

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3684>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Jungmann, Tanja; Brand, Tilman

Titel: Die besten Absichten zu haben ist notwendig, aber nicht
hinreichend - Qualitätsdimensionen in den Frühen Hilfen

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61
(10), 723-737

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ÜBERSICHTSARBEITEN

Die besten Absichten zu haben ist notwendig, aber nicht hinreichend – Qualitätsdimensionen in den Frühen Hilfen

Tanja Jungmann und Tilman Brand

Summary

Having the Best Intentions is Necessary but not Sufficient – Quality Dimensions for Early Childhood Interventions

Early childhood interventions are a promising strategy to improve the development of children in socially disadvantaged families and to reduce their risk for abuse and neglect. However, proven effects are small with substantial variations between existing programs depending on differences in program planning and implementation. On the basis of international findings on the effectiveness of early childhood intervention, health promotion, and implementation research, we provide an overview of different quality aspects in the development, implementation, and evaluation of early childhood interventions, and a framework for future quality assessment of early childhood intervention programs in Germany. Scaling up of these programs should be accompanied by intensive quality assessment and development in order to achieve the intended outcomes.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 723-737

Keywords

quality – program planning – early intervention – implementation research

Zusammenfassung

Frühe Hilfen haben das Potenzial, die Entwicklung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu fördern und das Risiko für Gefährdungen des Kindeswohls zu reduzieren. Die belegten Effekte sind im Mittel klein und variieren beträchtlich zwischen den verschiedenen Programmen, was auf Unterschiede in Programmplanung und -implementierung hindeutet. Basierend auf dem internationalen Forschungsstand zu Frühen Hilfen, Prävention und Gesundheitsförderung und der Evaluation des Implementierungsprozesses gibt dieser Beitrag einen Überblick der Qualitätsaspekte, die in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation Früher Hilfen zu beachten sind. Gleichzeitig stellen diese Aspekte den Rahmen für eine Qualitätserfassung und den Qualitätsvergleich bereits vorhandener Programme dar. Die Regelinplementierung

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 723 – 737 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

und Ausweitung Früher Hilfen in Deutschland sollte von einem intensiven Prozess der Qualitätsentwicklung begleitet werden, damit diese ihre Ziele erreichen können.

Schlagwörter

Qualität – Programmentwicklung – Frühe Hilfen – Implementationsforschung

1 Hintergrund

Der Übergang zur Elternschaft geht mit einer Vielzahl von Herausforderungen und Unsicherheiten einher, insbesondere wenn die werdenden Eltern sozial belastet sind. Dies wurde durch dramatische Fälle von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen mit Todesfolge öffentlich bewusst. Aber auch zahlreiche Forschungsbefunde, die frühe Ungleichheiten der Entwicklungschancen von Kindern unterschiedlicher sozialer Schichten in Deutschland belegen, unterstreichen die Notwendigkeit früh ansetzender Unterstützungsangebote. Als wichtige Meilensteine auf dem Weg zur Stärkung der Frühen Hilfen in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft sind das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesfamilienministeriums im Jahr 2007 und das Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes zu Beginn des Jahres 2012 zu nennen.

Frühe Hilfen haben das Potenzial, den werdenden Eltern diesen Übergang zu erleichtern und von Anfang an zu einem gesunden Aufwachsen der Kinder beizutragen. Dies belegen internationale Metaanalysen (z. B. Sweet u. Applebaum, 2004). Die erzielten Effekte sind allerdings eher klein, bei substanzieller Varianz der Effektstärken zwischen den Programmen: Während einige beeindruckende Wirksamkeit entfalten, gibt es auch Ansätze, die keine oder sogar negative Wirkungen haben. Die Gründe für die Effektivitätsunterschiede sind bislang noch nicht erklärt (McNaughton, 2004), es liegt jedoch nahe, diese auf die Qualität der Programmplanung und Umsetzung zurückzuführen (Gomby, 2007). Die besten Absichten zu haben scheint somit eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für den Programmerfolg zu sein.

Vor dem Hintergrund der internationalen Befundlage und der sich verstärkenden Etablierung Früher Hilfen in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft stellen sich die folgenden Fragen: Was macht erfolgreiche Frühe Hilfen aus? Wie lassen sich diese entwickeln und umsetzen? Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, Hinweise zur Beantwortung dieser Fragen anhand von fünf Qualitätsdimensionen herauszuarbeiten und Impulse für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation solcher Hilfen für die zukünftige Praxis und Forschung zu geben. Dies erfolgt gestützt auf internationalen Forschungsbefunden zur Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen, der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Diffusions- und Implementationsforschung. Darüber hinaus finden unsere Erfahrungen aus der Forschungspraxis zum Modellprojekt „Pro Kind“ Eingang in die nachfolgenden Ausführungen (Brand u. Jungmann, im Druck).

2 Qualitätsdimensionen der Frühen Hilfen

Neben der klassischen Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hat sich für Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung deren Ergänzung um die Dimensionen Planungs- und Konzeptqualität etabliert (BZgA, 2001). Abbildung 1 gibt einen Überblick der fünf Dimensionen mit ihren jeweiligen Qualitätsmerkmalen, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

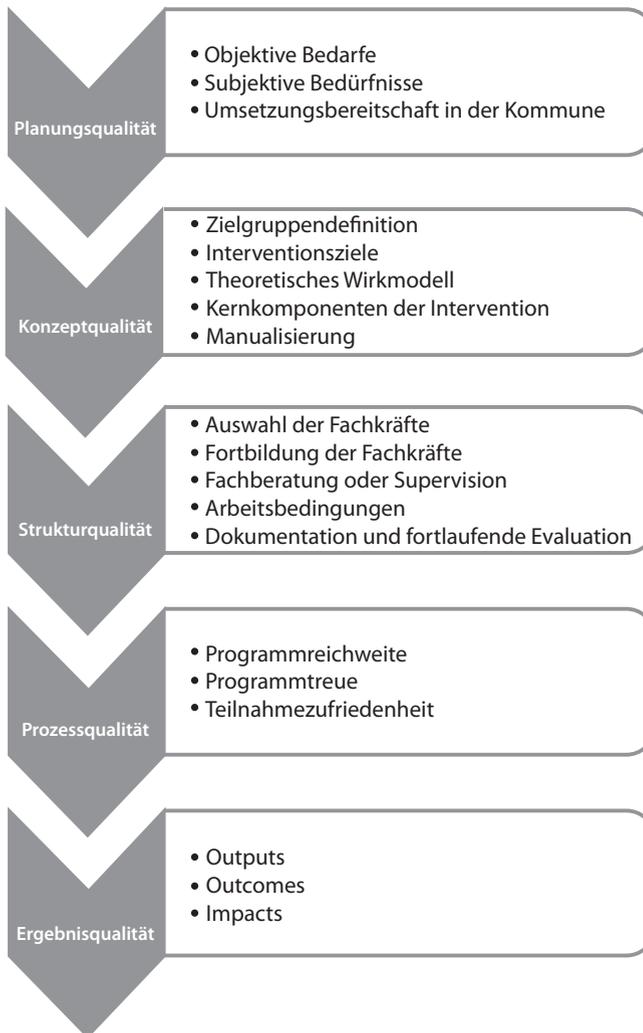


Abbildung 1: Qualitätsdimensionen in den Frühen Hilfen

2.1 Planungsqualität

Zu Beginn der Interventionsplanung stellen sich Fragen wie: Welche Problemlagen und Ressourcen sind in einem konkreten Setting bekannt? Welche Bedürfnisse äußern diejenigen, für die die Intervention geplant wird? Wie schätzen die beteiligten lokalen Akteure die Notwendigkeit für eine Intervention ein? Zur Planungsqualität gehören also eine Analyse der Bedarfe und Bedürfnisse für eine Intervention sowie eine Erkundung der lokalen Umsetzungsbereitschaft.

Analyse „objektiver“ Bedarfe. Zunächst gilt es, den konkreten Bedarf für den sozialen Kontext, in dem die Hilfe umgesetzt werden soll, zu ermitteln. Dazu gehört die Erfassung der Verbreitung von Problemlagen und die Erkundung der Versorgungslandschaft, z. B.: welche Unterstützungsangebote sind bereits in dem konkreten Kontext vorhanden? Die amtliche Statistik des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Jugendhilfe bietet hier häufig erste Anhaltspunkte. Kommunen oder Stadtteile können in sehr unterschiedlichem Maße von sozialer Benachteiligung betroffen sein. Zudem ist es möglich, dass in den besonders betroffenen Gebieten bereits viele Angebote bestehen. Nicht in jedem Fall wird es sinnvoll sein, eine zusätzliche Frühe Hilfe zu installieren. Je mehr über die Problemlagen und Ressourcen im Kontext bekannt ist, umso besser kann die Frühe Hilfe an die Bedarfe angepasst werden.

Analyse subjektiver Bedarfe. Die verhältnismäßig geringe Teilnahme sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen stellt viele etablierten präventiven Angeboten vor Herausforderungen (Präventionsdilemma; Bauer, 2006). Über die „objektiven“ Bedarfe hinaus empfiehlt es sich daher, die subjektiven Bedürfnisse der Rezipienten des Angebots der Frühen Hilfen zu erkunden. Welche Unterstützung wünschen sich belastete Eltern? Wie muss eine Intervention gestaltet sein, damit sie von diesen Eltern in Anspruch genommen wird (z. B. Zeit, Ort oder Inhalte)? Welche Zugangsbarrieren sind vorhanden? Für die Ermittlung dieser Bedürfnisse sind qualitative Methoden wie (Fokus-)Gruppendiskussionen oder Leitfadeninterviews zu empfehlen.

Lokale Umsetzungsbereitschaft. Klassische Beispiele der Implementationsforschung belegen, wie auf übergeordneter Ebene entworfene Programme und Initiativen vor Ort scheitern, wenn die lokalen Netzwerke nicht frühzeitig aktiviert und einbezogen werden (Pressman u. Wildavsky, 1973). In diesem Zusammenhang kommt dem Konzept der *Community Readiness* eine große Bedeutung zu. Dieses beschreibt die Bereitschaft des lokalen Netzwerks, eine neue Intervention zu implementieren (Edwards, Jumper-Thurman, Plested, Oetting, Swanson, 2000). In einem systematischen Review nennen Stith et al. (2006) die folgenden vier wesentlichen Komponenten:

- Ein lokales Netzwerk ist vorhanden und ist in gewissem Maße handlungsfähig.
- Das lokale Netzwerk nimmt eine Problemlage wahr und erkennt, dass die bestehenden Angebote nicht ausreichen.
- Eine lokale Schlüsselperson ist identifiziert, die im lokalen Netzwerk hohes Ansehen genießt und mit der neuen Intervention vertraut ist.

- Ein günstiges Implementationsklima besteht, d. h., die Beteiligung an der Planung und Umsetzung der Intervention wird in irgendeiner Form belohnt (z. B. Zugewinn an Reputation) bzw. die Akteure müssen keine Nachteile durch die Implementation befürchten (z. B. Verlust an Patienten oder Klienten).

Da die Vernetzung im Zugang zur Zielgruppe oder in der Weitervermittlung zu spezifischen Hilfs- oder Versorgungsangeboten in den Frühen Hilfen oft eine wichtige Rolle spielt, ist dem frühen Einbezug von Akteuren im lokalen Versorgungsnetzwerk eine große Bedeutung beizumessen.

2.2 Konzeptqualität

In der konzeptionellen Planung einer Intervention gilt es, (1) die Zielgruppe zu definieren, (2) Ziele für die Intervention zu formulieren und (3) geeignete theoretische Wirkmodelle zu entwickeln, (4) die Kernkomponenten der Intervention festzulegen und (5) die Intervention zu manualisieren.

Definition der Zielgruppe. Bei der Zielgruppendefinition stellt sich die Frage, ob ein universeller oder selektiver Präventionsansatz verfolgt wird. Bei einem *universellen Ansatz* erfolgt in der Regel nur eine Eingrenzung der Zielgruppe über das Alter der Kinder. Vorteile von universell ausgerichteten Programmen liegen darin, dass grundsätzlich allen Eltern, die eine Maßnahme in Anspruch nehmen möchten, der Zugang gewährt wird und keine Stigmatisierung einzelner Gruppen als potenziell „kindeswohlgefährdend“ erfolgt. Ein Nachteil liegt darin, dass vor allem jene Eltern die Programme in Anspruch nehmen, bei denen kein oder nur ein geringer Hilfebedarf besteht. Dies führt zum einen dazu, dass universelle Programme tendenziell geringere Effekte erzielen als selektive Programme (Beelmann, 2006; Sweet u. Applebaum, 2004). Zum anderen gehen mit einer großen Heterogenität der Zielgruppe auch sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Ansprüche an die Intervention einher, was die passgenaue Gestaltung der Intervention erschwert.

Selektive Ansätze richten sich dagegen an bestimmte, in der Regel besonders belastete Bevölkerungsgruppen wie minderjährige, von Armut betroffene Eltern oder an Eltern mit einem Migrationshintergrund. Wenngleich dadurch die Nachteile des universellen Ansatzes vermieden werden, wird in Kauf genommen, dass Eltern, die nicht zu der definierten Zielgruppe gehören, aber ebenfalls hoch belastet sind, nicht aufgenommen werden können. Eine dritte Variante besteht schließlich in der *Kopplung der Zielgruppenbestimmung mit Intensitätsabstufungen der Intervention*. Dabei werden beispielsweise alle Eltern nach der Geburt ihres Kindes einmalig zuhause besucht, um den konkreten Begleitungsbedarf zu ermitteln. Diese Variante vereint den Vorteil eines breiten Zugangs mit dem der optimalen Passung der Intervention an den Bedarf. Kritisch zu sehen ist allerdings die Verlässlichkeit der Bedarfsermittlung bzw. des Screeningverfahrens (vgl. z. B. Kindler, 2009). Bei einem einmaligen Hausbesuch kurz nach der Geburt können nur aktuelle Belastungen und Bedarfe erfasst werden.

Probleme, die möglicherweise kurze Zeit später auftreten, wie Regulationsschwierigkeiten des Kindes im Bereich des Fütterns, Schlafens oder exzessives Schreien, sind nicht antizipierbar. Ein weiterer kritischer Punkt ist das Verhältnis des Aufwands oder der Kosten zum potenziellen Nutzen des universellen Zugangs und der Ansprache einer breiten Zielgruppe. Die systematische Übersichtsarbeit von Guterman (1999) legt zudem nahe, dass screening-basierte Interventionen im Vergleich zu bevölkerungsbezogenen Angeboten geringere Effekte bei der Vermeidung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung erzielen.

Zielformulierung. Um eine Qualitätsüberprüfung zu ermöglichen, müssen die Angebote in den Frühen Hilfen möglichst klare und erreichbare Ziele formulieren. Diese Ziele können nach dem Grad ihrer Abstraktheit in Leitziele, intermediäre Ziele oder Mittlerziele und Detailziele untergliedert werden (Beywl u. Schepp-Winter, 1999).

- *Leitziele* sind übergeordnete Ziele wie beispielsweise die Stärkung der elterlichen Kompetenz, die Förderung der kindlichen Entwicklung oder die Verhinderung von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung. Sie sind abstrakt, schwer operationalisierbar und oft nicht direkt messbar. Konkrete Hinweise zur Erreichung der Leitziele fehlen häufig.
- Deshalb müssen *Mittlerziele* formuliert werden wie z. B. Vergrößerung des Wissens der Eltern über kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr, Förderung der Eltern-Kind-Interaktion oder Erhöhung der Kindersicherheit der Wohnung.
- Auf einer noch konkreteren Ebene liegen die *Detailziele*, die sich direkt auf den Umsetzungsprozess wie beispielsweise Durchführung von zweiwöchentlichen Hausbesuchen im ersten Lebensjahr beziehen.

Während Angebote Früher Hilfen sich in ihren Leitzielen häufig ähneln, werden in den Mittler- und in den Detailzielen die Unterschiede sichtbar. Nicht selten fehlt es allerdings auf diesen Ebenen an konkreten Zielformulierungen. Mit der Zielformulierung geht die Entwicklung eines theoretischen Wirkmodells einher. Wie hängen die unterschiedlichen Ziele zusammen? Durch welche Mechanismen sollen sie erreicht werden?

Entwicklung theoretischer Wirkmodelle. Theoretisch fundierte Präventionsprogramme sind internationalen Befunden zufolge wirksamer. In ihrem systematischen Review kommen Segal, Opie und Dalziel (2012) zu dem Ergebnis, dass von 53 Programmen Früher Hilfen lediglich sieben auf einem konsistenten Wirkmodell beruhen. Sie zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Grad der theoretischen Fundierung und der Programmwirksamkeit auf.

Neben der auf Forschungsbefunden beruhenden Formulierung eines Wirkmodells ist es hilfreich, in einem partizipativen Prozess zwischen Forschung und Praxis eine lokale Wirkungstheorie zu entwickeln (siehe z. B. Unger, Block, Wright, 2008). Subjektive Handlungstheorien, lokales Wissen und lokale Ressourcen (z. B. Vernetzungspartner) spielen in der Praxis häufig eine deutlich größere Rolle als das „offizielle“ Wirkmodell einer Intervention und können letzterem deutlich zuwider

laufen (Hebbeler u. Gerlach-Downie, 2002). Lokale Wirkungstheorien können einen detaillierten Leitfaden bieten, wie aus Praxissicht einzelne Interventionsziele zu erreichen sind. Im Sinne einer reflexiven Praxis können sie prozessbegleitend zur Erklärung beitragen, warum Ziele erreicht wurden oder eben nicht. Zudem gewähren sie einen tieferen Einblick in das Handlungswissen und die Ressourcen, die für eine gelingende Umsetzung der Intervention notwendig sind.

Festlegung der Kernkomponenten der Intervention. Zu den Kernkomponenten einer Intervention gehört die Festlegung organisatorischer Eckpfeiler wie der Dauer, der Häufigkeit und der Länge der Besuche oder Sitzungen, aber auch die Spezifizierung der zentralen Inhalte und des Methodenrepertoires. Durch diese Festlegungen wird die Grenze zwischen unveränderbaren zentralen Kernaspekten und der veränderbaren Peripherie gezogen (Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate, Kyriakidou, 2004). Das schafft Klarheit darüber, an welchen Stellen Modifikationen und Anpassungen an die Bedürfnisse des Einzelfalls oder die besonderen lokalen Bedingungen möglich sind. Die Evidenz für die Notwendigkeit einzelner Kernkomponenten in den Frühen Hilfen ist allerdings noch gering. Befunde aus systematischen Reviews und Metaanalysen ergeben bisher kein einheitliches Bild. So legen die Befunde von Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn und Juffer (2003) nahe, dass kurze und gezielte Interventionen besonders gut geeignet sind, um die elterliche Feinfühligkeit zu verbessern. In Bezug auf Kindesvernachlässigung und -misshandlung zeigen sich dagegen größere Effekte bei umfassenden und langfristig ansetzenden Interventionen (Bilukha et al., 2005). Für die Early Head Start-Programme werden größere Effekte berichtet, wenn aufsuchende Angebote mit Gruppenangeboten kombiniert werden (Love et al., 2005). Inhaltlich lassen sich durch Gruppenangebote eher Effekte auf die kindliche Entwicklung erzielen, während Hausbesuchsprogramme stärker auf die elterlichen Erziehungskompetenzen wirken. Die unterschiedliche Intensität der einzelnen Komponenten schränkt die Vergleichbarkeit allerdings erheblich ein. Eine auf Hausbesuchsprogramme beschränkte Metaanalyse von Nievar, van Egeren und Pollard (2010) kommt zu dem Schluss, dass mindestens zwei Besuche pro Monat erfolgen müssen, um eine positive Wirkung auf die Mutter-Kind-Interaktion zu erzielen.

Manualisierung der Intervention. Für den Wissenstransfer und die Verbreitung von Interventionen ist die Entwicklung von Interventionsmanualen wichtig, allerdings in der sozialen Arbeit stark umstritten. Kritiker befürchten einen Verlust von Flexibilität und individuellem Zuschnitt der Angebote und sogar eine De-Professionalisierung der psychosozialen Arbeit (Otto u. Ziegler, 2008). Stattdessen wird eine an den konkreten Bedarfen und Bedürfnissen ausgerichtete Vorgehensweise befürwortet. Dadurch wird die Ausgestaltung der Frühen Hilfe der einzelnen Fachkraft überlassen. Dass dies zu besseren Ergebnissen in der Arbeit führt, ist allerdings nicht belegt. Ergebnisse zur Programmtreue weisen vielmehr in die entgegengesetzte Richtung (s. u.). Erfahrungen aus dem Modellprojekt Pro Kind zeigen, dass die Arbeit mit Manualen von vielen Fachkräften nach einer gewissen Orientierungsphase als arbeitserleichternd wahrgenommen wird (Brand u. Jungmann, im Druck). Allerdings ersetzen Manuale nicht die Entwicklung

von allgemeinen und spezifischen Beratungskompetenzen bei den Fachkräften und deren Unterstützung durch eine kontinuierliche Fachberatung oder Supervision.

2.3 Strukturqualität

Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, die für eine hochwertige Interventionsumsetzung notwendig sind. Je nach Gestaltung der Intervention sind auch unterschiedliche Rahmenbedingungen notwendig. Fixsen, Naoom, Blase, Friedman und Wallace (2005) folgend lassen sich jedoch generelle Elemente, die für eine gelungene Umsetzung einer Intervention zu beachten sind, identifizieren. Dazu zählen (1) die Auswahl der Fachkräfte, (2) die Qualifizierung der Fachkräfte, (3) Fachberatung oder Supervision, (4) die Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnisse und (5) Dokumentation und kontinuierliche Evaluation. Wichtig ist hierbei, dass diese Elemente in ihrem Zusammenspiel die Strukturqualität verbürgen, indem sie flexibel an die externen Anforderungen angepasst werden.

Auswahl geeigneter Fachkräfte. Die enge Zusammenarbeit mit mehrfach belasteten Familien ist fachlich und persönlich herausfordernd. Die häufig gestellte Frage, ob professionelle oder semi-professionelle bzw. ehrenamtliche Umsetzungsmodelle zu besseren Erfolgen in den Frühen Hilfen führen, ist bisher aufgrund der Datenlage nicht abschließend zu beantworten. Der einzige experimentelle Vergleich zwischen einem professionellen und einem semi-professionellen Ansatz ergab eine größere Wirksamkeit des professionellen Modells (Olds et al., 2002). Metaanalytische Befunde sind inkonsistent (Nievar et al., 2010), daher scheint es insgesamt ratsam, die Wahl zwischen ehrenamtlichen und professionellen Modellen an Umfang und Komplexität der Intervention zu orientieren. Im Zusammenspiel mit den Elementen Fortbildung und Fachberatung muss abgestimmt sein, welche Kompetenzen und Eigenschaften die Fachkräfte mitbringen müssen und welche sie im Rahmen ihrer Tätigkeit erwerben.

Neben der Frage der Grundqualifikation sind auch das lokale Handlungswissen und persönliche Eigenschaften der Fachkräfte in der Personalauswahl von Bedeutung. Diese lassen sich nur schwer durch Fortbildung beeinflussen, können aber den Interventionserfolg maßgeblich mitbestimmen. Aus der Bindungsforschung ergeben sich beispielsweise Hinweise, dass unsicher gebundene Fachkräfte weniger erfolgreich zu einer sicheren Eltern-Kind-Bindung beitragen (Suess, Mali, Bohlen, 2010). Da Frühe Hilfen oft sehr stark beziehungsbasiert ausgerichtet sind und die Fachkräfte somit „als ganze Person“ gefordert sind, gehört die Entwicklung von differenzierten Instrumenten in der Personalauswahl zu deren zentralen Zukunftsaufgaben.

Fortbildung der Fachkräfte. Je nach Grundqualifikation der Fachkräfte und Komplexität der Intervention variiert auch der Bedarf an Fortbildung. Erfahrungen aus dem Modellprojekt Pro Kind zeigen beispielsweise, dass Hebammen im Vergleich zu Sozialpädagoginnen einen größeren Fortbildungsbedarf im Bereich der Gesprächsführungskompetenzen haben und letztere mehr Bedarf im Bereich der Säuglingsernäh-

rung und -entwicklung (Brand u. Jungmann, im Druck). Auch hier gilt, dass Inhalte und Ausmaß zu den Elementen Personalauswahl und Fachberatung passen sollten.

Angebote von Fachberatung oder Supervision. Fortbildungen allein reichen oft nicht aus, um neuartige präventive Interventionen oder Konzepte in der Praxis zu verankern. Die inhaltlichen Impulse, die in Fortbildungen gegeben werden, müssen in regelmäßiger begleitender Beratung aufgegriffen und vertieft werden, damit sie erfolgreich in der Praxis umgesetzt werden können (Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro, Carroll, 2005). Einzelne empirische Studien zeigen positive Auswirkungen einer zeitlich intensiven Fachberatung auf den Verbleib von Familien in Hausbesuchsprogrammen (McGuigan, Katzev, Pratt, 2003). Da der Fachberatung und Supervision einerseits ein hoher Stellenwert für die Qualität Früher Hilfen und deren Qualitätsentwicklung zukommt, sich andererseits dadurch die Interventionen deutlich verteuern können, wären unter kosten-nutzen-analytischen Gesichtspunkten noch mehr Wirksamkeitsstudien zu einzelnen Fachberatungs- oder Supervisionskonzepten wünschenswert.

Schaffung guter Arbeitsbedingungen. Die Arbeitsbedingungen in durchführenden Organisationen haben einen deutlichen Einfluss darauf, ob neue Interventionen erfolgreich in die Praxis übertragen werden können. Strukturelle Faktoren erklären nach Greenhalgh et al. (2004) ca. 15 % der Varianz in der erfolgreichen Implementierung neuer Interventionen auf der Organisationsebene. Große, funktional differenzierte Organisationen mit einer guten internen Kommunikationsstruktur und einem gewissen Ressourcenpolster sind demnach eher in der Lage, neue Interventionen nachhaltig zu implementieren.

Aus der Perspektive der Fachkräfte Früher Hilfen sind neben einer regelmäßigen Fachberatung oder Supervision die Bezahlung, eine adäquate Zahl zu betreuender Fälle und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz wichtige Elemente guter Arbeitsbedingungen. Ein positives Organisationsklima und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz verringert das Burnout-Risiko und erhöht die Qualität und Effektivität der Arbeit im Kinderschutz (Yoo, Brooks, Patti, 2007).

Erfahrungen aus dem Modellprojekt Pro Kind zeigen, dass eine Fachkraft maximal 20 Familien parallel begleiten kann. Insbesondere für Fachkräfte, die auf Honorarbasis tätig sind, ist eine zentrale Anlaufstelle mit Möglichkeiten zum regelmäßigen Austausch mit anderen Fachkräften und Fachberaterinnen wichtig für die Arbeitszufriedenheit (Brand u. Jungmann, im Druck).

Dokumentation und fortlaufende Evaluation. Für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung müssen Formen der Prozessdokumentation und Evaluation strukturell integriert sein. Es reicht nicht, die Wirksamkeit oder Prozessgüte einmalig in einem Modellversuch festzustellen. Nachhaltige Praxisimplementierungen gelingen eher, wenn sie nicht „urwüchsig vor sich hin wuchern“ (Kliche, 2010, S. 134), sondern bewusst gesteuert und weiterentwickelt werden. Regelmäßige Feedbackschleifen zum Stand der Umsetzung können zu einer Verbesserung der Umsetzungsqualität beitragen (Forthman, Wooster, Hill, Homa-Lowry, DesHarnais, 2003). Im Bereich der Gesundheitsförderung wird empfohlen, mindestens 10 % der Mittel für die Evaluation der

Aktivitäten zu verwenden (WHO, 1998). Eine ähnliche Maßgabe wäre auch für den Bereich der Frühen Hilfen sinnvoll.

2.4 Prozessqualität

Selbst theoretisch sorgsam entwickelte Interventionen werden keinen Erfolg haben, wenn keine ausreichende Prozessqualität erreicht wird. Prozessqualität setzt sich aus den Aspekten Programmreichweite, Programmtreue und Teilnahmezufriedenheit zusammen.

Programmreichweite. Hierbei steht die Frage im Vordergrund, ob und in welchem Ausmaß die Zielgruppe erreicht wird, was als Verhältnis zwischen erreichten Familien und zugangsberechtigten Familien definierbar ist. Daraus ergeben sich wichtige Informationen darüber, inwieweit eine Frühe Hilfe den tatsächlichen Bedarf deckt und von der Zielgruppe angenommen wird. Obwohl Frühe Hilfen gern mit dem programmatischen Anspruch auftreten, keinen durch das Netz fallen zu lassen, existiert bisher wenig systematische Forschung zur Frage der Programmreichweite und zu den Gründen, warum Familien auf eine Teilnahme verzichten. Erschwert wird die Erforschung der Programmreichweite dadurch, dass die genaue Bestimmung der zugangsberechtigten Familien bei einer Zielgruppendefinition anhand der Schwere der Belastung oder verschiedenen Risikofaktoren anhand offizieller Statistiken oft nicht möglich ist. Bei der Exploration der Gründe für die Nicht-Teilnahme kommt hinzu, dass nicht erreichte Familien auch für Befragungen schwer zu erreichen sind.

Programmtreue. Unter diesem Begriff werden zum Teil recht unterschiedliche Indikatoren und Konzepte zusammengefasst (siehe z. B. Durlak u. DuPre, 2008). Im Zentrum steht dabei die Frage, ob eine Intervention den Vorgaben entsprechend umgesetzt wird. Unterscheiden lassen sich Indikatoren, die die Quantität der Programmumsetzung (z. B. Anzahl der durchgeführten Besuche) in einem Ist-Soll-Vergleich erfassen, und Indikatoren für die Qualität der Umsetzung (z. B. Gesprächsführungstechniken oder Beratungskompetenz). Erstere sind meist einfacher zu messen, letztere werden dagegen für die Programmwirkung als bedeutsamer angesehen (Mowbray, Holter, Teague, Bybee, 2003).

Die bisherigen Forschungsbefunde legen nahe, dass eine höhere Programmtreue in der Regel auch zu einer größeren Wirksamkeit der Intervention führt. In einer Metaanalyse zu präventiven Interventionen kommen Durlak und DuPre (2008) zu dem Schluss, dass sich die mittleren Effektstärken bei einer hohen Programmtreue verdoppeln oder verdreifachen. Dabei ist eine Programmtreue von 100 % in der Praxis nicht zu erwarten, vielmehr sind positive Effekte bereits ab einer Programmtreue von 60 % erkennbar. Nur wenige präventive Interventionen erreichten ein Niveau von mehr als 80 %.

Im Spannungsfeld zwischen Programmtreue und situativer Anpassung an den Kontext zeigen Blakely et al. (1987), dass eine Programmmodifikation dann positive Effekte auf die Wirksamkeit hat, wenn neue Elemente hinzugefügt werden. Das Weglassen von Programmelementen wirkt sich dagegen in der Regel negativ auf die Effekte aus.

Teilnehmerengagement und -zufriedenheit. Der Einbezug der teilnehmenden Familien in die Prozessbewertung gehört mittlerweile zum Standardrepertoire der Prozessqualität. Da quantitative Zufriedenheitsbefragungen häufig positiv verzerrt sind, erfüllen sie oft eher eine legitimierende Funktion für die Außendarstellung. Dennoch sind die Erfolge zumeist in den zufriedenen und engagierten Familien größer (Korfmacher et al., 2008). Insgesamt scheinen für die kritisch-konstruktive Weiterentwicklung der Teilnehmerbefragungen qualitativ-partizipatorische Methoden geeigneter zu sein. Einzubeziehen wären hier auch nicht erreichte Familien und Familien, welche die Intervention vorzeitig beendet haben. Gerade vorzeitige Teilnahmebeendigungen stellen eine substanzielle Herausforderung für die aufsuchenden Hilfen dar. Gomby (2005) berichtet eine mittlere Ausfallrate von 50 %.

Ergebnisqualität. Entsprechend der obigen Unterteilung in Leit-, Mittler- und Detailziele lassen sich bei der Ergebnisqualität Impacts, Outcomes und Outputs unterscheiden.

- *Impacts* beziehen sich auf die Leitziele und somit auf die Erreichung übergeordneter Ziele, wie beispielsweise die Reduzierung von Fällen von Vernachlässigung und Misshandlung oder Verringerung der Rate von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen.
- *Outcomes* beziehen sich auf die Mittlerziele und geben Hinweise auf die Wirksamkeit der Intervention, wie z. B. Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion oder Erhöhung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.
- *Outputs* beziehen sich dabei auf zu erreichende Detailziele der Prozessumsetzung, wie z. B. eine bestimmte Anzahl an erreichten Familien, umgesetzte Interventionseinheiten oder konkrete Netzwerkkontakte.

In Evidenzhierarchien der Präventionsforschung stehen der Wirksamkeitsnachweis und dessen methodische Qualität in der Regel im Fokus (siehe Flay et al., 2005). Bisherige Evaluationen zu Frühen Hilfen in Deutschland beschränken sich häufig auf die Beschreibung der Outputs. Zum Teil werden auch Vorher-Nachher-Vergleiche angestellt, oft jedoch ohne Kontrollgruppe oder mit einer Kontrollgruppe ohne Randomisierung. Von einer Evidenzbasierung der Frühen Hilfen in Deutschland kann daher noch nicht gesprochen werden. In Anbetracht der internationalen metaanalytischen Befunde kann nicht gefolgert werden, dass alle Programme Früher Hilfen wirken. Mehr methodisch hochwertige Wirksamkeitsstudien zu einzelnen Konzepten Früher Hilfen sind notwendig.

3 Fazit

Qualitätssicherung in der Planung und Umsetzung von Frühen Hilfen ist ein vielschichtiges Unterfangen. Die beschriebenen Qualitätsaspekte mögen als Leitfaden für die Entwicklung neuer oder zur Qualitätsüberprüfung bestehender Angebote

in den Frühen Hilfen dienen. Nicht alle Aspekte sind allerdings für jede Intervention oder jeden Kontext von gleicher Bedeutung. Zudem lassen sich zum Teil kaum Maßgaben finden, die in einzelnen Bereichen Qualität oder Effektivität sicherstellen. Im Bereich der Strukturqualität lässt sich beispielsweise argumentieren, dass eher das Zusammenspiel und die Flexibilität einzelner Elemente den langfristigen Implementationserfolg sichert als die Fixierung von Standards, wie beispielsweise eine bestimmte Profession in der Personalauswahl. Mit Blick auf die Konzept- und Prozessqualität lässt sich jedoch festhalten, dass eine konsequente theoretische Fundierung und eine hohe Programmtreue in der Regel zu einer größeren Effektivität führen. Insbesondere die begründete Konzeptentwicklung erfordert viel Forschungs- und Entwicklungsarbeit sowie eine enge Kooperation zwischen Forschung und Praxis.

Scheinbar im Widerspruch zu der Anforderung nach einer möglichst programmgetreuen Umsetzung stehen die Forderungen nach systematischer Partizipation der Zielgruppe und der weiteren lokalen Akteure sowie der Anpassung der Intervention an den jeweiligen Kontext, welche ebenfalls wichtige Qualitätsaspekte sind. Gelöst werden kann dieser Widerspruch, indem Kernkomponenten der Intervention festgelegt werden, die zugleich den Bereich des Veränderbaren definieren. Allerdings liegen gerade für diesen Bereich bisher wenig gesicherte Erkenntnisse vor.

Die Wirksamkeits- und Qualitätsforschung zu Frühen Hilfen steht in Deutschland noch am Anfang. Die internationale Forschung legt allerdings nahe, nicht davon auszugehen, dass alle Angebote in gleichem Maße wirksam sind. Vielmehr wäre eine externe und unabhängige Einschätzung vorliegender Angebote Früher Hilfen anhand der vorgestellten Qualitätsdimensionen wünschenswert, um Optimierungsbedarfe zu erkennen und die bestehenden Programme Früher Hilfen systematisch weiterzuentwickeln. Damit den Familien die optimale Unterstützung zuteilwird und auch im intendierten Ausmaß genutzt werden kann, sollte der Ausbau und die Regelimplementierung der Frühen Hilfen in Deutschland von einer intensiven Qualitätsentwicklung begleitet werden, die auf den bisher gemachten Erfahrungen aufbaut.

Literatur

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bauer, U. (2006). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgswissenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 151-162.
- Beywl, W., Schepp-Winter, E. (1999). *Zielfindung und Zielklärung – ein Leitfaden*. Bonn: BMFSFJ.
- Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F., Corso, P., Schofield, A., Briss, P. A. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 11-39.
- Brand, T., Jungmann, T. (Hrsg.). (im Druck). *Kinder schützen, Familien stärken – Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung*. Weinheim und München: Juventa.
- BZgA. (2001). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Durlak, J. A., DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28, 291-307.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute (No. 231).
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Moscicki, E., Schinke, S., Valentine, J. C., Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-174.
- Forthman, M. T., Wooster, L. D., Hill, W. C., Homa-Lowry, J. M., DesHarnais, S. I. (2003). Insights into successful change management: Empirically supported techniques for improving medical practice patterns. *American Journal of Medical Quality*, 18, 181-189.
- Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents*. Washington D.C.: Committee for Economic Development.
- Gomby, D. S. (2007). The promise and limitations of home visiting: Implementing effective programs. *Child Abuse & Neglect*, 31, 793-799.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629.
- Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the “universal versus targeted” debate. A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect*, 23, 863-890.

- Hebbeler, K. M., Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: a qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
- Kindler, H. (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In T. Meysen, L. Schönecker, H. Kindler (Hrsg.), *Frühe Hilfen im Kinderschutz* (S. 173-211). Weinheim: Juventa.
- Kliche, T. (2010). Wie bekomme ich neue Ansätze in die Praxis? Erfolgsfaktoren für die Verbreitung, Einführung und Verstetigung von Innovationen. In S. Friedrich T. Möbius (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Ansätze der Sozialen Arbeit* (S. 173-232). Wiebaden: VS.
- Korfmacher, J., Green, B., Staerke, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., Faldowski, R., Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum*, 37, 171-196.
- Love, J. M., Eliason Kisker, E., Ross, C., Constantine, J., Boller, K., Chazan-Cohen, R., Brady-Smith, C., Sidle Fuligni, A., Raikes, H., Brooks-Gunn, J., Banks Tarullo, L., Schochet, P. Z., Paulsell, D., Vogel, C. (2005). The effectiveness of Early Head Start for 3-year-old children and their parents: Lessons for policy and programs. *Developmental Psychology*, 41, 885-901.
- McGuigan, W., Katzev, A., Pratt, C. (2003). Multi-level determinants for retention in a home-visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 30, 363-380.
- McNaughton, D. B. (2004). Nurse home visits to maternal-child clients: A review of intervention research. *Public Health Nursing*, 21, 207-219.
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, 24, 315-340.
- Nievar, M. A., Van Egeren, L. A., Pollard, S. (2010). A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*, 31, 499-520.
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., Ng, R. K., Sheff, K. L., Korfmacher, J., Hiatt, S., Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110, 486-496.
- Otto, H.-U., Ziegler, H. (2008). The notion of causal impact in evidence-based social work: An introduction to the special issue on What Works? *Research on Social Work Practice*, 18, 273-277.
- Pressman, J., Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. Berkeley: University of California Press.
- Segal, L., Opie, R. S., Dalziel, K. (2012). Theory! The missing link in understanding the performance of neonate/infant home-visiting programs to prevent child maltreatment: A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 90, 47-106.
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 106-115.
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., Linkh, D. (2006). Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. *The Journal of Primary Prevention*, 27, 599-617.
- Suess, G. J., Mali, A., Bohlen, U. (2010). Einfluss des Bindungshintergrunds der HelferInnen auf Effekte der Intervention – Erste Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Praxisforschungsprojekt „Wie Elternschaft gelingt (WiEge)“. In I. Renner, A. Sann (Hrsg.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen* (S. 147-162). Köln: NZFH.

- Sweet, M. A., Applebaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
- Unger, H. v., Block, M., Wright, M. T. (2008). Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege (ZiWi-Methode). Verfügbar unter <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/ziwi-methode.html> (Zugriff: 08.08.2012)
- WHO. (1998). Health promotion evaluation: Recommendations to policy-makers. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yoo, J., Brooks, D., Patti, R. (2007). Organizational constructs as predictors of effectiveness in child welfare interventions. *Child Welfare*, 86, 53-78.

Korrespondenzanschriften:

Prof. Dr. Tanja Jungmann, Universität Rostock, Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation (ISER), August-Bebel-Str. 28, 18051 Rostock;
E-Mail: tanja.jungmann@uni-rostock.de
Tilman Brand, BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung GmbH, Achterstraße 30, 28359 Bremen; E-Mail: brand@bips.uni-bremen.de