote wird zur Gänze öffentlich finanziert, die wenigen Zahlungen in Form von Elterntarifen sind bei den erhobenen Angeboten ausnahmslos sozial gestaffelt. Drei Angebote, die von den Eltern privat finanziert werden müssen, stellen eine Ausnahme dar. Eines der kostenpflichtigen Angebote wird von der öffentlichen Verwaltung getragen.

Wie zu erwarten, sind Befragte in öffentlich finanzierten Angeboten der Meinung, dass Angehörige sozial benachteiligter Gruppen eher gut erreicht werden, während Befragte aus überwiegend privat finanzierten Angeboten angeben, dass diese sehr schlecht erreicht werden. Im Vergleich mit Befragten in anderen Angebotsfeldern sind die Meinungen und Einstellungen bzgl. des Zugangs benachteiligter Gruppen insofern unterschiedlich, als sie den Gruppen selbst am wenigsten Verantwortung zuweisen.

Während in einem Bundesland eine kontinuierliche Kooperation mit der Landesverwaltung besteht, sind die erfassten Angebote der Kinderbildung und -betreuung vor allem dann mit verschiedenen Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen vernetzt, wenn sie auf besonders beeinträchtigte Kinder fokussieren, weil die Verantwortlichen dann fallbezogen kooperieren. Andere (verbindliche) Kooperationsformen, die über Informationsaustausch und regelmäßige Treffen hinausreichen, bestehen so gut wie nicht. Fachliche Vernetzung ist bei Angeboten der Kinderbildung und -betreuung eher selten und nur in Fällen, in denen Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprojekte im Kindergarten implementiert werden, in der Erhebung dokumentiert.

### 4.13.3 Ergebnisse der Interviews mit Praxisexpertinnen/-experten

Insgesamt konnten sieben Interviews mit Kindergarten- und Hortpädagoginnen/-pädagogen aus sieben Bundesländern geführt werden. Der Großteil der Interviewten betont ausdrücklich, dass sie Frühe Hilfen als sehr wichtig erachten. Etwa die Hälfte der Interviewten gibt aber auch an, dass ihnen das Konzept von Frühen Hilfen noch nicht sehr vertraut ist.

Aus den Interviews kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Es werden verschiedenste Maßnahmen der Bereiche **Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung** angeführt (nur ein Bereich – Managementmaßnahmen – hat nur eine Nennung, alle anderen mehrere), wobei sich kein klarer Schwerpunkt abzeichnet. Am häufigsten angeführt (je 5x bis 6x) werden medizinische Prävention (oft mit Fokus auf Mutter-Kind-Pass), Hebammen, therapeutische Angebote, Förderung der Erziehungskompetenzen der Eltern und Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten, Kinderkrippe, Schule. Fast alle (6 von 7) sind der Meinung, dass die verfügbaren Kapazitäten nicht ausreichen. Es gibt aber kein klares Bild, in welche Bereiche vorrangig investiert werden soll (je 1 bis 2 Nennungen für Kinder- und Jugendhilfe, Bildungsbereich, Hebammen, Vernetzung, Heilpädagogik, Elternbildung). Es gibt auch eine große Bandbreite der Einordnung zwischen „präventivem Kinderschutz“ und „früher Förderung“ – mit einer leichten Tendenz in Richtung „früher Förderung“.

Bezüglich zentraler **Zielgruppen** gibt es Einigkeit, dass prinzipiell alle Familien erreicht werden sollten; als ergänzende spezifische Zielgruppen werden – aber nur mit jeweils einer Nennung – sozial benachteiligte Familien, Väter und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren angeführt.

Bezüglich der **Erreichbarkeit der Zielgruppe** gibt es ebenfalls ein vielfältiges Bild: Mehrmals genannt werden aufsuchende/niederschwellige Angebote, Mutter-Kind-Pass, Kindergärten und Information. Daneben gibt es noch eine Reihe von Ideen, die jeweils nur einmal angeführt wurden.

Eine Verknüpfung von Frühen Hilfen mit **Kontrolle** wird von etwas mehr als der Hälfte (4) abgelehnt, vom Rest hingegen als sinnvoll angesehen.

**Vernetzung** wird als zentrale Anforderung zur Etablierung Früher Hilfen gesehen (daneben werden auch noch Bereitstellung von Ressourcen, Qualitätsorientierung, entsprechende Strukturen genannt). Eine strukturierte, koordinierte und verbindliche Zusammenarbeit wird je zur Hälfte als realistisch bzw. als schwierig eingestuft. Die Erfahrungen zur intersektoralen Zusammenarbeit werden hingegen mehrheitlich positiv beurteilt.

Die **Verantwortung** für ein bedarfsgerechtes System wird eher intersektoral gesehen – als Miteinander von diversen Entscheidungsträgern; vorrangig genannt werden die Sektoren Gesundheit, Bildung, Familie und Soziales.

Die Frage der **Verteilungsgerechtigkeit** wird von den meisten als relevant und zentral bewertet, wobei es unterschiedliche Positionen in Hinblick auf Kostenbeiträge gibt. Von etwas mehr als der Hälfte werden Kostenbeiträge der Zielgruppen generell abgelehnt, der Rest erachtet sie als gerechtfertigt, wobei aber Ausnahmen bzw. Unterstützung in Notfällen als wichtig erachtet werden, damit dies keine Barriere für die Inanspruchnahme darstellt.

## 4.14 Ergebnisse von Interviews mit weiteren Praxisexpertinnen/-experten

Ergänzend zu Gesprächen mit Expertinnen und Experten aus den bereits beschriebenen Leistungsfeldern wurden Interviews mit weiteren Fachleuten geführt. Die Ergebnisse dieser Interviews werden im Folgenden dargestellt.

### 4.14.1 Gesundheitsamt / Ärztlicher Dienst

Fünf Interviews wurden in fünf Bundesländern mit Personen aus Gesundheitsämtern bzw. dem Ärztlichen Dienst geführt. Aus diesen Interviews kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Frühe Hilfen umfassen für alle interviewten Personen Maßnahmen aus den Bereichen **Gesundheitsförderung und Versorgung**. Was alles dazu gezählt wird (d. h. die Anzahl angekreuzter und extra angeführter Maßnahmen), variiert in beiden Bereichen von wenigen Maßnahmen bis zu sehr vielen verschiedenen. Es lässt sich kein spezifischer Schwerpunkt herauslesen. Hinsichtlich der vorhandenen Kapazitäten herrscht mehrheitlich die Meinung vor, dass sie nicht ausreichen. Investiert werden sollte v. a. auf regionaler Ebene (Gemeinden) bzw. im aufsuchenden Bereich (auch Familienintensivbetreuung), für Kinder drogenabhängiger Eltern, Entwicklungsförderung (multimodale Zentren für Frühförderung außerhalb Spitalern) und im niedergelassenen Bereich (Kinder-Neuropsychiater, klinische Psychologen). Im Verständnis sind die meisten Interviewten näher bei „präventivem Kinderschutz“ angesiedelt als bei „früher Förderung“.

Bezüglich **Zielgruppen** wurden einerseits alle Eltern mit Neugeborenen und/oder Kindern genannt, wobei auch ein verstärktes Angebot für das zweite Lebensjahr gefordert wurde. Als spezifische Zielgruppen wurden Kinder von drogen- bzw. alkoholabhängigen Eltern sowie Eltern mit Migrationshintergrund in schwieriger sozioökonomischer Situation genannt.

Um die **Erreichbarkeit der Zielgruppen** zu verbessern, wurden viele verschiedene Wege genannt, u. a. über Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Elternberatung, Informationskampagnen in verschiedenen Medien, Mundpropaganda, Klinik, persönliche Kontakte, spezielle Ambulanzen für drogenabhängige Schwangere bzw. Alkoholberatungsstellen, Behörden, Ärzte, Hausbesuche.

Zum **Kontrollaspekt** gibt es eine eher ambivalente Meinung: Kontrolle wird einerseits als notwendig und sinnvoll erachtet (zur Absicherung), andererseits werden auch Nachteile gesehen

(Abwehrhaltung). Reine Kontrolle mit Androhung von Konsequenzen wird dezidiert ausgeschlossen, klares Vorgehen und Transparenz wurden als Voraussetzung genannt. Das Steuern notwendiger Hilfen soll im Vordergrund stehen.

**Vernetzung und sektorenübergreifende Kooperation** wird von den meisten als sehr realistisch und teilweise bereits vorhanden eingeschätzt. Als wichtige Unterstützung dafür wurden eine Landeskoordinationsstelle bzw. konkrete Aufträge und Strukturen genannt. Die Verantwortung für ein bedarfsgerechtes System wird einerseits der Landesebene zugeschrieben, andererseits soll die Bundesebene federführend sein. Hinsichtlich der Sektoren wurde einerseits das Sozialwesen genannt, andererseits die Notwendigkeit für eine sektorenübergreifende Verantwortung betont.

Die **Verteilungsgerechtigkeit** scheint für die meisten Befragten ein wichtiges Thema zu sein. Bezüglich Selbstbehalte gibt es unterschiedliche Meinungen: Tendenziell werden sie eher befürwortet, wobei eine soziale Staffelung als notwendig erachtet wird und Selbstbehalte bei medizinisch indizierten therapeutischen Leistungen eher abgelehnt werden. Eine optimale Betreuung steht im Vordergrund.

#### 4.14.2 Kinder- und Jugendheilkunde

Insgesamt zwölf Interviews wurden (in 7 Bundesländern) mit Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde geführt. Aus diesen kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Frühe Hilfen umfassen für alle interviewten Personen Maßnahmen aus den Bereichen **Gesundheitsförderung und Versorgung**, wobei einzelne Personen mehr zu dem einem oder anderen Bereich tendieren. Was alles dazu gezählt wird (d. h. die Anzahl angekreuzter und extra angeführter Maßnahmen) variiert in beiden Bereichen von wenigen Maßnahmen bis zu sehr vielen verschiedenen. Es lässt sich kein spezifischer Schwerpunkt herauslesen. Misstrauen/Ablehnung wurde nur von einer Person genannt, und zwar gegenüber Eltern-Kind-Zentren. Die vorhandenen Kapazitäten werden von der Mehrheit als nicht ausreichend gesehen, besonders im Bereich der Versorgung (teilw. lange Wartezeiten und keine ausreichende Honorierung von ärztlichen Leistungen) – Ziel wäre ein breites, wohnortnahes Angebot inklusive niederschwelliger Unterstützung. Zu investieren wäre aber auch in Frühförderung (Hausbesuche), pädiatrische Rehabilitation, mehrsprachige Angebote, die Elternbildung (auch Selbstverantwortung stärken), Kinderbetreuungsplätze sowie eine fachspezifische Ausbildung von Kinderbetreuerinnen/-betreuern, aber auch Verbesserungen in der Ausbildung von Ärztinnen/Ärzten. Zusätzlich wurde das Pflegegeldgesetz angesprochen und eine gesetzliche Verankerung des Rechtes des Kindes auf Entwicklung gefordert. Im Verständnis von Frühen Hilfen sind sehr gegensätzliche Positionen vorhanden, wobei geringfügig mehr Befragte bei „früher Förderung“ als bei „präventiven Kinder-schutz“ angesiedelt sind.

Als **Zielgruppen** wurden von rund der Hälfte der Befragten alle Eltern bzw. Neugeborenen oder Kinder (0–6) genannt, ergänzend bzw. von der anderen Hälfte der Befragten wurden genannt sozial Benachteiligte, Kinder mit speziellem Therapiebedarf, Eltern mit Unterstützungsbedarf (in der Erziehung), Kinder von physisch, psychisch oder suchtkranken Eltern, verwahrloste Kinder, Früh-/Mangelgeburten, Mehrlingsgeburten, Kinder aus Trennungs- bzw. Scheidungsfamilien, Alleinerziehende, sehr junge Mütter, Migrantinnen/Migranten sowie alle Helfenden bzw. Berufsgruppen, die mit Kindern zu tun haben. Lediglich eine Person hat darauf hingewiesen, dass bei Angeboten für spezifische Zielgruppen die Gefahr der Stigmatisierung besteht.

Um die **Erreichbarkeit der Zielgruppen** zu verbessern, wurden viele verschiedene Wege genannt, u. a. eine freiwillige Anlaufstelle, Information über Hilfsangebote, aufsuchende Angebote, Geburtsstationen (dort Sozialanamnese durch geschulte Personen), Sozialarbeiter (Freizeitangebote), Sprachkurse, Kinderbetreuungseinrichtungen (Kindergärten, Schulen), Kinderärztinnen/-ärzte, Erziehungshilfen, Vorsorgeuntersuchungen (Mutter-Kind-Pass), Informationskampagnen (über Medien und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren), durch Berücksichtigung der Thematik in der Ausbildung relevanter Berufsgruppen. Generell wird betont, dass niederschwellige Ansätze wichtig sind und vorhandene Strukturen genutzt werden sollten.

Zum **Kontrollaspekt** gibt es sehr unterschiedliche Meinungen: Kontrolle wird einerseits als notwendig und sinnvoll erachtet (Kindeswohl), andererseits werden auch Nachteile gesehen (Abwehrhaltung). Für die Kontrolle ist die Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe zuständig. Einerseits muss Kontrolle sein, aber fachlich korrekt und verträglich, soll Probleme definieren und dann zu Unterstützung führen. Andererseits verhindert Kontrolle die Inanspruchnahme von Angeboten, Frühe Hilfen sollten ein freiwilliges Angebot sein. Kontrolle ermöglicht besseren Einblick, Datenschutzgesetz (Verschwiegenheit) verhindert die Zusammenarbeit.

**Vernetzung und sektorenübergreifende Kooperation** wird von den meisten als realistisch und teilweise bereits vorhanden eingeschätzt. Lediglich eine Person sieht die Zusammenarbeit mit dem Bereich des Bildungswesens negativ. Es wurde aber betont, dass eine strukturierte Zusammenarbeit sehr zeitaufwendig ist und dass es nicht einfach ist, alle Institutionen an einen Tisch zu bringen. Die Ressourcen dafür fehlen oft (z. B. muss Case Management außerhalb der Ordinationszeiten gemacht werden). Vernetzung und Kooperation bringt aber nur Vorteile, wird aber durch manche Rahmenbedingungen (z. B. Datenschutz) erschwert. Es bedarf der Koordination im Sinne eines „lebendigen Zentralismus“ und von Richtlinien für Zusammenarbeit. Es gibt aber auch Skepsis – die Stichworte lauten Machtfrage, unterschiedliche Herangehensweisen, fehlende Partner vor Ort. Die Verantwortung für ein bedarfsgerechtes System wird auf politischer Ebene bzw. im Gesundheitswesen (in Kooperation mit dem Sozial- bzw. dem Familienbereich) gesehen, wobei betont wird, dass hier sehr viele verschiedene Verantwortlichkeiten involviert sind (es wurde auch die Wirtschaft genannt) und es eigentlich ein Hauptanliegen der gesamten Öffentlichkeit sein sollte. Es wurde aber auch gewünscht, dass die Verantwortung unabhängig von politischen und Verwaltungseinrichtungen sein sollte (vgl. Deutschland).

Die **Verteilungsgerechtigkeit** scheint für viele der Befragten ein wichtiges Thema zu sein, auch wenn sie es nicht immer von sich aus angesprochen haben. Bezüglich Selbsthalte gibt es unterschiedliche Meinungen: von „unakzeptabel für Kinder von 0 bis 6 Jahren“ (sollten das Beste

bekommen) über „geringer Selbstbehalt ist okay“ bis zu „Selbstbehalte sind nötig“ (reiches Land, Angebot ist mehr wert, Leute bemühen sich mehr). Tendenziell waren die Befragten eher gegen Selbstbehalte. Aber im Fall von Selbsthalten sollten diese sozial gestaffelt sein und 30 Prozent der Kosten nicht übersteigen. Alternativ wurden Kauttionen genannt, um die Compliance zu erhöhen.

### 4.14.3 Gynäkologie

Mit Fachärztinnen/–ärzten für Gynäkologie wurden insgesamt neun Interviews (in 8 Bundesländern) geführt. Etwa die Hälfte der Interviewten führen an, dass sie Frühe Hilfen als sehr wichtig erachten. Dem Großteil ist aber das Konzept von Frühen Hilfen nicht vertraut. Aus den Interviews kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Es werden verschiedenste Maßnahmen der Bereiche **Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung** genannt. Am häufigsten angeführt (je 5 bis 6 Nennungen) werden medizinische Prävention, therapeutische Angebote, Maßnahmen für Kinder oder Eltern mit Krankheiten, Entwicklungsverzögerungen etc., Förderung der Elternkompetenzen und Förderung gesunden Verhaltens. Kaum genannt werden Kinderschutz, Lebenskompetenzprogramme und Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten, Kinderkrippe, Schule. Eine knappe Mehrheit ist der Meinung, dass die verfügbaren Kapazitäten nicht ausreichen. Es gibt aber kein klares Bild, in welche Bereiche vorrangig investiert werden soll (je 1 bis 2 Nennungen für Bildungsbereich, Hebammen, Kompetenzvermittlung in Schwangerschaft, Unterstützung für junge Alleinerzieherinnen). Es gibt auch eine große Bandbreite der Einordnung zwischen „präventivem Kinderschutz“ und „früher Förderung“ – ohne eine Gesamttendenz.

Bezüglich zentraler **Zielgruppen** gibt ebenfalls kein konsistentes Bild. Etwa die Hälfte ist der Meinung, dass sich die Angebote prinzipiell an alle Familien richten sollten; die anderen nennen ausschließlich spezifische Zielgruppen. Sozial benachteiligte Familien werden klar am häufigsten als relevante Zielgruppe genannt, daneben gab es noch Mehrfachnennungen von jungen Schwangeren (Teenager), Migrantinnen/Migranten und Suchtkranken. Hinsichtlich der Möglichkeiten, die **Zielgruppe zu erreichen**, gibt es ebenfalls ein vielfältiges Bild: Mehrmals genannt werden Mutter-Kind-Pass, aufsuchende/niederschwellige Angebote, Information und niedergelassene Ärztinnen/Ärzte. Daneben gibt es noch eine Reihe von Ideen, die jeweils nur einmal angeführt wurden.

Eine Verknüpfung von Frühen Hilfen mit **Kontrolle** wird von fast allen als Notwendigkeit erachtet, wobei durchwegs auch auf mögliche Gefahren (Stigmatisierung etc.) verwiesen wird.

Als zentrale Anforderung zur Etablierung Früher Hilfen wird in erster Linie die Bereitstellung von Ressourcen (Geld) gesehen. **Vernetzung** wird nur auf gezielte Frage angesprochen. Eine strukturierte, koordinierte und verbindliche Zusammenarbeit wird von fast allen als realistisch eingestuft. Etwa die Hälfte hat Erfahrungen mit „intersektoraler“ Zusammenarbeit (wobei sich bei

den Beschreibungen ein eher unklares Verständnis davon abzeichnet) – diese werden durchwegs positiv beurteilt.

Die **Verantwortung** für ein bedarfsgerechtes System wird vorrangig bei den Sektoren Soziales und Gesundheit gesehen; Bildung und Familie werden nur vereinzelt genannt, ebenso die Sozialversicherung.

Die Bedeutung der Frage der **Verteilungsgerechtigkeit** ist sehr gemischt – für manche sehr relevant, für andere nicht. Kostenbeiträge der Zielgruppen werden von zwei Dritteln befürwortet, wobei aber alle darauf verweisen, dass diese sozial gestaffelt sein müssten.

#### 4.14.4 Heilpädagogik

Insgesamt fünf Interviews wurden (in 5 Bundesländern) mit Heilpädagoginnen/-pädagogen geführt. Alle Interviewten finden Frühe Hilfen sehr wichtig. Aus den Interviews kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Es werden verschiedenste Maßnahmen der Bereiche **Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung** angeführt, doch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention überwiegen (insbesondere Förderung von Elternkompetenzen und von kognitiven Fähigkeiten der Kinder). Aus dem Versorgungsbereich wurden v. a. medizinische Prävention, therapeutische Angebote und Kinderschutz genannt. Die Kapazitäten werden unisono als unzureichend beurteilt, doch die Vorschläge für Investitionen/Ausbau sind unterschiedlich. Im Verständnis geht es eher Richtung „früher Förderung“ (beim präventiven Kinderschutz sah niemand einen Schwerpunkt).

Bis auf eine Person sind alle der Meinung, dass alle Familien zentrale **Zielgruppe** sind. Einmal wird dies mit der Gefahr der Stigmatisierung begründet. An speziellen Zielgruppen werden darüber hinaus genannt: Kinder mit Behinderungen, mit psychosozialer Vernachlässigung, mit Migrationshintergrund und Frühgeborene. Betont wird die Notwendigkeit von niederschweligen Angeboten. Bezüglich des Alters gibt es wenige Angaben; einmal wird darauf verwiesen, dass die Eingrenzung auf Kinder vor dem Kindergarteneintritt (weil es danach einen institutionellen Kontakt gibt) sinnvoll wäre.

Bezüglich der **Erreichbarkeit der Zielgruppe** wird die Zeit vor und um die Geburt als am erfolgversprechendsten eingeschätzt. Als Möglichkeiten werden – ein weiterentwickelten – Mutter-Kind-Pass, Geburtskliniken, Schwangerschaftsturnen etc. genannt.

Eine Verknüpfung von Frühen Hilfen mit **Kontrolle** wird durchwegs abgelehnt. Befürwortet wird hingegen eine klare Trennung von (notwendiger) Kontrolle und Frühen.

**Vernetzung** ist absolut notwendig, aber höchst schwierig. Wichtig sind auch eine koordinierende Instanz und klare Strukturen. Auch Klärung der finanziellen Ressourcen ist erforderlich.

Die Frage der **Verteilungsgerechtigkeit** wird als relevant oder sogar sehr zentral gesehen, wobei es unterschiedliche Positionen in Hinblick auf Kostenbeiträge gibt: bei therapeutischen Leistungen eher schon ein Selbstbehalt (ausgenommen sozial Benachteiligte), bei generellen Angeboten eher nicht.

Die **Verantwortung** für Frühe Hilfen liegt den Interviewten zufolge jedenfalls im Gesundheitsbereich, teilweise wurden zusätzlich weitere Ressorts genannt (Soziales, Bildung, Finanzen, Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe).

#### 4.14.5 Gebietskrankenkasse

Es konnten insgesamt acht Interviews in sieben Bundesländern mit Vertreterinnen und Vertretern der Gebietskrankenkassen geführt werden. Bei (fast) allen Interviews wurden seitens der Regionalpartner bezüglich des Gesprächsverlaufs die große Bereitschaft und das Interesse der Interviewten und die angenehme Atmosphäre betont. Auch in dieser Gruppe wurden Frühe Hilfen als sehr wichtig und teilweise auch als sehr dringlich angesehen. Einige Interviewpartner/innen hatten bereits ein vertieftes Wissen zu Frühen Hilfen, für andere war das Thema zwar bekannt, aber doch relativ neu. Aus den Interviews kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Bezüglich des angeführten Maßnahmenspektrums gab es eine Vielzahl von – teilweise sehr unterschiedlichen – Angaben, die sowohl **Gesundheitsförderung/Prävention als auch Versorgung** einschlossen. Durchwegs genannt wurden Hebammen, spezifische Unterstützung durch Angebote der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe sowie generell Gesundheitsförderung und Prävention. Medizinische Versorgung im engeren Sinn wurde hingegen nur von wenigen als relevanter Teil von Frühen Hilfen gesehen. Bezüglich Kapazitäten wird darauf verwiesen, dass insbesondere Lücken bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung zu schließen wären. Im Verständnis von Frühen Hilfen ist die Mehrheit relativ klar bei „früher Förderung“ (und nicht bei „präventiver Kinderschutz“) angesiedelt.

Bezüglich der **Zielgruppen** wurden sowohl alle Schwangeren und jungen Eltern angeführt – mit Schwerpunkt auf Lebensalter der Kinder 0 bis 3 Jahre – als auch spezifische Zielgruppen genannt. Familien mit (psychosozialer) Belastung werden als wichtige Zielgruppe (für weiterführende Angebote) gesehen, angeführt wurden auch spezifische Gruppen wie Migrantinnen und Migranten.

Als zentrale Strategie, um die Zielgruppe zu erreichen, werden von allen Interviewpartnerinnen/-partnern aufsuchende bzw. niederschwellige Angebote gesehen; betont wird die Notwendigkeit eines zielgruppenspezifischen Zugangs (z. B. Stadtteilprojekte). Der **Kontrollaspekt** wird zwiespältig gesehen. Von der größeren Gruppe (vor allem jene mit vertiefendem Wissen zu Frühen Hilfen) wird die Verknüpfung mit Kontrolle klar abgelehnt; von einer kleiner Gruppe wird „sanfter Druck“ als sinnvoll angeführt (wobei z. B. auf finanzielle Sanktionen/Anreize im Zusammenhang mit Mutter-Kind-Pass verwiesen wird). Generell wird aber Freiwilligkeit als zielführend gesehen.

**Vernetzung** (auf lokaler, regionaler wie nationaler Ebene) und intersektorale Kooperation werden (neben den Erfordernissen eines bundesweiten Konzepts, bundesweiten Standards und einer der Sicherstellung der Finanzierung sowie teilweise eines partizipativen Ansatzes bei der Projektentwicklung) als essentiell für die Umsetzung/Etablierung von Frühen Hilfen angeführt. Die Chancen auf Vernetzung werden durchwegs als sehr positiv gesehen – auch intersektorale Kooperation wird von allen als machbar und möglich bezeichnet.

Die **Verantwortung** für ein bedarfsgerechtes System wird vorrangig intersektoral gesehen. Bezüglich der Bundesebene werden insbesondere Gesundheit, Familie, Bildung und Soziales genannt, bezüglich der Länderebene die Landesregierung, insbesondere mit den Ressorts Gesundheit, Soziales und Bildungsbereich, aber teilweise auch die Gebietskrankenkassen.

Die **Verteilungsgerechtigkeit** wird von allen als wichtige Frage erachtet. Kostenbeiträge der Familien werden von den meisten abgelehnt; alle stimmen darin überein, dass von einkommensschwachen Familien kein Kostenbeitrag verlangt werden soll.

#### 4.14.6 Kinder- und Jugendanwaltschaft

In sieben Bundesländern konnte mit je einer Vertreterin / einem Vertreter der Kinder- und Jugendanwaltschaft ein Interview geführt werden. Aus diesen Gesprächen kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

Frühe Hilfen umfassen für alle interviewten Personen Maßnahmen aus den Bereichen **Gesundheitsförderung/Prävention** und **Versorgung**. Was alles dazu gezählt wird (d. h. die Anzahl angekreuzter und extra angeführter Maßnahmen) variiert in beiden Bereichen von wenigen Maßnahmen bis zu sehr viel verschiedenen. Es lässt sich kein spezifischer Schwerpunkt herauslesen. Eine klar negative Einschätzung liegt zu den bestehenden Kapazitäten vor, investiert werden sollte v. a. in den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe und Kinderschutz (= gesamtes Spektrum), aber auch in Eltern- und Familienberatungsstellen bzw. generell in Entlastungsdienste und Treffpunkte für Eltern sowie in regionale Vernetzung und österreichweiten Austausch. Im Verständnis von Frühen Hilfen zeigt sich kein klares Bild (zumeist in der Mitte zwischen „präventivem Kinderschutz“ und „früher Förderung“ angesiedelt).

Bezüglich **Zielgruppen** wurden am häufigsten alle Schwangeren und Eltern mit Neugeborenen und/oder Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren genannt, unabhängig vom sozialen Status, und mit der Begründung, eine Stigmatisierung vermeiden zu wollen. Zum Teil wurden auch genannt potenzielle Eltern, weitere familiäre Bezugspersonen und bestimmte Berufsgruppen (z. B. niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Personen aus dem vorschulischen Bildungsbereich). Nur in zwei Fällen wurden sozial benachteiligte Familien als spezifische Zielgruppe hervorgehoben.

Um die **Erreichbarkeit der Zielgruppen** zu verbessern, wurden viele verschiedene Wege genannt, u. a. über Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Elternberatung, Informationskampagnen in verschiedenen Medien, Spitäler, Ärztinnen/Ärzte, Gemeinden, Schulen (zur Bewusstseinsbildung

bereits in der Jugend) und aufsuchende (soziale) Angebote (am häufigsten Bewusstseinsbildung durch Öffentlichkeitsarbeit/Informationskampagnen). Von Einzelnen wurde auch darauf hingewiesen, dass die Koppelung an finanzielle bzw. verpflichtende Leistungen problematisch ist, aber rein freiwillige Maßnahmen die Erreichbarkeit einschränken.

Der **Kontrollaspekt** wird von den Meisten als notwendig und sinnvoll erachtet (Kinderschutz), es werden aber auch die Nachteile (Abwehrhaltung) gesehen bzw. soll die Prävention im Vordergrund stehen. Als Lösung wird u. a. die Koppelung an den Mutter-Kind-Pass vorgeschlagen, aber auch Professionalität durch Ausbildung und ausreichende Ressourcen gefordert sowie personelle Trennung der Funktionen genannt. Es wird aber auch auf die Verantwortung der gesamten Gesellschaft in diesem Zusammenhang hingewiesen.

Alle Interviewpartner/innen stehen **Vernetzung und sektorenübergreifender Kooperation** grundsätzlich positiv gegenüber, die bereits vorhandene Vernetzung und Kooperation wird sehr unterschiedlich eingeschätzt (von derzeit noch zu wenig bis sehr gut). Als wichtige Voraussetzungen genannt wurden eine gesetzliche Verpflichtung zur Kooperation, die strukturelle Verankerung von Kooperation (Vernetzungsorganisationen sollten außerhalb des Verwaltungsbereichs angesiedelt werden), die Orientierung an Inhalten, klare Rollen und Kompetenzen, Standards. Die Problematik Datenschutz (verhindert teilweise Transparenz) und mangelnde bzw. zeitlich befristete Ressourcen wurden ebenfalls einige Male angesprochen. Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung wird v. a. der Politik und der Bundesebene zugewiesen und soll als Querschnittmaterie sektorenübergreifend wahrgenommen werden. Extra genannt werden die Sektoren Soziales, Familie, Gesundheit und Bildung, aber auch Sport sowie für spezielle Fälle der Integrationsstaatssekretär und die Justiz.

Die **Verteilungsgerechtigkeit** scheint für die meisten Befragten ein wichtiges Thema zu sein. Einhellig wird die Meinung vertreten, dass es keine Selbstbehalte geben sollte. Die meisten Befragten plädieren für eine ausreichende Finanzierung als Investition, die spätere Ausgaben einsparen kann. Notfalls sollen kreative Lösungen angedacht werden (z. B. Selbsteinschätzung der Eltern), soziale Staffelung wird eher kritisch gesehen.

#### 4.14.7 Sozialarbeit

Mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Fach-/Leistungsbereich der Sozialarbeit konnten lediglich drei Interviews in zwei Bundesländern geführt werden. Daher kann keine Einschätzung eines berufsgruppenspezifischen Bildes für Österreich gegeben werden, sondern werden nur Ideen und einzelne Aspekte angeführt. Die Frage nach der Wichtigkeit von Frühen Hilfen wurde von keinem Interviewpartner beantwortet. Aus den ausgefüllten Interviewleitfäden kann hinsichtlich des Verständnisses von Frühen Hilfen Folgendes abgeleitet werden:

**Gesundheitsförderung versus Versorgung:** Frühe Hilfen wird als klarer Begriff gesehen, der nach dem Verständnis der Interviewpartner/innen unterschiedliche Maßnahmen aus Versorgung und Gesundheitsförderung/Prävention beinhaltet, wobei in der Gesamteinschätzung der Schwerpunkt

konsensuell auf früher Förderung und kollektiver Partizipation liegt. Kapazitäten/Unterstützungsleistungen für Frühe Hilfen werden als unzureichend eingestuft, auf Unterschiede zwischen den Bundesländern und zwischen einzelnen Regionen, ländlichen vs. städtischen Gebieten, wird hingewiesen.

Als **Zielgruppen** von Frühen Hilfen werden alle Eltern gesehen (eine altersspezifische Einschränkung auf 0- bis 6-Jährige Kinder vertritt ein Interviewpartner). Eine der interviewten Personen nennt als Zielgruppe Familien in belastenden Lebenssituationen und jene Institutionen, die mit Zielgruppen in Kontakt sind (Personal in Krankenhäusern).

Wie die **Zielgruppen zu erreichen sind**, dafür gibt es eine breite Palette an Maßnahmenvorschlägen: Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung auf politischer Ebene, aber auch in regionalen Zeitungsjournalen, Mundpropaganda, über das Krankenhaus, über die Gemeinwesensozialarbeit, Bereitstellen von Dolmetschern in diversen Einrichtungen.

Bezüglich einer **Kontrollfunktion** über das Kindeswohl wird keine klare Position eingenommen. Es wird darauf hingewiesen, dass es einer Nahtstelle zu anderen Bereichen bedarf, Transparenz gegenüber den Eltern, wann welche Information an wen weitergeleitet wird, und dass eine Kontrollfunktion die Gefahr einer Stigmatisierung beinhaltet.

Eine **Vernetzung** zwischen Gesundheits-, Sozialbereich und Kinder- und Jugendhilfe wird als schwierig eingestuft, da es keine ressortübergreifende Finanzierung gibt, die Zuständigkeiten sehr fragmentiert sind und die Abstimmung der Angebote schwierig ist. Die **zentrale Verantwortung** für Frühe Hilfen wird im Bereich Gesundheit gesehen bzw. an einer unabhängigen Stelle, die von allen Bereichen finanziert wird und die Vernetzungsaufgaben wahrnimmt.

**Verteilungsgerechtigkeit:** Die Frage des Zugangs ist bei zwei von insgesamt drei Interviewten ein relevanter Aspekt. Übereinstimmend werden Selbstbehalte für Leistungen abgelehnt, da diese eine Hürde darstellen.

## 5 Sichtweisen zentraler Stakeholder

### 5.1 Sichtweisen zentraler Stakeholder auf Bundesebene

#### 5.1.1 Stakeholder-Workshops

Im Herbst 2012 fanden fünf Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Stakeholder statt: Diese waren Dienstleistungsanbieter (8 Teilnehmer/innen), Wissenschaft (5 Teilnehmer/innen), Vertretungen von unterschiedlichen Berufsgruppen im Feld Früher Hilfen (13 Teilnehmer/innen), Vertreter/innen verschiedener Ministerien sowie des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger (11 Teilnehmer/innen), und als fünfte Gruppe verschiedene Interessenvertretungen und Lobbying-Organisationen im Kontext Früher Hilfen (7 Teilnehmer/innen).

Diese Projektstrategie konzentrierte die Aufmerksamkeit auf eine bundespolitische Entscheidungsebene mit den Zielen, für das Thema Frühe Hilfen zu sensibilisieren, fachlich zu informieren und fundierten Austausch zu ermöglichen, den Diskussionsstand bei wichtigen Aspekten aufzuzeigen sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses zu befördern. Gemeinsam mit den auf Länderebene durchgeführten Fokusgruppen (vgl. Kap. 3.2) wurden durch die starke Partizipation von Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern wichtige Voraussetzungen für die Nachhaltigkeit des Projekts „Frühe Hilfen – Aufbereitung der Grundlagen“ geschaffen.

In allen fünf Workshops wurde der folgende Ablauf eingehalten:

1. Vorstellungsrunde mit der Aufforderung an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, auf thematische Bezugspunkte der jeweiligen Herkunftsorganisationen zu Frühen Hilfen zu verweisen;
2. Präsentation von Eckpunkten zu Frühen Hilfen sowie zu Struktur, Vorgehen und Zielen des gegenständlichen Grundlagenprojekt;
3. Diskussion zu Frühen Hilfen allgemein mit dem Ziel, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Zugängen und dem Fokus auf wichtige Herausforderungen bei Frühen Hilfen zu eruieren;
4. Vorstellung eines möglichen „Idealmodells“ für Frühe Hilfen in Österreich durch die Projektkoordinatorin;
5. Diskussion zum „Idealmodell“.

#### 5.1.2 Idealmodell Frühe Hilfen

Im Zuge der Arbeiten zum Grundlagenprojekt wurde ein „Idealmodell“ für Frühe Hilfen in Österreich skizziert und in den Stakeholder-Workshops zur Diskussion gestellt.

Dieses Idealmodell besteht im Kern aus auf regionaler Ebene organisierten Frühe-Hilfen-Netzwerken, die mit einem bundesweit bereitgestellten Basisangebot verknüpft sind und durch eine überregionale Stelle sowie ein politikfeldübergreifendes Gesamtkonzept für die frühe Kindheit begleitet werden.

Die **regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke** werden dabei als ein von einer zentralen Stelle koordinierter Kooperationsverbund von vielfältigen Unterstützungs- und Förderangeboten für die frühe Kindheit verstanden, die fallspezifisch bedürfnisgerechte Angebote für Familien in belasteten Situationen (indizierte Prävention) sicherstellen. Neben der Funktion des Netzwerkmanagements (Aufbau und nachhaltige Sicherung des Kooperationsverbunds) bedarf es in den Frühe-Hilfen-Netzwerken auch der Funktion des Case Managements, um die Beziehungskontinuität und die abgestimmte Unterstützung auf Ebene der einzelnen Familien zu gewährleisten. Das regionale Netzwerk soll auch mit Angeboten zur Förderung sozialer Netzwerke (Eltern-Kind-Zentren, Nachbarschaftszentren etc.) vernetzt sein bzw. diese integrieren.

Das **Basisangebot** soll für alle Familien (universelle Prävention) rund um die Zeit der Geburt zur Verfügung stehen, aber nur beschränkten Umfangs sein (z. B. Erstkontakt in der Schwangerschaft, einige Hausbesuche nach der Geburt). Das Basisangebot sollte auf jeden Fall eine aufsuchende Maßnahme beinhalten und einen Erstzugang zu Familien in belasteten Situationen ermöglichen, die dann durch das regionale Frühe-Hilfen-Netzwerk weitere Unterstützung erhalten.

Eine **überregionale Stelle** nach dem Konzept des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) in Deutschland soll die fachliche Weiterentwicklung (inkl. Qualitätsentwicklung) von Frühen Hilfen sowie die Vernetzung von und den Erfahrungsaustausch zwischen den relevanten Akteurinnen und Akteuren im Bereich Frühe Hilfen (insbesondere auch zwischen den Verantwortlichen der regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke) sicherstellen.

Das **politikfeldübergreifende Gesamtkonzept** zu „Frühen Hilfen“ soll die vielfältigen Möglichkeiten zur Förderung der Lebensqualität und Gesundheit in der frühen Kindheit (z. B. durch qualitätsvolle Kinderbetreuungseinrichtungen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.) im Blick haben und damit eine breite Nutzung der Potenziale der Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit gewährleisten.

### 5.1.3 Zentrale Gesamtergebnisse

In allen fünf Workshops wurde deutlich, dass das **Konzept von Frühen Hilfen** auf großes Interesse und hohe Akzeptanz stößt. Die Sinnhaftigkeit und der Nutzen des Konzepts bzw. entsprechender Interventionen wird breit anerkannt. Ressourcenorientierung (statt Orientierung an Defiziten), eine wertschätzende Grundhaltung sowie ein nicht diskriminierender und nicht stigmatisierender Zugang werden als zentrale Aspekte für die Umsetzung gesehen.

Es gab in fast allen Stakeholder-Workshops Diskussionen, ob der **Begriff „Frühe Hilfen“** ideal ist. In Frage gestellt wurde insbesondere, ob der Begriff „Hilfe“ nicht zu defizitorientiert verstanden

werden könnte und sich negativ auf die Akzeptanz der Zielgruppen auswirken könnte. Umgekehrt wurde auch betont, dass es durchaus sinnvoll ist, wenn man benötigte Hilfe in Anspruch nimmt und dies über positive Erfahrungen (z. B. im Rahmen von Frühen Hilfen) positiv besetzt ist.<sup>22</sup>

Das „**Idealmodell**“ fand ebenfalls grundsätzliche Zustimmung und wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an den Workshops im Verlauf der Workshops kontinuierlich weiterentwickelt. Die Vernetzung der Angebote sowie Institutionen wird als essenziell gesehen – erforderlich ist der Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe, verschiedenster Berufsgruppen und Dienstleistungsanbieter im Gesundheits- und Sozialbereich sowie breite Kooperation verschiedenster Politikfelder auf der Steuerungsebene. Bezüglich der Zentralstelle eines regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerks gibt es die Empfehlung, dass diese Funktion idealerweise nicht durch eine Organisation wahrgenommen werden sollte, die selbst Dienstleistungsbereiche mit Relevanz für Frühe Hilfen anbietet (Gefahr der Verstärkung von Konkurrenz). Als optimal wird konsensuell eine öffentliche Trägerschaft und ein gemeinsamer Auftrag der Bereiche Kinder- und Jugendhilfe / Familie, Gesundheit und Soziales betrachtet.

Als ideal wird ein kombiniertes Modell, das aus folgenden Elementen besteht, betrachtet:

- » universelle Angebote für alle Familien an (werdende) Eltern zur Zeit rund um die Geburt, soweit möglich als Teil einer „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ organisiert; sind von Relevanz zum einen, da alle Familien in dieser Lebensphase Unterstützung brauchen können, und zum anderen, da damit ein nicht diskriminierender und nicht stigmatisierender Zugang garantiert ist;
- » selektive bzw. indizierte Angebote für Familien in belasteten Situationen, die ausgehend vom universellen Basisangebot abgestufte Hilfestellungen entsprechend den Bedürfnissen der Familien bieten. Die Angebote für Familien in belasteten Situationen sind notwendig, damit gesundheitliche Chancengerechtigkeit gefördert wird – bei ihnen ist auch der Nutzen von Frühen Hilfen am höchsten.

Generell werden niederschwellige und insbesondere aufsuchende Angebote als wesentlich erachtet. Als wichtige Herausforderung gesehen wurde die klare Trennung zwischen Frühen Hilfen (als präventive Unterstützung) und Kontrolle (durch Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe) bzw. der entsprechende Übergang in Fällen, wo trotz Früher Hilfen das Kindeswohl gefährdet ist.

Damit wurden in den Stakeholder-Workshops zentrale Ergebnisse eruiert, die sich thematisch mit den auf Länderebene diskutierten Themen faktisch decken. Auf Bundesebene wurde festge-

---

22

Dieses Thema wurde auch beim Fachbeirat am 14. November ausführlich diskutiert und letztendlich entschieden, beim Begriff „Frühe Hilfen“ zu bleiben. Hauptargumente waren, dass dieser Begriff inzwischen schon bekannt ist; dass kein adäquater Alternativbegriff gefunden werden konnte; dass bei jedem Begriff die entsprechende fachliche Aufbereitung (insb. Ressourcen- statt Defizitorientierung) notwendig ist; dass der Begriff vorrangig auf die Fachöffentlichkeit zielt, während sich konkrete Angebote mit anderen Namen (z. B. Netzwerk Familie in Vorarlberg) an die Zielgruppen richten.

halten, dass es bezüglich des Idealmodells noch einer Reihe von Vertiefungen und Detailklärungen bedarf. In Hinblick auf die Umsetzung des Modells ist eine intensive Befassung unter Einbezug zentraler Akteurinnen und Akteure notwendig.

## 5.1.4 Detailergebnisse

Im Folgenden werden einige Detailergebnisse der Stakeholder-Workshops auf Bundesebene thematisch geordnet zusammengefasst:

### Zugang zu den Familien

- » Es gibt jetzt schon viele Angebote. Angebot und Nachfrage (jene Familien, die es wirklich brauchen) müssen zueinanderfinden, da sind gute Strategien und niederschwellige Zugänge notwendig.
- » Gesundheitssystem als Erstzugang: Vorteil, dass Kontakt mit Gesundheitssystem bzw. Gesundheitsberufen in der Zeit rund um die Geburt als normal betrachtet wird – wird daher nicht diskriminierend/stigmatisierend gesehen; Gefahr, dass der Zugang über das Gesundheitssystem zu Medikalisierung – im Sinne einer medizinischen Behandlung von psychosozialen Belastungslagen – führen könnte (daher ist Einbezug von sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Kompetenz sehr wichtig).
- » Generell zeigt die Erfahrung: Wenn man die Eltern einmal erreicht hat und sie zufrieden waren, dann kommen sie bei Bedarf von sich aus wieder.
- » Elterncafés, Tagesmütter, Horte, Kindergarten/Kinderkrippe (derzeit oft der erste Ort, wo vieles bemerkt wird und wo Eltern Probleme ansprechen) etc. sind sowohl wichtiges Angebot als auch Zugangsmöglichkeit.
- » Anreizsysteme: werden kontroversiell gesehen; teilweise als wichtig in Hinblick auf Motivation der Zielgruppen, teilweise auch problematisiert – z. B. ist der Wegfall eines Teils des Kinderbetreuungsgeldes bei fehlenden Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen Belastung für ohnehin schon sozioökonomisch belastete Familien und insbesondere Mütter.

### Berufsgruppen

- » Generell sollte eher davon Abstand genommen werden, einen bestimmten Quellberuf zu definieren – es gibt mehrere Berufsgruppen, die zentrale Aufgabe bei Frühen Hilfen übernehmen können; wichtig ist ein definiertes Kompetenzprofil und verpflichtende Weiterbildung.
- » Relevante Berufsgruppen in Bezug auf Frühe Hilfen sind u. a. Familienhebammen, Familiengesundheitspflege („family health nurses“), Familienhelfer/innen; es bedarf aber einer Vielzahl einbezogener Berufsgruppen.

- » Für manche Berufsgruppen ist es notwendig/sinnvoll, eine kinderspezifische Qualifizierung/ Fortbildung zu verankern bzw. sollten die bestehenden Zusatzqualifikationen zentral erfasst werden (derzeit ist ein entsprechender Überblick nicht möglich).
- » Auch der Bereich niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, insb. in der Allgemeinmedizin sowie in der Kinder- und Jugendheilkunde, hat eine wichtige Rolle, da sie in längerfristigem Kontakt mit den Familien stehen.

### **Frühe-Hilfen-Netzwerke**

- » Wichtig ist der Informationsfluss: Kooperationsvereinbarungen, Feedback, Fallbesprechungen (ev. auch Telefonkonferenzen, um breit die Partner einbeziehen zu können). Wichtig ist, dass nicht nur die „ideale“ Struktur, sondern auch die Prozesse abgebildet werden.
- » Gefahr des Netzwerkes mit vielfältigen Angeboten ist, dass es bei belasteten Familien auch zu einem Überangebot durch eine Vielzahl von parallel tätigen Helfern kommt (wie derzeit oft in der mobilen Altenbetreuung) – dies muss vermieden werden. Es muss daher jemand Rolle von Case und Care Management (im Sinne der Begleitung einer Familie durch die Institutionen und Angebote durch eine zentrale Bezugsperson) – übernehmen.
- » Wichtig ist es auch zu überlegen, wie Frühe Hilfen im ländlichen Bereich etabliert werden können – im städtischen Bereich gelingt es meist besser, aber auch auf dem Land gibt es viele Familien, die Bedarf haben.
- » Die Familien brauchen Beziehungskontinuität (Vertrauensaufbau etc.) – darauf ist bei der Organisation der Unterstützung/Hilfe zu achten.
- » Zentralstelle im Frühe-Hilfen-Netzwerk: Es gilt zu klären, wer Träger dieser Vernetzungsstelle ist und wie Verbindlichkeiten und Regeln ausschauen. Das Aufgabenprofil ist genau zu definieren – muss jedenfalls den Aufbau und Erhalt sowie notwendige Erweiterung des Netzwerkes beinhalten. Eventuell kann unterstützend auch eine Online-Plattform genutzt werden. Gesundheits- und Sozialsprengel (Tirol) könnten ein mögliches Vorbild sein.

### **Basisangebot**

- » Aufgaben, Berufsgruppen, Kompetenzen und Handlungsfelder sind zu definieren.
- » Gut wäre es, ein Basisangebot als Teil der Eltern-Kind-Vorsorge zu etablieren, dies dann aber um neue Strategien (aufsuchende Angebote) und Berufsgruppen (insb. Hebammen) erweitert werden muss.
- » Interessant ist es in diesem Zusammenhang auch, sich zu überlegen, wie Väter besser erreicht werden können.
- » Ein aufsuchendes Angebot (Hausbesuch, falls von den Familien akzeptiert) in den ersten Wochen nach der Geburt ist in anderen Ländern schon selbstverständlich und wäre für alle Familien unterstützend. Der Erstkontakt sollte aber idealerweise schon in der Schwangerschaft stattfinden.

- » Kontroversiell diskutiert wurde, ob es auch zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. rund um den 3. Geburtstag eines Kindes) nochmals einen Kontakt mit allen Familien geben sollte, weil Belastungen auch erst später auftauchen können.

### **Aufbau Früher Hilfen**

- » Es sollte ein Bundesrahmen (inkl. Qualitätsstandards) vorgegeben werden (Beispiel: Pflegebereich), aber Handlungsspielraum auf Landesebene / regionaler Ebene muss offen bleiben. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich die konkreten Konzepte nach Bundesländern unterscheiden – müssen jeweils an regionale Erfordernisse angepasst werden.
- » Die Komplexität darf nicht zu hoch werden, sonst kann die Realisierbarkeit daran scheitern.
- » Ein grundsätzliches Commitment der verschiedenen Bereiche wäre sehr hilfreich, aber eine rechtliche Verankerung (z. B. 15a-Vereinbarung) erscheint erst auf Basis bestehender Fakten machbar und zweckmäßig. Frühe Hilfen sollten aber im nächsten Regierungsprogramm vorkommen, damit Umsetzungschance besteht. Wobei es im Vorfeld sinnvoll sein kann, wenn es noch mehr regionale Beispiele gibt.
- » Modellprojekte sind eventuell nicht der beste Weg, da sie nicht so einfach auszurollen sind. Unter Umständen ist eine Umsetzung mit wissenschaftlicher Begleitung, die die Zielerreichung überprüft (Begleitforschung), sinnvoller.

### **Evaluation**

Frühe Hilfen sollten auch evaluiert werden; zu überlegen ist, welche Indikatoren geeignet sind, den „Erfolg“ bzw. Nutzen von Frühen Hilfen zu erfassen; bundesweite Vorgaben für die Evaluation (insb. Indikatoren) wären sinnvoll.

## **5.2 Sichtweisen zentraler Stakeholder auf Länderebene**

Die folgende Analyse erfolgt unterstützt durch die länderspezifischen Kurzberichte der Regionalpartner. Über die darin vorgenommene Einschätzungen hinaus kann aufgrund der Ergebnisse der strukturierten Analyse von Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Gefahren für einen weiteren Auf- und Ausbau Früher Hilfen auf regionaler Ebene abgeleitet werden, welche Themen inhaltlich dominieren und bei welchen Aspekten dieser zentralen Themen Konsens und Dissens besteht.

Als zweiten, ergänzenden Schritt wurden ebenfalls auf dieser Basis kurze Länderprofile erstellt, die die Ergebnisse der qualitativen Berichtsteile zusammenfassen. Diese Länderprofile sind im Anhang C zu finden.

## 5.2.1 Konsens in zentralen Fragen Früher Hilfen

### Frühe Hilfen als bedeutsames Interventionskonzept

Die an den qualitativen Erhebungsmethoden teilnehmenden Expertinnen/Experten und Entscheidungsträger/innen in neun Bundesländern stimmen mit überwiegender Mehrheit darin überein, dass es sich bei Frühen Hilfen um ein bedeutsames Interventionskonzept handelt. Unter der Fülle an Zielen und Aktivitäten, die mit Frühen Hilfen in Verbindung gebracht werden können, nehmen die Aspekte „Früherkennung“ und „Frühintervention“ den größten Stellenwert ein. Das Verständnis von Frühen Hilfen als Prävention wird in verschiedener Weise am ehesten durch Vorgehensweisen der selektiven und indizierten Prävention bzw. durch medizinische und psychosoziale Sekundärprävention charakterisiert. Universelle bzw. primäre Prävention und Förderung von Ressourcen spielt eine untergeordnete (explizite) Rolle im Diskurs. Gesundheitsförderung wird im Verständnis überwiegend auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens bezogen.

### Unter- und Fehlversorgung mit Angeboten für die frühe Kindheit

Aus allen Bundesländern wird unter verschiedenen Gesichtspunkten über Unter- und Fehlversorgung berichtet:

- » bezüglich problemspezifischer Angebote  
(z. B. Förderung bei bestimmten Funktionsbeeinträchtigungen),
- » bzgl. regionaler Versorgungsgleichheit  
(Unterprivilegierung bei der Angebotsdichte in ländlichen Regionen),
- » bzgl. signifikanter Strukturmängel in wichtigen Angebotsfeldern  
(z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie),
- » bzgl. der Erreichbarkeit sozial benachteiligter Zielgruppen  
(am häufigsten Migrantinnen/Migranten),
- » im Zusammenhang mit indirekt benötigten Angeboten  
(z. B. Wohnversorgung unterprivilegierter Alleinerziehender).

### Kooperation und Vernetzung als wichtige Voraussetzungen für Verbesserungen im Bereich Früher Hilfen

Generell vermitteln die Daten kein homogenes, aber ein tendenzielles Bild von Frühen Hilfen dahingehend, dass das Ausmaß von Kooperation und Vernetzung in verschiedenen Kontexten (zwischen Anbietern, Institutionen, Zuständigkeitsbereichen, fachlich, inter-professionell) gegenwärtig schwach ausgeprägt ist, wenngleich eine Fülle von Angeboten besteht.

Konsens herrscht auch darüber, dass die Nutzer/innen der Angebote in verschiedenen Feldern Früher Hilfen nicht zuletzt durch viele private Anbieter/innen und Einzelanbieter/innen eine „bunte Blumenwiese“ an Möglichkeiten vorfinden, mit allen negativen Konsequenzen für Orientierung und Information. Mehrheitlich wird in den Bundesländern auch thematisiert, dass dies

auch eine Folge fehlender Systematik und strategischer Planung ist und dass den negativen Konsequenzen durch bessere Steuerung entgegengewirkt werden könnte.

### **„Zugang“ als wesentliches Qualitätsmerkmal eines Systems Früher Hilfen**

Bei vielen Feldern Früher Hilfen wird in den qualitativen Erhebungen über Ressourcenmängel, mangelhaft ausgebildete Strukturen oder über eine starke Diskrepanz von hohem Bedarf und geringen Kapazitäten berichtet. In dem Ausmaß, in dem über Unter- und Fehlversorgung berichtet wird, wird Zugang als wesentliches Merkmal eines allfälligen Systems Früher Hilfen in Österreich erkannt, um entscheidende Fortschritte verzeichnen zu können.

Bei der Bewertung der Qualität von Frühen Hilfen als einem weitreichenden Unterstützungssystem in der frühen Kindheit steht die Frage nach Wirksamkeiten im Hintergrund, und Zugang wird zum zentralen Qualitätskriterium. Konsequenterweise wird danach gefragt, wer frühe Hilfen benötigt und für wen sie zu welchen Bedingungen zur Verfügung stehen. Dabei scheinen in verschiedenen Feldern mit Relevanz für Frühe Hilfen Zugangsprobleme für soziale Gruppen mit hohem Bedarf zu bestehen.

Um den Herausforderungen mangelnden Zugangs gerecht zu werden, werden österreichweit Frühe Hilfen in Form eines Basisangebots im Gesundheitssystem als chancenreich eingeschätzt, wobei die Rolle niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte, die Funktion der Geburtsstationen, die Integration psychosozialer Komponenten in die Reihenuntersuchungen zur Eltern-Kind-Vorsorge sowie die günstige Gesprächsbasis von Hebammen im Rahmen der Geburt in Betracht gezogen wurden. Um stärker belastete Zielgruppen besser als bisher zu erreichen, sollen niederschwellige, nachgehende Angebote so eingesetzt werden, dass es zu kontinuierlichen Helferbeziehungen kommen kann.

Die – in vielen Angebotsfeldern bestehenden – hohen Selbstbehalte werden wahrgenommen und teilweise dahingehend kritisch betrachtet, dass finanzielle Beteiligungen tendenziell eine hohe Zugangsbarriere für wichtige Zielgruppen darstellen. Selbstbehalte werden mitunter aber auch als Qualitätsmerkmal an sich („Preis als Qualitätsmaßstab“) oder als Instrument mit pädagogischer Dimension betrachtet, und nicht explizit als Einnahmequelle für die anbietenden Organisationen.

### **Steuerbarkeit Früher Hilfen in Österreich**

Darüber, dass ein erfolgreicher Auf- und Ausbau Früher Hilfen in Österreich auch ganz zentral mit deren Steuerbarkeit zusammenhängt, sind sich sowohl Expertinnen/Experten als auch Entscheidungsträger/innen einig. Obwohl sich unterschiedlichste Vorstellungen finden, werden einige Sichtweisen häufig geteilt. Diese betreffen

- » fehlende Daten und Fakten als Voraussetzungen für eine bessere Planung und Steuerung – das Manko wird auch auf Ebene von Normen & Werten sowie fehlender Politikleitlinien betrachtet;

- » Faktoren in der politischen Umwelt der Angebote und Träger von Angeboten in der frühen Kindheit, wobei aufeinander abgestimmte Verhandlungsprozesse der Sozialpartner und Länder angeregt werden, um ein gemeinsames Vorgehen zu ermöglichen.
- » Hohe Übereinstimmung besteht in Form von Vorstellungen über die Verankerung von Strukturen für Frühe Hilfen in der Verwaltung, wobei intersektorale Koordinationsstellen, die zwischen Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsangeboten vermitteln, favorisiert werden.
- » Relativer Konsens besteht auch in Fragen der Steuerung einzelner Funktionen Früher Hilfen, die auf bereichsspezifische Aufgabenstellungen und heterogene Organisationsformen Rücksicht nehmen müssen, sowie in Fragen der Steuerung in der Fallarbeit, wo Managementkonzepte für die Versorgungsintegration (am häufigsten Case Management) genannt wurden.

## 5.2.2 Dissens in zentralen Fragen Früher Hilfen

### Verständnis Früher Hilfen

Es besteht derzeit kein einheitliches Verständnis Früher Hilfen, diese werden von einem Teil den einbezogenen Akteurinnen und Akteure sehr klar der universellen Prävention zugeordnet, von anderen hingegen vorrangig der indizierten Prävention (Quelle: Länderberichte, Fokusgruppen).

Unterschiedliche Bewertungen gibt es auch hinsichtlich der Koppelung eines Systems Früher Hilfen mit Angeboten im Gesundheitssystem, wobei medizinischen Angeboten sowohl zentrale Rollen für den Zugang zu Frühen Hilfen sowohl in der universellen Prävention (Eltern-Kind-Vorsorge) als auch in der indizierten Prävention (sensible Ansprache in Settings der Geburtshilfe und Pädiatrie) zugesprochen werden. Gleichzeitig werden gelegentlich mögliche negative Konsequenzen in Form einer Medikalisierung der vorwiegend psychosozialen Problemlagen erwartet.

Unterschiede im Verständnis Früher Hilfen werden an unterschiedlichen Stellen dieses Berichts und bezüglich ihrer Bedeutung in unterschiedlichen Kontexten näher ausgeführt. Die unterschiedlichen Sichtweisen sollten in jedem Fall bei der Planung und Implementierung von Folgeprojekten beachtet werden, um weiterhin an einem gemeinsamen Verständnis zu arbeiten.

### Prioritätensetzung

Hinsichtlich der möglichen strategischen Zielsetzungen eines künftigen Systems Früher Hilfen bzw. der weiteren dafür notwendigen Schritte in verschiedenen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens zeichnen sich keine klaren Trends ab. Die möglichen negativen Konsequenzen einer Stigmatisierung durch stark selektive Angebotsstrategien sind den einbezogenen Fachleuten ebenso wie das zugrunde liegende Zugangsproblem sozial benachteiligter Zielgruppen unterschiedlich stark bewusst.

Regionale Unterschiede sind dabei kaum eindeutig erkennbar oder – falls es das Material nahelegt – schwierig zu interpretieren. Vermutlich besteht ein enger Zusammenhang mit dem

unterschiedlichen Verständnis Früher Hilfen, der zum Beispiel bei der Definition von Zielgruppen Früher Hilfen zum Ausdruck kommt. Hinsichtlich der Prioritätensetzung besteht jedoch Einigkeit darüber, dass Kooperations- und Vernetzungsaspekte prioritär behandelt werden müssen, um die Potenziale Früher Hilfen stärker als bisher zu erschließen.

### **Angrenzung Früher Hilfen an Aufgaben der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe**

Die Aufgaben der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe implizieren – kraft der institutionellen Rahmenbedingungen –, dass ihre Angebote sowohl eine unterstützende als auch eine kontrollierende Funktion innehaben. Frühe Hilfen wollen sich dem kontrollierenden Mandat ihrer Arbeit zwar nicht gänzlich entziehen, aber den helfenden und unterstützenden Aspekt weit in den Vordergrund stellen. Dabei besteht Konsens über die Notwendigkeit von konzeptueller und organisatorischer Klarheit in Fragen der „Angrenzung“ bzw. auch Abgrenzung Früher Hilfen an Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe. Die Einstellungen und Meinungen der in den Bundesländern befragten Akteure unterscheiden sich hierzu eher, als dass sie einander ähneln.

So werden beispielsweise zur Frage, in welcher organisatorischen Beziehung die Angebotsformen zueinander stehen, mehrere Varianten diskutiert, die sich darin unterscheiden, wie abhängig oder unabhängig voneinander Frühe Hilfen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe organisiert werden können, wobei die Palette von „Kinderschutz als einer der Hauptaufgaben von Frühen Hilfen“ über „Frühe Hilfen als Vorfeldorganisation der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe“ als Beispiele für ein abhängiges Naheverhältnis bis hin zu „Frühen Hilfen als klar abgegrenztes und personell und strukturell anders ausgerichtetes Hilfssystem“ reicht. „Abgrenzung“ wird in erster Linie auch im Hinblick auf die Kommunikation mit Klientinnen und Klienten von Angeboten Früher Hilfen diskutiert, mit dem Ziel der Transparenz und „Ehrlichkeit“ gegenüber den Familien in Hinblick auf eine mögliche Schnittstelle zwischen Frühen Hilfen und Kinderschutz in Form von Kontrolle. Der Reformprozess, in dem sich die Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe seit längerem befindet, wird für Frühe Hilfen – und Frühe Hilfen werden für den Reformprozess – sowohl als Chance als auch als Gefahr betrachtet.

### **5.2.3 Konsens und Dissens bezüglich der Gestaltung und Steuerung eines künftigen Systems Früher Hilfen**

Das gegenständliche Grundlagenprojekt macht deutlich, dass eine gestaltende Rolle des Gesundheitsbereichs in Hinblick auf einen wichtigen Aufgabenbereich gesehen wird. Dieses starke Interesse an Frühen Hilfen entspricht auch einem allgemeinen Trend im österreichischen Gesundheitswesen, wobei vor allem verschiedene Institutionen auf Bundesebene strategisch und planend tätig werden. Von daher sind auch – durch die Befragung nicht direkt intendiert – viele Meinungen und Einstellungen über mögliche Reformschritte gesammelt worden, ohne dass sich dabei ein klarer Konsens abzeichnet.

Vielmehr werden sehr viele interessenabhängige Standpunkte vertreten, die zwar unterschiedlich sind, aber generell auf einer Zustimmung zu öffentlicher Verantwortung in der frühen Kindheit

mit entsprechender Gestaltung der Angebote gründen. Hinsichtlich der Führungsrollen werden abwechselnd Institutionen im Bereich Verwaltung sowie größere Anbieterorganisationen in Betracht gezogen. Der Steuerungsbedarf, der in mehreren Ländern in Richtung Bundesebene formuliert wird, ist ebenso unterschiedlich ausgeprägt. Hier haben mehrere Länder den Bundesinstitutionen Definitionsaufgaben, zum Beispiel von Qualitätsstandards für Frühe Hilfen, sowie eine klare Funktion in der Gesundheits-Rahmengesetzgebung zugewiesen.

Inhaltlich zeichnet sich ein Konsens auf konzeptueller Ebene insofern ab, als niederschwellige und nachgehende Herangehensweisen für ein kontinuierliches Beziehungsangebot für Nutzer/innen geeignet sind, um der spezifischen Zugangsprobleme zunehmend gerecht werden zu können. Als Folge dieser hohen Veränderungsanforderungen im Vergleich zur gegenwärtigen Situation zeichnet sich ein bundesweiter Konsens dahingehend ab, dass die Implementierung von zentral gesteuerten und vernetzten regionalen Koordinationsstellen unterstützt werden kann.

## 6 Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Feldanalyse in Hinblick auf die Ausgangslage zu Frühen Hilfen dargestellt und Schlussfolgerungen für die weitere Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich gezogen.

Die Feldanalyse zeigte sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene durchwegs ein großes Interesse an Frühen Hilfen. Die Relevanz und Sinnhaftigkeit des Konzepts Frühe Hilfen wird nicht in Frage gestellt, im Gegenteil: Es findet **große Akzeptanz** und viel Unterstützung. Dies ist eine wichtige Basis und eine große Chance für die verstärkte Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich, führt aber auch zu einer hohen Erwartungshaltung und einer großen Dynamik rund um das Thema. Dieser Erwartungshaltung – insbesondere auch in Bezug auf eine rasche Realisierung von Frühe-Hilfen-Netzwerken auf regionaler Ebene – muss begegnet werden, da die derzeit positive Resonanz sonst auch in Enttäuschung und Ernüchterung münden kann. In dieser Hinsicht ist es sehr positiv, dass noch im Jahr 2013 im Rahmen eines gemeinsamen Pilotprojekts von Sozialversicherungsträgern mit der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit Frühe-Hilfen-Netzwerke in Modellregionen in fünf Bundesländern (Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark und Wien) aufgebaut werden sollen.

In Hinblick auf das große Interesse muss aber auch beachtet werden, dass es derzeit noch **kein einheitliches Verständnis** von Frühen Hilfen in Österreich gibt. Für viele der involvierten Entscheidungsträger/innen und Fachleute ist das Thema Frühe Hilfen noch neu, sie haben daher keine klare Vorstellung, um welche Maßnahme und Strategien es sich dabei konkret handelt. Darüber hinaus findet sich auch innerhalb von Fachbereichen, Praxisfeldern, Berufsgruppen oder Bundesländern kein einheitliches Verständnis – dieses ist also bisher vorrangig individuell geprägt. Aus diesem Faktum resultiert, dass die Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses auf Basis der Klärung eines österreichischen Konzepts von Frühen Hilfen und dessen Vermittlung eine wichtige Aufgabe darstellt. Die Aktivitäten zum Wissenstransfer müssen alle wichtigen strategischen Zielgruppen (Berufsgruppen, Entscheidungsträger/innen etc.) ansprechen. Gleichzeitig bietet das noch nicht etablierte Verständnis von Frühen Hilfen in Kombination mit der deutlich gewordenen Bereitschaft zur Weiterentwicklung des Feldes auch Spielraum dafür, dass der Bund eine Vorreiterrolle übernimmt und das Konzept für Frühe Hilfen im Sinne eines österreichweit einheitlichen Verständnisses prägt.

Eine **relevante Rolle des Bundes** wird dadurch gestützt, dass seitens des Großteils der auf Bundes- wie Länderebene konsultierten Stakeholder die Vorgabe von Rahmenbedingungen und insbesondere die Definition von Qualitätsstandards auf Bundesebene als sinnvoll und notwendig erachtet wird. Dieser Rahmen soll eine gewisse überregionale Einheitlichkeit in Bezug auf Grundstrukturen und Standards sicherstellen, die dann im Einklang mit regionalen Rahmenbedingungen unterschiedlich ausgestaltet werden können. Die weitere Etablierung von Frühen Hilfen sollte daher durch eine zentrale Stelle für bundesweite Koordination, fachliche Begleitung und Qualitätsentwicklung unterstützt werden. Diese Stelle sollte neben der Entwicklung von Qualitätsstandards auch die Vernetzung zwischen regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und den

Transfer von Wissen und Erfahrung unterstützen und für Prozessbegleitung und Beratung bei der Etablierung regionaler Netzwerke zur Verfügung stehen.

Konsens besteht auch dahingehend, dass Frühe Hilfen eine **intersektorale und interprofessionelle Aufgabe** sind. Frühe Hilfen betreffen nach fast einhelliger Meinung der Befragten nicht nur einen bestimmten politischen Sektor, eine Berufsgruppe oder ein Praxisfeld, sondern benötigen die Beteiligung und das Engagement verschiedenster Bereiche und Gruppen. Daraus folgt der Auftrag, weiterhin zu versuchen, Frühe Hilfen in Österreich intersektoral zu verankern und berufsgruppen- sowie praxisfelderübergreifend zu etablieren. Es bedarf der Einbindung aller relevanten Angebotsfelder, und es gilt die benötigte Vielfalt durch Koordination und Vernetzung als Gesamtsystem zu strukturieren, zu gestalten und zu steuern.

Die **Notwendigkeit der stärkeren Vernetzung** wird ebenfalls von fast allen Befragten betont. Es wird oft darauf verwiesen, dass es in Österreich ein breites und vielfältiges Angebot für die frühe Kindheit gibt. Dieses wird aber von vielen als unstrukturiert bzw. unüberschaubar und nicht für alle Gruppen gleich gut zugänglich wahrgenommen. Es fehlt nicht nur an der Übersicht über die Angebote, sondern auch an der Abstimmung zwischen den Angeboten. Auch die Online-Befragung zeigt, dass es Nachholbedarf in Hinblick auf (formalisierte) Kooperation und Vernetzung gibt. Von den Fachleuten wird diesbezüglich auch darauf verwiesen, dass Vernetzung Geld kostet und dass die verfügbaren Ressourcen derzeit mehr als – oft punktuelle – fallbezogene Vernetzung nicht ermöglichen. Frühe Hilfen können ohne Vernetzung nicht greifen, das Konzept basiert in seinem Kern auf Vernetzung. Netzbildung erfordert einen expliziten Auftrag, Verbindlichkeit und klare Strukturen, die eine netzwerkkoordinierende Funktion mit einschließen. Darüber hinaus muss die Vernetzungsarbeit eine bezahlte Leistung sein. Neben Vernetzung auf Ebene der Angebotsfelder bzw. Dienstleister in einem regionalen Netzwerk ist auch überregionale Koordination und Vernetzung auf Bundesländer- wie Bundesebene vonnöten (siehe auch Zentralstelle oben).

Trotz der konstatierten Angebotsvielfalt werden auch **Kapazitätsmängel** in verschiedensten Bereichen (siehe unten) festgestellt. Besonders häufig wird darauf verwiesen, dass es Bedarf an mehr Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere auch Ressourcen für präventive Maßnahmen der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe – gibt, dass die Kapazitäten für therapeutische Leistungen nicht ausreichen und dass das Angebot in ländlichen Regionen deutlich weniger ausgebaut ist als in Städten. Daher gehört zur Etablierung von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken jedenfalls eine regionale Bestandsaufnahme der Angebote, die auch eine Analyse in Hinblick auf mangelnde bzw. fehlende Angebote und Kapazitäten einschließen sollte.

Bezüglich der Frage der **Abgrenzung zwischen Unterstützung und Kontrolle** in Hinblick auf Frühe Hilfen gibt es keine einheitliche Position. Der etwas größere Teil der Involvierten betont Freiwilligkeit als zentrale Anforderung von Frühen Hilfen und tritt für eine klare Abgrenzung von Kontrolle ein. Der andere Teil meint, dass auch bei Frühen Hilfen der Kontrollaspekt nicht vernachlässigt werden sollte, und tritt eher für eine Integration von Unterstützung und Kontrolle ein. Die unterschiedlichen Positionen lassen sich nicht nach Praxisfeldern oder Berufsgruppen zuordnen. Gleich ist beiden Gruppen, dass der Kontrollaspekt ambivalent betrachtet wird. Zum

einen weisen jene, die Kontrolle für notwendig erachten, häufig auch zugleich auf potenzielle negative Folgen (wie mangelnde Eigenmotivation, Diskriminierung) der fehlenden Abgrenzung von Unterstützung einerseits und Kontrolle andererseits hin. Zum anderen betonen jene, die für eine klare Abgrenzung von Kontrolle und Frühen Hilfen eintreten, die Notwendigkeit der Sicherung des Kindeswohls. Insgesamt betrachtet erscheint es empfehlenswert, die auch in Deutschland und Vorarlberg festgelegte klare Abgrenzung der Frühen Hilfen von Kontrolle als Eckpunkt der weiteren Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich festzulegen. Der Trennlinie zwischen Unterstützung und Kontrolle muss aber – ungeachtet dessen bzw. auch gerade deswegen – bei der Etablierung von Frühen Hilfen große Beachtung geschenkt werden. Sowohl für die betroffenen Familien als auch für das Praxisfeld und die relevanten Entscheidungsträger/innen ist Klarheit und Transparenz bezüglich der Abgrenzung bzw. der Abstimmung von Unterstützung und Kontrolle unverzichtbar. Klare Vereinbarungen mit der Jugendwohlfahrt bzw. Kinder- und Jugendhilfe in Hinblick auf die Kooperation in Fällen, in denen das Kindeswohl gefährdet sein könnte, und eine klare Anleitung für die Arbeit mit den Familien müssen Grundlagen für die Arbeit in regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken sein.

Weitgehender Konsens besteht in Hinblick auf die **Zielgruppen von Frühen Hilfen**. Mehrheitlich wird es als empfehlenswert erachtet, dass grundsätzlich alle Familien erreicht werden sollten, besonderer Fokus aber soll auf Familien mit besonderen Belastungen bzw. sozioökonomischen Benachteiligungen gelegt werden. Zentrale Argumente für ein universelles Angebot sind zum einen der Hinweis, dass alle Eltern – insbesondere in der Zeit rund um die Geburt – Unterstützung brauchen können, und zum anderen, dass ein solches nicht auf einzelne Zielgruppen eingeschränktes Angebot die potenzielle Gefahr der Stigmatisierung und Diskriminierung der Familien, die Frühe Hilfen in Anspruch nehmen, reduziert. Es wird aber auch darauf verwiesen, dass sichergestellt werden muss, dass die (beschränkten) Ressourcen insbesondere jenen Familien zugutekommen, die Unterstützung besonders benötigen. Das im Zuge des Grundlagenprojekts zur Diskussion gestellt „Idealmodell Frühe Hilfen“ (vgl. Abschnitt 5.1), das ein beschränktes Basisangebot für alle Familien („universelle Prävention“) in Kombination mit bedarfsgerechter Unterstützung für Familien in belasteten Situation durch regionale Netzwerke („indizierte Prävention“) vorsieht, findet damit breite Zustimmung. In Ergänzung zur Etablierung regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke sollte es daher auf Bundesebene Bemühungen um die Etablierung eines solchen Basisangebots für alle geben.

Die **Erreichbarkeit spezifischer Zielgruppen** wird als wichtige Aufgabe von Frühen Hilfen gesehen. Diesbezüglich wird die derzeitige Situation in Hinblick auf sozial benachteiligte Gruppen im Allgemeinen sowie auf spezifische Zielgruppen – genannt werden beispielsweise Alleinerzieherinnen, Teenagermütter, Migrantinnen und Migranten, Kinder psychisch belasteter und suchtbelasteter Eltern – im Speziellen als nicht gut eingeschätzt. Diese Gruppen brauchen daher nach Einschätzung der konsultierten Fachleute und Verantwortungsträger/innen besonderes Augenmerk. Angeregt wird die Nutzung zielgruppenadäquater Zugangswege, Partnerschaften, Infokanäle etc. Niederschwellige und insbesondere aufsuchende Zugänge zu Familien in belasteten Situationen werden fast durchwegs als erfolgversprechend eingestuft. Dies sollte daher sowohl bei der Gestaltung des Basisangebots (zum Beispiel in Form von Hausbesuchen) als auch bei den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken (Einschluss von niederschweligen Angeboten) berücksichtigt werden.

Eine zentrale Rolle in Hinblick auf den **Zugang zu verschiedenen Zielgruppen** wird dem Gesundheitssystem zugesprochen – und zwar von allen Politik- und Praxisfeldern sowie Berufsgruppen. Die Zeit rund um die Geburt wird als besonders geeignet gesehen, Familien mit Unterstützungsangeboten zu erreichen. Der in dieser Lebensphase bestehende Kontakt mit dem Gesundheits- bzw. mit dem medizinischen System (Eltern-Kind-Vorsorge, Geburtskliniken, Hebammen etc.) kann als nicht stigmatisierender Erstzugang auch zu Familien in belasteten Situationen dienen. Dabei sollte aus Stakeholder-Sicht aber darauf geachtet werden, dass dieser Zugang nicht zu einer Medikalisierung – d. h. zu einer medizinischen Behandlung von psychosozialen Belastungslagen – führt. Außerdem wird darauf verwiesen, dass bezüglich des Zugangs nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern verschiedene Gesundheitsberufe von Relevanz sind. Es ist sinnvoll, ein Basisangebot zu Frühen Hilfen (siehe oben) in eine Gesundheitsdienstleistung zu integrieren. Bei der Etablierung von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken müssen die für die frühe Kindheit relevanten Akteurinnen und Akteure des Gesundheitssystems in ihrer Rolle als wichtige Zuweiser (aber auch Dienstleister) integriert werden.

Der Aspekt der **Verteilungsgerechtigkeit** wird von fast allen involvierten Gruppen als sehr zentral in Hinblick auf Frühe Hilfen erachtet – entsprechende Angebote sollen daher insbesondere (auch) sozioökonomisch benachteiligten Familien zukommen. In Zusammenhang mit der Verteilungsgerechtigkeit wurde auch die Frage von Selbsthalten diskutiert. Selbsthalte werden durchgängig als wichtiger Aspekt in Hinblick auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit und Erreichbarkeit der Zielgruppen gewertet. Es gibt aber keinen Konsens bezüglich Selbsthalten: Sie werden von manchen Gruppen als pädagogische Maßnahme befürwortet (erhöht Motivation und Verpflichtung; „was nichts kostet, ist nichts wert“ etc.), von anderen hingegen grundsätzlich abgelehnt. Breiter Konsens besteht aber dahingehend, dass Selbsthalte keine Zugangsbarriere zu Angeboten im Rahmen von Frühen Hilfen darstellen dürfen und sie daher jedenfalls sozial gestaffelt sein müssen. Um die Erreichbarkeit von relevanten Zielgruppen und die Inanspruchnahme durch sie sicherzustellen, erscheint es notwendig, dass der Zugang zu den Frühe-Hilfen-Netzwerken und zu den im Rahmen dieser Netzwerke bereitgestellten Angeboten für Familien in belasteten Situationen ohne Selbsthalte verfügbar ist.

# Bibliographie

AGES (2008): Projekt „Richtig essen von Anfang an! Gesamtdokument. Stand: 30. Oktober 2008. Entstanden im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen AGES, BMGFJ und HV der Sozialversicherungsträger. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. Wien

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2010): Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Graz.

Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt (Hg.) (2005): Auto und Gesundheit. Wien

Babisch, Wolfgang (2009): Kinder-Umwelt-Survey (KUS) 2003/06: Lärm – Daten und Materialiensammlung, Deskription und Zusammenhangsanalysen. Umwelt & Gesundheit 01/2009. Umweltbundesamt. Berlin

Bauer, Joachim (2004): Das Gedächtnis des Körpers. München

Baum, Fran (2008): The New Public Health. Third Edition. Oxford University Press. South Melbourne

BMG (2011): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–194

Franke, Alexa (2010): Salutogenetische Perspektive. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [letzte Aktualisierung: 15. 9. 2010]

Geiger, Harald; Ellsäßer, Gabriele (2012): Netzwerk Familie – Frühe Hilfen in Vorarlberg. Ein vernetztes Angebot zur frühen Unterstützung von Familien. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 160, 876–886

Gordon, R. (1983): An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Report, 98, 2,107–109

Gordon, R. (1987): An operational classification of disease prevention. In Steinberg, J. A. and Silverman, M. M. (Eds.): Preventing Mental Disorders, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung. Hamburg

Lampert, Thomas; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter Matthias/ Hurrelmann Klaus. 2., aktualisierte. Aufl., Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 209–230

Lengning, Anke; Zimmermann, Peter (2009). Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Frühe Hilfen. Internationaler Entwicklungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln

logopädie austria (2012): Darstellung der Problemfelder hinsichtlich der Kinder-Versorgung im Bereich der Logopädie in Österreich. Beantwortung einer GÖG-Anfrage im Zuge der Durchführung des Grundlagenprojekts. September 2012

Lyssenko, Lisa; Franzkowiak, Peter; Bengel, Jürgen (2010): Resilienz und Schutzfaktoren. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [letzte Aktualisierung: 15. 9. 2010]

Meier-Gräwe, Uta; Wagenknecht, Inga (2011): Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen 4. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln

Püspök, R.; Brandstetter, F.; Menz, W. (2011): Beträchtliche therapeutische Unterversorgung in Österreich. Pädiatrie und Pädologie 1, 18–21. Springer Verlag; [http://web81.webbox3.server-home.org/puespoek\\_paedpaedol\\_1101.pdf](http://web81.webbox3.server-home.org/puespoek_paedpaedol_1101.pdf)

Winkler, R.; Erdos, J.; Wimmer, B.; Piso, B. (2012): Eltern-Kind- Vorsorge neu, Teil VI: Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen (HTA-Projektbericht 53). Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien; <http://eprints.hta.lbg.ac.at/947/>

# ANHANG

ANHANG A:  
Arbeitsdefinition von Frühen Hilfen im Rahmen des Grundlagenprojekts

ANHANG B:  
Liste der Regionalpartner

Anhang C:  
„Länderprofile“ – Frühe Hilfen im Diskurs

Anhang D:  
Fragebogen

Anhang E:  
Interviewleitfaden



Anhang A:

Arbeitsdefinition von Frühen Hilfen im Rahmen des Grundlagenprojekts

## Frühe Hilfen – Arbeitsdefinition

Im Rahmen des Grundlagenprojekts wurde eine mit dem Fachbeirat des Projekts abgestimmte Arbeitsdefinition von Frühen Hilfen festgelegt. Diese basiert insbesondere bei der detaillierten Begriffsbestimmung auf der Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen in Deutschland – vgl. [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de) –, die für Österreich nur geringfügig adaptiert und erweitert wurde:

**Unter Frühen Hilfen verstehen wir ein Gesamtkonzept von Interventionen in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt ist.**

Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Elternkompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Sie zielen des Weiteren auf eine Verhinderung bzw. Reduktion von Entwicklungsstörungen, –verzögerungen und Krankheiten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen, wobei der niederschwellige Zugang von zentraler Relevanz ist. Auf lokaler und regionaler Ebene sind Frühe Hilfen Unterstützungssysteme mit – von einer zentralen Stelle – koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder in der frühen Kindheit. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in belasteten Situationen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Ressourcen gestärkt und Belastungsfaktoren reduziert werden – und damit das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig gefördert bzw. gesichert werden kann.

Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch ehrenamtliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine – durch eine zentrale Stelle begleitete – enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, der Elternbildung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe, der elementaren Bildung und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.

## Anhang B:

### Liste der Regionalpartner

| Institution/Unternehmen   | Name  | Funktion                            |
|---|---|-------------------------------------|
| Institut Suchtprävention, OÖ  | Christoph Lagemann, Sandra Brandstetter, Roland Lehner            | Durchführung Feldanalyse OÖ         |
| Institut für Suchtprävention, Wien  | Sonja Geyer   | Durchführung Feldanalyse Wien       |
| kontakt+co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz, Tirol   | Gerhard Gollner, Sandra Aufhammer                                 | Durchführung Feldanalyse Tirol      |
| akzente Fachstelle Suchtprävention im Land Salzburg   | Nicole Rögl-Höllbacher, Susanne Hölzl                             | Durchführung Feldanalyse Salzburg   |
| VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark  | Claudia Kahr, Marie Isabel Plasencia Suarez, Roswitha Baumgartner | Durchführung Feldanalyse Steiermark |
| Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 5 (Kompetenzzentrum Gesundheit), UA Sanitätswesen, SG Landesstelle Suchtprävention Kärnten | Barbara Drobesh, Cornelia Moschitz, Ulrike Micheler-Eisner        | Durchführung Feldanalyse Kärnten    |
| Fachstelle für Suchtprävention Burgenland, PSD Burgenland GmbH  | Burgi Hausleitner   | Durchführung Feldanalyse Burgenland |
| Netzwerk Familie – aks gesundheit, Vorarlberger Kinderdorf, Vorarlberger Kinder- und Jugendärzte                                  | Alexandra Wucher, Alexandra Werner                                | Durchführung Feldanalyse Vorarlberg |
| FH St. Pölten, Ilse Arlt Institut   | Monika Vyslouzil, Stefanie Hengl                                  | Durchführung Feldanalyse NÖ         |

## Anhang C:

### „Länderprofile“ – Frühe Hilfen im Diskurs

Die Ergebnisse der Feldanalyse in den Bundesländern ermöglichen eine qualitative Einschätzung des Diskurses um Frühe Hilfen, der im Kap. 4.2 „Zentrale Sichtweisen der Akteure auf Länder-ebene“ zusammengefasst wird. Allerdings weisen manche Bundesländer darauf hin, dass sich einerseits die Ergebnisse innerhalb des Bundeslandes zum Teil widersprechen und andererseits Begrifflichkeiten von unterschiedlichen Befragten verschieden verwendet wurden. Das wird u. a. auf die in Kap. 3.3 dargestellten methodischen Einschränkungen der Feldanalyse zurückgeführt.

#### Frühe Hilfen im Burgenland

Das Interesse an Frühen Hilfen im Burgenland ist groß, und es konnten wie in allen anderen Bundesländern fast alle Praxisexpertinnen/-experten interviewt werden, mit Ausnahme einer Kindergartenleiterin, weil das Beratungssetting nicht geeignet war. Ein differenziertes Bild unterschiedlicher Ansprüche und Erwartungshaltungen ergibt sich mit Blick auf einzelne Angebotsfelder, wobei berichtenswert erscheint, dass im Bereich Jugendwohlfahrt aufgrund schlechter Rahmenbedingungen auch hinsichtlich des Projektvorhabens resignierte Haltungen eingenommen werden. Die erreichten Expertinnen/Experten zeichnen sich jedoch insgesamt dadurch aus, dass das Wissen über die bestehenden Angebote weitgehend vorhanden ist.

Das Verständnis Früher Hilfen im Burgenland ist dadurch charakterisiert, dass zwar hinsichtlich der im Lebensverlauf möglichst früh einsetzenden Angebote für Kinder und Familien Konsens besteht, die Sichtweisen sich jedoch stark unterscheiden. Eine indirekte Einschätzung durch die Interviewer/innen führt zur Einschätzung, dass das Verständnis eher der Strategie „Präventiver Kinderschutz“ als „Frühe Förderung und kollektive Partizipation“ folgt. Konsens besteht auch darin, dass es nach dem dritten Lebensjahr zur Aufgabe im Setting von Kinderbetreuungseinrichtungen wird, Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und zu Unterstützungsangeboten zu vermitteln. Als besonders relevante Zielgruppe wurden junge Mütter bzw. Eltern identifiziert, die im Alltag und Haushalt hinsichtlich ihrer Er- und Beziehungs- sowie Bindungsfunktionen überfordert sind.

Grundsätzlich wären im Burgenland – den Einschätzungen der Expertinnen/Experten zufolge – genügend gut ausgebildete Fachkräfte für einen quantitativen Ausbau Früher Hilfen vorhanden. Es mangelt jedoch an den dafür notwendigen finanziellen Mitteln, diese könnten nur durch eine Umschichtung aufgebracht werden. Fehlende pädagogisch-therapeutische Versorgungseinrichtungen für die (vorübergehende) Unterbringung von Kindern aus stark belasteten Familien, zu wenig kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und viel zu geringe Angebote wie Mutter-Kind-Zentren wurden etwa ins Treffen geführt. Innerhalb der bestehenden Strukturen mangelt es vor allem an einer Refundierung des Vernetzungsaufwandes der beteiligten Berufsgruppen, die mit belasteten oder benachteiligten Familien zusammenarbeiten, sowie an fairen Regelungen der Stundensätze.

Hinsichtlich des Zugangs für ökonomisch benachteiligte Familien zu vielen bestehenden Angeboten stimmen die befragten Expertinnen/Experten darin überein, dass bestimmte Leistungen für Frühe Hilfen während der Schwangerschaft, für Familien mit behinderten Kinder sowie für Familien, die vom Jugendamt betreut werden, kostenlos sein sollten. Es wurde bspw. herausgearbeitet, dass die bestehenden Möglichkeiten für Zuzahlungen zu den Selbstbehalten für viele in belastete Situationen geratene Familien eine große Barriere im Zugang zu den Leistungen darstellt. Dennoch sollen Selbstbehalte ob ihrer pädagogischen Funktion nicht gänzlich negativ bewertet werden.

Ein weiterer Ausbau der Angebote scheint wegen fehlender zusätzlicher Ressourcen im Landesbudget kaum realistisch zu sein. Eine große Chance für die Weiterentwicklung von Frühe Hilfen wird im Landeszielsteuerungsvertrag gesehen. Im Gegensatz zu vielen anderen Bundesländern wird die Kooperation und Vernetzung der Anbieter allgemein gut eingeschätzt, was mit der Überschaubarkeit der Hilfsangebote in der frühen Kindheit im Burgenland zusammenhängt. Vernetzungsarbeit findet aber oftmals aufgrund fehlender Ressourcen wie Personal, Zeit und Geld in der Freizeit statt. Einzelanbieter sind in die Vernetzungsaktivitäten weniger gut integriert.

Im Hinblick auf die langfristige Etablierung von Frühen Hilfen im Burgenland bedarf es unter anderem folgender Strategien:

- » Ausbau der Basisversorgung für Kinder und Jugendliche,
- » Einbindung der vielen Einzelanbieter/innen in bestehende Netzwerke,
- » Einführung eines „Case Management“ für Familien in belasteten Situationen, die nicht vom Jugendamt betreut werden,
- » Ausbau des niederschweligen Angebots für Jungfamilien in den Gemeinden, wie z. B. Mutter-Kind-Zentren und Mutterberatung,
- » Schaffung von regionalen Sozialmanagerinnen/-managern, die die Koordination und Steuerung der Angebote früher Hilfen übernehmen.

Schlussendlich bedarf es nach Einschätzung der Expertinnen/Experten eines Auftrages seitens der politischen Entscheidungsträger/innen und in der Folge einer Einbindung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure, da die Akzeptanz aller Beteiligten immer Voraussetzung für ein erfolgreiches Umsetzen von Maßnahmen ist.

### **Frühe Hilfen in Kärnten**

Das Interesse an Frühen Hilfen, gemessen an der Beteiligung an der Online-Erhebung, ist in Kärnten vergleichsweise gering gewesen, was aber durch die Fachleute, die für Interviews und Fokusgruppe zur Verfügung standen, wieder wettgemacht wurde. Allerdings war bei Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung die Bereitschaft, sich an der Erhebung zu beteiligen, aus Ressourcengründen sehr gering. In Abänderung des Leitfadens zur Feldanalyse wurde darüber hinaus von Einladungen politischer Entscheidungsträger/innen abgesehen, weil sich die Kärntner Landesregierung zur Zeit der Befragung im Wahlkampf befunden hat.

Das so erhobene Verständnis von Frühen Hilfen beinhaltet einen Fokus auf 0- bis 3-jährige Kinder und ihre Familien, wobei die Förderung der Erziehungskompetenz, medizinische Prävention und medizinische Behandlung Schwerpunkte innerhalb eines breiten Zugangs zur Thematik darstellen. Es gibt breite Zustimmung, dass frühestmöglich auf Erziehungskompetenzen eingewirkt werden soll. Gleichzeitig besteht ein grundsätzlich ähnlicher Blick auf strukturelle Defizite in der Versorgung, die von den Interviewpartnerinnen/-partnern generell bei Angeboten für Kinder ab 2 Jahren sowie bei Angeboten rund um die Geburt in ländlichen Regionen vermutet werden. Die Teilnehmer/innen an der Fokusgruppe gehen hingegen von einer ausreichenden und guten Angebotslage aus.

Viele Interviewpartner/innen stimmen darin überein, dass in Kärnten eine Szene von Einzelanbieterinnen/-bietern besteht, die kaum vernetzt ist, was im Hinblick auf die organisatorische Entwicklung früher Hilfen relevant ist. Zudem sind die Ressourcen für Einzelanbieter/innen sehr gering. In der Fokusgruppe wird in diesem Aspekt eine Gefahr für Frühe Hilfen in Kärnten gesehen, weil insgesamt – abgesehen von fehlender sektorenübergreifender Vernetzung – von einer geringen Kooperationsbereitschaft der meisten Akteure ausgegangen werden kann. Deshalb wird u. a. eine stärkere Einbeziehung der Ausbildungsstätten als mittelfristig erfolgreiche Lösungsstrategie erarbeitet.

Strategisch stellen die Expertinnen und Experten in Aussicht, (möglichst) kostenfreie Angebote für alle Schwangeren, Kinder und Familien zu etablieren, die dann zielgruppenspezifisch implementiert und erweitert werden sollen, um die Zielgruppen mit dem höchsten Bedarf zu erreichen (genannt werden z. B. Alleinerzieher/innen, Kinder mit Behinderungen, Migrantinnen/Migranten). In einer Verschränkung mit Kontrollaufgaben in der Funktion „Kinderschutz“ wird für Frühe Hilfen kein prinzipielles Problem gesehen, solange Kontrollmaßnahmen in fachlich korrekter und menschlich verträglicher Art durchgeführt werden.

### **Frühe Hilfen in Niederösterreich**

Wie in vielen anderen Bundesländern stößt der Begriff „Frühe Hilfen“ auf uneinheitliche Vorstellungen, wobei hier vor allem Unterschiede zwischen Präventions- und Unterstützungsstrategien zugrunde liegen. Ungeachtet dieses Problems wird für die Bezeichnung konkreter Maßnahmen als wichtig erachtet, dass die gewählten Begrifflichkeiten anschlussfähig an die Zielgruppen sind, die Unterstützungsangebote benötigen. Um diese Anschlussfähigkeit der Betroffenen zu gewährleisten, werden etwa Beteiligungsmodelle unter Mitwirkung von Betroffenen vorgeschlagen.

Drei Bereiche, denen in Niederösterreich große Bedeutung beigemessen werden kann, sind die Eltern-Kind-Vorsorge sowie die Tätigkeiten in den Bereichen Jugendwohlfahrt und Frühförderung, wobei die Bedeutung eines möglichst frühen und breiten Zugangs zu den Angeboten hervorgehoben wird. Die einbezogenen Entscheidungsträger/innen sind der Ansicht, dass in Niederösterreich bereits ein ausgereiftes Angebot besteht, das von viel (auch unkoordiniertem) Engagement getragen wird und eine starke organisatorische Basis bietet. Die Angebotsvielfalt geht vermutlich mit negativen Konsequenzen für die Orientierung der Klientinnen und Klienten

einher. Für Familien, die in ländlichen Regionen leben, kann die räumliche Erreichbarkeit von Angeboten eine Schwierigkeit darstellen.

Der in der Fallbetreuung erforderliche Zeitaufwand für Kooperation ist mitunter groß und erfolgt auch deshalb nur gelegentlich, weil die Finanzierung diesen Aufwand oft nicht deckt. In diesem Zusammenhang werden die Erfahrungen des „Netzwerks Familie“ in Vorarlberg als vorbildlich eingeschätzt. Positive Auswirkungen und eine Verbesserung der Koordination werden berichtet, wenn eine Klärung der Rollen der Angebote im Sinne koordinierter Unterstützung erfolgt. Infolgedessen wird Vernetzung im Diskurs um Frühe Hilfen in Niederösterreich als Herausforderung mit dem größten Potenzial betrachtet.

Barrieren für gelingende Vernetzung werden gesehen sowohl in den politischen Rahmenbedingungen als auch in gegenseitigen Vorbehalten von Berufsgruppen, die sich als zueinander in Konkurrenz empfinden.

Während eine Führungsrolle in Niederösterreich nicht klar ersichtlich ist, wird zur Verbesserung der allgemein bei den Befragten wahrgenommenen Schnittstellenproblematik wie auch in anderen Bundesländern eine koordinierende Stelle als notwendig erachtet. Gleichmaßen bestehen auch Sichtweisen, die auf die Bedeutung der (selbstbestimmten) Weiterentwicklung der beteiligten Organisationen hinweisen.

Für einen allfälligen Auf- und Ausbau eines Systems Früher Hilfen in Niederösterreich empfehlen die Befragten, weitere Erhebungen vorzunehmen und das Angebot genau zu analysieren, um regionale Versorgungslücken zu schließen und das bestehende Angebot so weiterzuentwickeln, dass eine bessere Orientierung für Betroffene ermöglicht wird.

### **Frühe Hilfen in Oberösterreich**

In Oberösterreich wurde in den Interviews mit Expertinnen/Experten und der Fokusgruppe mit Entscheidungsträgerinnen/-trägern dem Thema Frühe Hilfen großes Interesse entgegengebracht. Die befragten Expertinnen/Experten teilen ein gemeinsames Verständnis von Frühen Hilfen mit einem Fokus auf Frühe Hilfen als Präventionsstrategie: Sowohl die in der Online-Befragung erfassten Angebotsziele als auch die häufigsten Angaben über Angebote, die im engeren Sinn zu frühen Hilfen gezählt werden, untermauern die Bedeutung von Unterstützungsangeboten für Eltern ohne spezifische Problemlagen sowie für Eltern, die sich in belasteten Situationen befinden, mit dem Ziel, Eltern- und Erziehungs Kompetenzen zu stärken. Gleichrangig sind Angebote zur Entwicklungsförderung sowie zur Frühförderung von Kindern mit Behinderung.

Seitens aller Beteiligten wurde betont, dass nur ein niederschwelliger Zugang zu allen Aktivitäten früher Hilfen erfolgversprechend ist und dass die bestehenden Zugangsbarrieren gerade jene Zielgruppen betreffen, in denen der Bedarf an Angeboten am größten ist. Deshalb wird das Erreichen dieser Zielgruppen als besondere Herausforderung für ein „System Früher Hilfen“ gesehen.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, haben die in Oberösterreich interviewten Praxisexpertinnen/-experten die folgenden Vorschläge erarbeitet:

- » Hinsichtlich der angewendeten Methoden in der Praxis wird als erforderlich erachtet, dass Angebote früher Hilfen von Vertrauenspersonen, die kontinuierlich zur Verfügung stehen, an die Familien herangetragen werden.
- » Hinsichtlich der Organisation früher Hilfen schlagen die Entscheidungsträger/innen eine Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen „unter einem Dach“ vor.
- » Gleichzeitig sollen die Angebote „vor Ort“ überall dort platziert werden, wo Eltern und Kinder sowohl im Gesundheitssystem (Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Geburtenabteilungen der Krankenanstalten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) als auch im Bildungs- und Sozialsystem (Kindergärten, Kinderkrippen, Eltern-Kind-Zentren) bereits in Kontakt stehen.
- » Darüber hinaus werden verschiedene Aspekte betont, um spezifische benachteiligte Zielgruppen wie Familien mit Migrationshintergrund, Familien in Multiproblemlagen oder emotional verwaarloste Kinder zu erreichen. Dafür werden eine lokale Verankerung der Information in unterschiedlichen sozialen Treffpunkten wie AMS, Schulen, Vereinen, Kirchen, Bibliotheken etc. sowie nachgehend organisierte Angebote und Standards für interkulturelle Öffnung der bestehenden Angebote als zentrale Erfolgskriterien erachtet.

An der Fokusgruppe nahmen in Oberösterreich Vertreter/innen mehrerer Abteilungen der Landesverwaltung sowie Vertreter/innen des Sozialressorts, der Ärztekammer, der OÖ Gebietskrankenkasse sowie der Kinder- und Jugendanwaltschaft teil. Ein einhelliges Urteil fällten die Entscheidungsträger/innen hinsichtlich der Notwendigkeit finanzieller Ressourcen, damit Kinder jene Leistungen bekommen, die sie benötigen. Angesichts knapper Ressourcen im Sozial- und Gesundheitsbereich setzen Entscheidungsträger/innen auf einen verbesserten Zugang zu den bestehenden Leistungen und auf eine bessere Abstimmung der bestehenden Angebote, wofür funktionierende Kooperationsbeziehungen, die auf höchster Leitungsebene verankert sind und ausreichend mit Entscheidungskompetenz ausgestattet werden, wichtige Voraussetzungen sind.

Hinsichtlich der mittel- und langfristigen Implementierung eines Systems Früher Hilfen wird auf die zentrale Bedeutung der Kooperation und Einigkeit der Kostenträger von Angeboten früher Hilfen hingewiesen, um Ziele und Zuständigkeiten eindeutig zu definieren und dadurch einer ineffizienten Kompetenzersplitterung entgegenzuwirken. Die parallel dazu anzustrebende institutionalisierte Vernetzung der Akteure, die über den Einzelfall hinausreicht, muss mit zusätzlichen Investitionen verbunden sein, um die Kapazitäten der Trägerorganisationen nicht noch weiter zu strapazieren.

### **Frühe Hilfen in Salzburg**

Aus Sicht von Salzburger Expertinnen/Experten und Entscheidungsträgerinnen/-trägern sind Frühe Hilfen ein sehr aktuelles Thema, da bis zum Jahr 2012 in Salzburg mehrere große Fachtagungen stattgefunden haben und dabei gemeinsame Sichtweisen für Frühe Hilfen erzielt wurden. Dementsprechend groß ist die Erwartungshaltung gegenüber dem Projekt „Frühe Hilfen – Aufbereitung der Grundlagen“, von dem ein notwendiger Ruck für die Ziele Früher Hilfen in

Salzburg erwartet wird. Das Interesse ist auf der Ebene von Expertinnen/Experten und Entscheidungsträgerinnen/-trägern groß.

Im Verständnis Früher Hilfen besteht große Übereinstimmung darin, dass der Schwerpunkt der Angebote zu frühen Hilfen in der Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern als besonders ausgewiesene Präventionsstrategie sowie als Strategie zur Frühförderung liegt. Andere Angebote mit großem Potenzial, zum Beispiel als Leistungsbereiche von Hebammen oder Kinderkrankenschwesterinnen/-pflegern, sind kaum ausgebaut, ebenso wie Lebenskompetenzprogramme, kognitive Förderungen und Gesundheitsförderung. Der therapeutische Bereich ist von regionaler Unterversorgung und hohen Selbsthalten als Zugangshürden charakterisiert.

Jene Entscheidungsträger/innen, die sich in Salzburg an der Fokusgruppe beteiligen konnten, stimmen darin überein, dass es ein breit ausgebautes und dichtes Unterstützungsangebot für alle Angehörigen der Zielgruppe gibt, dass besonders belastete Gruppen allerdings nicht gut (genug) erreicht werden. Als wesentlich gesehen wird in diesem Zusammenhang eine Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, eine Ausweitung der Elternberatung sowie ein Ausbau der nachhaltigen, bindungsfördernden Geburtshilfe.

Kontrastierend zum bestehenden Angebot werden in den Interviews Auffassungen vertreten, die Angebote der frühen Hilfen als niederschwellig, partnerschaftlich und kostenfrei oder sozial gestaffelt finanziert verstehen. Damit Hausbesuche im Rahmen regelmäßiger mobiler Begleitung angenommen werden, bedarf es eines Bündels an Maßnahmen im Strukturaufbau (regionale interdisziplinäre Zentren) und eine Abgrenzung von Kontrollfunktionen.

Als wesentliche Herausforderung wird auch in Salzburg der Bereich der Organisation, Kooperation und Vernetzung der bestehenden Angebote betrachtet. Vernetzungen bestehen aufgrund hohen Eigenengagements, das nicht honoriert wird, und auch unterschiedliche Praktiken der finanzierenden oder zuweisenden Institutionen erfordern in der Fallbetreuung viel Zeit- und Beziehungsarbeit, die nur sporadisch geleistet werden kann.

Als mögliche nächste Schritte skizzieren die Entscheidungsträger/innen in der Fokusgruppe die Entwicklung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards im Bereich Früher Hilfen, ein klarer politischer Auftrag für eine intersektorale Koordinationsstelle mit Steuerungsaufgaben, die (auch) zu einer Klärung der Kooperationsbeziehungen beitragen soll.

### **Frühe Hilfen in der Steiermark**

Expertinnen/Experten und Entscheidungsträger/innen in der Steiermark haben ein sehr hohes und proaktives Interesse am Thema Frühe Hilfen sowie am Befragungsprozess gezeigt, und hier vor allem Verwaltungsinstitutionen aus verschiedenen Bereichen sowie die Verbände verschiedener Berufsgruppen. Das Verständnis Früher Hilfen kann über die unterschiedlichen Herkunftsbereiche der beteiligten Expertinnen/Experten erklärt werden und ist im Allgemeinen dadurch charakterisiert, dass manche Berufsgruppen frühe Hilfen eher auf die ersten drei Lebensjahre begrenzt verstehen, während die Stärkung des Bereichs Elementarbildung insgesamt als sehr wichtig erachtet wurde.

Schwerpunktbereiche früher Hilfen sind (auch) in der Steiermark die medizinische Sekundärprävention (Eltern-Kind-Vorsorge), therapeutische Leistungen, Leistungen von Hebammen sowie Frühförderung zu den Angeboten früher Hilfen. Unter dem Präventionsaspekt steht die Förderung der Erziehungskompetenz im Vordergrund, und frühe Hilfen werden primär als Chance verstanden, um mit verhältnismäßig wenig Unterstützung von außen viel an Stabilisierung, Stärkung sowie Entlastung der Eltern zu erreichen.

Bei den beteiligten Expertinnen/Experten wurden Selbstbehalte auf eine Vielzahl von Maßnahmen wiederholt diskutiert, wobei eine soziale Staffelung, aber keine generelle Abschaffung gefordert wird. Wenig Rücklauf gab es in der Feldanalyse vor allem aus der Obersteiermark, auch die Expertinnen/Experten geben Hinweise darauf, dass in dieser Region der Vernetzungsgrad im Vergleich gering ist. Zusätzlich wird ein (teilweise) fehlendes Bewusstsein für die Bedeutung von Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen festgestellt. Aus der Perspektive der Entscheidungsträger/innen stehen nicht primär Zugangsprobleme, sondern Qualitätsaspekte im Vordergrund, wobei die fehlenden Qualitätsstandards von einer zentralen, unabhängigen und intersektoralen Stelle aus (Bildung, Gesundheit, Soziales) definiert und implementiert werden sollen.

Konsens besteht darüber, dass die Schnittstellenproblematik ein zentrales Thema für Frühe Hilfen ist und dass es eine Fülle von spezifischen Schnittstellenproblematiken mit negativen Konsequenzen für die Betroffenen gibt („Fleckerlteppich“ in der Ko-/Finanzierung). Die Dynamik vieler Angebote wird so beschrieben, dass kleine Anbieterstrukturen im Verschwinden sind und die großen Anbieterstrukturen – in Finanzierungskonkurrenz stehend – eine Verbesserung der Schnittstellenproblematik aus Eigeninteressen nicht verfolgt. Großes Potenzial wird in diesem Zusammenhang der aufsuchenden Arbeit und hier besonders der Berufsgruppe der Hebammen zugeschrieben.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für einen Auf- bzw. Ausbau eines Systems Früher Hilfen werden kritisch eingeschätzt, was unter anderem mit aktuellen Reformprozessen in der Verwaltung und hohen Eigeninteressen im sozialen Markt in Verbindung gebracht wird und in letzter Konsequenz Familien bedroht, die eine bestehende Unterstützung verlieren. Zudem wird die Vernetzung von Gesundheits- und Sozialwesen als ausbaufähig empfunden, wenngleich viele partielle Kooperationen zwischen spezialisierten Bereichen mit den Jugendwohlfahrtsbehörden als Stärken Früher Hilfen in der Steiermark identifiziert werden.

Wichtige Defizite bestehen aus steirischer Sicht auch allgemein bei Unterstützungsleistungen für Familien, und bestehende Angebote sind teils überlastet. Die potenziell für Prävention eingesetzten Mittel könnten, da es verschiedene Möglichkeiten und Modelle für Prävention in Settings sowie bei unterschiedlichen Zielgruppen gibt, vermutlich erfolgreich eingesetzt werden. Um die Zielgruppen mit dem höchsten Bedarf für Unterstützung zu erreichen, sollen auch verschiedene zivilgesellschaftliche Gruppen und Religionsgemeinden als Vermittler im Zugang zu diesen Gruppen einbezogen werden. Nicht zuletzt wird in der Fokusgruppe als dringlichste Priorität gesehen, Prozesse einzuleiten, die auf eine zielorientierte Steuerung der Ressourcen und Angebote abzielen.

## Frühe Hilfen in Tirol

Das Interesse an Frühen Hilfen ist am stärksten im Tiroler Sozialwesen verankert, im Gesundheits- und Bildungsbereich ist die Zufriedenheit der in den Interviews und Fokusgruppen erreichten Expertinnen/Experten und Entscheidungsträger/innen mit der Angebotslage in Tirol stärker ausgeprägt. Die Interviews sowie die Fokusgruppe hatten zur Ausgangslage, dass der Begriff Frühe Hilfen kaum bekannt war, im Laufe der Gespräche ergab sich ein (gemeinsames) Verständnis.

Im medizinischen Bereich stehen Diagnostik und Therapie im Vordergrund, großes Potenzial für die Ziele Früher Hilfen wird einer Öffnung der Eltern-Kind-Vorsorge für Maßnahmen der sozialwissenschaftlichen Prävention zugeordnet. Im Bildungsbereich sind es Themen der Sprachförderung sowie der Stärkung der Erziehungskompetenz, zu denen der Zugang sozial stark ungleich verteilt zu sein scheint. Im Sozialwesen hingegen besteht ein breiterer Zugang zu den Problemen belasteter Familien, für die es an Unterstützung in allen Bereichen mangle, weshalb sich Themen der Verteilungsgerechtigkeit erst gar nicht stellten.

Den erhobenen Auffassungen zufolge – ohne Unterschiede in Interviews und Fokusgruppe – sind für eine Reihe von sozialen Gruppen und Gruppen in belasteten Situationen möglichst frühe und niederschwellige Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten früher Hilfen erforderlich, weshalb Angebote während der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr als zentral erachtet werden. Dabei stimmen die Expertinnen und Experten darin überein, dass niedergelassene Ärztinnen sowie Geburtshäuser eine zentrale Rolle einnehmen sollten, diese aber über bestehende Angebote nicht informiert sind, Vermittlungsleistungen nicht abrechnen können und zumeist auch gar keine Zuständigkeit für diese Aufgabe haben.

Um Familien, die hohen Belastungen ausgesetzt sind, bestmöglich zu unterstützen, besteht Konsens darüber, dass wegen des doppelten Mandats der Arbeit der Jugendwohlfahrt (Hilfe und Kontrolle) eine Ansiedlung früher Hilfen im Vorfeld der Jugendwohlfahrt notwendig ist. Hinsichtlich einer künftigen Organisation früher Hilfen sind sich die Beteiligten darin einig, dass der politische Auftrag generell fehle – sowohl in einzelnen Sektoren als auch sektorenübergreifend – was zur Forderung nach einer zentralen Koordinationsstelle für Frühe Hilfen führt.

In Tirol wie in vielen anderen Bundesländern werden die bestehenden Angebotsbereiche als vielfältig, aber auch als schwer überschaubar bewertet, mit vielen negativen Konsequenzen. Eine Bündelung, strategische Planung und Steuerung der Aktivitäten erscheint als wichtige inhaltliche Bedingung für die Weiterentwicklung Früher Hilfen in Tirol.

In der Fokusgruppe wurden auch mehrere konkrete Vorschläge für die notwendigen Veränderungsprozesse gemacht. Sie weisen auf die Bedeutung kritischer Faktoren für und in der überregionalen und regionalen Zusammenarbeit hin und beziehen sich auf Ressourcen, Kapazitäten und die Weiterentwicklung von Organisationsformen in Richtung Prävention. Die entscheidende Rolle der Klärungsprozesse auf den Ebenen von Politik und Verwaltung wurde als mögliches Erfolgsrisiko beschrieben.

## Frühe Hilfen in Vorarlberg

Vorarlberg nimmt in Bezug auf Frühe Hilfen in mindestens zweierlei Hinsicht eine Sonderstellung ein. Zum einen existiert ein dichtes Netz an vielfältigen und regional angepassten Angeboten im Sozial- und Gesundheitswesen generell, das von einer starken organisatorischen Basis sowohl in fachlicher als auch in politischer Hinsicht getragen wird. Zum anderen wurden vom Land Vorarlberg Konzepte Früher Hilfen als Pilotprojekte ausgeschrieben, finanziert und implementiert, und die Evaluation bestätigte sowohl den Bedarf von Angeboten früher Hilfen sowie die Relevanz einer Koordinationsstelle als vermittelnde und die „Interventionsdienste“ entlastende, steuernde Struktur im Netzwerk. Nach zwei Jahren (2008–2010) wurden Frühe Hilfen in Vorarlberg in die Regelfinanzierung übernommen. Im Bereich der Vernetzung und Steuerung kommt dem „Netzwerk Familie“ eine besondere Bedeutung zu, indem es einerseits ein Bindeglied zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich darstellt und andererseits in enger Kooperation steht mit allen Dienstleistern im Bereich der Frühen Hilfen.

Das in den bisherigen Aktivitäten in Vorarlberg vorwiegend angewandte Verständnis Früher Hilfen zielt auf die Bedürfnisse hochbelasteter Familien mit Kindern bis zum Alter von drei Jahren, die (vorwiegend im Medizinsystem) frühzeitig erkannt und auf der Basis eines freiwilligen und kostenfreien Zugangs umfassend unterstützt werden. Das „Netzwerk Familie“ vermittelt den Familien Leistungen der unterschiedlichen regionalen Angebote möglichst bedürfnisgerecht und „passgenau“, wobei die Familien kontinuierlich für die Dauer von max. zwei Jahren begleitet werden können. Eine Ausweitung früher Hilfen im Sinne der Arbeitsdefinition des gegenständlichen Projekts mit dem Ziel einer Erweiterung der Präventionsformen (umfassend) und der Altersperspektive (auf Kinder und Familien bis zum Alter von sechs Jahren) ist aus Sicht des erfahrenen Projektteams zielführend und mittelfristig unumgänglich.

Trotz der bisher mit den Aktivitäten für frühe Hilfen einhergehenden Sensibilisierung ist das Verständnis Früher Hilfen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das ist daraus ersichtlich, dass bei der Selbstbewertung auch einschlägiger Angebote angegeben wurde, „keinen Beitrag zu diesem Thema“ zu leisten. Weitere Sensibilisierung und bewussteinbildende Maßnahmen für frühe Hilfen stellen für die Akteure deshalb eine dringliche Aufgabe dar.

In der praktischen Umsetzung zeigte sich die Bedeutung von entstigmatisierenden und zielgruppengerechten Vorgehensweisen (insb. für Familien mit Migrationshintergrund oder bei psychischer Erkrankung eines Elternteils). Darüber hinaus werden professionelle Barrieren und Veränderungsbarrieren für die beteiligten Organisationen sichtbar (z. B. Angst vor Kompetenzverlusten). Ausmaß, Bedeutung und Ziele für die kontinuierliche Verbesserung von Frühen Hilfen in Vorarlberg können klar skizziert werden.

Im Vergleich mit mehreren anderen Bundesländern scheinen in Vorarlberg, nicht zuletzt durch die bisherigen Aktivitäten, sowohl inhaltliche Themenführerschaft als auch Verantwortung auf der Steuerungsebene weitgehend geklärt. Die Verantwortlichen würden eine stärkere strukturelle Vernetzung der landesweit tätigen Organisationen und eine Ausweitung der Frühen Hilfen nach Bundesdefinition (GÖG) begrüßen, um weitere Potenziale für die sozialen und gesundheitlichen Anliegen der Zielgruppen zu heben.

## Frühe Hilfen in Wien

Vom Regionalpartner wird angemerkt, dass die Gesamtergebnisse für Wien als nur eingeschränkt gültig gesehen werden. Die in Abschnitt 3.3 ausgeführten methodischen Einschränkungen sowie die Tatsache, dass die Fachstelle für Suchtprävention als Regionalpartner nicht alle Ausschnitte eines umfassenden Systems im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention abbilden konnte, führen dazu, dass die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Dies muss bei der Generalisierung der im folgenden dargestellten Empfehlungen für eine künftige Verbesserung bzw. Etablierung eines Systems Früher Hilfen in Wien, die aus Sicht der Interviewpartner/innen und der Teilnehmer/innen der Fokusgruppe abgeleitet wurden, berücksichtigt werden:

- Sicherstellung von finanziellen und personellen Ressourcen (z.B. Zuschüsse durch Staat, Sponsoren finden, qualifiziertes Personal),
- Schaffung einer zentralen Informations- und Koordinationsdrehscheibe inklusive zentraler/m Koordinator/in (z.B. österreichweit, pro Bundesland, institutionelle Ebene wie Spitäler, als eigenes Institut ähnlich wie Fachstellen für Suchtprävention),
- Gute Medien- und Öffentlichkeitsarbeit bzw. verstärkte Medienpräsenz (z.B. Kampagne zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung),
- Mutter-Kind-Pass verändern bzw. überarbeiten und Themen der Gesundheitsförderung mitbedenken/einbauen (z.B. Integration von Maßnahmen zur Stärkung der Erziehungskompetenz, Kurzseminare zu Frühförderung, einmalige Entwicklungsdiagnostik fix verordnen, Erweiterung der bisherigen verpflichtenden Untersuchungen),
- Anreizsysteme für Betroffene und Fachleute schaffen (z.B. Belohnungen/Art Prämie für durchgeführte Untersuchungen oder Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen),
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern bzw. weiter ausbauen (speziell auch im pädagogischen Bereich),
- Ärztinnen/Ärzte (z.B. Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin) stärker einbinden,
- Aufbau auf bestehenden/vorhandenen Strukturen (z.B. Eltern-/Mütter-/Familienberatungsstellen, Geburtsspital, Hebammen),
- Biografische Begleitung, um Informations- und Datentransfer von Betroffenen in unterschiedlichen Lebensphasen (z.B. Übergang Kindergarten – Schule) sicherzustellen,
- Lernen aus Best-Practice-Beispielen und diese übernehmen (z.B. Netzwerke, Projekte),
- Unterstützungs- und Hilfecharakter im Zusammenhang mit Frühen Hilfen stärker herausarbeiten (z.B. „Schubladen-Denken“ der einzelnen Professionen auflösen),
- Etablierung eines Mentoring-Systems (z.B. bei Migrantinnen/Migranten)
- Kostenlose Basisangebote schaffen,
- Netzwerkarbeit als finanzierte/honorierte Leistung etablieren,
- Tatkraft seitens der Politik auch jenseits der Legislaturperiode sicherstellen,
- Schaffung von kleineren Zentren, in denen alle Angebote im Bereich Früher Hilfen vorhanden sind,
- Spezialambulanzen zentralisieren.

Betrachtet man die Ergebnisse der SWOT-Analyse, dann stellt sich insgesamt ein großes Potenzial dar, um in Wien „Frühe Hilfen“ zu etablieren, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen.

Vom Regionalpartner wird empfohlen, an die bestehenden Strukturen und Angebote in Wien anzuknüpfen. Um eine Grundlage für eine gesicherte Bedarfsdefinition zu erhalten, sollten die oben genannten Empfehlungen einer näheren Begriffsklärung und Objektivierung unterzogen und Einschätzungen mit entsprechenden Daten unterlegt werden. Die Etablierung eines Frühe-Hilfen-Systems in Wien sollte auf einem klar formulierten Konzept mit genau definierten Zielen beruhen, dieses sollte allen Akteurinnen und Akteuren bekannt sein. Die Maßnahmen sollten sich gleichermaßen an die Gesamtbevölkerung und an die verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Feld von Frühen Hilfen richten.

## Anhang D:

### Fragebogen

# FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG VON ANGEBOTEN IM BEREICH FRÜHE HILFEN IN ÖSTERREICH

Unter Frühen Hilfen verstehen wir ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt ist.

#### **TECHNISCHE HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN:**

Im Fragebogen werden Fragen zu den Themen Art des Angebots, Zielgruppen des Angebots, Ziele des Angebots, Aktivitäten im Rahmen des Angebots, Inanspruchnahme des Angebots, Zugang für sozial benachteiligte Gruppen zum Angebot, Finanzierung des Angebots, Kooperationen und professionelle Netzwerke und bei Angeboten mit Projektcharakter nach der Nachhaltigkeit gestellt. Immer wenn ein Themengebiet abgefragt wurde, kommen Sie durch Klick auf WEITER zum nächsten Themengebiet. Gleichzeitig werden durch Betätigen des WEITER Buttons die eingegebenen Inhalte gespeichert. **Sie können daher die Eingabe des Fragebogens jederzeit durch Klick auf ABBRECHEN unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen.** Wenn Sie den Fragebogen erneut öffnen, gelangen Sie immer automatisch auf die erste Fragebogenseite. Bereits gemachte Angaben bleiben erhalten. Bei Fragen, die mit einem Stern versehen sind, handelt es sich um Pflichtfragen. Das heißt, sie müssen beantwortet werden. Sollten Sie die Beantwortung übersehen haben, erscheint eine Fehlermeldung. Die entsprechende Frage ist dann rot unterstrichen.

**Wenn Sie/Ihre Organisation mehrere Leistungen oder Projektangebote mit unterschiedlichen Zielen oder für unterschiedliche Zielgruppen bereitstellen, bitten wir Sie, für jedes dieser Angebote einen eigenen Fragebogen vollständig auszufüllen.**

#### **1. KENNDATEN DES ANGEBOTS**

Das Angebot

Name des Angebots\*:

Name der Einrichtung:

Name der

Trägerorganisation:

Standort des Angebots

(Bundesland, Ort):

Das Angebot besteht seit

Monat (z. B. 10):

Das Angebot besteht seit

Jahr (z. B. 2011):

Das Angebot besteht bis

Monat (z. B. 10):

Das Angebot besteht bis Jahr

(z. B. 2012):

Kontaktperson\*: (Titel,  
Vorname, Nachname)

Tel:

MobilTel.:

Mail:

Website:

## 2. ART DES ANGEBOTS

### 2.1 Zielgruppen des Angebots

Welche der folgenden Zielgruppenbeschreibungen erachten Sie für das Angebot als zutreffend? Kreuzen Sie bitte pro Abschnitt die am ehesten zutreffenden Aussagen an.

Das Angebot richtet sich primär an:\*

**alle** Schwangeren bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder), unabhängig von ihrem Gesundheitszustand oder sozialen Problemen

Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder), bei denen von **besonderen Belastungen** oder von einem hohen Gesundheits- oder sozialen Risiko ausgegangen werden kann

Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder) mit einer **bestehenden gesundheitlichen oder sozialen Beeinträchtigung**

Das Angebot möchte primär Kinder aus folgenden sozialen Gruppen erreichen:\*

**alle** Schwangeren bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder), unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen

vorwiegend Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder) aus **sozial benachteiligten Zielgruppen**

vorwiegend Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder) aus **anders definierten Zielgruppen**, nämlich:

Wenn sich das Angebot (auch) an sozial benachteiligte Gruppen richtet - welche der folgenden Zielgruppen sollen vom Angebot profitieren (Mehrfachnennungen möglich)?\*

**alleinstehende** Schwangere bzw. **alleinerziehende** Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder)

Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder) mit **Migrationshintergrund**

**arme oder armutsgefährdete** Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder)

Schwangere bzw. Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren (und ihre Kinder), bei denen soziale Benachteiligung **anders definiert** wird, nämlich:

In welcher Art und Weise integriert das Angebot die Eltern von Kindern im Alter von 0-6 Jahren? Kreuzen Sie bitte jene Antwort an, die am ehesten zutrifft.\*

Eltern sind bei diesem - so wie bei vielen Angeboten an Kinder - **fester Bestandteil** des Angebots.

Das Angebot beinhaltet ausdrückliche Strategien oder Aktivitäten, die die Eltern **miteinbeziehen**.

Das Angebot beinhaltet ausdrückliche Strategien oder Aktivitäten, die sich **ausschließlich** an Eltern richten, und zwar folgende:

### 2.2 Ziele des Angebots

*Bitte formulieren Sie bis zu fünf der wichtigsten Ziele des Angebots so aussagekräftig wie möglich.*

Beschreibung von Ziel 1:

Beschreibung von Ziel 2:

Beschreibung von Ziel 3:

Beschreibung von Ziel 4:

Beschreibung von Ziel 5:

### 2.3 Aktivitäten

**Welche Aktivitäten werden im Rahmen des Angebots durchgeführt? Bitte beschreiben Sie bis zu fünf der wichtigsten Aktivitäten stichwortartig.**

*Unter Aktivitäten werden abgrenzbare Tätigkeiten im Rahmen des Angebots verstanden (z. B. Gesprächsrunden, Aufbereitung/Verteilen von Informationsmaterial).*

Beschreibung von Aktivität 1:

Beschreibung von Aktivität 2:

Beschreibung von Aktivität 3:

Beschreibung von Aktivität 4:

Beschreibung von Aktivität 5:

#### 2.4 Kontinuität des Angebots

Als Routineleistungen werden dauerhafte Angebote früher Hilfen bezeichnet, die sich direkt an 0-6jährige Babies, Kleinkinder und Kinder und/oder deren Angehörige richten und nicht als Projekte und Praxisinitiativen organisiert sind. Ein Projekt bezeichnet ein zeitlich begrenztes, zielgerichtetes Unternehmen, das in aller Regel "innovativen Charakter" aufweist und bei dessen Durchführung mehrere Projektteammitglieder zusammenarbeiten. Praxisinitiativen werden von einzelnen oder mehreren Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe oder auch von Laien oder Betroffenen gegründet.

Welche Bezeichnung trifft im Fall des hier vorliegenden Angebots am ehesten zu? Es handelt es sich um ein/e ...\*

Routineleistung

Projekt bzw. Praxisinitiative

Das Angebot weist Merkmale beider Organisationsformen auf

#### 2.5 Evaluation, Wirksamkeit und Effekte des Angebots

Wird, bzw. wurde das Angebot evaluiert?

nein (noch) nicht

Prozessevaluation (= begleitende Untersuchung, Überprüfung und Dokumentation der Umsetzung)

Ergebnisevaluation (= Überprüfung der Zielerreichung)

Im Falle einer *Prozessevaluation*:

Bitte beschreiben Sie hier kurz Aktivitäten, Evaluationskriterien und Ergebnisse der Evaluationstätigkeit

Im Falle einer *Ergebnisevaluation*:

Bitte beschreiben Sie hier kurz Aktivitäten, Evaluationskriterien und Ergebnisse der Evaluationstätigkeit

### 3. RESSOURCENEINSATZ

Welches Personal und welche anderen Ressourcen werden bei der Durchführung des Angebots eingesetzt?

Wie viele Mitarbeiter/innen werden im Rahmen des Angebots eingesetzt? Die Anzahl der beteiligten Mitarbeiter/innen beträgt:\*

Bitte schätzen Sie die Summe der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit aller Mitarbeiter/innen für das Angebot in Stunden: Es wird im Schnitt pro Woche etwa die nachfolgende Stundenanzahl für das Angebot gearbeitet:\*

Welchen Berufsgruppen gehören die Mitarbeiter/innen an, die im Rahmen des Angebots zusammenarbeiten?\*

Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin

Fachärztin oder Facharzt für Gynäkologie oder Pädiatrie

anders qualifiziert Ärztinnen und Ärzte, und zwar

Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger

anders qualifiziertes Krankenpflegepersonal, und zwar:

Hebamme/Geburtshelfer

Diplomsozialarbeiterin oder Diplomsozialarbeiter bzw. Mag.(a) FH Soziale Arbeit

anders qualifiziertes beratendes Personal (z. B. Sozial- und Lebensberater/in, Suchtberater/in etc.), und zwar:

Logopädin oder Logopäde

Ergotherapeutin oder Ergotherapeut

Physiotherapeutin oder Physiotherapeut

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut

Public Health Expert/in (MPH)

Mitarbeiter/in mit Aus- oder Weiterbildung im Bereich Gesundheitsförderung und -management

Pädagog/in ohne oder mit Spezialisierung im Bereich/in den Bereichen:

Soziolog/in oder Psycholog/in oder Klinische/r und Gesundheitspsycholog/in

anderes akademisches Personal, und zwar mit Studienabschlüssen in:

angelerntes Personal ohne spezifische oder einschlägige Berufsausbildung

andere. und zwar:

Werden im Rahmen des Angebots auch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen eingesetzt?\*

ja  
nein

Wieviel Wochenstunden beträgt das Ausmaß der ehrenamtlichen Tätigkeit im Schnitt?

Beschreiben Sie bitte die Art der ehrenamtlichen Tätigkeit

Welcher Berufsgruppe gehört jene/r Mitarbeiter/in an, die/der das Angebot leitet?\*

#### **4. INANSPRUCHNAHME**

Wie viele Erwachsene haben das Angebot im letzten Monat in Anspruch genommen?\*

Wie viele Erwachsene haben das Angebot im letzten Jahr in Anspruch genommen?\*

Wie viele Kinder zwischen 0-6 Jahren wurden direkt oder indirekt (über Familienangehörige bzw. Bezugspersonen) im selben Zeitraum von den Projektaktivitäten erreicht? (sofern nicht dokumentiert bitte schätzen)\*

Abhängig davon, auf welche direkten Zielgruppen das Angebot ausgerichtet ist: Welche dieser Zielgruppen wird vom Angebot gut bis sehr gut bzw. mittelmäßig bis eher schlecht erreicht?

*Bitte geben Sie bis zu drei Zielgruppen an, die vom Angebot eher gut bis sehr gut bzw. mittelmäßig bis eher schlecht erreicht werden.*

Eher gut bis sehr gut werden folgende Zielgruppen erreicht:

Zielgruppe 1:  
Zielgruppe 2:  
Zielgruppe 3:

Mittelmäßig bis eher schlecht werden folgende Zielgruppen erreicht:

Zielgruppe 1:  
Zielgruppe 2:  
Zielgruppe 3:

#### **5 ZUGANG SOZIAL BENACHTEILIGTE GRUPPEN**

Welche der folgenden Aussagen treffen in Bezug auf den Zugang sozial benachteiligter Zielgruppen zum Angebot zu? Bitte kreuzen Sie alle Aussagen an, die Ihrer Erfahrung nach voll und ganz oder eher zutreffen (Mehrfachnennungen möglich).

Meiner (Unserer) Erfahrung nach äußern Zugehörige sozial benachteiligter Gruppen kaum Bedarf nach unserem Angebot. Schwangere oder Eltern bzw. Bezugspersonen von Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen wissen über das Angebote oft nicht ausreichend Bescheid.

Schwangere oder Eltern bzw. Bezugspersonen von Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen fehlt oft das Bewusstsein dafür, dass die Inanspruchnahme des Angebots für sie sinnvoll wäre.

Finanzielle Selbsthalte (oder Kostenbeteiligungen) stellen eine ernstzunehmende Hürde für sozial benachteiligte Zielgruppen dar, um das Angebot bei Bedarf in Anspruch nehmen zu können.

Um verschiedene sozial benachteiligte Zielgruppen angemessen zu erreichen, müssten andere Strategien angewendet werden, die derzeit nicht im Fokus des Angebots stehen.

Um verschiedene sozial benachteiligte Zielgruppen angemessen zu erreichen, müssten weit mehr finanzielle Ressourcen als bisher investiert werden, zum Beispiel für nachgehende Strategien wie z. B. Hausbesuche etc.

Unabhängig davon, auf welche Zielgruppen Ihr Angebot ausgerichtet ist: Wie schätzen Sie den Zugang zu Ihrem Angebot für sozial benachteiligte Familien ein?

sehr schlecht eher schlecht eher gut sehr gut

## 6. FINANZIERUNG

Wie hoch ist in etwa das Gesamtbudget, das für das Angebot pro Jahr oder bei Projekten insgesamt (Projektgesamtbudget für den gesamten Projektzeitraum) zur Verfügung steht?

weniger als € 10.000,- pro Jahr bzw. Projektgesamtbudget

€ 10.000,- bis € 20.000,-

€ 20.000,- bis € 50.000,-

€ 50.000,- bis € 100.000,-

mehr als € 100.000,- pro Jahr bzw. Projektgesamtbudget

Welche Finanzierungsanteile (**in Prozent**) entfallen in etwa auf a) öffentliche Mittel (z. B. Zuwendungsfinanzierung, dauerhafte Finanzierung aus zweckgewidmeten öffentlichen Mitteln, Kostenübernahmen aus Tarifverträgen, Therapiekontingenten etc.)?

Ca:\*

*Die Summe aus öffentlichen und privaten Mitteln sollte 100 Prozent ergeben. Wenn es noch andere Finanzierungsquellen gibt, tragen Sie diese bitte unten bei Kommentar zur Finanzierung ein.*

Welche Finanzierungsanteile (**in Prozent**) entfallen in etwa auf b) private Mittel (privat bezahlte oder vorausbezahlte Anteile - Selbstbehalte, Mittel aus Privatversicherungen, Zuschüsse aus Spenden etc.)? Ca:\*

*Die Summe aus öffentlichen und privaten Mitteln sollte 100 Prozent ergeben. Wenn es noch andere Finanzierungsquellen gibt, tragen Sie diese bitte unten bei Kommentar zur Finanzierung ein.*

Gibt es Selbstbehalte?

ja

nein

Art und Höhe der anfallenden Selbstbehalte

Gibt es Möglichkeiten der Kostenreduktion bzw. eines Kostenerlasses?

ja

nein

Wenn ja, welche?

*Bitte beschreiben Sie hier den Modus, falls es in Bezug auf die Inanspruchnahme des Angebots die Möglichkeit für eine Kostenreduktion oder einen Kostenerlass gibt, und allenfalls wie sehr dies die Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Gruppen Ihrer Erfahrung nach beeinflusst.*

Kommentar zur Finanzierung

## 7. KOOPERATIONEN UND PROFESSIONELLE NETZWERKE

Gibt es in Bezug auf das Angebot verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen Organisationen im Gesundheits-, Bildungs- und/oder Sozialwesen? (wie zum Beispiel kontingentierte Zuweisungen, institutionalisierte Besprechungen, regelmäßige Fallkonferenzen etc.)\*

ja

nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie die Kooperationsvereinbarungen:

Gibt es in Bezug auf das Angebot Kooperationsformen unverbindlichen Charakters (z. B. sporadische Zuweisung/Weiterverweisung von Klient/innen, anlassbezogene Treffen etc.)?\*

ja

nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese Kooperationsformen:

Sind Sie als Anbieter/in in Bezug auf Frühe Hilfen im Allgemeinen Teil professioneller Netzwerke (z. B. regionaler Arbeitskreis Frühe Hilfen etc.)?\*

ja  
nein

Wenn ja, um welche Netzwerke handelt es sich? Bitte beschreiben Sie auch kurz die Funktion und Organisationsform der jeweiligen Netzwerke:

Sind Sie als Anbieter/in Mitglied einer übergeordneten fachlichen Vernetzung (z. B. Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Österreichische Gesellschaft für Public Health) etc.?\*

ja  
nein

Wenn ja, welche Netzwerke sind das?

Sind Sie als Anbieter Mitglied einer berufsständischen (berufsgruppenspezifischen) Organisation mit Bezug zu den Anliegen früher Hilfen (z. B. Hebammengremium)?\*

ja  
nein

Wenn ja, welche Organisation ist das?

## 8. NACHHALTIGKEIT

Aspekte der Nachhaltigkeit eines Angebots betreffen die Wahrscheinlichkeit, dass ein zeitlich begrenztes Projektangebot über die Projektlaufzeit hinaus bestehen kann. Werden im Rahmen des Projekts Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit gesetzt?

ja  
nein

Bitte beschreiben Sie hier kurz die Nachhaltigkeitsstrategie des Projektvorhabens

Bitte auf "Weiter" klicken!

## Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung!

Wenn Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben:

**Klicken Sie bitte auf "Abbrechen" um den Fragebogen zu verlassen oder schließen Sie einfach das Fenster (nicht auf "Weiter" klicken!).**

Fragebogen nochmals durchsehen:

*( Sie gelangen zur ersten Seite des Fragebogens. Bereits gemachte Angaben bleiben erhalten, können aber verändert werden.)*

Ich möchte den Fragebogen nochmals durchsehen (ergänzen)

## Anhang E:

### Interviewleitfaden

# INTERVIEWLEITFADEN

Anbahnung der Interviews mittels standardisiertem Anschreiben (Textvorschlag liegt bei – vgl. "Anschreiben für Interviews")

technische Hilfsmittel: Ausdruck des Interviewleitfadens (samt Bewertungsbogen), Schreiber

INTERVIEWPARTNER/IN: \_\_\_\_\_

ORT DES INTERVIEWS: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

DAUER DES INTERVIEWS (BEGINN/ENDE): \_\_\_\_\_

*Der Interviewleitfaden besteht aus Leitfragen (Themen), die eine Gesprächsstruktur vorschlagen und dazugehörigen Vorschlägen für das gezielte Nachfragen bei Interviewpartner/innen. Der/die Interviewer/in wird darüber hinaus gebeten, die Befragten sowie den Gesprächsverlauf einzuschätzen, wofür eigene Fragen vorgesehen sind.*

*Die Interviews bieten generell auch die Möglichkeit, neue Routineangebote oder Projekte/Praxisinitiativen zu identifizieren bzw. gezielte Nachfragen zu fehlenden Informationen der Online Befragung zu stellen – allerdings sollten diese Fragen außerhalb der Interviewsituation geklärt werden.*

*Bitte erklären Sie eingangs die Ziele und Aktivitäten des Projekts "Frühe Hilfen – Aufbereitung der Grundlagen" sowie die Ziele der Interviews und Auswahl der Interviewpartner/innen, und weisen Sie auf Ihre Rolle im Projekt (Durchführung der Feldanalyse, regionale Ansprechpartner/in) sowie (!) auf die Anonymisierung der Gespräche hin: Dabei ist zentral, dass diese nicht vollständig gewährleistet werden kann (die Auswahl der Interviewpartner/innen ist im Projektteam bekannt), allerdings erfolgt eine gruppierte Analyse (die Interviewpartner/in steht dabei für ein Arbeitsfeld oder einen Tätigkeitsbereich und repräsentiert bis zu einem gewissen Grad die dort vorherrschenden Meinungen und Einstellungen). Da die Interviews nicht transkribiert werden, werden auch keine persönlichen Zitate in Berichte einfließen.*

## VERSTÄNDNIS FRÜHER HILFEN

### 1. Eisbrecher: Bedeutung Früher Hilfen

**I: Wie wichtig sind Ihrer Meinung nach Unterstützungsangebote und Interventionen in der frühen Kindheit? Welche sind die zentralen Aspekte, was brauchen Babies, Kleinkinder und deren Eltern Ihrer Meinung nach am dringlichsten?**

### 2. Verständnis Früher Hilfen

**I: Ist der Begriff "Frühe Hilfen" für Sie ein klar abgegrenzter Begriff?**

**Welche Maßnahmen zählen Sie zu den Frühen Hilfen?**

*Vermerken Sie bitte auf Basis der ersten (!) Antwort der Interviewperson in der folgenden Liste von Maßnahmen, welche Bereiche genannt wurden, indem Sie das zutreffende Kästchen ANKREUZEN. Dabei beschreiben die ersten sieben Möglichkeiten ein Verständnis, welches Frühe Hilfen eher auf die Versorgung von Kindern/Familien mit med. und therapeutischen Leistungen einschränkt. Die zweiten sieben Möglichkeiten betreffen Gesundheitsförderung und Prävention. (Machen Sie sich zur Vorbereitung mit den Antwortmöglichkeiten vertraut und notieren Sie, wenn gegenüber Maßnahmen Ablehnung oder Misstrauen geäußert werden, als Ankerpunkt für eine gezielte Nachfrage.)*

Das Verständnis inkludiert (Mehrfachnennungen erwünscht) ("Versorgung"):

- medizinische Prävention (Impfen, Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft [pränatale Diagnostik] und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen)
  - medizinische Behandlung (von erkrankten oder funktional beeinträchtigten Kindern)
  - Leistungsbereiche von Hebammen UND/ODER Kinderkrankenschwestern und -pflegern
  - therapeutische Angebote (Ergotherapie, Logopädie, Ergotherapie UND/ODER Psychotherapie (für Eltern))
  - Kinderschutz und Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls
  - Managementmaßnahmen sowie andere Maßnahmen zur organisatorischen Verbesserung der Leistungserbringung (Unterscheidungsmerkmal zu anderen Maßnahmen: reichen über Einzelfall- und Gruppenangebote hinaus)
  - andere Maßnahmen für Kinder oder Eltern, bei denen Krankheiten oder Entwicklungsverzögerungen und -störungen vorliegen, und zwar
-

*"Gesundheitsförderung und Prävention"*

- Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern
- Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitsressourcen von Kindern, sog. "Lebenskompetenzprogramme"
- Maßnahmen zur Förderung weitreichender Kompetenzen der Eltern, z. B. sozialrechtliche Beratung oder -----
- Maßnahmen zur Förderung der kognitiven Fähigkeiten der Kinder UND/ODER Maßnahmen, die auf eine Erhöhung der Chancen eines gelingenden Schuleinstiegs zielen (z. B. Förderung der Sprachkompetenz für Kinder aus sozial benachteiligten Familien MIT/OHNE Migrationshintergrund, andere Maßnahmen im Bereich elementare Bildung)
- Gesundheitsförderung in den Settings Kinderkrippe, Kindergarten UND/ODER Schule (mit dem Ziel, diese Settings strukturell zu verändern, z. B. Veränderungen der Angebote oder der Betreuungssituation durch verbesserte Qualifikation oder Personalausstattung)
- Förderung gesunden Verhaltens (Ernährung, Bewegung) bei 0–6jährigen UND/ODER deren Eltern
- andere Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung, und zwar -----

*Fragen Sie wie folgt nach:*

*2.1 Fragen Sie in jenem Feld (Versorgung oder GF und Prävention), auf das sich weniger Nennungen beziehen, nach weiteren Maßnahmen, die Frühen Hilfen zugerechnet werden könnten. ("Sind Sie der Meinung, dass die Versorgung von Kindern mit entsprechenden Problemen / Prävention und Gesundheitsförderung für Babies und Kleinkinder auch noch weitere Maßnahmen beinhalten sollte?") und kategorisieren Sie die Antworten, in dem Sie das zutreffende Kästchen in der Liste EINKREISEN.*

*2.2 Konfrontieren Sie den/die Interviewpartner/in danach mit Ihrer globalen Einschätzung des von dem/der Interviewpartner/in geäußerten Verständnisses von Frühen Hilfen – dies könnte anhand der Anzahl der zutreffenden Maßnahmen klar ersichtlich sein\* (z. B. "Sie verstehen unter Frühen Hilfen also eher eine gute medizinische und therapeutische Versorgung für Babies und Kleinkinder, bei denen entsprechende Probleme bereits vorliegen" oder z. B. "Sie verstehen unter Frühen Hilfen also eher Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen von Babies und Kleinkindern und deren Familien") und fragen Sie danach, welche Maßnahmen vice versa zur [therapeutischen Versorgung / Förderung von Ressourcen] aus Sicht der Interviewperson (dennoch) bedeutsam*

erscheinen. Kategorisieren Sie die Antworten, wenn möglich, in dem Sie zutreffende Kästchen AUSMALEN.

\* Bei einem ausgeglichenen, inklusiven Verständnis früher Hilfen gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage.

2.3 Sollte gegenüber einzelnen Maßnahmen oder Maßnahmenbereichen Misstrauen, Ablehnung oder ähnliches zum Ausdruck gebracht werden, nehmen Sie dies als Ankerpunkt für eine weitreichende Diskussion als SPÄTEREN Einstieg zum zweiten Fragenblock über die Integration von Frühen Hilfen. Notieren Sie diese abgelehnten Maßnahmen/Bereiche als Stichworte hier:

-----

Stellen Sie folgende Fragen und notieren Sie die Antworten stichwortartig:

### 3. KONTROLLASPEKT

Sollen Frühe Hilfen künftig das Thema Kinderschutz und dadurch auch die Kontrollfunktion über das Kindeswohl gegenüber den Klient/innen stärker betonen? Welche Vor- und Nachteile bringen Sie damit in Verbindung?

-----

### 4. ZIELGRUPPEN

Welche Zielgruppen sollen aus Ihrer Sicht im Rahmen von Frühen Hilfen erreicht werden, und **WARUM?**

-----

**WIE sollen diese Zielgruppen aus Ihrer Sicht erreicht werden?**

-----

### 5. INTEGRATION FRÜHER HILFEN

Die Anleitung zum zweiten Teil des Interviews besteht aus verschiedenen teilstandardisierten Fragen, die gestellt werden sollen, um eine Diskussion über organisatorische und inhaltliche Strategien für den Auf- und Ausbau Früher Hilfen in Gang zu bringen (vgl. Leitfaden zur Feldanalyse 5.3, S. 15-17).

Ihre Aufgabe besteht darin, sowohl die Antworten der Interviewpartner/innen direkt bei einzelnen Fragen stichwortartig zu notieren als auch den Bewertungsbogen auszufüllen. Die Notizen mögen Ihnen beim Ausfüllen der Fragen für Interviewer/innen vor allem dann behilflich

*sein, wenn Sie den Bewertungsbogen erst im Nachhinein beantworten und um sich auf den Gesprächsverlauf zu konzentrieren.*

*allgemeiner unspezifischer Einstieg in diesen Fragebereich*

**Was braucht es, um ein System früher Hilfen in Österreich zu etablieren, und wie könnte das funktionieren?**

-----

#### *5.1 sektorenübergreifende Kooperation*

**Wo genau verorten Sie die Verantwortung für ein bedarfsgerechtes System früher Hilfen in Österreich?**

-----

**Mit welchen Organisationen sind aus Ihrer Sicht verlässliche Kooperationsbeziehungen vorhanden? Welche Ziele werden in diesen Kooperationsbeziehungen verfolgt?**

-----

**Wie realistisch ist es Ihrer Meinung nach, eine strukturierte, koordinierte und verbindliche Zusammenarbeit mit klaren Rollen- und Aufgabenverteilungen zwischen Dienstleistern aus dem Gesundheitsbereich, dem Sozialbereich, der Kinder- und Jugendhilfe und weiteren relevanten Bereichen im Feld der frühen Hilfen zu erwirken?**

-----

**Welche Erfahrungen können Sie aus anderen, Sektoren übergreifenden Vorhaben in die Arbeit zur Etablierung früher Hilfen einbringen?**

-----

#### **5.2 Zugang zu Leistungen**

**Sind Sie der Meinung, dass für den Bedarf an Unterstützungsleistungen im Rahmen früher Hilfen in Österreich ausreichend Kapazitäten zur Verfügung stehen? In welche Bereiche sollte Ihrer Meinung nach vordringlich investiert werden?**

-----

Sind Ihrer Meinung nach Selbstbehalte auf therapeutische Leistungen (Ergo/Logo/Physiotherapie, Psychotherapie) sowie auf andere Leistungen im Bereich früher Hilfen gerechtfertigt?

-----

*5.3 Erreichbarkeit von Zielgruppen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention*

Für Projekte und Programme der Gesundheitsförderung besteht eine große Herausforderung bei Frühen Hilfen darin, die gewünschten Zielgruppen zu erreichen. Dies hat damit zu tun, dass Angehörige der Zielgruppen nicht notwendiger Weise die Angebote kennen bzw. einen Bedarf zur Teilnahme an den Angeboten verspüren. Welche Erfahrungen können Sie einbringen, um die Erreichbarkeit der Zielgruppen zu erhöhen?

-----

# BEWERTUNGSBOGEN – EINSCHÄTZUNG DER INTERVIEWER/IN

Verständnis Früher Hilfen

I. Schätzen Sie das Verständnis von des/r Interviewpartner/in für Frühen Hilfen anhand folgender Skala zwischen den Polen "präventiver Kinderschutz" und "frühe Förderung" ein:



sektorenübergreifende Kooperation

II. Der/die Gesprächspartner/in hat im Rahmen des Interviews verschiedene Aussagen zum Thema Sektoren übergreifende Kooperation getätigt. Auf welcher der folgenden Ebenen lag dabei der Schwerpunkt im Gespräch?

- 0 eher auf der Ebene der Bearbeitung individueller Fallarbeit ("Mikroebene")
- 0 eher auf der Ebene interprofessioneller Angelegenheiten ("Ebene professioneller Zusammenarbeit")
- 0 eher auf der Ebene verschiedener Organisationen der Leistungserbringung ("Mesoebene")
- 0 eher auf der Ebene verschiedener Organisationen im Zusammenhang mit Finanzierung ("Meso- und Makroebene")
- 0 eher auf der Ebene der politischen Steuerung ("Makroebene")

III. Wie stand der/die Interviewpartner/in Ihres Empfindens nach der Zusammenarbeit mit Organisationen in den folgenden anderen Bereichen gegenüber?

**Bildungswesen**

0 eher positiv    0 neutral    0 eher negativ    0 k. A. möglich    0 trifft nicht zu

### Sozialwesen

0 eher positiv   0 neutral   0 eher negativ   0 k. A. möglich   0 trifft nicht zu

### Gesundheitssystem

0 eher positiv   0 neutral   0 eher negativ   0 k. A. möglich   0 trifft nicht zu

### IV. Zum Thema Sektoren übergreifende Organisation war in diesem Interview besonders auffällig / spannend, dass...

-----

### V. Abgrenzung von Kinderschutzstrategien

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Aussagen für Sie am ehesten zutrifft:

- Die IP unterstützt das Anliegen, Frühe Hilfen weitestgehend von Kinderschutzfragen und damit von rechtsstaatlichen Eingriffen in Erziehungsfragen in der frühen Kindheit abzugrenzen.
- Die IP weist ein Verständnis in Fragen der Abgrenzung zum Kinderschutz auf, welches auf eine Integration des Aspekts hinausläuft.
- Die IP äußert laute Bedenken dahingehend, dass es sich bei der Abgrenzung von Frühen Hilfen in Kinderschutzfragen nicht um die richtige Strategie handeln kann.
- Zum Thema Kinderschutz und Kontrollaspekte in der Arbeit mit Klient/innen war in diesem Interview besonders auffällig / spannend, dass...

-----

- Ich kann diese Frage nicht beantworten, weil...

-----

### VI. Verteilungsgerechtigkeit

Sie haben nun ein längeres Gespräch über frühe Hilfen geführt. Eine klassische Frage nach der Orientierung von Praxisexpert/innen betrifft die Wahrnehmung der Verteilungsgerechtigkeit von Leistungen in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales. Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Aussagen für Sie zutrifft:

- Für die IP stellten Fragen nach dem Zugang zu Leistungen im Bereich Früher Hilfen einen zentralen Ansatzpunkt der künftigen Ausrichtung eines Systems früher Hilfen in Österreich dar, z. B. verglichen mit Aspekten der optimalen Fallbetreuung.

- o Die IP äußerte sich von sich aus nicht zum Thema Zugang, misst dem Thema bei ent sprechenden Rückfragen jedoch sehr hohe Bedeutung bei.
- o Die IP vernachlässigte das Thema Zugang zu Leistungen im Rahmen des Gesprächs und stellte wiederholt andere Aspekte des Themas in den Mittelpunkt.
- o Zu den Themen Zugang und Gerechtigkeit war in diesem Interview besonders auffällig / spannend, dass...

-----

- o Ich kann diese Frage nicht beantworten, weil...

-----

**VII. Bitte machen Sie zuletzt Angaben, die die Gesprächsatmosphäre sowie den Gesprächsverlauf für Außenstehende nachvollziehbar machen:**

-----

**VIELEN DANK!**

