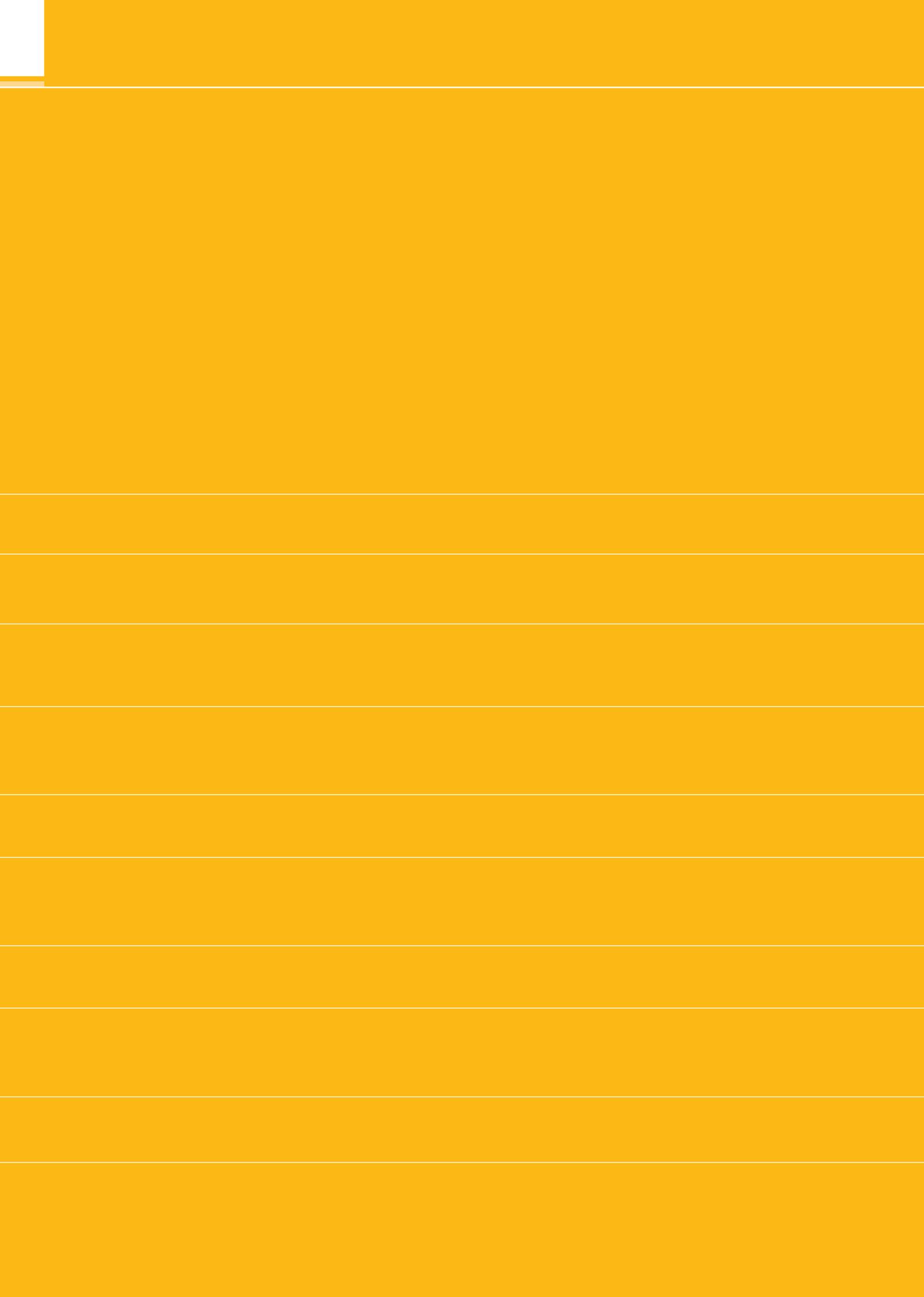


Datenreport Frühe Hilfen

AUSGABE 2013



Inhalt

Vorwort	5
HEINZ KINDLER UND ANNE KATRIN KÜNSTER Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland	8
ILONA RENNER UND ALEXANDRA SANN Frühe Hilfen: Die Prävalenz des Bedarfs	14
GABRIELE ELLSÄSSER, MATTHIAS ALBRECHT UND GABRIELE TROST-BRINKHUES Unfallprävention bei kleinen Kindern – ein Thema für Frühe Hilfen? – Daten zu Unfällen in Deutschland, Einflussfaktoren und wirksame Aufklärung von Eltern	17
HEIDRUN THAISS UND SUSANN BURCHARDT Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld zwischen Kinderschutz und Gesundheitsförderung	28
ALEXANDRA SANN UND ERNST-UWE KÜSTER Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen	36
JENS POTHMANN UND SANDRA FENDRICH Vermessen – Leistungsspektrum der erzieherischen Hilfen und der Inobhutnahmen als Reaktionen auf Gefährdungslagen	46
UTE LANGE Newcomer oder Coming back – Familienhebammen in der Kinder- und Jugendhilfe	56
SANDRA FENDRICH UND JENS POTHMANN Wie viel Kinderschutz steckt in der Beratung? Die Bedeutung des staatlichen Wächteramtes für die Gruppe der kleinen Kinder in der Erziehungsberatung	62
Angaben zu den Autorinnen und Autoren	72
Publikationen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen	74
Impressum	75

SANDRA FENDRICH, JENS POTHMANN UND ALEXANDRA SANN

Vorwort

Das möglichst gesunde und gewaltfreie Aufwachsen von Kindern (und Jugendlichen) wird heute verstärkt nicht allein als private, sondern auch als gesellschaftliche Aufgabe verstanden. Öffentliche Verantwortung soll und muss insbesondere da übernommen werden, wo Müttern und Vätern nicht die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen, um für ihre Kinder gut sorgen zu können. Vor allem Säuglinge und Kleinkinder sind in erhöhtem Maße verletzlich und daher schutzbedürftig. Hier kann insbesondere eine mangelnde Versorgung, aber auch eine unzureichende Förderung rasch gravierende Folgen für ihre Entwicklung nach sich ziehen.

Auch Eltern benötigen in der Zeit des Übergangs zur Elternschaft und der Anpassung an das Leben mit einem Baby viel Rückhalt und Unterstützung – und das aus dem privaten Umfeld ebenso wie durch öffentlich organisierte und oftmals professionelle Hilfeangebote. Zusammen mit dem durch zahlreiche wissenschaftliche Befunde gestützten Wissen um die zentrale Bedeutung der frühen Jahre für die Entwicklungs- und Teilhabechancen der Heranwachsenden haben diese Einsichten zu einer Neuorientierung und

Fokussierung der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik in Richtung frühzeitiger Förderung und Prävention geführt. Dies findet seit dem Jahr 2001 Ausdruck in zahlreichen kommunalen wie landespolitischen Maßnahmen und Programmen und seit 2006 auch in Bundesprogrammen zu Frühen Hilfen. Dieses mündete 2012 in eine bundesweite und perspektivisch auf Dauer angelegte Förderung von Netzwerken und Familienhebammen sowie ehrenamtlichen Unterstützungsstrukturen (Bundeskinderschutzgesetz Artikel 1 KKG § 3: Bundesinitiative Frühe Hilfen).

Die Kinder- und Jugendhilfe wird darin als steuernder Akteur lokaler Prozesse zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen für (werdende) Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern benannt; sie kann diese Aufgabe jedoch nicht alleine schultern. Für dieses ambitionierte Vorhaben bedarf es kooperativer Strukturen und Allianzen vieler unterschiedlicher Institutionen und Leistungssysteme. Das Gesundheitswesen, die Schwangerschaftsberatungsstellen, die Frühförderung und auch die Agenturen des Bildungs- und Erziehungswesens werden mehr und mehr gefordert, sich an multiprofession-

nellen Netzwerken zu beteiligen, um eine koordinierte und bedarfsgerechte Versorgung von Familien, insbesondere solchen mit (hohen) psychosozialen Belastungen, zu organisieren.

Mit passenden Unterstützungs- und Hilfeangeboten, wie beispielsweise von Familienhebammen, werden Eltern in ihren Be- und Erziehungskompetenzen gestärkt und die altersgemäße Entwicklung ihrer Kinder gefördert. Auf diese Weise sollen Überforderungssituationen und damit möglichen Gefährdungen des Kindeswohls vorgebeugt werden. Frühe Hilfen sind damit Ausdruck eines erweiterten Verständnisses von Kinderschutz, das Befähigung und Förderung gleichwertig neben das notwendige Eingreifen in Familien bei einer manifesten oder auch drohenden Kindeswohlgefährdung setzt. Dies wird aktuell im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen durch einen systematischen Ausbau kommunaler Infrastruktur umgesetzt. Ziel ist ein flächendeckendes, bedarfsgerechtes Angebot an unterstützenden Strukturen und individuellen Hilfen für Familien mit Kindern unter drei Jahren.

Doch wie hoch ist eigentlich der Bedarf? Welche und wie viele Familien

brauchen eine intensivere öffentliche Unterstützung? Wie groß ist die Reichweite der momentan bestehenden Angebote, und reicht diese aus, um den Bedarf zu decken? Wie ist der Ausbaustand bei den Netzwerken, und tragen diese tatsächlich dazu bei, dass Familien rasch den Weg zu den passenden Hilfen finden? Gelingt es mit diesen Hilfen, Kinder vor Vernachlässigung und Misshandlung zu bewahren und ihre Lebenschancen zu verbessern? Diese und weitere Fragen müssen beantwortet werden, um den Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zielgerichtet im Feld und im politischen Raum vorantreiben zu können.

Die momentane Datenlage sowohl zu den Belastungen von Familien als auch zu den Netzwerken und Angeboten Früher Hilfen ist allerdings mehr als unbefriedigend. Instrumente für umfassende, einheitliche und regelmäßige empirische Beobachtungen auf kommunaler wie auf Landes- und Bundesebene existieren bislang nur in Ansätzen. Alles in allem gleicht die Datenlage eher einem Flickenteppich als einem soliden Fundament. Dies ist sicher auch der hohen Dynamik in diesem relativ jungen Arbeitsfeld geschuldet. Dennoch kann es perspektivisch nicht dabei bleiben. Erste Schritte zur Systematisierung der Datenerhebung werden im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen vorgenommen. Dabei wirken alle Länder und partizipierenden Kommunen an der wissenschaftlichen Begleitung mit, um den Strukturaufbau und die Entwicklung der Strukturqualität vor Ort im Bereich Frühe Hilfen zu dokumentieren und zu evaluieren.

Die vorliegende gemeinsame Publikation der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJ^{Stat}) und des Na-

tionalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) versteht sich als ein Beitrag für eine solche notwendige empirische Vermessung. Weit davon entfernt, bereits systematisch und umfassend das Feld datengestützt und beleuchten zu können, umfasst sie Beiträge von Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen Arbeitskontexten, die jeweils spezifische Einblicke mit unterschiedlichen empirischen Zugängen gewähren. Die Artikel bewegen sich dabei zwischen einer Bestandsaufnahme, einer Bilanzierung vorliegender Erkenntnisse und Perspektiven für eine Verbesserung der Datenlage. Hierzu wird die Publikation zunächst in einem ersten Teil die Daten zu den Belastungslagen von Familien und anschließend in einem zweiten Teil zu den Frühen Hilfen in den Blick nehmen.

Den Aufschlag im ersten Teil zu den Belastungslagen machen *Heinz Kindler vom Deutschen Jugendinstitut und Anne Katrin Künster vom Universitätsklinikum Ulm*. Sie fokussieren „riskante Lebenslagen“ für das Aufwachsen von Säuglingen und Kleinkindern und nehmen dabei insbesondere die spezifischen familiären Belastungsmerkmale in den Blick, die als Prädiktoren von möglichen späteren Gefährdungen des Kindeswohls gelten. Dabei wird auf entsprechende Daten aus internationalen Erhebungen verwiesen – nicht zuletzt auch deshalb, weil solche Daten für Deutschland derzeit (noch) fehlen. Unmittelbar anschlussfähig hieran ist der Beitrag von *Ilona Renner und Alexandra Sann vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Ihr Ausgangspunkt ist eben diese Beobachtung, dass es für Deutschland keine verlässlichen, repräsentativen Daten über das gesamte Ausmaß von Belastungslagen und -konstellationen in

Familien mit Säuglingen und Kleinkindern gibt. Darauf aufbauend skizzieren sie Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine Studie zur Prävalenz von Belastungen in und zur Versorgung von Familien mit Angeboten Früher Hilfen.

Der Beitrag von *Gabriele Ellsäßer vom Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg sowie Matthias Albrecht, ehemaliger Direktor der Kinderchirurgischen Klinik Dortmund und Sprecher des Runden Tisches Prävention von Kinderunfällen in Dortmund, und Gabriele Trost-Brinkhues vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Aachen* konzentrieren sich auf Ergebnisse zur Häufigkeit von Kinderunfällen vor dem Hintergrund soziodemografischer Merkmale der Kinder. Dabei werden sowohl interessante Zusammenhänge als auch Ansätze zur Prävention aufgezeigt. Der Artikel von *Heidrun Thaiss sowie Susanne Burchardt vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein* schließt diesen ersten Teil ab. In diesem Beitrag werden am Beispiel des Landes Schleswig-Holstein erste Befunde einer Evaluation des verbindlichen Einladewesens für die U-Untersuchungen vorgestellt und ihre Bedeutung sowohl für den Kinderschutz als auch für die gesundheitliche Versorgung kleiner Kinder kritisch diskutiert.

Der zweite Teil der Publikation befasst sich mit der Angebotsseite im Feld der Frühen Hilfen und beginnt mit einem Beitrag von *Alexandra Sann und Ernst-Uwe Küster vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Sie fassen zentrale Ergebnisse der beiden ersten Bestandsaufnahmen des NZFH zu den Entwicklungen der Praxis „Früher Hilfen“ zusammen

und zeigen dabei sowohl die anhaltende Dynamik als auch die große Heterogenität des Feldes auf. Einblicke in die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik geben *Sandra Fendrich und Jens Pothmann von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik an der Technischen Universität Dortmund*. Auch wenn Frühe Hilfen bislang in diesem Rahmen nicht explizit erfasst werden, lohnt die Perspektive in zweifacher Weise. Einerseits wird die Inanspruchnahme des Leistungsspektrums der Kinder- und Jugendhilfe im Feld der Hilfen zur Erziehung für Kinder in den ersten Lebensjahren – insbesondere bei unter Dreijährigen – betrachtet. Daneben werden aber auch die Kontroll- bzw. Interventionsmaßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe im Fall von möglichen Kindeswohlgefährdungen für diese Altersgruppe dargestellt.

Ute Lange von der Hochschule Osnabrück richtet in ihrem Beitrag die Perspektive auf das Unterstützungs- und Hilfesystem und beschreibt die Herausforderungen, denen eine Gruppe von Fachkräften gegenübersteht, die in den letzten Jahren im Zuge des Ausbaus der Frühen Hilfen stetig an Bedeutung gewonnen hat, nämlich die Familienhebammen. Im anschließenden Beitrag nehmen wiederum *Sandra Fendrich und Jens Pothmann* die Aufgaben und insbesondere die in Anspruch genommenen Leistungen der Erziehungsberatung speziell für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in den Blick. Auf der Grundlage von Ergebnissen der amtlichen Statistik wird der präventive Beratungsauftrag ebenso beleuchtet wie der Schutzauftrag der Erziehungsberatungsstellen.

Sowohl die Herausgeberinnen und Herausgeber als auch die Autorinnen und

Autoren hoffen, dass sich die Datenbasis der Berichterstattung zu den Frühen Hilfen in den nächsten Jahren kontinuierlich verbessern wird. Die geplante Weiterführung der Kooperation der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen bietet dafür gute Voraussetzungen. Ziel ist die Entwicklung bundesweit einheitlicher Indikatoren zur systematischen Erfassung sowohl der Lebenslagen und Bedarfe der Adressatinnen und Adressaten als auch der Leistungen und Netzwerke aufseiten der öffentlichen Hand, damit Kommunen bedarfsgerecht planen und Familien die notwendigen Hilfen bekommen können.

Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland

Einleitung

Die Häufigkeit und die Verteilung von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit, die eine positive Entwicklung und ein Aufwachsen ohne Gefährdung bedrohen können, verdient aus mindestens drei Gründen Interesse:

- Für die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung können entsprechende Zahlen Hinweise auf das Wohlergehen dieser Altersgruppe geben.
- Für die Planung von Unterstützungssystemen und Hilfeangeboten können Daten relevant sein, die auf Hilfebedarfe hindeuten.
- Für Ansatzpunkte und Konzepte von Hilfen kann es interessant sein, Konstellationen und Verknüpfungen zwischen verschiedenen Belastungen bzw. Risikofaktoren zu analysieren.

Im Hintergrund steht das Anliegen, die Leistungsfähigkeit von Gesundheits- und Sozialdiensten nicht mehr vorrangig anhand der Anzahl erbrachter Leistungen, sondern anhand des Verhältnisses zwi-

schen Bedarfen und Leistungen sowie der erzielten Resultate zu beurteilen.

Die nachfolgende Übersicht geht, bezogen auf die frühe Kindheit (0–3 Jahre), zunächst auf Belastungen in Form von **Schwierigkeiten bei der Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben** ein. Diese Punkte setzen direkt beim Entwicklungsverlauf von Kindern an und weisen daher einen unmittelbaren Zusammenhang zu deren Wohlergehen auf. Sie werden erst im Entwicklungsverlauf sichtbar und scheiden daher für eine Erfassung um den Zeitpunkt der Geburt herum weitgehend aus. Im zweiten Schritt werden Befunde zur Häufigkeit eines **Aufwachsens unter ungünstigen bzw. belastenden Umständen** diskutiert. Solche Umstände wirken vorrangig von außen auf die Entwicklung von Kindern ein, manche davon sind erfahrungsnäher (z.B. Gewalterfahrungen), andere kennzeichnen mehr die Gesamtbedingungen (z.B. Armut), unter denen Kinder ihre Erfahrungen machen. Letztere können daher unter Umständen auch schon um

den Zeitpunkt der Geburt herum sichtbar sein. Einige der in diesen Bereich fallenden ungünstigen Umstände weisen einen engen Zusammenhang zum Wohlergehen von Kindern auf (z.B. ein Aufwachsen unter Bedingungen von Gewalt), bei anderen ist der Zusammenhang schwächer und damit der Rückschluss auf das Wohlergehen von Kindern unsicherer. Da ungünstige bzw. belastende Bedingungen vielfach gehäuft im Leben von Kindern bzw. Familien auftreten, werden im dritten Schritt Forschungen zur Häufigkeit **kumulierter Risiken** erörtert. Hier liegen vor allem Studien vor, die die Situation um den Zeitpunkt der Geburt herum beleuchten. Zudem können internationale Befunde referiert werden, die die Vorhersagestärke kumulierter Risiken für das tatsächliche Auftreten früher Vernachlässigung bzw. Misshandlung beschreiben.

Über den gesamten Beitrag hinweg war es notwendig, sehr unterschiedliche Studien zusammenzuziehen, um ein Gesamtbild zu erhalten. Einige relevante

Informationen fehlen aber für Deutschland. Nahezu durchgängig ist dies der Fall, wenn es darum geht, wie viele Kinder bzw. Familien mit bestimmten Belastungen von Hilfen erreicht werden.

Belastung in Form problematischer Bewältigung von Entwicklungsaufgaben

Zu den ersten Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit (0–3 Jahre) zählt der Erwerb grundlegender Formen der physiologischen Selbstregulation (z.B. Wach-Schlaf-Rhythmus, Hunger-Sättigung und Beruhigung nach einer Episode von Kummer). Phänomene wie Schlafprobleme, Fütterprobleme oder exzessives Weinen können als Hinweis auf Schwierigkeiten bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben gesehen werden. Zur Häufigkeit entsprechender Belastungen liegen aus Deutschland mehrere Befragungen von Eltern aus der Allgemeinbevölkerung mit vorab festgelegten Kriterien für die Identifikation von Regulationsstörungen vor. Für den Bereich exzessiven Schreiens ermittelten beispielsweise Wurmser u.a. (2001) mit zufällig gewählten Telefonnummern eine Häufigkeit von etwa 16% der Kinder von 0–3 Monaten, die nach Angaben der Eltern über mehr als drei Wochen an mehr als drei Tagen pro Woche mehr als drei Stunden geweint hatten (vgl. Tab. 1). Mit derselben Methodik fanden von Kries u.a. (2006) bei Kindern zwischen drei und sechs Monaten eine Prävalenz von 5,8% und bei älteren Kindern bis zum vierten Lebensjahr von 2,5% exzessiv schreiender Kinder. Schlafprobleme sanken in derselben Untersuchung in der Häufigkeit, mit der sie berichtet wurden, von 12,9% im ersten Lebensjahr auf 2,5%

im dritten Lebensjahr, während Probleme beim Füttern von 1,4% auf 3,4% zunahmen. Da Regulationsstörungen Eltern und Kinder vielfach sehr belasten und 5-6% der Eltern selbst angeben, das Kind während Episoden exzessiven Schreiens aus Verzweiflung geschüttelt oder geschlagen zu haben (vgl. Reijneveld u.a. 2004), kann an der Berechtigung entsprechender Beratungsangebote kein Zweifel bestehen. Es ist jedoch unbekannt, wie viele betroffene Eltern in Deutschland derzeit von solchen Angeboten erreicht werden.

Eine zweite, relativ umweltstabile und daher jenseits schwerer Behinderungen bzw. Erkrankungen von fast allen Kindern gemeisterte Entwicklungsaufgabe stellt der Aufbau von Bindungsbeziehungen in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres dar. Umweltlabil, da von der Güte und Beständigkeit erfahrener emotionaler Fürsorge abhängig, ist hingegen die Qualität dieser Bindungsbeziehungen, wobei sehr ungünstige Temperamentsmerkmale, beängstigende Erfahrungen mit Bindungspersonen oder ausgeprägte Instabilität in der Fürsorge zu Bindungsdesorganisation führen können. **Bindungsdesorganisation** stellt einen Risikofaktor für spätere Psychopathologie dar und zeichnet sich dadurch aus, dass betroffene Kinder in Belastungssituationen beobachtbar keinen Weg finden, um aus der Anwesenheit ihrer Bezugspersonen emotionale Sicherheit zu ziehen. Im Mittel der vorliegenden deutschen, meist kleineren Untersuchungen wiesen 20% der Kinder zum Zeitpunkt der Erhebung eine desorganisierte Bindungsbeziehung zur Mutter auf (vgl. Gloger-Tippelt u.a. 2000). Da die deutschen Studien Familien aus der Mit-

telschicht überrepräsentieren, dürfte die Quote in der Gesamtbevölkerung noch etwas höher sein. International fanden sich unter sozioökonomischen Belastungen etwa bei 25% der Kinder desorganisierte Bindungsbeziehungen, wobei zusätzliche Probleme weitere Steigerungen bedingen können, im Fall elterlicher Suchtprobleme etwa auf 43% (vgl. van Ijzendoorn u.a. 1999). Inwieweit erkennbare Probleme in Bindungsbeziehungen in Deutschland derzeit erkannt und mit beziehungsorientierten Hilfeangeboten beantwortet werden, ist unbekannt.

Im zweiten und dritten Lebensjahr beginnen Eltern überwiegend mit der Vermittlung sozialer Regeln. Zudem werden in dieser Zeit wichtige Kompetenzen, wie etwa die Sprachfähigkeit, (weiter-)entwickelt. Im Hinblick auf den kompetenten Erwerb sozialer Regeln haben die aus Deutschland bislang vorliegenden repräsentativen Untersuchungen das zweite und dritte Lebensjahr weitgehend ausgespart (vgl. Barkmann/Schulte-Markwort 2012). Jedoch ist bekannt, dass im Kindergartenalter etwa ein Fünftel der Eltern Probleme des Kindes im **Umgang mit Regeln** beklagt (vgl. z.B. Sinzig/Schmidt 2007). Ähnlich stellt sich die Situation im Hinblick auf **Entwicklungsverzögerungen** dar. Auch hier fehlen Angaben zu den ersten drei Lebensjahren. Bei 4–6-jährigen Kindern wird derzeit mit sehr unterschiedlichen Verfahren in den Bundesländern bei 13% bis 53% ein sprachlicher Förderbedarf gesehen (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010). Inwieweit sich hinter diesen Zahlen früh beginnende Entwicklungsverzögerungen und nicht nur Schwierigkeiten beim Erwerb einer Zweitsprache verbergen, ist mangels epidemiologischer Unter-

suchungen und wenig aussagekräftiger Maße (vgl. Kasper u.a. 2011) unbekannt, wobei sich einige vielversprechende Verfahren in der Validierung befinden, mit denen beispielsweise in einer größeren, aber nicht repräsentativen Stichprobe 8% der Zweijährigen über ein Jahr hinweg als sprachlich auffällig identifiziert wurden (vgl. Ullrich/von Suchodoletz 2011). In einigen Industrienationen finden sich insgesamt leicht steigende Zahlen für Kinder mit Beeinträchtigungen in der Entwicklung (vgl. Boyle u.a. 2011). Für Deutschland gibt es Hinweise in diese Richtung (vgl. Caniato u.a. 2011).

Belastung in Form eines Aufwachens unter ungünstigen Umständen

Eine das Bild ergänzende Art der Erhebung fokussiert nicht direkt auf die Bewältigung von Meilensteinen in der frühen Entwicklung von Kindern, sondern auf belastende Umstände des Aufwachens. Eine Fülle an repräsentativen Daten liegt hier insbesondere zu sozial distalen Belastungen vor, also Grobindikatoren zur sozialen Lage von Kindern, wie etwa der Armutsquote. Beispielsweise ergibt sich aus Daten des Sozioökonomischen Panels eine Armutsquote bei Kindern von 0–3 Jahren von etwa 18% (vgl. Grabka/Frick 2010).

Bereits bei der Häufigkeit verschiedener Arten **belastender Lebensereignisse** stehen für Deutschland aber nur mehr bedingt Befunde zur Verfügung, so etwa

zum Anteil der Kinder zwischen 0 und 4 Jahren, die nach Angaben der Eltern im vergangenen Jahr einen oder mehrere Unfälle mit Verletzung erleben mussten (vgl. Kahl u.a. 2007: 15,3% Jungen, 13,6% Mädchen). Für die Häufigkeit einer Trennung der Eltern bei Kindern unter drei Jahren zeigen erste Daten des repräsentativen Beziehungs- und Familienpanels (PAIRFAM), allerdings beschränkt auf die mütterlichen Geburtsjahrgänge 1971–1973, Häufigkeiten von 10% (Ostdeutschland) bzw. 7% (Westdeutschland) der Kinder mit mindestens einer Trennungserfahrung in dieser Altersspanne (vgl. Bastin u.a. 2012). Bezüglich aktueller Gewalt gegen die Mutter liegen größere, aber nicht repräsentative Untersuchungen vor. So erklärten etwa auf einer großen geburtshilflichen Station 4% der Frauen, die in Abwesenheit des Partners angesprochen wurden, Gewalt durch den gegenwärtigen Partner erlebt zu haben (vgl. Stöckl u.a. 2012). Besonders schwer wiegt das Fehlen von Befunden zur Häufigkeit von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch in der frühen Kindheit, wie sie in mehreren anderen Ländern, beispielsweise in den Niederlanden (vgl. Euser u.a. 2010), gesammelt wurden. Allerdings sind für die Kinder- und Jugendhilfe Erhebungen im Rahmen der Jugendhilfestatistik angefallen (vgl. Myers/Pothmann 2012). Im Bereich des Gesundheitswesens waren in einer ostdeutschen Klinikstichprobe 1%

der Verletzungen von Kindern, die einer stationären Behandlung bedurften, misshandlungsbedingt, wobei Säuglinge hiervon einen überproportionalen Anteil von 11% ausmachten (vgl. Geerds u.a. 2010). Im Bereich der Kindertagesbetreuung wurden in einer süddeutschen Stichprobe von Kindergärten bei 11% der Kinder von den Erzieherinnen Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung gesehen (vgl. Künster u.a. 2011).

Im Hinblick auf **chronische und proximale Belastungen**, die die Erfahrungswelt von Kindern unmittelbar und längere Zeit beeinflussen, liegen aus Deutschland repräsentative Informationen über die Häufigkeit von Beeinträchtigungen der psychischen Befindlichkeit von Müttern mit Kindern im Alter von 0–2 Jahren vor, die zu 17% erhöhte Angstwerte und zu 18% erhöhte Depressionswerte berichteten (vgl. Sperlich u.a. 2011). Zur Häufigkeit erheblicher Einschränkungen in der elterlichen Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind oder einem geringen Anregungsgehalt elterlicher Interaktionen fehlen Informationen aus großen Studien mit aussagekräftigen Beobachtungsmaßen. Entsprechende Daten können erstmals für zweijährige Kinder von der „Nationalen Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit“ (Nubbek) erwartet werden. In kleinen Stichproben fanden beispielsweise Eickhorst u.a. (2010) in Risikofamilien nach der Geburt bei 38% der Mütter und

26% der Väter erhebliche Einschränkungen in der Interaktionsqualität, was auf den potenziellen Nutzen beziehungsorientierter Hilfeangebote hindeuten kann. Für belastende Lebensereignisse, wie eher chronisch ungünstige Bedingungen des Aufwachsens, fehlen bislang Erhebungen zu Anteilen betroffener Kinder, die präventiv über Angebote für Eltern erreicht werden bzw. die Entwicklungsbeeinträchtigungen aufbauen und dann Hilfe bzw. Therapie erhalten.

Kumulierte Risiken für frühe Vernachlässigung und Misshandlung um den Zeitpunkt der Geburt herum

Daten zur Häufigkeit, mit der mehrere Belastungen bzw. Risiken vorliegen, wurden bislang vor allem für den Zeitraum um die Geburt herum gesammelt. Solche Befunde sind von Bedeutung, weil betroffene Kinder besonders profitieren können, wenn ihren Eltern bereits zu diesem Zeitpunkt proaktiv Unterstützung und Begleitung angeboten werden. In großen US-amerikanischen Stichproben (vgl. Wu u.a. 2004; Parrish u.a. 2011) wurden Raten von 10% bis 13% der Eltern mit Neugeborenem gefunden, bei denen drei oder mehr Risiken bzw. Belastungen vorlagen, wie etwa fehlende Vorsorgeuntersuchungen, Mutter unter 20 Jahre oder geringes Geburtsgewicht des Kindes.

Für Deutschland sind aufgrund eines besser ausgebauten Sozialsystems gerin-

TABELLE 1: PRÄVALENZ VERSCHIEDENER BELASTUNGEN UND RISIKEN IN DER FRÜHEN KINDHEIT

	%	Quelle
Probleme mit Entwicklungsaufgaben		
- Regulationsstörung Weinen	2,5–16%	Wurmser u.a.2001; von Kries u.a. 2006
- Regulationsstörung Schlafen	19%	von Kries u.a. 2006
- Regulationsstörung Füttern	13%	von Kries u.a. 2006
- Bindungsdesorganisation	20%	Gloger-Tippelt u.a. 2001
- Probleme mit sozialen Regeln	–	
- Entwicklungsverzögerung	8% (Sprache)	Ullrich/von Suchodeletz 2011
Belastende Umstände des Aufwachsens		
- Relative Armut	18%	Grabka/Frick 2010
- Unfall mit Verletzung	15% (Jungen) 14% (Mädchen)	Kahl u.a. 2007
- Trennung der Eltern	7% (Westdeutschland) 10% (Ostdeutschland)	Bastin u.a. 2012
- Gewalt gegen Mutter	4%	Stöckl u.a. 2012
- Misshandlung, Vernachlässigung, Sexueller Missbrauch	–	
- Erhöhte Angst Mutter	17%	Sperlich u.a. 2011
- Erhöhte Depressivität Mutter	18%	
- Geringe Feinfühligkeit, Anregung	–	

TABELLE 2: RISIKEN UND BELASTUNGEN ZUM ZEITPUNKT DER GEBURT IM ORTENAU-LANDKREIS

Bereich	%
Mindestens eine soziale Belastung	18%
- Soziale/sprachliche Isolation*	4%
- Rasche Schwangerschaftsfolge	4%
- Nikotinkonsum \geq 20 Zigaretten pro Tag	3%
- Alleinerziehend	3%
- Unerwünschte Schwangerschaft	2%
Mehrere fehlende Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	1%
Drohende Überlastung wg. erhöhter Fürsorgeanforderungen beim Kind	4%
Beobachtbare Schwierigkeiten bei Annahme des Kindes	2%
Geäußerte Angst vor Zukunft oder Ablehnung durch Kind	1%

* Aufgeführt werden die fünf am häufigsten angegebenen sozialen Belastungen aus einer Liste mit 20 Faktoren.
Quelle: Ziegenhain u.a. 2011

gere Raten mehrfach belasteter Familien zu erwarten. Zu den tatsächlichen Häufigkeiten liegen auf Bundesebene jedoch noch keine Befunde vor. Allerdings haben an mehreren Orten Geburtskliniken Screening-Systeme etabliert, die sicherstellen sollen, dass multipel belasteten Familien Unterstützung angeboten wird. Aus solchen Projekten hervorgehende Befunde erlauben erste Schätzungen. Beispielsweise existiert ein solches System in allen sechs Geburtskliniken im Ortenau-Landkreis, wobei hier der Anhaltsbogen (vgl. Meysen u.a. 2009) als Verfahren eingesetzt wurde. Bei insgesamt mehr als 1.500 einbezogenen Geburten aus dem zweiten Halbjahr 2010 zeigten sich bei 8% der Geburten mindestens zwei und bei 4% drei oder mehr Belastungen (vgl. Ziegenhain u.a. 2011) (vgl. Tab. 2).

Unbekannt ist bislang, wie viele der Familien mit mehreren, bereits um die Geburt herum erkennbaren Belastungen in Frühe Hilfen vermittelt werden können. Mehrere Befunde deuten darauf hin, dass von außen erkennbare Belastungen und subjektives Belastungsempfinden der Eltern nur mäßig miteinander korrelieren (Besier u.a., 2012). Für die Entwicklung Früher Hilfen wird es daher wichtig sein zu untersuchen, inwieweit Familien mit multiplen Risiken, aber ohne Belastungswahrnehmung eine besondere Risikogruppe darstellen und welche Erfolge unterschiedliche Ansätze Früher Hilfen bei verschiedenen Profilen von Risiken und Belastungswahrnehmungen haben können.

Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung: Bildung in Deutschland 2010, Bielefeld 2010.
- Barkmann, C./Schulte-Markwort, M.: Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012, Heft 66, S. 194-203.
- Bastin, S./Keyenfeld, M./Schnor, C.: Diversität von Familienformen in Ost- und Westdeutschland. Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Arbeitspapier 1, 2012.
- Besier, T./Pillhofer, M./Botzenhart, S./Ziegenhain, U./Kindler, H./Spangler, G./Bovenschen, I./Gabler, S./Künster, A. K.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Risikoscreening in der Geburtshilfe, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 2012, S. 397-402.
- Boyle, C./Boulet, S./Schieve, L./Cohen, R./Blumberg, S./Yeargin-Allsopp, M./Visser, S./Kogan, M.: Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008, in: *Pediatrics*, 2011, Heft 127, S. 1034-1042.
- Caniato, R./Stich, H./Baune, B.: Increasing prevalence of motor impairments in preschool children from 1997-2009: results of the Bavarian pre-school morbidity survey, in: *Educational Research*, 2011, Heft 2, S. 1409-1416.
- Eickhorst, A./Schweyer, D./Köhler, H./Jelen-Mauboussin, A./Kunz, H./Sidor, A./Cierpka, M.: Elterliche Feinfühligkeit bei Müttern und Vätern mit psychosozialen Belastungen, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 2010, Heft 53, S. 1126-1133.
- Euser, E./van IJzendoorn, M./Prinz, P./Bakermans-Kranenburg, M.: The prevalence of child maltreatment in the Netherlands, in: *Child Maltreatment*, 2010, Heft 15, S. 5-17.
- Geerds, L./Ellsäßer, G./Führer, S./Erler, T.: Miss-handlungen und Gewalt als Verletzungsursachen im Kindesalter, in: *Unfallchirurg*, 2010, Heft 113, S. 568-572.
- Gloger-Tippelt, G./Vetter, J./Rauh, H.: Untersuchungen mit der „Fremden Situation“ in deutschsprachigen Ländern: Ein Überblick, in: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 2000, Heft 47, S. 87-98.
- Grabka, M./Frick, J.: Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen, in: *DIW-Wochenbericht*, 2010, Heft 7, S. 2-11.
- Kahl, H./Dortschy, R./Ellsäßer, G.: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS), in: *Bundesgesundheitsblatt*, 2007, Heft 50, S. 718-727.
- Kasper, J./Kreis, J./Scheibler, F./Möller, D./Skipka, G./Lange, S./von dem Knesebeck, O.: Population-Based Screening of Children for Specific Speech and Language Impairment in Germany: A Systematic Review, in: *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 2011, Heft 63, S. 247-263.
- Künster, A. K./Besier, T./Ziegenhain, U./Kindler, H./Fischer, D./Thurn, L.: Risikoepidemiologie und Kinderschutzstatistik in der frühen Kindheit – eine Pilotuntersuchung in Süddeutschland. Vortrag auf der 20. Fachgruppentagung Entwicklungspsychologie der DGP, 12.-14.09.2011 in Erfurt.
- Meysen, T./Schönecker, L./Kindler H.: Frühe Hilfen im Kinderschutz, Weinheim und München 2009.
- Myers, L./Pothmann, J.: Kinderschutz kommunal. Empirische Befunde zu Gefährdungseinschätzungen von Jugendämtern, in: *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 2012, Heft 1, S. 20-25.
- Parrish, J./Young, M./Perham-Hester, K./Gessner, B.: Identifying Risk Factors for Child Maltreatment in Alaska. A Population-Based Approach, in: *American Journal of Preventive Medicine*, 2011, Heft 40, S. 666-673.
- Reijneveld, S./de Meer, G./Wiefferink, C./Crone, M.: Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses, in: *BMC Public Health*, 2008, Heft 8, S. 124.
- Reijneveld, S./van der Wal, M./Brugman, E./Sing, A./Verloove-Vanhorick, S.: Infant crying and abuse, in: *Lancet*, 2004, Heft 364, S. 1340-1342.
- Sinzig, J./Schmidt, M. H.: Verhaltensstörungen im Kindergartenalter, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2007, Heft 155, S. 915-920.
- Sperlich, S./Arnhold-Kerri, S./Geyer, S.: Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 2011, Heft 54, S. 735-744.
- Stöckl, H./Hertlein, L./Himsl, I./Delius, M./Hasbargen, U./Friese, K./Stöckl, D.: Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning, in: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012, Heft 91, S. 128-133.
- Ullrich, K./von Suchodoletz, W.: Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen, in: *HNO*, 2011, Heft 59, S. 55-60.
- van IJzendoorn, M./Schuengel, C./Bakermans-Kranenburg, M.: Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae, in: *Development and Psychopathology*, 1999, Heft 11, S. 225-249.
- von Kries, R./Kalies, H./Papousek, M.: Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems, in: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006, Heft 160, S. 508-511.
- Wu, S./Ma, C.-X./Carter, R./Ariet, M./Feaver, E./Resnick, M./Roth, J.: Risk factors for infant maltreatment: A population-based study, in: *Child Abuse & Neglect*, 2004, Heft 28, S. 1253-1264.
- Wurmser, H./Laubereau, B./Hermann, M./Papousek, M./von Kries, R.: Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age, in: *Early Human Development*, 2001, Heft 64, S. 1-6.
- Ziegenhain, U./Thurn, L./Künster, A. K./Besier, T./Roudil d'Ajoux, V./Böttinger, U./Fegert, J./Renner, I./Kindler, H.: Frühe Risiken für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung – eine Untersuchung in Geburtskliniken des Ortenaukreises, in: *Das Jugendumt*, 2011, Heft 84, S. 377-382.

Frühe Hilfen: Die Prävalenz des Bedarfs

Für Deutschland gibt es derzeit keine verlässlichen, repräsentativen Daten über das gesamte Ausmaß von Kindesvernachlässigung und Misshandlung in der frühen Kindheit. Erst Recht werden keine bundesweiten Statistiken über die Prävalenz von Hilfebedarfen bzw. die Verbreitung von belasteten Lebenslagen, die einen Bedarf an Frühen Hilfen anzeigen, geführt. Auch die Verbreitung und Nutzung solcher Angebote wird (noch) nicht systematisch erfasst. Dieses Wissen wäre aber eine zwingende Voraussetzung dafür, Angebote der Frühen Hilfen in Deutschland weiter zielgerichtet und passgenau auf- und ausbauen zu können.¹ Eine bundesweit repräsentative Studie, in der grundlegende Erkenntnisse zum Hilfebedarf und zu psychosozialen Belastungen junger Familien sowie zum Inanspruchnahmeverhalten gewonnen werden, wäre eine Möglichkeit, die Wissenslücken zu schließen.

Doch welche Voraussetzungen müssten für eine solche Untersuchung erfüllt werden? Welche Rahmenbedingungen werden benötigt? Hierauf wird im Folgenden näher eingegangen, indem erstens das Ziel der geplanten Studie, nämlich die Erhebung des Bedarfs an Frühen

Hilfen, formuliert wird (a). Zweitens wird kurz auf die Grundgesamtheit einer solchen Untersuchung eingegangen (b). Drittens werden einige Überlegungen zu den Anforderungen an ein geeignetes Untersuchungsdesign skizziert, das die Prävalenz elterlicher Belastungen und den Bedarf an Frühen Hilfen zuverlässig erheben kann (c). In einem abschließenden Ausblick wird noch einmal auf die grundsätzliche Bedeutung einer solchen Studie hingewiesen (d).

(a) Ziel der Studie: Erhebung des Bedarfs an Frühen Hilfen

Frühe Hilfen sind präventive Hilfeangebote für Eltern und Kinder. Die Angebote unterstützen Eltern ab der Schwangerschaft mit einem Schwerpunkt auf Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren.² Ziel der Frühen Hilfe ist zum einen die Förderung einer gesunden Entfaltung kindlicher Fähigkeiten und Entwicklungschancen, zum anderen die Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung. Frühe Hilfen erreichen diese Ziele, indem innerhalb eines vernetzten Hilfesystems auf unterschiedliche Art und Weise – je nach spezifischem Unterstützungsbedarf – in

den Familien basale Elternkompetenzen entwickelt und gefördert werden.

Familien unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Art und Ausprägung von Belastungen, wie zum Beispiel Armut, soziale Isolation, psychische Krankheit, als auch mit Blick auf ihre Bewältigungsressourcen (vgl. auch Kindler/Künster i.d.H.). Die Angebote der Frühen Hilfen richten sich im Kern an Eltern, deren Belastungen so ausgeprägt sind, dass sie die Bewältigungsressourcen der Familie immer wieder zu übersteigen drohen. In diesem Fall kann eine rechtzeitige und passgenaue Unterstützung der Familie dazu beitragen, dass Kinder in einer entwicklungsförderlichen familiären Umwelt aufwachsen und Vernachlässigung und Misshandlung vermieden werden.

Frühe Hilfen verstehen sich also nicht in erster Linie als Angebote der primären Prävention. Sie sind auch keine Maßnahmen zur Abwendung einer akuten Gefährdung des Kindeswohls: Sind die Belastungen so ausgeprägt, dass sie von der Familie dauerhaft nicht bewältigt werden können und zur Gefährdung des Kindeswohls führen, müssen staatliche Kinderschutzmaßnahmen in Erwägung gezogen werden.³

Die Studie zur Prävalenz des Bedarfs an Frühen Hilfen soll sich aus diesen Gründen auf die Erhebung von familiären Belastungen in unterschiedlichen Ausprägungsgraden und Konstellationen sowie die in den Familien vorhandenen Bewältigungsressourcen konzentrieren.

(b) Grundgesamtheit der Studie: Junge Familien mit Kindern unter 3 Jahren

Frühe Hilfen unterstützen Familien ab der Schwangerschaft bis zum dritten Geburtstag des Kindes. Für die Erhebung der Prävalenz des Hilfebedarfs ist es sinnvoll, diese breite Altersspanne einzugrenzen. Die Beziehung zwischen Eltern und Kind sollte soweit konsolidiert sein, dass verschiedene Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung, die auf sich anbahnende Fehlentwicklungen hinweisen, deutlich zutage treten und gut beobachtbar sind. Dies erscheint notwendig, weil die Qualität der Interaktion ein wichtiger Indikator für Entwicklungsrisiken und -ressourcen der Familie ist.

Nicht alle Indikatoren sind gleichermaßen aussagekräftig für die Einschätzung einer Belastungslage, die – falls keine rechtzeitige Hilfe erfolgt – das Risiko einer späteren Beeinträchtigung der gesunden Entwicklung des Kindes oder einer Gefährdung des Kindeswohls erhöht: So besitzt beispielsweise eine von emotionaler Kälte und Desinteresse gekennzeichnete Mutter-Kind-Beziehung eine deutlich höhere Vorhersagekraft für eine spätere Gefährdung des Kindes als Merkmale der sozialen Lage, wie zum Beispiel Armut und niedriger Bildungsstand. Solche „proximalen“ Faktoren, die die Qualität der Beziehung zwischen Eltern und Kind bzw. die elterlichen Kompetenzen

hinsichtlich der Beziehungsgestaltung und Versorgung des Kindes beschreiben, können während der Schwangerschaft kaum und in den ersten Tagen nach der Geburt nur in wenigen Fällen adäquat erfasst werden. Nach der Geburt befindet sich die Familie in einem Ausnahmezustand: Die Mutter muss die oftmals anstrengende und schmerzhafteste Geburt verarbeiten, die hormonelle Umstellung bewältigen, und beide Eltern müssen das Neugeborene erst kennenlernen. Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung bzw. der erfolgreiche Erwerb basaler Elternkompetenzen kann erst adäquat erhoben und eingeschätzt werden, nachdem die Familie „im Alltag angekommen“ ist.

Ein möglicherweise vorhandener Unterstützungsbedarf sollte also erst dann erhoben werden, wenn anhaltende Schwierigkeiten, zum Beispiel bei der Beziehungsgestaltung oder der Versorgung des Kindes – auch für die Eltern –, deutlicher zutage treten. Aus diesen Gründen erscheint es sinnvoll, die Grundgesamtheit der Repräsentativerhebung auf Eltern mit Kindern ab der vierten Lebenswoche bis zum dritten Geburtstag einzugrenzen.

(c) Anforderungen an das Studiendesign

Wie lässt sich aus dieser Grundgesamtheit eine geeignete, repräsentative Stichprobe für die Untersuchung ziehen?

Um die Verteilung von Belastungen und Hilfebedarfen junger Familien in Deutschland repräsentativ abzubilden, muss das Erhebungsdesign mehreren Ansprüchen genügen. 1.) Alle jungen Eltern der oben skizzierten Grundgesamtheit in Deutschland sollten grundsätzlich dieselbe Chance erhalten, dass ihre Daten in die Erhebung mit einfließen, unabhän-

- 1 Zu diesem Fazit gelangen die Autor/innen einer Pilotstudie zu Frühen Risiken für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung im Ortenaukreis (vgl. Ziegenhain u.a. 2011).
- 2 Siehe hierzu die Definition zu Frühen Hilfen des wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (vgl. NZFH 2010).
- 3 Zur Abgrenzung der Konzepte vgl. Schöne 2011

gig beispielsweise von Merkmalen des Wohnorts oder der sozialen Lage. 2.) Um Repräsentativität zu erzielen, sollen die Zielpersonen der Untersuchung aus der Grundgesamtheit entweder zufällig ausgewählt werden oder quotiert, falls verlässliche Verteilungsdaten für relevante Merkmale vorliegen. 3.) Die Teilnahmebereitschaft der so ausgewählten Zielpersonen ist oftmals beeinflusst durch Merkmale der sozialen Lage. Die Studie sollte so angelegt sein, dass dieser Bias möglichst gering ausfällt oder dass er kontrolliert und mittels Gewichtungen statistisch korrigiert werden kann. 4.) Das Haupterkennnisinteresse der Studie gilt der Verteilung von psychosozialen Belastungen und Hilfebedarfen sowie der Ermittlung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme in unterschiedlichen Gruppen von Familien. Es gibt Hinweise darauf, dass psychosoziale Belastungen mit einer geringeren Teilnahmebereitschaft an Erhebungen einhergehen können. Um die Verteilung von Belastungen und Hilfebedarfen junger Eltern in Deutschland adäquat abzubilden, ist es notwendig, diesen Effekt zu kontrollieren, beispielsweise durch Non-Responder-Analysen.

Die Frage des Zugangs zu den potenziellen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern spielt ebenfalls eine große Rolle für den Erfolg der Studie. Das NZFH prüft in 2013 mittels zweier Machbarkeitsstudien, ob ein klassisch sozialwissenschaftlicher Zugang über die Einwohnermeldeämter ausreichend ist oder ob eine persönliche Ansprache im Umfeld niedergelassener Pädiaterinnen und Pädiater vielversprechender wäre. Anhand der Ergebnisse dieser Feldstudien soll dann die Entscheidung für das Design der Hauptstudie fallen.

(d) Ausblick

Frühe Hilfen sollen für die in Deutschland lebenden jungen Familien entsprechend ihrer speziellen Bedarfe und Ressourcen mit freiwilligen und passgenauen Angeboten einen Beitrag leisten, um allen Kindern faire Entwicklungschancen zu bieten. Dies kann nur auf einem Fundament aus verlässlichem, empirischem Wissen gelingen. Erst wenn Daten zum tatsächlichen Bedarf an Frühen Hilfen und zur Nutzung vorhandener Angebote vorliegen, können die Kosten für den weiteren Auf- und Ausbau des Hilfenetzwerks in Deutschland kalkuliert und in zukünftige Haushaltsetats eingeplant werden. Dies ist auch deshalb dringend geboten, da bisherige Analysen nahelegen, dass die rechtzeitige Investition in wirksame Präventivmaßnahmen eine kostengünstige Alternative zu einer späten, intensiven Intervention bei ungünstigen kindlichen Entwicklungsverläufen und akuten Fällen von Kindeswohlgefährdung ist.

Literatur

- Fendrich, S./Pothmann, J.: Einblicke in die Datenlage zur Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheits-, Kriminal- und Sozialstatistiken, in: Bundesgesundheitsblatt, 2010, Heft 53, S. 1002-1010.
- Kindler, H.: Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen?, in: T. Meysen, L. Schönecker, H. Kindler (Hrsg.), Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe, Weinheim und München 2009, S. 172-245.
- Martens-Le Bouar, H./Renner, I./Belzer, F./Barth, M./Krippel, L./Ufer, J./Friedmann, A./Ziegler, M./von Kries, R., Paul, M./Mall, V./Experten-Gruppe Frühe Hilfen: Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr, in: Kinderärztliche Praxis 2013, Nr. 2, Heft 84, S. 94-100.
- Meier-Gräwe, U./Wagenknecht, I.: Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt „Früher Start ins Kinderleben“, Köln 2011.
- (NZFH) – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Definition Frühe Hilfen, Köln 2010 (www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen).
- Renner, I./Heimeshoff, V.: Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung, Köln 2010.
- Schone, R.: „Frühe Hilfen“ und „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ – Plädoyer für eine fachliche und begriffliche Differenzierung, in: J. Freese, V. Göppert, M. Paul (Hrsg.), Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen, Wiesbaden 2011, S. 17-33.
- Ziegenhain, U./Thurn, L./Künster, A. K./Besier, T./Roudil d’Ajou, V./Böttinger, U./Fegert, J./Renner, I./Kindler, H.: Frühe Risiken für eine potentielle Kindeswohlgefährdung – eine Untersuchung in Geburtskliniken des Ortenaukreises, in: Das Jugendamt, 2011, Heft 8, S. 377-383.

Unfallprävention bei kleinen Kindern – ein Thema für Frühe Hilfen?

Daten zu Unfällen in Deutschland, Einflussfaktoren und wirksame Aufklärung von Eltern

Unfälle stellen weltweit für Kinder eine hohe Bedrohung für Leib und Leben dar (vgl. UNICEF 2001; WHO 2008; Sehti u.a. 2008). Unfallverletzungen sind für Kinder ab einem Jahr die häufigste Todesursache und die Hauptursache für eine Behinderung (vgl. Sehti u.a. 2008). Obwohl die Mortalitätsrate durch Verletzungen in Ländern mit hohem Einkommen laut WHO-Bericht für Europa in den letzten 20 Jahren stark abgenommen hat, trägt sie 40% zu der Mortalität von Kindern und Jugendlichen bei (vgl. ebd.). 2010 und 2011 hat das Statistische Bundesamt mit Ellsäßer eine bundesweite Analyse zum Verletzungsgeschehen von Kindern und Jugendlichen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen herausgegeben. Danach liegt der Unfallschwerpunkt bei Kindern unter fünf Jahren unverändert im häuslichen Bereich, Jungen sind stärker betroffen als Mädchen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Die Abnahme tödlicher Unfälle (vgl. auch Tab. 1) darf nicht vergessen lassen, dass jede Verlet-

zung mit tödlichem Ausgang großes Leid verursacht und viele vermeidbar gewesen wären (vgl. Sehti u.a. 2008). Deshalb sollte es eine vordringliche Aufgabe der Akteure von Frühen Hilfen für Familien mit kleinen Kindern sein, von Anfang an sachkundig über Kinderunfälle und deren Verhütung aufzuklären.

METHODIK

Die epidemiologische Darstellung der Verletzungen, fokussiert auf Verletzungen durch Unfälle bei Kindern unter 15 Jahren, betrachtet die Entwicklung des Unfallgeschehens im Zehnjahreszeitraum von 2001 bis 2010. Darüber hinaus werden die Erkenntnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys von 2003 bis 2006 (vgl. WHO 2008) und Daten der regionalen krankenhausbezogenen europäischen Injury Data Base (IDB) einbezogen (Jahre 2007 bis 2010) (vgl. Landesgesundheitsamt Brandenburg). Dadurch kann das Unfallgeschehen differenzierter zu den alterstypischen Verletzungsme-

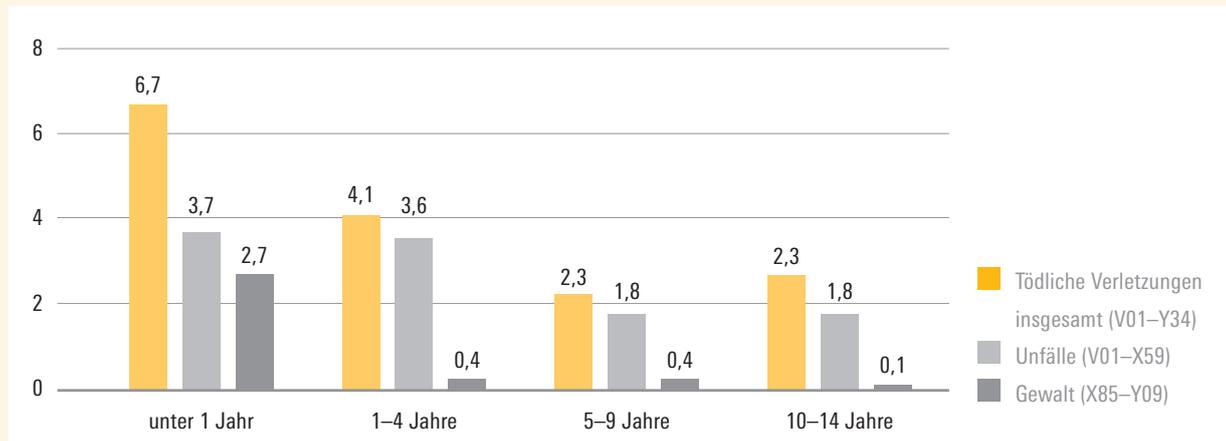
chanismen und Auslösern dargestellt werden. In einem zweiten Teil wird die Studienlage zu den bedeutsamen Risikofaktoren von Unfällen bei kleinen Kindern vorgestellt, da diese Informationen bei der präventiven Beratung eine Rolle spielen. In einem dritten Teil wird dann auf die wissenschaftlich nachgewiesenen wirksamen Maßnahmen näher eingegangen, um eine zielgerichtete unfallpräventive Aufklärung zu unterstützen.

ERGEBNISSE ZUM UNFALLGESCHEHEN BEI KINDERN

Verletzungen mit Todesfolge durch Unfälle und Gewalt

Der Altersgipfel der tödlichen Verletzungen durch Unfälle und Gewalt bei Kindern unter 15 Jahren betrifft seit Jahren das Säuglings- und Kleinkindalter. Unfälle haben den höchsten Anteil. An zweiter Stelle folgen bei den Säuglingen bereits die tödlichen Verletzungen durch Gewalt, im Jahr 2010 waren dies 2,7 Todesfälle pro 100.000 (vgl. Abb. 1). Säuglinge sind

ABBILDUNG 1: STERBEZIFFER VON VERLETZUNGEN DURCH UNFÄLLE UND GEWALT BEI UNTER 15-JÄHRIGEN PRO 100.000 DER ALTERSGRUPPE (DEUTSCHLAND; 2010)



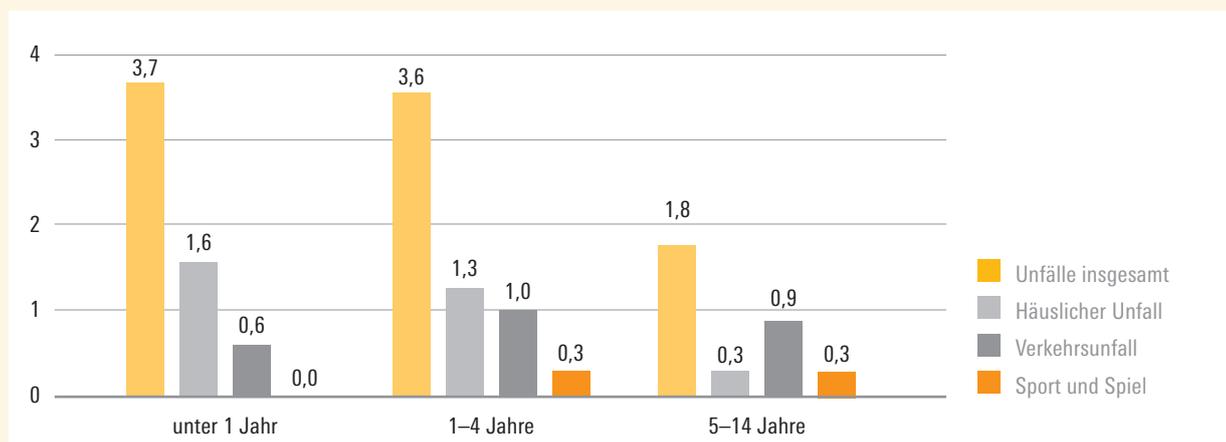
Quelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik

TABELLE 1: ANZAHL UND STERBEZIFFER VON UNFÄLLEN BEI UNTER 15-JÄHRIGEN (DEUTSCHLAND; VERGLEICH 2001 VS. 2010)

Jahr	Tödliche Unfälle bei Kindern unter 15 Jahren, Anzahl	Unfallraten je 100.000 nach Altersgruppen und Abnahme der Raten 2010 gegenüber 2001 (100%)					
		Säuglinge (<1 Jahr)		Kleine Kinder (1 bis 4 Jahre)		Schulkinder (5 bis 14 Jahre)	
2001	497	5,5		5,7		3,1	
2010	260	3,7	- 32,8%	3,6	- 36,9%	1,8	- 41,9%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 2: STERBEZIFFER DURCH TÖDLICHE UNFÄLLE BEI UNTER 15-JÄHRIGEN NACH UNFALLKATEGORIE PRO 100.000 DER ALTERSGRUPPE (DEUTSCHLAND; 2010)



Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik; eigene Berechnungen

daher als Hochrisikogruppe besonders zu schützen.

Jungen tragen ein höheres Risiko, durch Unfälle zu sterben, als gleichaltrige Mädchen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Ein Vergleich der tödlichen Unfälle im Zehnjahreszeitraum 2001 bis 2010 zeigt, wie in Tabelle 1 dargestellt, dass bezogen auf das Jahr 2001 die Anzahl der Unfälle bei Kindern unter 15 Jahren fast um die Hälfte abgenommen hat. Während die stärkste prozentuale Abnahme der Raten bei den 5- bis unter 15-Jährigen zu verzeichnen ist, liegt diese bei den Säuglingen darunter (vgl. Tab. 1). Insofern lassen sich hier weitere Präventionspotenziale zum Schutz der Kleinsten ableiten.

Bei den Säuglingen und kleinen Kindern finden sich die höchsten Raten an Heim- und Freizeitunfällen bezogen auf alle unter 15-jährigen Kinder. Die Unfallschwerpunkte verändern sich jedoch altersbezogen. Während im Säuglings- und Kleinkindalter die tödlichen Unfälle am häufigsten im häuslichen Bereich vorkommen, wechselt der Unfallschwerpunkt im Schulalter zu den Freizeitunfällen und zum Verkehrsbereich (vgl. Abb. 2). Tödliche Schulunfälle waren im Jahr 2010 nicht zu verzeichnen.

Haupttodesursache bei Unfällen im Säuglingsalter sind das Erstickten durch Aspiration (2010: 13 Todesfälle/1,8 pro 100.000) und im Kleinkindalter das Ertrinken (2010: 23 Todesfälle/1,0 pro 100.000). Tödliche Stürze aus Gebäuden und Verbrennungen mit Rauchgasvergiftungen durch Wohnungsbrände sind weitere typische Todesursachen bei den kleinen Kindern.

Zum Verletzungshergang der gewaltbedingten Todesfälle bei Säuglingen

(2010: n=18) lassen sich aus der Todesursachenstatistik keine Informationen ableiten. Studien zeigten jedoch, dass das Schütteltrauma die häufigste nichtnatürliche Todesursache bei Säuglingen ist. Schätzungen gehen von einer Häufigkeit von 100 bis 200 Fällen für Deutschland aus. Besonders tragisch bei den Schütteltraumen ist, dass die schweren Hirnschäden und Blutungen eine sehr hohe Letalität (bis 30%) und schwerste Langzeitschäden (bis zu 70%) mit lebenslanger Pflegebedürftigkeit zur Folge haben (vgl. Matschke u.a. 2009, S. 211-217).

Schwere Verletzungen und Krankenhausbehandlung

Der hohe Anteil von Verletzungen an den stationären Behandlungen macht deutlich, dass Verletzungen seit Jahren zu den häufigsten Einweisungsanlässen bei Kindern zählen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Im Jahr 2010 mussten rund 196.000 Kinder unter 15 Jahren wegen einer Verletzung stationär behandelt werden, darunter allein 41% (80.000) Säuglinge und kleine Kinder (vgl. Ellsäßer 2011). Während bei den verletzten Schulkindern seit Jahren eine Abnahme der Krankenhausbehandlungen zu beobachten ist, ist der Trend in der Altersgruppe der Säuglinge gegenläufig. Vergleicht man die stationäre Behandlungsrate im Jahr 2010 mit der von 2001, ist eine Zunahme bei den Säuglingen um 23,2% zu verzeichnen (vgl. Abb. 3).

Säuglinge und kleine Kinder haben seit Jahren das höchste Risiko von allen Kindern unter 15 Jahren, eine Gehirnverletzung zu erleiden. Bei Unfällen von kleinen Kindern ist daher diese Diagnose der häufigste Anlass für eine Krankenhausbehandlung (vgl. Ellsäßer 2010;

Ellsäßer 2011). Häufigste Ursache für Schädel-Hirn-Verletzungen sind Stürze, die ca. 60% aller Verletzungsmechanismen in dieser Altersgruppe ausmachen, so die Studienergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) (vgl. WHO 2008).

Typische Verletzungen bei kleinen Kindern

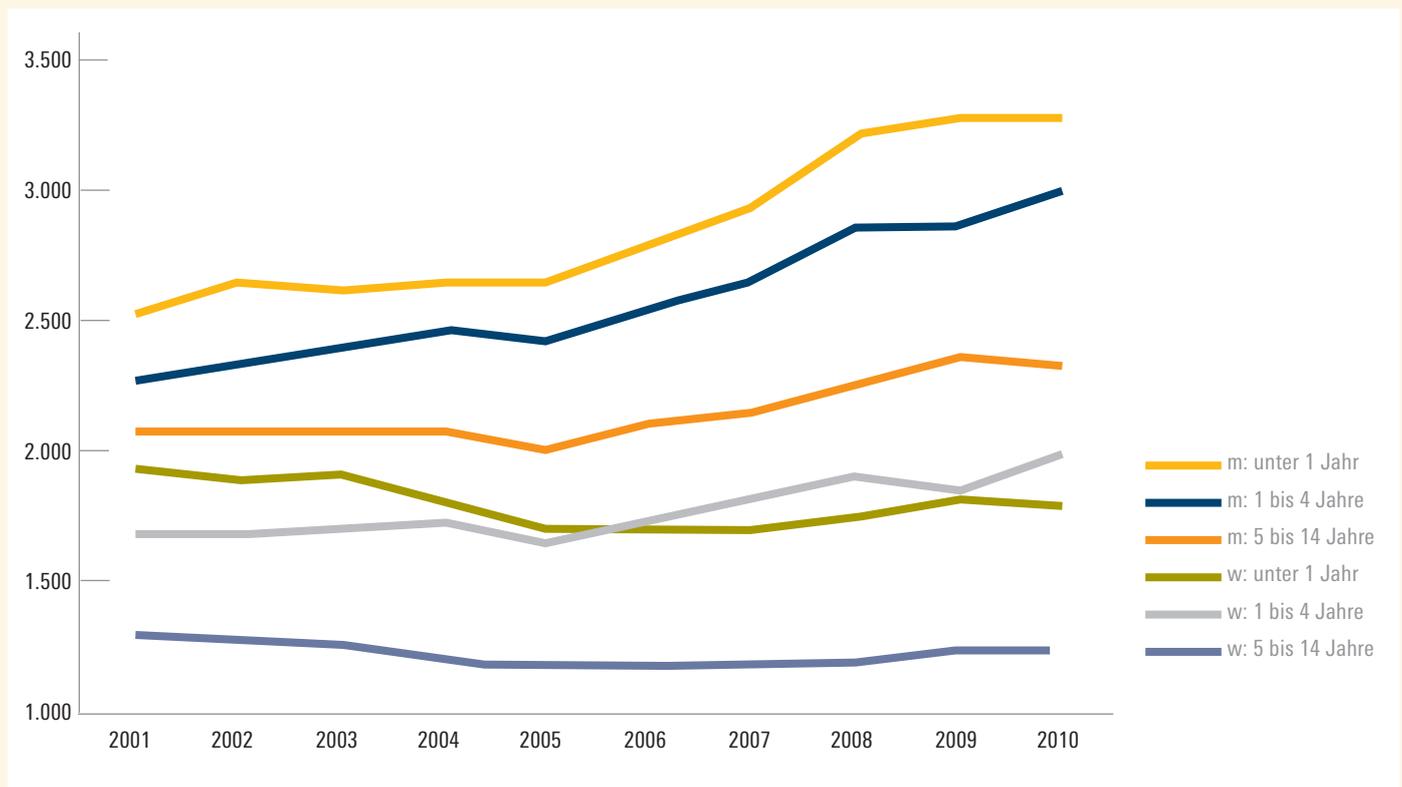
Stürze

Mehr als die Hälfte aller Unfälle von kleinen Kindern (1–4 Jahre) ist durch Stürze bedingt, so die übereinstimmenden Ergebnisse des KiGGS, der europäischen IDB in Deutschland und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. WHO 2008; Ellsäßer 2010, S. 1104–1112; Ellsäßer 2002, S. 267-276). Auf der Grundlage dieser Datenquellen wird geschätzt, dass in 2010 etwa 125.000 Kinder unter fünf Jahren einen Sturzunfall erlitten, der ärztlich behandelt werden musste.

Mit zunehmendem Alter und Aktionsradius der kleinen Kinder kommen zu den Sturzunfällen in der häuslichen Lebensumwelt noch weitere Unfallschwerpunkte wie der Kindergarten und der Spielplatz (insbesondere von Rutschen und Klettergerüsten) hinzu, so die übereinstimmenden Ergebnisse des KiGGS (vgl. WHO 2008), der regionalen IDB in Deutschland (vgl. Ellsäßer 2008) und der europäischen IDB (vgl. Bauer/Steiner 2009).

Da die IDB über eine standardisierte Dokumentation den Unfallhergang differenziert erfasst, werden diese Ergebnisse hier vorgestellt. Produkte bzw. Objekte des unmittelbaren Lebensumfeldes waren bei über 60% der Stürze von kleinen Kindern beteiligt. Stürze vom Wickeltisch, von

ABBILDUNG 3: RATE DER IM KRANKENHAUS STATIONÄR BEHANDELTEN UND VERLETZTEN KINDER UNTER 15 JAHREN PRO 100.000 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT (DEUTSCHLAND; 2001 BIS 2010)



Quelle: Statistische Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik

TABELLE 2: DIE 7 HÄUFIGSTEN PRODUKTBEZOGENEN HÄUSLICHEN STURZVERLETZUNGEN (212 VON 230) BEI SÄUGLINGEN (FALLANALYSE IDB; ZEITRAUM 2007 BIS 2010)

Rang	Verletzung auslösendes Produkt / Gegenstand	Häufigkeit	Prozent
Gesamt		212	100,0
1	Wickeltisch	54	23,5
2	Polsterstuhl, Sofa, Couch, Sitzecke, Divan, Fauteuil	46	20,0
3	Elternbett	37	16,1
4	Kinderwagen, Buggy, Sportkinderwagen, Laufwagen	10	4,3
5	Andere näher bestimmte Baby- oder Kinderartikel	9	3,9
6	Gitterbett, Babybett	8	3,5
7	Baby- oder Kindersitz (Auto)	7	3,0

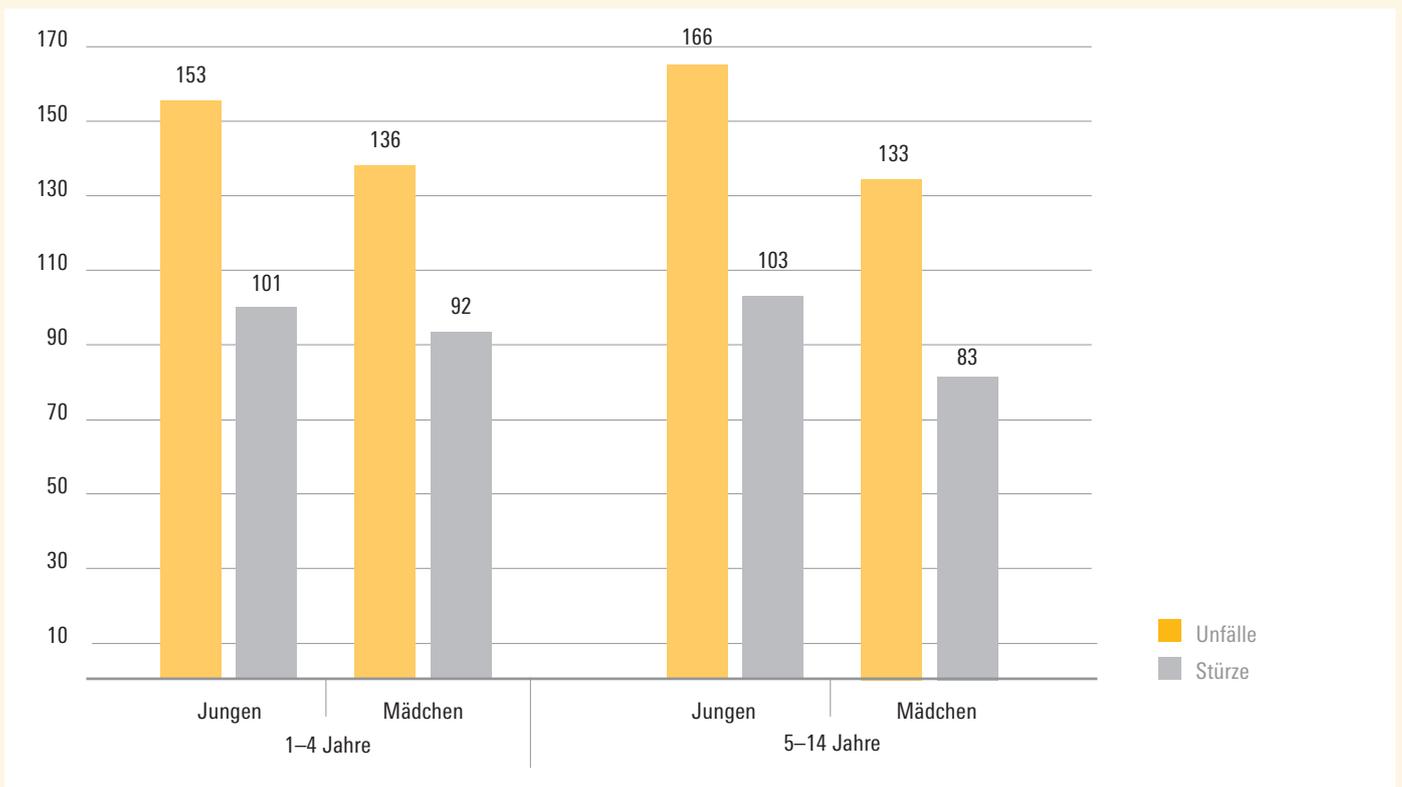
Quelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg

TABELLE 3: TYPISCHE VERLETZUNGSHERGÄNGE (SIEHE HIERZU TAB. 2)

Beispiel
Sturz vom Wickeltisch, als die Mutter sich kurz umdrehte
Vom Sofa gefallen und mit dem Kopf aufgekommen
Säugling aus dem Elternbett gefallen
Sturz aus einem Kinderwagen (Maxicosi) beim Hochtragen auf einer Treppe
Aus einer Tragetasche gerutscht, ca. 20 cm auf den Boden gefallen
Babygitterbett: am Gitter hochgezogen und rübergefallen (9 Monate alt)

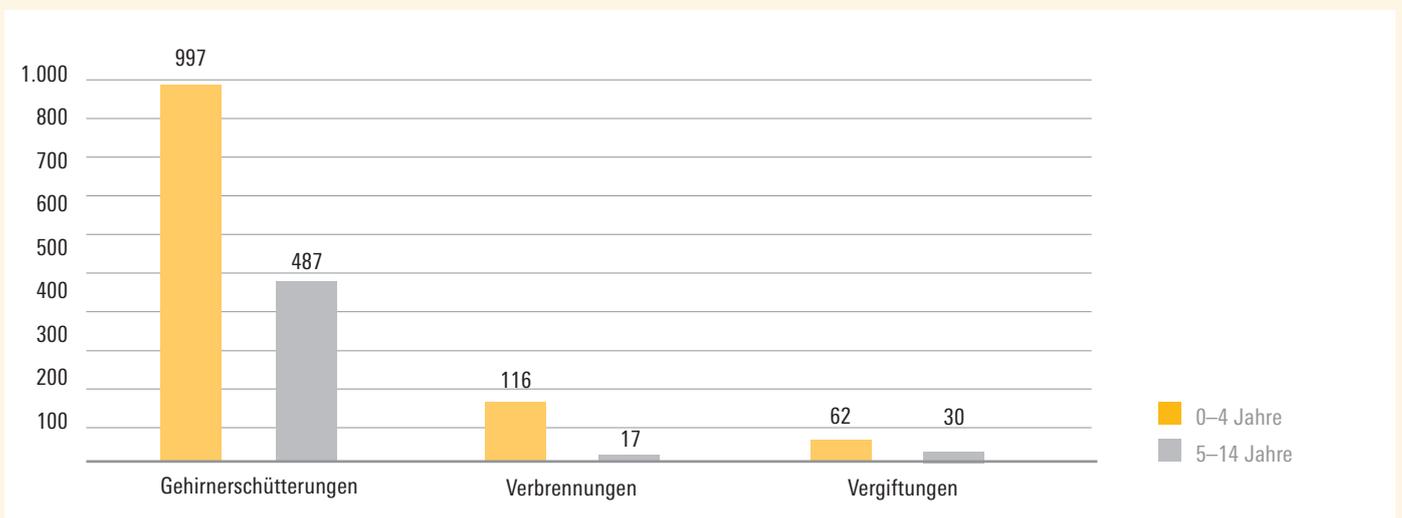
Quelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg

ABBILDUNG 4: UNFÄLLE INSGESAMT UND STÜRZE BEI UNTER 15-JÄHRIGEN NACH ALTERSGRUPPEN PRO 1.000 UND GESCHLECHT (DEUTSCHLAND; ZEITRAUM 2003 BIS 2006)



Quelle: Robert Koch Institut: KIGGS 2003 bis 2006

ABBILDUNG 5: RATE DER 3 HÄUFIGSTEN BEHANDLUNGSDIAGNOSEN VON STATIONÄR BEHANDELTEN UND VERLETZTEN KINDERN UNTER 15 JAHREN NACH ALTERSGRUPPEN PRO 100.000 (DEUTSCHLAND; 2010; VERGLEICH KLEINE KINDER (UNTER 5 JAHRE) VS. SCHULKINDER (5 BIS 14 JAHRE))



Quelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik; eigene Berechnungen

Sitzgelegenheiten und aus dem Elternbett waren die häufigsten Unfallsituationen im häuslichen Bereich (vgl. Tab. 2).

Bei den kleinen Kindern (1 bis 4 Jahre) veränderten sich die Verletzungsschwerpunkte bei den Stürzen. Mit zunehmender Mobilität waren Treppen die häufigsten Auslöser, gefolgt von Sitzgelegenheiten und dem Hochbett. Die Stürze aus dem Elternbett ereigneten sich häufig dadurch, dass die kleinen Kinder das Elternbett zum Hüpfen benutzten, das Gleichgewicht verloren und beim Fallen gegen Bettkanten stießen oder kopfüber aus dem Bett stürzten. Bei Schulkindern dominierten die Stürze von Fahrrädern, Klettergeräten und Schaukeln.

Vergiftungen

Kleine Kinder zeigen die höchsten Krankenhausbehandlungsraten wegen einer Vergiftung von allen unter 15-Jährigen – im Jahr 2010 insgesamt 3.368 Fälle. Vergiftungen durch Arzneimittel führen bei kleinen Kindern besonders häufig zu einer Krankenhausbehandlung. Im Jahr 2010 war dies der Fall bei jeder zweiten Vergiftung mit anschließender Krankenhausbehandlung. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer lag bei knapp zwei Tagen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Nach Meldungen an die Giftinformationszentren in Deutschland wurde die Zahl der Vergiftungsunfälle bei Kindern im Jahr 2007 in Deutschland auf 94.000 geschätzt (vgl. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) 2009). Die fünf häufigsten chemischen Substanzen im 20-Jahreszeitraum von 1990 bis 2010 waren die folgenden: 1. Brennstoffe (Lampenöl), 2. Medikamente, 3. Reinigungsmittel (Entkalker, Geschirrspülmittel, Sanitärreiniger, Waschmittel), 4. Pflanzen mit attraktiven Beeren (Kirsch-

lorbeer), 5. Kosmetika (Haar- und Hautpflege Mittel) (vgl. BfR 2012).

Verbrühungen und Verbrennungen

Von Verbrühungen und Verbrennungen sind insbesondere kleine Kinder betroffen. Allein 75% aller Krankenhausbehandlungen von Kindern mit Verbrühungen/Verbrennungen (<15 Jahre) betraf die unter 5-Jährigen. Gemessen an den Krankenhausbehandlungen verletzten sich kleine Kinder fünfmal häufiger durch Verbrühungen als im Straßenverkehr (2010: 3.368 vs. 673 Krankenhausbehandlungen). Die Liegedauer im Krankenhaus ist bei kleinen Kindern mit Verbrühungen/Verbrennungen durchschnittlich mit sechs Tagen länger als nach anderen Unfällen wie Gehirnerschütterung mit rund zwei Tagen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Auch die Nachsorge ist überdurchschnittlich aufwendig (vgl. Dorfmueller 2005, S. 1070-1076). Dabei verbrühen sich Kleinkinder mit heißem Wasser, heißen Getränken oder durch Anfassen heißer Gegenstände (vgl. Ellsäßer 2004, S. 34-38). Besonders gefährdet sind sie, wenn sie beginnen, ihre Umwelt zu entdecken, sich beispielsweise aufzurichten, um Dinge zu erreichen, und diese dann herunterziehen (vgl. Ellsäßer 2004, S. 34-38).

EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS UNFALLGESCHEHEN

Aus der folgenden Abbildung 6 lassen sich neben wichtigen Datenquellen und häufigen Unfallursachen auch die bedeutsamen Risikofaktoren für Unfälle bei der Hochrisikogruppe der kleinen Kinder ablesen.

Die wesentlichen Einflussfaktoren sollen im Einzelnen besprochen werden,

weil sie für die Aufklärung der Eltern von Bedeutung sind.

Familiäre Aspekte: Soziale Lage und Migrationshintergrund

Zahlreiche internationale Studien dokumentieren, dass Kinder aus Familien mit einer sozial-ökonomischen Benachteiligung ein höheres Unfallrisiko haben im Vergleich zu den Kindern aus besser gestellten Familien (vgl. UNICEF 2001; Sehti u.a. 2008). Es gibt einen starken sozialen Gradienten hinsichtlich bestimmter Verletzungsmechanismen und Unfallmortalität (vgl. Roberts/Powers 1996, S. 784-786). Auch Armut, Kinderreichtum und elterlicher Alkohol- und Drogenkonsum sind sozioökonomische Risikofaktoren (vgl. UNICEF 2001). Bemerkenswert sind Daten des Unfallmonitorings in Delmenhorst, wonach bei 1–5-jährigen Knaben aus Migrantenfamilien fast sechsfach und Mädchen fast dreifach häufiger Verbrennungen/Verbrühungen auftraten als bei gleichaltrigen deutschen Kindern (vgl. Ellsäßer 2004, S.34-38). Das Herkunftsland spielt hierbei offenbar eine Rolle, denn männliche Schul Kinder türkischer und libanesischer Herkunft hatten die höchsten Unfallraten (vgl. Robert-Koch-Institut (RKI) 2008), wie es auch internationale Studien besagen (vgl. ebd.).

Der Sozialstatus der Eltern beeinflusst darüber hinaus ihr Sicherheitsverhalten. In einer Metaanalyse wurde die Nutzung von Lauflernhilfen untersucht. Familien wurden aufgeklärt und verzichteten auf Lauflernhilfen. Eine vergleichbare Intervention hatte bei ethnischen Minderheiten weniger Erfolg (vgl. Kendrick u.a. 2007a). In Bremen zeigte eine Elternbefragung, dass Lauflernhil-

fen in sozial schwachen Familien häufiger benutzt werden als in bildungsnahen Familien (vgl. Zimmermann 2000). Auch in Nottingham führten wohlhabende Eltern nach Aufklärung eher Sicherheitsmaßnahmen (wie Treppengitter, Herdschutzgitter, Rauchmelder) im Vergleich zu sozial benachteiligten Familien ein (vgl. Kendrick u.a. 2007a). Und nicht zuletzt ergab der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ein signifikantes soziales Gefälle für die Fahrradhelmquote bei Schulkindern im Alter zwischen 7 und 14 Jahren sowie eine signifikant seltenere Schutzausrüstung bei Kindern türkischer Herkunft und aus ehemaligen SU-Staaten (vgl. WHO 2008).

Elterliche Fürsorge und Aufsicht

Elterliche Aufsicht variiert mit dem Alter und der Entwicklung des Kindes und bezieht die Risiken und Gefährdungen aus

der Umwelt mit ein. Wissenschaftliche Studien zur elterlichen Fürsorge konnten zeigen, dass insbesondere eine inkonsistente elterliche Fürsorge mit einem erhöhten Unfallrisiko der Kinder assoziiert war (vgl. Morrongiello 2005, S. 536–552). Als schützend erwies sich, wenn Eltern in der Lage waren einzuschätzen, ob ihre Kinder Gefahren wahrnehmen und die gegebenen Warnhinweise überhaupt verstehen können. Die pädiatrisch-psychologischen Forschungsarbeiten der Arbeitsgruppe um Morrongiello in Kanada stellten darüber hinaus fest, dass in Familien, die über diese Kompetenzen verfügten, nicht nur weniger Unfälle, sondern auch weniger Gewaltübergriffe auf Kinder vorkamen (vgl. ebd.). Der Zusammenhang zwischen Verletzungen durch Unfälle und Gewalt wird besonders deutlich beim Thema Vernachlässigung/Misshandlung (vgl. Azar/Weinzierl

2005, S. 598–614). Hier ergeben sich besonders enge thematische Schnittstellen der Arbeitsfelder Verletzungsprävention und Frühe Hilfen.

Kindbezogene Aspekte

Zahlreiche Studien belegen die Knabenwendigkeit von Unfällen (vgl. UNICEF 2001; WHO 2008; Ellsäßer 2010; Bauer/Steiner 2009). Folgende Gründe werden international diskutiert: Eine höhere Risikobereitschaft von Jungen, höhere Impulsivität, andere Sozialisation als Mädchen. Das heißt, Jungen werden weniger in ihrem Umweltoberungsdrang eingeschränkt. Dies wird von der Beobachtung gestützt, dass der Unterschied zwischen Unfällen bei Jungen und Mädchen am größten bei Aktivitäten ist, wenn diese von den Kindern selbst ausgehen: Fahrradfahren, Schwimmen, Spielen auf der Straße. Nach Laflamme sei der Ge-

ABBILDUNG 6: EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS UNFALLGESCHEHEN BEI KINDERN



ABBILDUNG 7: FLYER ZUR UNFALLPRÄVENTION

Ich bin schnell sooo groß!

Sichern Sie den Gartenteich oder Pool mit einem Zaun.
Kinder können völlig lautlos in Teichen ertrinken.

Verschließen Sie Ihre Medizin und Reinigungsmittel sicher.
Denken Sie auch unbedingt an Medikamente von Familienangehörigen oder an die von Besuch.

Achtung Verbrennungsgefahr!
Montieren Sie Schutzgitter an Ihrem Herd.
Halten Sie Kinder von Herd und Backofen fern!

* Kinder wachsen schnell und sind in ihrer Neugier erforscherisch. Was gestern noch unerreichbar...

Achtung Unfallgefahr!
Im Auto gehören Babys in eine alters- und größen-gerechte Babyschale oder einen Kindersitz.

Nimm mich mit!

Installieren Sie die Schale entgegen der Fahrtrichtung. Schalten Sie den Beifahrerairbag aus.
Wenn möglich nutzen Sie lieber den Rücksitz!

Lassen Sie Ihr Baby in der Babyschale jeder Zeit ange-schwallt.

Gesund groß werden in einem sicheren Lebensumfeld

AG Unfall- und Gesundheitsrisiko im Land Brandenburg
In Kooperation mit der Abteilung Gesundheit des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Land Brandenburg
Berliner Gesundheitskassen

Hey Du, pass gut auf!

Jährlich verletzen sich in Deutschland ungefähr 1,8 Millionen Kinder so schwer, dass sie ärztlich behandelt werden müssen. Unfälle sind die häufigste Todesursache bei Kindern.

Helfen Sie mit, dass Unfälle vermieden werden.

UNTER SEHEN ANFANGS

Wickel mich!

Achtung Sturzgefahr!
Lassen Sie Ihr Baby auf dem Wickeltisch nie allein.
Achten Sie auf einen stabilen Wickeltisch.
Der Wickelplatz soll einen hohen Rand von mindestens 20 cm Höhe.
Wenn es keinen sicheren Wickelplatz gibt, dann wickeln sie auf dem Boden – nicht auf dem Sofa.

Pass auf im Haus!

Achtung hohe Sturzgefahr!
Montieren Sie Schutzgitter an alle Treppen.
Entfernen Sie scharfkantige Gegenstände und Möbel – sie sind besonders gefährlich bei Stürzen!

Achtung hohe Unfallgefahr!
Verhindern Sie, dass Kabel von elektrischen Geräten herunterhängen wie zum Beispiel von Bügeleisen, einem Wasserkocher oder Heizstrahler.

Gute Nacht!

Achtung Erstickungsgefahr!
Legen Sie Ihr Baby zum Schlafen in einen Schafsack – keine Decken.
Legen Sie es nur auf die Matratze.
Benutzen Sie kein Fell und keine Kissen als Unterlage.
Legen Sie Ihr Baby zum Schlafen auf den Rücken.
Legen Sie keine Kissen ins Bett oder in den Kinderwagen.

Achtung Strangulierungsgefahr!
Hängen Sie keine Spielketten über das Babybett oder den Kinderwagen.

Lauf mit mir!

Achtung Unfallgefahr!
Benutzen Sie keine Laufhelfer – Sie unterstützen entgegen der Herstellerangaben nicht das Laufen lernen.
Das Gegenteil ist der Fall.
Laufhelferwagen machen auch Spaß.

Achtung Verbrühungsgefahr!
Stellen Sie nie heiße Getränke, Samoware oder Speisen in Reichweite Ihres Babys.
Durch Ziehen an Tischdecken können Tassen und Kannen auf Kinder stürzen.

Achtung Sturzgefahr!
Stürze aus dem Elternbett sind der häufigste Grund für Unfälle von Säuglingen.
Bestellbetten mit Gittern, die direkt am Elternbett fixiert werden können, schützen vor Stürzen in der Nacht.
Nutzen Sie keine Decken, sondern einen Babyschlafsack.

Quelle: www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

schlechtsunterschied kaum noch statistisch nachweisbar, wenn das Kind keinen Einfluss auf die Gefahrenexposition habe – wie als Beifahrer im Pkw (vgl. Laflamme 1998).

Breiten Raum nehmen auch Untersuchungen über die vermehrte Unfallhäufigkeit bei verhaltensauffälligen hyperaktiven und aggressiven Kindern ein (vgl. Spinks u.a. 2008, S. 117-123). Es kann jedoch nicht als gesichert gelten, dass das Merkmal Verhaltensauffälligkeit ein unabhängiger Einflussfaktor ist. So fanden Dudani u.a. heraus, dass soziale Merkmale wie Ein-Eltern-Familie, geringes Einkommen oder auch familiäre Probleme von größerer Bedeutung waren (vgl. Dudani u.a. 2010, S. 276-285).

ABBILDUNG 8: MEDIENKOFFER „BITTE NICHT SCHÜTTELN!“



Quelle: www.bitte-nicht-schuettern.de

UNFALLPRÄVENTION DURCH ELTERNAUFKLÄRUNG

Die Studienergebnisse aus Präventionsprogrammen mit Hausbesuchen (home visitor), die die Aufklärung zu Sicherheitsmaßnahmen mit anderen Gesundheitsthemen verknüpften, bestätigen, dass die Information von Eltern einen nachweisbaren Einfluss auf die Verhinderung von Unfällen bei Kindern hatte (vgl. Kendrick u. a. 2007b). Besonders effektiv war die Aufklärung zu gezielten Maßnahmen wie Ausstattung der Wohnung mit Rauchmeldern, Wegschließen von Medikamenten und Reinigungsmitteln, Herdschutz- und Treppenschutzgitter und keine Verwendung von Lauflernhilfen. Die wesentlichen Schlussfolgerungen der Autoren lauten: Sicherheitserziehung

und Sicherheitstraining sind im häuslichen Bereich, insbesondere in Kombination mit der Demonstration und Bereitstellung von Sicherheitsprodukten (wie Rauchmelder), nachweislich effektiv (vgl. RKI 2008).

Wie können Eltern am besten aufgeklärt werden?

Entscheidend ist die persönliche Information der Eltern (one-to-one, face-to-face) zu Sicherheitsmaßnahmen im häuslichen Bereich (vgl. RKI 2008). Eltern sollten nicht mit Informationen „überfrachtet“ werden, die sie für das aktuelle Alter ihrer Kinder nicht benötigen. Statt seitenlanger Broschüren („Alles in einem“, one-size-fits-all) sind gezielte und altersspezifisch ausgerichtete Informati-

onen wirksamer, so die Schlussfolgerung der Studie von Kreuter u. a. (vgl. Kreuter u. a. 1999, S. 1-9). Die Informationen sind anschaulich und kurz zu gestalten, damit auch Eltern mit niedrigem Bildungsstatus erreicht werden, so die Empfehlungen des Center of Disease Control in Amerika (vgl. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2010). Im Land Brandenburg wurde unter dem Dach des Bündnisses „Gesund Aufwachsen“ ein Faltblatt mit Piktogrammen zu typischen Unfallgefahren von kleinen Kindern entwickelt, die alle Akteure nutzen können, die Eltern zur Unfallprävention früh beraten (Hebammen, Paten der Netzwerke Gesunde Kinder, Frühförderstellen, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte etc). Darüber hinaus wurde eine Kampagne

„Bitte nicht schütteln“ (www.bitte-nicht-schuetten.de) gestartet, die wiederum den Berufsgruppen der Frühen Hilfen (siehe Unfallprävention) einen virtuellen Medikoffler zur Verfügung stellt, um Eltern bei Überforderungssituationen beraten zu können.

Welche Berufsgruppen sind besonders geeignet?

Folgende Berufsgruppen sind besonders geeignet, junge Eltern zur Unfallprävention zu beraten: Hebammen während der Betreuung der Mütter vor und nach der Geburt, die Familienhebammen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in den Netzwerken Frühe Hilfen, geschulte Paten in den Netzwerken Gesunde Kinder (Beispiel Brandenburg) und Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Die neuen kinderärztlichen Merkblätter zur Unfallprävention sind als Medium gut geeignet, da sie die altersspezifischen Unfallschwerpunkte berücksichtigen. Partner mit Kinderwunsch und Eltern junger Kinder sind an Informationen zur Unfallprävention stark interessiert, so die Studienergebnisse von Bergmann und Bergmann (2003).

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Daten zum Verletzungsgeschehen zeigen, dass Säuglinge und kleine Kinder besonders vor Unfällen, aber auch Gewalt zu schützen sind. Alters- und entwicklungsbedingt sind kleine Kinder nicht selbst die Zielgruppe für Interventionen, sondern die Eltern. Geeignet sind alle Berufe in den Netzwerken Frühe Hilfen, die Säuglinge und kleine Kinder versorgen oder betreuen. Es gibt in Deutschland gute und altersspezifische Aufklärungs-

materialien. Entscheidend für die Wirksamkeit der Aufklärung ist aber vor allem auch, dass diese über ein persönliches Gespräch erfolgt.

Literatur

- Azar, S./Weinzierl, K.: Child Maltreatment and Childhood Injury Research: A Cognitive Behavioral Approach, in: *Journal of Pediatric Psychology*, 2005, Heft 20, S. 598-614.
- Bauer, R./Steiner, M.: *Injuries in the European Union. Statistics Summary 2005-2007*, Wien 2009.
- Bergmann, K. E./Bergmann, R. L.: Gesunde Eltern – gesunde Kinder. Gesundheitsförderung für die junge Familie, in: S. Höfling, O. Gieseke (Hrsg.), *Gesundheit im Alltag*, München 2003, S. 46-57.
- (BfR) Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.): *Risiko Vergiftungsunfälle bei Kindern*, Berlin 2009.
- (BfR) Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.): *Ärztliche Mitteilungen bei Vergiftungen 2010*, Berlin 2012.
- (CDC) Centers for Disease Control and Prevention: *Adding Power to Our Voices – A Framing Guide for Communicating About Injury*, Version 2, US Department of Health and Human Services, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta 2010 (www.cdc.gov/injury).
- Dorf Müller, M.: Verbrennungen im Kindes- und Jugendalter, psychische und soziale Folgen, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2005, Heft 153, S. 1070-1076.
- Dudani, A./Macpherson, A./Tamim, H.: Childhood Behavior Problems and Unintentional Injury: A Longitudinal, Population-Based Study, in: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2010, Heft 31, S. 276-285.
- Ellsäßer, G.: Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008, Wiesbaden 2010.
- Ellsäßer, G.: Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2009, Wiesbaden 2011.
- Ellsäßer, G./Albrecht, M.: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter: Datenlage und Epidemiologie, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 2010, Heft 53, S. 1104-1112.
- Ellsäßer, G./Böhm, J.: Thermische Verletzungen im Kindesalter (<15 Jahre) und soziale Risiken, in: *Kinderärztliche Praxis*, 2004, Heft 2, S. 34-38.
- Ellsäßer, G./Diepgen, T. L.: Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2002, Heft 3, S. 267-276.
- Ellsäßer, G./Erler, T.: Verletzungen im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus der Europäischen IDB (Injury Data Base) in Deutschland für die Verletzungsprävention, in: *Gesundheit Berlin (Hrsg.), Dokumentation 14. Kongress Armut und Gesundheit: Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle! Tagungsunterlagen*, Berlin 2008.
- Kendrick, D./Coupland, C./Mason-Jones, A.J./Mulvaney, C./Simpson, J./Smith, S./Sutton, A./Watson, M./Woods, A.: Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Ausgabe 1, o.O. 2007a.
- Kendrick, D./Barlow, J./Hampshire, A./Polnay, L./Stewart-Brown, S.: Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, Ausgabe 4, o.O. 2007b.
- Kreuter, M. W./Strecher, V. J./Glassman, B.: One size does not fit all: the case for tailoring print materials, in: *Annals of Behavioral Medicine*, 1999, Heft 21, S. 1-9.
- Laflamme, L.: Social inequality in injury risks. Knowledge accumulated and plans for the future, *Sweden's National Institute of Public Health* 33, 1998.
- Landesgesundheitsamt Brandenburg/Abteilung Gesundheit LUGV (Hrsg.): *Injury Data Base (IDB)*, National Data Administrator (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de).
- Matschke, J./Herrmann, B./Sperhake, J./Körber, E./Bajanowski, T./Glatzel, M.: Das Schütteltrauma, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 2009, Heft 13, S. 211-217.
- Morrongiello, B.: Caregiver Supervision and Child-Injury Risk: I. Issues in Defining and Measuring Supervision; II. Findings and Directions for Future Research, in: *Journal of Pediatric Psychology*, 2005, Heft 30, S. 536-552.
- (RKI) Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Migration und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung*, Berlin 2008.
- Roberts, I./Power, C.: Does the decline in child injury death rates vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991, in: *BMJ*, 1996, Heft 313, S. 784-786.
- Sehti, D./Towner, E./Vincenten, J./Seguie-Gomez, M./Racioppi, F.: *European report on child accident prevention* (herausgegeben von World Health Organization Regional Office for Europe), Kopenhagen 2008.
- Spinks, A. B./Nagle, C./Macpherson, A./Bain, C./McClure, R. J.: Host Factors and Childhood Injury: The Influence of Hyperactivity and Aggression, in: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2008, Heft 29, S. 117-123.
- (UNICEF) United Nations Children's Fund: *A league table of child deaths by injury in rich nations*, in: *Innocenti Report Card No. 2*, Florenz 2001.
- (WHO) World Health Organization Europe: *Faktenblatt Prävention von Verletzungen der häufigsten Todesursache bei Kindern*, Kopenhagen/Rom 2008.
- Zimmermann, E.: *Unfälle und ihre Verhütung bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen. Ergebnisse einer Elternbefragung*, Bremen 2000.

Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld zwischen Kinderschutz und Gesundheitsförderung

Einleitung

Kindergesundheit und Kinderschutz haben eine hohe gesundheits- sowie kinder- und jugendpolitische Bedeutung. Es ist daher wichtig, alle Möglichkeiten zu nutzen, Kindern ein gesundes und sicheres Aufwachsen zu ermöglichen.

Dies ist auf der Grundlage der UN-Kinderrechtskonvention gemäß Artikel 19 und 24 inhärenter Bestandteil eines modernen Kinderschutzverständnisses.

In diesem Kontext ringen Bund und Länder um angemessene und praktikable Instrumente zur bestmöglichen Erreichung dieser Grundwerte unter Wahrung der elterlichen Rechte und Wertschätzung ihrer Erziehungskompetenz.

Die Bundesregierung hatte im Jahr 2007 die Regelungen für Einladungs- und Erinnerungssysteme zu den Früherkennungsuntersuchungen an die Kommunen verwiesen und gleichzeitig betont, sie dabei zu unterstützen.¹ Seither haben fast alle Länder (mit Ausnahme von Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt) meist in Verbindung

mit den Landeskinderschutzgesetzen eigene Meldesysteme für die Früherkennungsuntersuchungen etabliert. Der Gemeinsame Bundesausschuss, der die Inhalte definiert, hat diese 2008 im Sinne des Kinderschutzes erweitert (Änderung der Kinderrichtlinie: Verdacht auf Kindesmisshandlung²) und damit der erheblichen Relevanz des Gesundheitswesens im Bereich des Kinderschutzes, vor allem in der alltäglichen Kinderschutzpraxis vor Ort in den Kommunen, Rechnung getragen.

Denn Sorgen und Fragen von jungen Eltern zur Entwicklung eines Babys oder Kleinkindes sind zuallererst oft solche nach deren Wohlergehen und deren gesunder Entwicklung.

Darum sind es in der Regel Einrichtungen des Gesundheitswesens, die in dieser Sorge und den damit verbundenen Fragen primär zu Rate gezogen werden: gynäkologische und Hebammen-Praxen, Schwangerschaftsberatungsstellen und Geburtskliniken, niedergelassene Kinder- und Hausärzte und Fachdienste für

Kinder- und Jugendgesundheit bei den Gesundheitsämtern. Über diese Kontakte besteht die Möglichkeit, zu allen Familien mit Kindern niedrigschwellig Zugang zu finden. Dadurch kommt den medizinischen Berufen häufig eine sogenannte „gatekeeper-function“ zu (vgl. Thyen u.a. 2010). Diese kann jedoch nicht nur im Sinne eines Türöffners, sondern auch im weiteren Prozess des professionellen Handelns zur Identifikation von gesundheitlichen Risiken und familiären Hilfebedarfen genutzt werden.

Daher bot sich an, die seit 1971 bestehenden, von Eltern akzeptierten und inzwischen auch im SGB V gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder – die sogenannten U-Untersuchungen –, insbesondere für die besonders gefährdete Gruppe der Säuglinge und Kleinkinder bis zum Schulalter, für diese Zwecke zu nutzen.

Im Rahmen dieser Untersuchungen finden von Geburt an zunächst in Abständen von wenigen Wochen bis Monaten, ab dem Ende des ersten Lebensjahres (U6)

dann jährlich Kontakte mit der behandelnden (Kinder-)Ärztin bzw. dem behandelnden (Kinder-)Arzt statt.³

Der Kinderarzt bzw. die Kinderärztin wird in den ersten zwei Jahren am häufigsten aufgesucht, durchschnittlich 3,8-mal pro Quartal (vgl. Zinke u.a. 2001). Früherkennungsuntersuchungen ermöglichen so nicht nur, Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen zu erkennen und notwendige Behandlungen und Fördermaßnahmen rechtzeitig einzuleiten. Sie bieten vielmehr durch den direkten Kontakt von Kinderärztinnen bzw. Kinderärzten und Eltern auch die Möglichkeit von Gesprächen, in denen es zu Hinweisen auf Unterstützungsbedarfe der Familien kommen kann und somit dazu, entsprechende Hilfeangebote zu besprechen und anzubieten bzw. in gegenseitigem Einvernehmen die notwendigen Kontakte zu vermitteln.

Um diesen gesundheitsfördernden und unterstützenden Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und den dadurch zustandekommenden häufigen und vertrauensvollen Kontakt zu Kinderärztinnen und -ärzten möglichst allen Kindern und Familien bieten zu können, hat der Schleswig-Holsteinische Landtag im Zuge der Verabschiedung des Kinderschutzgesetzes (KSchG) mit der Einführung des neuen § 7a im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) 2007 ein verbindliches Einladungs- und Erinnerungswesen gesetzlich geregelt. Dies soll vor allem zur Steigerung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder führen.⁴ Denn insbesondere nach dem ersten Lebensjahr nehmen die Teilnahmequoten deutlich ab. Dies betrifft in erster Linie Familien mit Migrationshintergrund, sehr junge und

alleinerziehende Eltern sowie sozial benachteiligte Familien. Die Teilnahmequote bezogen auf alle U-Untersuchungen liegt bei diesen Gruppen zum Teil unter 20% (vgl. Kamtsiuris u.a. 2007).

Verfahren

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 1) ist nachzuvollziehen, wie das Verfahren des verbindlichen Einladungswesens in Schleswig-Holstein (und ähnlich auch in den meisten anderen Bundesländern) abläuft:

Das Landesamt für Soziale Dienste (LAsD) (Landesfamilienbüro) lädt fristgerecht zur U-Untersuchung ein. Erfolgt durch den Kinderarzt bzw. die Kinderärztin/die Eltern keine Rückmeldung über die Durchführung, wird vom LAsD erinnert. Wird auch jetzt die abgestempelte Karte nicht zurückgeschickt, wird der Kreis/die Kommune informiert. Zunächst setzt sich meist das Gesundheitsamt, bei erfolgloser Beratung oder dringendem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung dann das Jugendamt mit den Erziehungsberechtigten in Verbindung.

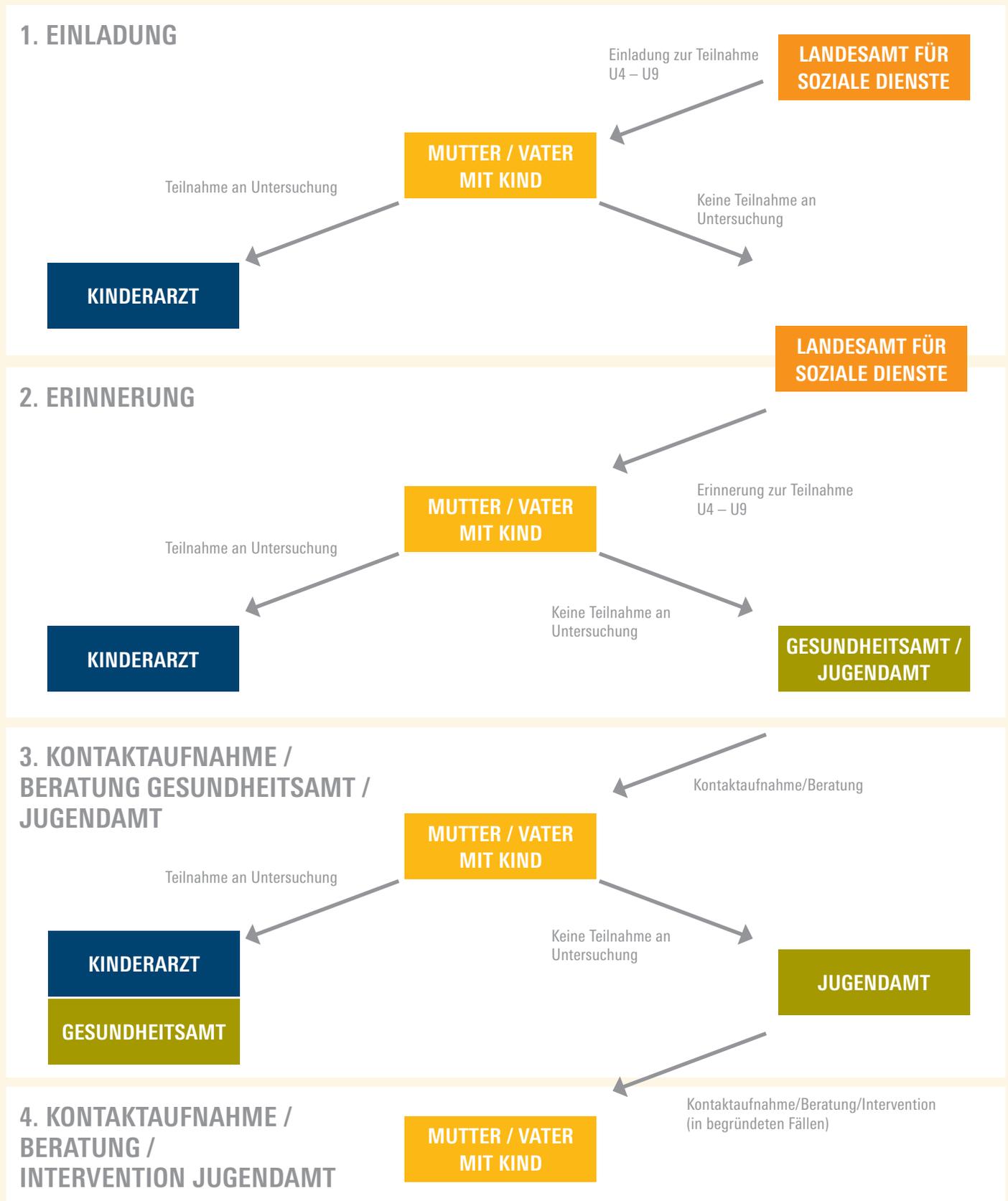
Ergebnisse

Seit Inkrafttreten des Gesetzes am 01.04.2008 wurden 706.388 Einladungen, 197.664 Erinnerungen und 62.921 Kreismeldungen verschickt (Stand 30.09.2012). In Abbildung 2 und 3 ist die zahlenmäßige Entwicklung von Einladungen, Erinnerungen und letztlich notwendig gewordenen Meldungen an die Kreise nachzuvollziehen.

Die Anteile der Erinnerungen und Kreismeldungen an der Gesamtzahl der verschickten Einladungen sind seit 2009 in Schleswig-Holstein relativ konstant. Der Anteil von Erinnerungen an Ein-

- 1 Vgl. BR. Drs. 374/07 Stellungnahme der Bundesregierung zur Entschließung des Bundesrates für eine Ausweitung und Qualifizierung der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls.
- 2 Vgl. BAnz. Nr. 57 (S. 1344) vom 15.04.2008 Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung.
- 3 Vgl. Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, Bundesanzeiger, 2008, Heft 4.
- 4 Vgl. Bericht zur Situation von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl und Kommentar der Landesregierung – Landeskinderschutzbericht Schleswig-Holstein; Schleswig-Holsteinischer Landtag Drs.17/382 vom 09.03.2010.

ABBILDUNG 1: ABLAUF DES EINLADUNGSVERFAHRENS DER VERBINDLICHEN FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN NACH § 7A GDG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN



Quelle: eigene Darstellung

ladungen liegt bei etwa 30%, der Anteil der Kreismeldungen an Einladungen bei etwa 10%. Bis zum 3. Quartal 2012 konnte ein leichter stetiger Rückgang der prozentualen Anteile, sowohl Erinnerungen als auch Kreismeldungen betreffend, festgestellt werden (vgl. Tab. 1).

Ursprünglich ging man auch davon aus, dass auf dem Wege eines verbindlichen Einladungswesens bisher unentdeckte „Kinderschutzfälle“ identifiziert und Kinder so noch besser vor konkreter Kindeswohlgefährdung geschützt werden könnten. Die Praxis hat hier gezeigt, dass dieses Instrument für die Identifizierung von Kinderschutzfällen nicht oder nur sehr bedingt geeignet ist. In der Vielzahl der Fälle sind diejenigen Familien, die die Früherkennungsuntersuchungen nicht oder erst nach mehrfacher Aufforderung wahrnehmen und bei denen keine nachvollziehbaren Gründe für eine Nichtteilnahme oder Rückmeldung vorliegen (z.B. Karte vergessen oder verloren, Untersuchungsfristen nicht eingehalten, Namensänderungen, Wegzug etc.), dem Jugendamt bereits bekannt.⁵ Dennoch profitieren auch diese Familien von den medizinischen Beratungen.

Kommt es nämlich zu einer Kontaktaufnahme des Gesundheitsamts mit den betroffenen Familien, steht primär die Information über Inhalte der U-Untersuchungen, zu primärpräventiven Maßnahmen und gesundheitsförderlichem Verhalten mit dem Zweck der baldigen Durchführung der Früherkennung im Mittelpunkt des Beratungsgesprächs. Es erfolgt in jedem Fall ein Austausch mit den Eltern, sei es über die Gründe der nicht wahrgenommenen U-Untersuchungen und demzufolge die Beratung über die Notwendigkeit und Sinnhaf-

tigkeit inklusive der Inhalte bzw. im Bedarfsfall Angebote für junge Eltern oder konkrete Hilfeleistungen. Somit ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Kreismeldungen auch der Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche entspricht.

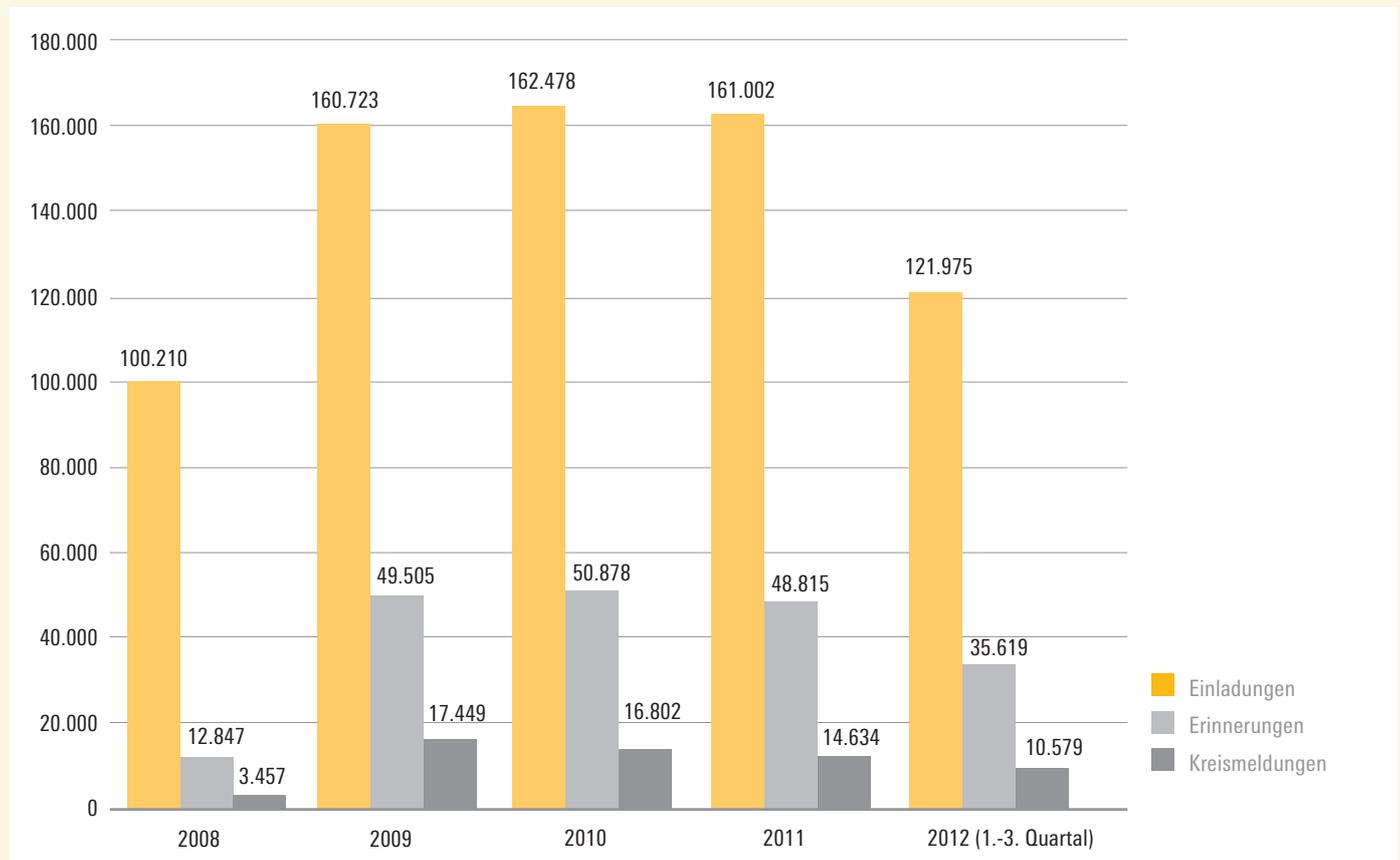
Gleichzeitig werden im Dialog mit den Eltern individuelle familiäre Bedarfe ermittelt und passgenaue Angebote im Sinne Früher Hilfen mit entsprechendem Material unterbreitet.⁶ Nur wenn akute Gefahr für Leib und Leben des Kindes oder Gefährdungslagen ohne Einsicht der Eltern identifiziert werden, wird auch das Jugendamt informiert und gemäß § 8a SGB VIII gemeinsam nach Lösungen gesucht. Dabei wurden in den vergangenen vier Jahren wenige Einzelfälle von Kindeswohlgefährdung und/oder -misshandlung erkannt, Hilfen zur Erziehung angeboten oder auch Inobhutnahmen eingeleitet. Aus Hessen ist bekannt, dass im Zeitraum eines Jahres (01.07.2008 bis 30.06.2009) „aufgrund berechtigter Meldungen des Hessischen Kindervorsorgezentrums insgesamt sechs Fälle im Rahmen des Einladungsverfahrens identifiziert wurden, in denen durch das überprüfende Jugendamt eine Kindeswohlgefährdung bestätigt wurde, die dem Jugendamt zuvor nicht bekannt waren und die Schutz- oder Kontrollmaßnahmen des Jugendamtes erforderten“ (Hock u.a. 2012).

Die Bewertung der Effekte des verbindlichen Einladungswesens erfolgt in den meisten Kommunen (Jugend- und Gesundheitsämtern) allerdings nach wie vor ausschließlich abgeleitet vom Kriterium der Identifikation zusätzlicher Fälle von Kindeswohlgefährdung. Dabei werden die positiven Effekte hinsichtlich der Ermöglichung einer umfassenden

5 Hierbei handelt es sich um Aussagen einzelner Jugendämter, eine systematische statistische Erhebung liegt nicht vor (vgl. aber auch die Ausführungen im Landeskinderschutzbericht Schleswig-Holstein in Schleswig-Holsteinischer Landtag 2010).

6 Vgl. Broschüren wie „Eltern-ABC“, „Stark mit Kindern“, „Sieh mich an – ich sag Dir was“, „Vorsicht zerbrechlich – Niemals ein Baby schütteln“, „Hurra angekommen – Impfungen für Babys“ oder „Informationen zum Plötzlichen Säuglingstod (SIDS)“ (unter www.schleswig-holstein.de/MASG/DE/Service/Broschueren/ThemaGesundheit/themaGesundheitVerbraucherschutz_node.html).

ABBILDUNG 2: ENTWICKLUNG DES VERBINDLICHEN EINLADUNGSWESENS U4 BIS U9 IN SCHLESWIG-HOLSTEIN (2008 BIS 2012 (2012 1. BIS 3. QUARTAL); ANGABEN ABSOLUT)



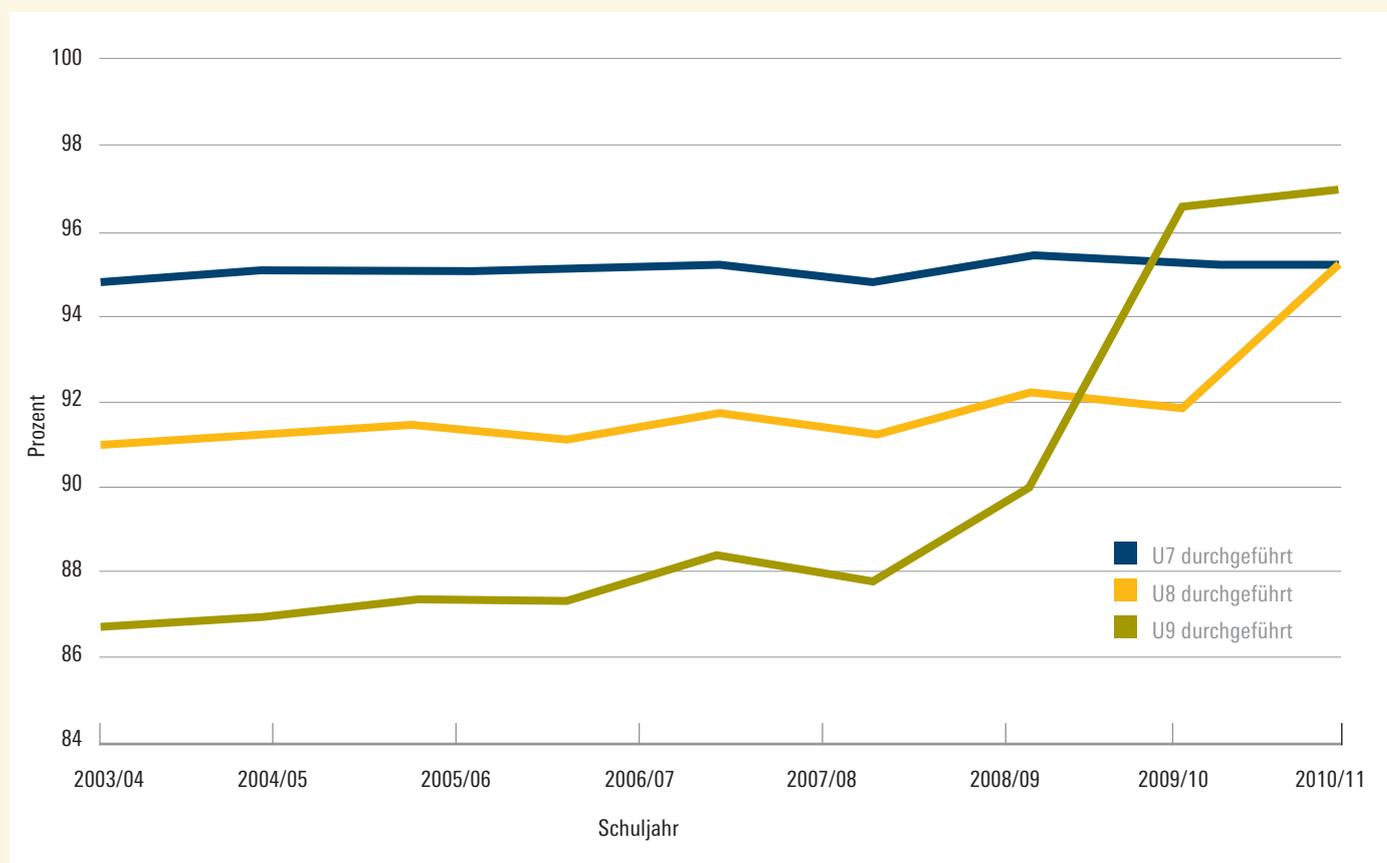
Quelle: Quartalsmeldungen des Landesamtes für Soziale Dienste Schleswig-Holstein

TABELLE 1: ANSCHREIBEN DES LANDESAMTS FÜR SOZIALE DIENSTE IM RAHMEN DES VERBINDLICHEN EINLADUNGSWESENS (§ 7A GDG) IN SCHLESWIG-HOLSTEIN (2008 BIS 2012 (2012 1. BIS 3. QUARTAL); ANGABEN ABSOLUT UND ANTEIL IN %)

Jahr	Einladungen	Erinnerungen	Kreismeldungen	Insgesamt	Anteil Erinnerungen an Einladungen	Anteil Kreismeldungen an Erinnerungen	Anteil Kreismeldungen an Einladungen
2008	100.210	12.847	3.457	116.514	12,82%	26,91%	3,45%
2009	160.723	49.505	17.449	227.677	30,80%	35,25%	10,86%
2010	162.478	50.878	16.802	230.158	31,31%	33,02%	10,34%
2011	161.002	48.815	14.634	224.451	30,32%	29,98%	9,09%
2012	121.975	35.619	10.579	168.173	29,20%	29,70%	8,67%
Insgesamt	706.388	197.664	62.921	966.973	27,98%	31,83%	8,91%

Quelle: Quartalsmeldungen des Landesamtes für Soziale Dienste Schleswig-Holstein

ABBILDUNG 3: STEIGERUNG DER INANSPRUCHNAHMERATE DER FRÜHERKENNUNGS-
UNTERSUCHUNGEN U7 BIS U9 IN SCHLESWIG-HOLSTEIN NACH EINFÜHRUNG DES VERBIND-
LICHEN EINLADUNGSWESENS 2008 (2003/04 BIS 2010/11; ANGABEN IN %)



Quelle: Quartalsmeldungen des Landesamtes für Soziale Dienste Schleswig-Holstein

TABELLE 2: WAHRGENOMMENE STEIGERUNG DER INANSPRUCHNAHME DER FRÜHERKENNUNGS-
UNTERSUCHUNGEN NACH INKRAFTTRETEN DES VERBINDLICHEN EINLADUNGSWESENS
IM RAHMEN DES LANDESKINDERSCHUTZGESETZES AM 01.04.2008 IN SCHLESWIG-HOLSTEIN
(2010; ANGABEN ABSOLUT)

	Anzahl der Nennungen (Praxen)			
	Ja, deutlich	Ja, mäßig	Ja, wenig	Nein, gar nicht
a) In Familien insgesamt	7	27	8	5
b) In Familien mit Migrationshintergrund	12	11	17	6
c) In Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil	8	18	8	6
d) In sozial benachteiligten Familien (z.B. „Hartz IV-Familien“)	11	16	15	3
e) In Familien ohne Krankenversicherungsschutz	1	2	8	31

* Anmerkung 1: a) Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Einführung des verbindlichen Einladungswesens (n = 47 Praxen). b) Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Familien mit Migrationshintergrund (n = 46 Praxen). c) Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Familien mit alleinerziehendem Elternteil (n = 40 Praxen). d) Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in sozial benachteiligten Familien (zum Beispiel, Hartz IV-Familien“) (n = 45 Praxen). e) Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Familien ohne Krankenversicherungsschutz (n = 42 Praxen). Angaben zu den befragten Praxen (n = 51 Praxen).

Anmerkung 2: Informationen zu den Praxen: 1. Größe der Praxis 22% groß (>2.000 Scheine), 63% mittel (1.000-2.000 Scheine), 15% klein (<1.000 Scheine); 2. Lage der Praxis: 65% städtisch, 35% ländlich; 3. Anteil der Migrantinnen und Migranten unter den Patientinnen und Patienten: 18% hoch, 46% mittel, 36% niedrig.

Quelle: Ergebnisse der Umfrage des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte Schleswig-Holstein (Stand: 20.03.2010) (vgl. Thaiss u.a. 2010)

Gesundheitsvorsorge für alle Kinder, vor allem in benachteiligten Familien ohne primären Zugang zum Gesundheitssystem, häufig übersehen bzw. in den Hintergrund gedrängt.

Diese positiven Effekte sind im Sinne des Artikels 24 der UN-Kinderrechtskonvention aber erheblich. So konnte die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen seit Einführung des Verfahrens kontinuierlich gesteigert werden.

Für die U9 konnte in der Erhebungsperiode 2010/2011 eine Steigerung auf über 96% erreicht werden (vgl. Abb. 3), eine Entwicklung, die in allen Bundesländern mit vergleichbaren Einladungssystemen beobachtet werden kann.⁷ Steigerungsraten sind bei allen Früherkennungsuntersuchungen zu beobach-

ten; bei den früheren mit initial höherer Inanspruchnahmerate kann diese natürlich nicht so deutlich ausfallen.

Gleichzeitig war der Anstieg bei sozial benachteiligten Familien besonders eindrucksvoll. Eine Umfrage beim Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) im Jahr 2010 (bestätigt 2012) ergab, dass nach Einschätzung der befragten Ärztinnen und Ärzte die Teilnahme rate insgesamt, aber besonders bei den jungen Eltern (Alter unter 21 Jahren), den Alleinerziehenden (ein Elternteil), den sozial Benachteiligten (Empfänger/innen von Transferleistungen) und den Eltern mit Migrationshintergrund (Eltern nicht deutscher Herkunft) besonders deutlich gestiegen ist (vgl. Tab. 2).

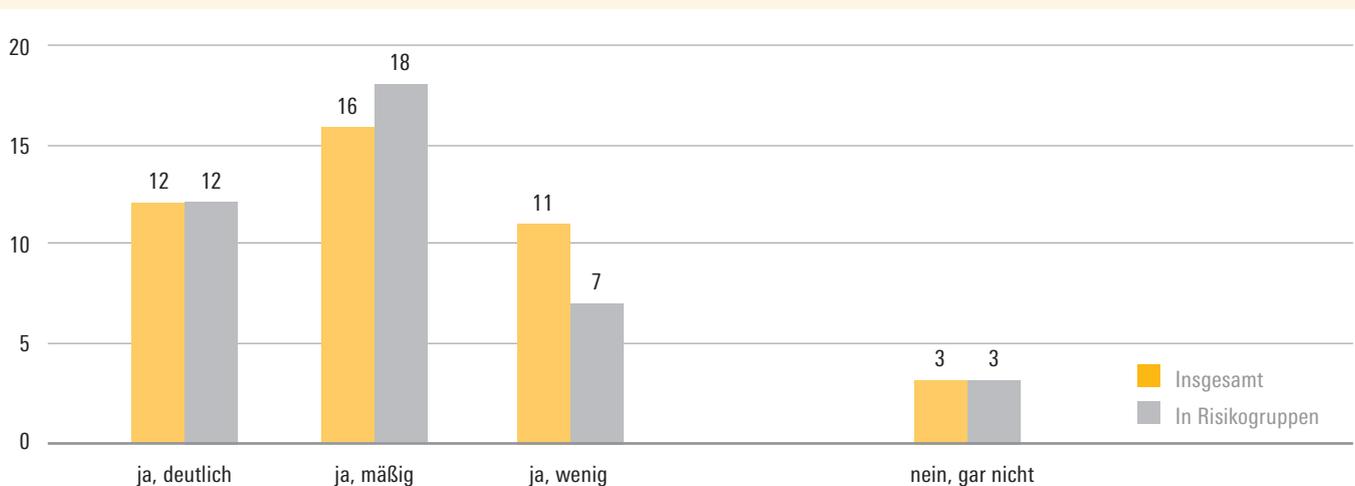
Bilanz

Für Kinder aus benachteiligten Familien ist somit durch die beobachtete Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ein deutlich verbesserter und umfassenderer Gesundheitsschutz möglich.

Ein weiterer wesentlicher Effekt der häufigeren Inanspruchnahme der Untersuchungen ist die oft erstmalige, dann aber häufig regelmäßige Kontaktaufnahme zu einer Kinderfachärztin bzw. einem Kinderfacharzt.

Mit der regelmäßigen Vorstellung beim Kinderarzt konnte auch eine Erhöhung der primärpräventiven Maßnahmen erreicht werden. Dies lässt sich am Beispiel der Impfraten eindrucklich zeigen (vgl. Abb. 4). Durch die gestiegenen

ABBILDUNG 4: WAHrgENOMMENE STEIGERUNG DER IMPFQUOTE NACH INKRAFTTRETEN DES VERBINDLICHEN EINLADUNGSWESENS IM RAHMEN DES LANDESKINDERSCHUTZGESETZES AM 01.04.2008 IN SCHLESWIG-HOLSTEIN (2010; ANGABEN ABSOLUT)



* Anmerkung: n = 42

Risikogruppen: Familien mit Migrationshintergrund, alleinerziehendem Elternteil, sozialer Benachteiligung (z.B. „Hartz IV-Familien“). Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Familien aus den vorgenannten Risikogruppen (n = 42). Informationen zu den Praxen siehe Anmerkung 2 in Tab. 2.

Quelle: Ergebnisse der Umfrage des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte Schleswig-Holstein (Stand: 20.03.2010) (vgl. Thaiss u.a. 2010)

Impfraten von Säuglingen und Kleinkindern kommt es somit oft schon vor dem Kindergartenalter zu einem erhöhten Schutz gegen Infektionskrankheiten.

Die Einführung eines verbindlichen Einladungswesens zu den Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen des Kinderschutzgesetzes Schleswig-Holstein hat damit nach der Evaluation des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte den Zugang von Kindern zu Gesundheitsdiensten und damit zu den Leistungen der Gesundheitsversorgung nach Art. 24 der UN-Kinderrechtskonvention erheblich verbessert. Insbesondere ist damit eine Diskriminierung von Kindern durch Barrieren im Zugang zu medizinischen Angeboten, die aus der kulturellen Zugehörigkeit der Familie, sozial belasteten Verhältnissen oder dem Bildungshintergrund resultierten, deutlich reduziert worden.

Zukünftig sollte es gelingen, die Einladungs- und Erinnerungssysteme formal zu optimieren, die Inhalte der U-Untersuchungen den neuen kindlichen Morbiditäten anzupassen, Kinderschutzaspekte in Weiterbildungen für Kinderärztinnen und -ärzte zu integrieren und deren aktive Mitwirkung in den Netzwerken adäquat zu vergüten. Dann können die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder als ideales Bindeglied zwischen Artikel 19 und 24 der UN-Kinderrechtskonvention für das gesunde Aufwachsen der Kinder genutzt werden und so tragende Bausteine im Gesamtkonzept eines gelingenden Kinderschutzes sein.

7 Persönliche Mitteilung der zuständigen Vertreterinnen und Vertreter der Länder (vgl. Arbeitstreffen der Länder zum Stand der „Kindervorsorgeprojekte“ am 09.09.2011 in Frankfurt a.M.).

Literatur

- Arbeitstreffen der Länder zum Stand der „Kindervorsorgeprojekte“ am 09.09.2011 in Frankfurt a.M., in: S. Hock u.a.: Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprojekte, Gesundheitswesen, Stuttgart und New York, 2013 (<http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1331731>). Zugriff: 04.09.2013
- Bühning, P.: Kinderärzte als Wächter. 4. Präventionstag der Bundesärztekammer, in: Deutsches Ärzteblatt, 2012, Heft 12, S. 492-493.
- Hock, S./Berchner, Y./Blankenstein, O./Buschbaum, T./Ellsäßer, G./Heuermann, M.W./Klein, R./Kolbow, D./Metzner, F./Röhlich-Pause, K./Thaiss, H./Untze, P./Zimmermann, E./Kieslich, M. (2013): Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprogramme. Ergebnisse des ersten bundesweiten Arbeitstreffens 2011 in Frankfurt am Main, in: Das Gesundheitswesen, 2013, Heft 3, S. 143-148.
- Kamtsiuris P./Bergmann, E./Rattay, P./Schlaud, M.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS), in: Bundesgesundheitsblatt, 2007, Heft 50, S. 836-850.
- Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, in: Bundesanzeiger, 2008, Heft 4.
- Schleswig-Holsteinischer Landtag: Bericht zur Situation von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl und Kommentar der Landesregierung – Landeskinderschutzbericht Schleswig-Holstein. Drucksache 17/382 vom 09.03.2010.
- Thaiss, H./Klein, R./Schumann, E. C./Ellsäßer, G./Breitkopf, H./Reinecke, H./Zimmermann, E.: Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz: Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren, in: Bundesgesundheitsblatt, 2010, Heft 10, 1029-1047.
- Thyen, U./Meysen, T./Dörries, A.: Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns in: Spannungsverhältnisse gestalten, in: G. J. Suess, W. Hammer (Hrsg.), Kinderschutz, 2010, S. 126-149 (www.schleswig-holstein.de/MASG/DE/Gesundheit/OeffentlicherGesundheitsdienst/OeffentlicherGesundheitsdienst_node.html).
- Zinke, M./Koch, H./Kerek-Bodden, H./Graubner, B./Brenner, G.: Patientenklintel und Diagnosespektrum in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin, Ausgewählte Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, in: Kinder- und Jugendarzt, 2001, Heft 9, S. 712-717.

Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen

Die Vorstellung, dass Eltern und Gesellschaft gleichermaßen für ein gelingendes Aufwachsen von Kindern verantwortlich sind, verbreitet sich zunehmend auch im frühkindlichen Bereich, der hierzulande lange Zeit ausschließlich der Familie vorbehalten war. Dies lässt sich an zwei Entwicklungen im Bereich öffentlicher kommunaler Unterstützung für Familien ablesen: zum einen am anhaltenden Ausbau der Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren, mit dem neben einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch das Ziel erhöhter Bildungschancen von Kindern verfolgt wird (vgl. Peucker u.a. 2010), zum anderen am Auf- und Ausbau von Frühen Hilfen, die sowohl der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung von Säuglingen und Kleinkindern dienen, als auch positive Entwicklungsbedingungen für Kinder in ihren Familien fördern sollen (vgl. BMFSFJ 2006). Schwerpunkte der mittlerweile nahezu flächendeckend anzutreffenden Frühen Hilfen sind die Implementierung und Pflege von professionsübergreifenden kommunalen Netzwerken sowie die Entwicklung und Ausweitung von niedrigschwelligen Unterstützungs- und Hilfeangeboten für Familien. Den Auf- und Ausbau Früher Hilfen in den Kommunen wissen-

schaftlich nachzuzeichnen ist Aufgabe der Bestandsaufnahme Frühe Hilfen, die das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) seit 2008 durchführt. Die nachfolgende Beschreibung des derzeitigen Ausbaustandes basiert auf den zentralen Ergebnissen von mittlerweile drei bundesweiten Befragungen von Jugend- und zum Teil auch Gesundheitsämtern.

Bestandsaufnahme kommunaler Praxis Früher Hilfen

Im Zuge der ersten Teiluntersuchung (vgl. Landua u.a. 2009), die das Deutsche Institut für Urbanistik (DIfU) im Auftrag des NZFH durchgeführt hat, wurden bundesweit Jugend- und Gesundheitsämter als kommunale Steuerungsbehörden zu ihren Angebots- und Kooperationsstrukturen befragt. Zudem ging es um das konzeptionelle Verständnis von Frühen Hilfen sowie um die Erfassung und Bewertung der bis dahin aufgebauten Kooperationsstrukturen. Die zweite Teiluntersuchung (vgl. NZFH 2011) befasste sich vor allem mit den lokalen Angebotsstrukturen zur frühen präventiven Unterstützung von Eltern und Kindern sowie der Ausgestaltung der Schnittstelle Frühe Hilfen und Kinderschutz. Die Untersuchungen wurden als Vollerhebungen angelegt, die Datenerhebung erfolgte

über standardisierte, postalische Befragungen. Im Mittelpunkt der gerade abgeschlossenen dritten Teiluntersuchung zur kommunalen Praxis Früher Hilfen standen wiederum die Netzwerkstrukturen in den Kommunen, aber auch erstmals die aufsuchenden Angebote Früher Hilfen durch (Familien-)Hebammen und vergleichbare Gesundheitsfachberufe. Die Erhebung wurde durch ein Forschungsteam des NZFH am Deutschen Jugendinstitut mittels standardisierter Telefoninterviews durchgeführt. Mit dieser Untersuchung konnte vor dem Start der Bundesinitiative Frühe Hilfen die Ausgangslage in den Kommunen bezogen auf die beiden zentralen Förderbereiche (Netzwerke Frühe Hilfen, Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen) erhoben werden.

Teiluntersuchung I fand von Dezember 2008 bis Januar 2009 statt, Teiluntersuchung II von Januar bis März 2010, Teiluntersuchung III von März bis Juli 2012. Der Rücklauf der ersten Untersuchung betrug 58%, bei der zweiten Untersuchung 55%, wobei der Rücklauf der Gesundheitsämter jeweils niedriger als bei den Jugendämtern ausgefallen ist (vgl. Landua u.a. 2009; NZFH 2011). Diese Rückläufe sind für eine schriftliche Institutionenbefragung positiv

zu bewerten (vgl. Pluto u.a. 2007). Die Unterschiede beim Rücklauf zwischen Gesundheitsämtern und Jugendämtern sind auch in den unterschiedlichen gesetzlichen Aufträgen der jeweiligen Behörden begründet. Die örtlichen Träger der Jugendhilfe werden – wie noch zu zeigen sein wird – zumeist als vorrangig zuständig angesehen. Der Response der dritten Teiluntersuchung fiel mit nahezu 95% bemerkenswert hoch aus, was zum einen die Vorteile einer Telefonbefragung, zum anderen das anhaltend hohe Interesse der kommunalen Akteurinnen und Akteure am Thema verdeutlicht (vgl. NZFH 2012).

Im Folgenden werden zentrale Befunde aus allen drei Untersuchungen entlang mehrerer für das Feld besonders bedeutender Themenkomplexe vorgestellt.

Hoher fachpolitischer Stellenwert Früher Hilfen

Schon 2009 war nahezu jedes der befragten Jugendämter nach eigenen Angaben im Bereich Früher Hilfen aktiv (96%). Die öffentliche Jugendhilfe hat also frühzeitig die Initiative zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen in den Kommunen ergriffen. Doch auch ca. 79% der 2009 befragten Gesundheitsämter gaben an, bereits Aktivitäten im Bereich Frühe Hilfen entwickelt zu haben. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme weisen somit auf eine unerwartet hohe Beteiligung von Gesundheitsämtern beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen hin (vgl. Sann 2010). Etwa 60% der befragten Jugend- und Gesundheitsämter gaben zum Jahresanfang 2010 an, eine hohe bis sehr hohe politische Priorität für die Frühen Hilfen in ihrer Kommune wahrzunehmen (vgl. Abb. 1). Fast 90% haben in den letzten Jahren ei-

nen deutlichen Bedeutungszuwachs dieses Bereiches erlebt. Dies findet auch eine Entsprechung in der Verabschiedung politischer Beschlüsse zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen bei drei von vier der teilnehmenden Kommunen (vgl. NZFH 2011, 2012), ein Wert, der über die Jahre unverändert geblieben ist. Die Entwicklungen sind dennoch nicht abgeschlossen: Bei einer kurzen Online-Befragung zum Start der Bundesinitiative Frühe Hilfen (vgl. NZFH 2013) gaben 90% der Jugendämter an, dass sie Fördermittel beantragen werden, um die Frühen Hilfen vor Ort weiter auf- und auszubauen.

Die allgemeinen Wirkungen Früher Hilfen wurden 2010 aus Sicht beider kommunaler Behörden überwiegend positiv wahrgenommen: 98% der Befragten in den Jugendämtern und 97% in den Gesundheitsämtern gaben zu diesem Zeitpunkt an, dass die Frühen Hilfen zu einer verbesserten Früherkennung von Problemlagen in Familien beitragen; sie führen für 85% bzw. 86% der Befragten zudem zu einem vermehrten frühzeitigen Erkennen von Fällen von Kindeswohlgefährdung (vgl. NZFH 2011). Dies mag mit ein Grund sein für die seit 2005 kontinuierlich gestiegenen Fallzahlen im Bereich der Hilfen zur Erziehung, Inobhutnahmen und Sorgerechtsentzüge bei den unter Sechsjährigen, wie sie der amtlichen Statistik zu entnehmen sind (vgl. Pothmann/Fendrich in diesem Heft).

Steuerung durch den öffentlichen Träger der Jugendhilfe

2009 sahen 72% aller Befragten Jugend- und Gesundheitsämter die Steuerungsverantwortung für den Auf- und Ausbau Früher Hilfen beim Jugendamt – diese Einschätzung wurde vor allem von den

Jugendämtern selbst (ca. 80%) vertreten. 20% der Befragten sahen Jugend- und Gesundheitsamt gemeinsam in der Pflicht – diese Position war insbesondere unter Gesundheitsämtern (29%) zu finden (vgl. Abb. 2). Eine zentrale Steuerung durch ein Gesundheitsamt wurde nur von einer Minderheit befürwortet (2% der Jugendämter, 9% der Gesundheitsämter; vgl. Sann 2010). Die ungleiche Bedeutung der beiden Behörden für die Frühen Hilfen zeigt sich zudem in den Stellenausstattungen: In beinahe jedem zweiten Jugendamt wurden bis Ende 2009 zusätzliche Stellen für diesen Aufgabenbereich geschaffen, dasselbe trifft aber nur auf jedes dritte Gesundheitsamt zu (vgl. Abb. 3). In der Regel handelt es sich dabei um Stellen mit einer koordinierenden Funktion, die sowohl die lokalen Netzwerke betreuen als auch zwischen Angeboten und Familien vermitteln sollen. Auf der Seite des öffentlichen Jugendhilfeträgers übernimmt häufig auch der Allgemeine Soziale Dienst diese Aufgabe (vgl. NZFH 2011).

2012 haben sich die Gewichte noch weiter in Richtung der öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe verschoben: Als maßgebliche kommunale Steuerungs- bzw. Koordinierungsinstanz Früher Hilfen benennen nun fast 79% der Befragten ihr Jugendamt. Nur noch 7,7% der Jugendämter sehen sich mit den Gesundheitsämtern in der gemeinsamen Steuerungsfunktion. Auch freie Träger spielen als Steuerungsakteure im Feld der Frühen Hilfen bundesweit keine nennenswerte Rolle (vgl. NZFH 2012). Diese Entwicklung geht weitgehend konform mit den gesetzlichen Vorgaben des am 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetzes, das in § 3, Abs.

3 KKG dem öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe explizit die Koordinationsaufgabe zuweist, sofern Landesregelungen nichts anderes vorsehen.

Heterogenes Praxisverständnis von Frühen Hilfen

Der Begriff „Frühe Hilfen“ sorgt seit seiner Einführung im Zuge des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme in den Ländern“ (BMFSFJ 2006) für zum Teil heftige und kontroverse Debatten. Dies lag und liegt vor allem daran, dass er letztlich uneindeutig ist und einen weiten Interpretationsspielraum zulässt. Unvermindert kontrovers wird insbesondere die Frage diskutiert, ob es sich bei diesen Angeboten um Maßnahmen mit eher kontrollierendem Charakter handelt oder ob sie nicht eher der allgemeinen Förderung des gesunden Aufwachsens von Kindern zuzuordnen seien. Auch die Eingrenzung der Altersgruppe auf Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr blieb nicht unwidersprochen. In einigen Länderprogrammen und etlichen kommunalen Konzepten wird gerade die Verknüpfung präventiver Angebote über Altersgrenzen hinweg anvisiert, die sich aus den Logiken der kindlichen Entwicklung und der Zuständigkeit entsprechender Versorgungsbereiche ergeben.

Das NZFH hat 2009 erstmalig das in den kommunalen Steuerungsbehörden vorherrschende Begriffsverständnis von „Frühen Hilfen“ untersuchen lassen. Damals stimmte es auf den ersten Blick überwiegend mit dem des Aktionsprogramms der Bundesregierung überein, das Frühe Hilfen als präventive Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz für (werdende) Eltern mit Kindern von 0 bis

3 Jahren definierte. Auf diese Weise sollte gerade in psychosozial belasteten Familien einer möglichen Vernachlässigung der Säuglinge und Kleinkinder vorgebeugt werden. In der Befragung fanden sowohl unter den Jugend- als auch unter den Gesundheitsämtern am ehesten diejenigen Aussagen Zustimmung, die Frühe Hilfen als biografisch früh einsetzende Unterstützung und als sekundäre Prävention für Risikogruppen bezeichnen. An dritter Stelle – bezogen auf den Grad der Zustimmung – steht die Beschreibung von Frühen Hilfen als Maßnahmen zur präventiven Förderung elterlicher Erziehungskompetenz, gefolgt von der Aussage, dass sich Frühe Hilfen im Sinne primärer Prävention an alle Eltern wenden. Dem wird vor allem von Jugendämtern zugestimmt. Die geringste Zustimmung findet das Item, welches Frühe Hilfen als intervenierende Maßnahmen des Kinderschutzes beschreibt (vgl. Sann 2010).

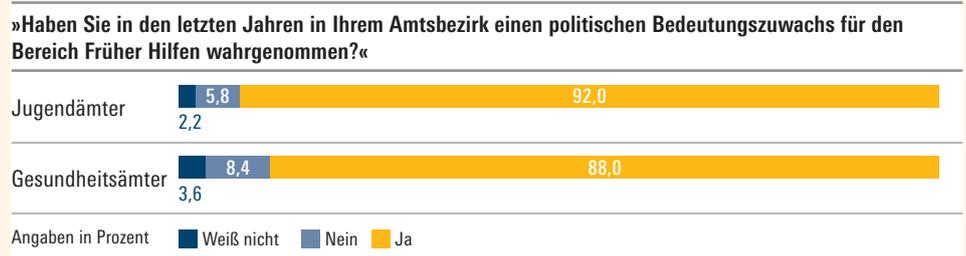
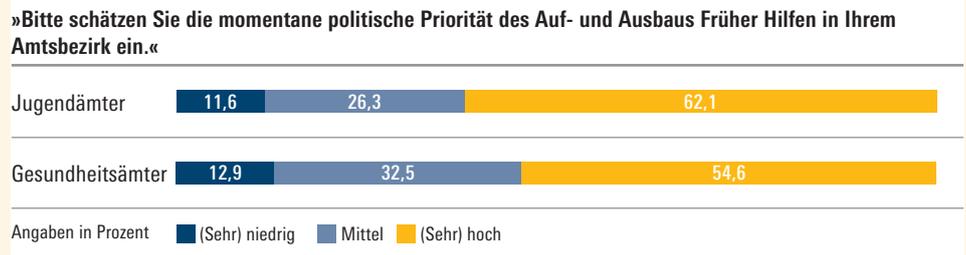
Eine tiefer gehende Faktorenanalyse der Daten zeigt aber, dass in der kommunalen Praxis zwei grundlegend verschiedene Auffassungen von Frühen Hilfen dominieren und miteinander konkurrieren (vgl. Sann 2010). Ein erstes, statistisch gut abgrenzbares Antwortmuster beschreibt Frühe Hilfen eher im Sinne von „Früher Förderung“ als ein primärpräventiv ausgerichtetes Unterstützungssystem für alle (angehenden) Eltern mit Kleinkindern bis drei Jahren, das die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern im Fokus hat. Dieses Muster findet sich häufiger bei Fachkräften aus Jugendämtern. Das zweite Antwortmuster kann eher im Sinne von „präventivem Kinderschutz“ mit stärker sekundärpräventiven bzw. intervenierenden Maßnahmen für Risikogruppen interpretiert werden.

Viele Gesundheitsämter beziehen im Sinne von rechtzeitiger Hilfe auch Familien mit älteren Kindern stärker mit ein, als dies bei Jugendämtern der Fall ist (vgl. Abb. 4).

Diese Befunde verdeutlichen die unterschiedlichen Ausprägungen der kommunalen Praxis: Frühe Hilfen werden mancherorts sehr eng mit der präventiven Abwendung möglicher Kindeswohlgefährdungen verbunden und sind daher klar Bestandteil des Kinderschutzsystems, während es anderenorts auch eine Ausrichtung der Frühen Hilfen in Richtung universeller Prävention gibt und damit eher ein Ausbau von allgemeinen Förderangeboten für Familien im Sozialraum einhergeht (vgl. Sann/Landua 2010). Frühe Hilfen kommen also nicht umhin, sich im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle zu positionieren, das ein grundlegendes Paradigma vor allem der Kinder- und Jugendhilfe ist. Die jeweiligen bevorzugten Positionen können jedoch lokal sehr unterschiedlich sein.

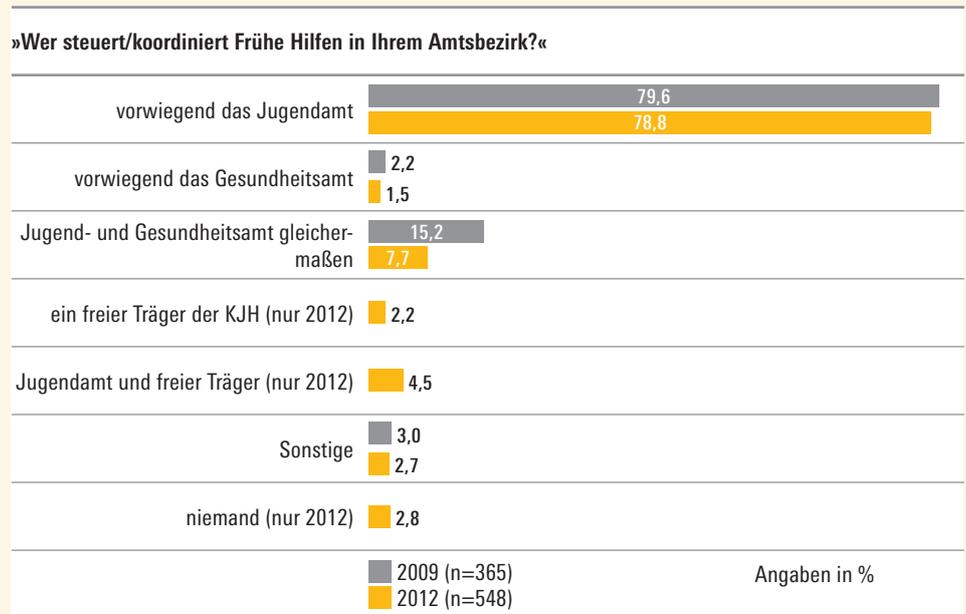
Dies zeigen auch aktuelle Befunde aus der dritten Teiluntersuchung: Der Großteil der Jugendämter (64,4%) gibt an, dass in ihrem Amtsbezirk sowohl Angebote für alle Familien (Primärprävention) als auch Angebote für Familien in belastenden Lebenslagen (Sekundärprävention) vorgehalten werden. Etwa 17% der Befragten sehen jedoch ihren Schwerpunkt ausschließlich bei der primären Prävention, fast ebenso viele ausschließlich bei der sekundären Prävention. Eine einheitliche präventive Ausrichtung ist also nach wie vor nicht zu erkennen. Dies tritt noch deutlicher zutage, wenn der Fokus auf die konzeptionelle Ausrichtung besonders niedrigschwelliger, aufsuchender Angebote gestellt wird (vgl. Abb. 5): Fast 90%

ABBILDUNG 1: POLITISCHE PRIORITÄT DES AUF- UND AUSBAUS FRÜHER HILFEN IN DEN KOMMUNEN (ANGABEN IN %)



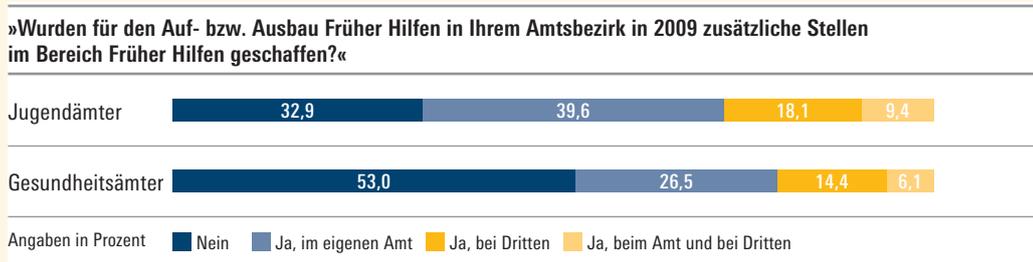
Quelle: NZFH: Bundesweite Bestandsaufnahme zu Frühen Hilfen – Teiluntersuchung II

ABBILDUNG 2: STEUERUNG DER ANGEBOTE FRÜHER HILFEN (ANGABEN IN %)



Quelle: NZFH: Bestandsaufnahme Frühe Hilfen – Teiluntersuchung III, Kurzbefragung Jugendämter 2012

ABBILDUNG 3: STELLENAUSBAU IN DEN KOMMUNALEN STEUERUNGSBEHÖRDEN IM BEREICH FRÜHE HILFEN (ANGABEN IN %)



Quelle: NZFH: Bundesweite Bestandsaufnahme zu Frühen Hilfen – Teiluntersuchung II

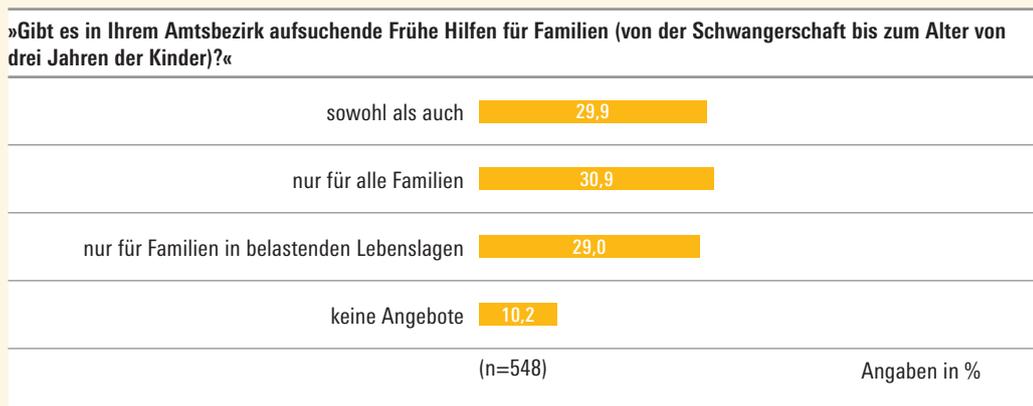
ABBILDUNG 4: BEGRIFFSVERSTÄNDNIS FRÜHE HILFEN

VARIABLEN	Komponenten (Faktorladungen):			
	1 Frühe Förderung		2 Präventiver Kinderschutz	
	JA	GA	JA	GA
Unterstützungsangebote für alle (angehenden) Eltern	.76	.74		
Ein spezielles Hilfesystem für Familien in besonderen Problemlagen			.77	
Frühzeitige Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern der Altersgruppe 0–3 J.	.75	.78		
Rechtzeitige Unterstützungsangebote für Eltern mit Kindern (auch) über 3 J.				.63
Eher präventive Maßnahmen zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz	.71	.79		
Eher intervenierende Maßnahmen zur Verbesserung des Kinderschutzes			.78	.81

* Hauptkomponentenanalyse; Eigenwertkriterium; Varimaxrotation; ausgewiesen werden nur Faktorladungen >0.5
JA= „Jugendämter“; GA= „Gesundheitsämter“.

Quelle: Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen, Deutsches Institut für Urbanistik, 2008/2009 (leicht abgewandelt)

ABBILDUNG 5: ZIELGRUPPEN AUFSUCHENDER FRÜHER HILFEN (ANGABEN IN %)



Quelle: NZFH: Bestandsaufnahme Frühe Hilfen – Teiluntersuchung III, Kurzbefragung Jugendämter 2012

aller Kommunen bieten Frühe Hilfen an, bei denen Familien in ihrem häuslichen Umfeld aufgesucht werden. Jedoch ist bei der konzeptionellen Ausrichtung dieser Angebote eine ungefähr gleiche Verteilung zwischen Kommunen anzutreffen, deren Angebote sich ausschließlich an alle Familien wenden (primär-präventiv, zumeist Willkommensbesuche und/oder ehrenamtliche Familienpaten), ausschließlich an Familien in belastenden Lebenslagen (sekundär-präventiv) und Kommunen, die Angebote in beiden Bereichen realisiert haben (vgl. NZFH 2012).

Sektorenübergreifende Netzwerke als Herausforderung

Der Aufbau von system- und professionenübergreifenden Netzwerken ist ein zentraler Bereich der Frühen Hilfen. Aus den Daten der drei vorliegenden Untersuchungen lässt sich ein kontinuierlich fortschreitender Aufbau dieser Netzwerke ablesen. 2009 gaben bereits etwa zwei Drittel aller Kommunen an, Netzwerke Frühe Hilfen aufgebaut zu haben, zumeist durch die Initiative des örtlichen Jugendamtes, weitere 25% planten dies ab 2010 (vgl. Sann 2010). 2012 sind solche Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen bereits in vier von fünf Kommunen etabliert worden. Werden geplante und aktuell gerade entstehende Netzwerke mitgerechnet, ergibt sich eine zukünftige Netzwerkabdeckung von 97,3% (vgl. NZFH 2012). Damit würde schon in naher Zukunft ein maßgebliches Ziel der Bundesinitiative Frühe Hilfen erreicht.

Quantität und Qualität der Kooperationen kommunaler Steuerungsbehörden mit den verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen, die im Feld

Früher Hilfen relevante Beiträge leisten (können), stellen sich jedoch nach wie vor äußerst heterogen dar (vgl. Abb. 6). Die Ergebnisse der Erhebung von 2009 zeigen, dass verbindliche bzw. vertraglich abgesicherte Kooperationen der Ämter mit den unterschiedlichen Partnern eher selten zu finden sind und wenn, dann vorwiegend zwischen dem Jugendamt und Akteuren aus dem Jugendhilfesektor, beispielsweise den Trägern Sozialpädagogischer Familienhilfen oder von Kindertageseinrichtungen (vgl. Sann 2010).

Sowohl Jugend- als auch Gesundheitsämter schätzten die Kooperation mit Schwangerschaftsberatungsstellen und stationären Geburtshilfeeinrichtungen als hoch bedeutsam ein, hatten jedoch nur mittelmäßig häufig tatsächlich Kontakt mit diesen Einrichtungen. Eine Diskrepanz zwischen hoher Bedeutung und vergleichsweise niedriger Qualität der Kooperation wurde von beiden Behörden vor allem im Bereich der Geburtshilfe (Kliniken und niedergelassene Hebammen) festgestellt. Gleiches gilt für Jugendämter insbesondere hinsichtlich der Kooperation mit niedergelassenen Pädiaterinnen und Pädiatern. Dagegen wurde von beiden Ämtern die gute Zusammenarbeit mit Familienberatungsstellen und Kindertageseinrichtungen hervorgehoben. Völlig unterbeleuchtet in Bezug auf Bedeutung und Häufigkeit der Kooperation war zum damaligen Zeitpunkt die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Familienbildung (vgl. Sann 2010). Dies ist als kritischer Befund zu werten, da zum einen psychische Erkrankungen von Eltern als Hauptrisikofaktor für Kindeswohlgefährdung angesehen werden (vgl. Meysen u.a. 2008) und zum anderen die Angebote der Familien- und Elternbildung zur För-

derung der Erziehungskompetenz einen wichtigen Baustein universeller Prävention in einem Stufenmodell früher Präventionsangebote darstellen.

Auch die Kontakte zu weiteren Sozialeistungsträgern wie Sozialamt, Wohnungsamt oder ARGE waren eher spärlich (vgl. Sann 2010), gleichwohl von diesen oft frühzeitig Notsituationen von Eltern wahrgenommen werden könnten und sie wichtige Beiträge zur Stabilisierung der familiären Situation und damit auch zur Sicherung des Kindeswohls leisten könnten.

Die Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitsamt selbst wies eine starke Asymmetrie auf: Das Jugendamt ist der wichtigste Partner für die Gesundheitsämter, wenn es um Frühe Hilfen geht, umgekehrt jedoch wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) von der Jugendhilfe kaum als relevanter Partner angesehen. Unter 35 möglichen Kooperationspartnern nimmt das Gesundheitsamt nur einen mittleren Rangplatz bezogen auf die wahrgenommene Bedeutung durch die Jugendämter ein. Die Gesundheitsämter sind daher überwiegend auch nicht besonders zufrieden mit der Qualität dieser Kooperation (vgl. Sann 2010). In diesem Bereich zeigt sich ein deutlicher Entwicklungsbedarf. Ob die Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes und die Förderbedingungen im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen zu einer substanziellen Verbesserung der interdisziplinären Kooperationen und zur faktischen Ausweitung und Erhöhung der Verbindlichkeit der Netzwerke im Bereich Früher Hilfen führen werden, ist eine der zentralen Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesförderprogramms.

Subjektiv lohnt sich jedoch die oft mühsame Netzwerkarbeit: Sie verbessert aus Sicht der Behörden vor allem das wechselseitige Verständnis und die Kommunikation zwischen den Akteurinnen und Akteuren und erleichtert darüber sowohl die Zusammenarbeit im Einzelfall als auch die fallübergreifende Kooperation. Damit einhergehend verbessert sich nach Einschätzung der Befragten auch die Möglichkeit, zeitnah bei Verdacht auf eine Kindeswohlge-

fährdung zu reagieren. Insgesamt werden die Auswirkungen eines verbindlich organisierten Netzwerks auf die Zielerreichung Früher Hilfen deutlich positiver erlebt als die eines unverbindlichen Netzwerks. Dies betrifft vor allem auch die Akzeptanz Früher Hilfen seitens der Familien (vgl. Sann 2010). Die Bundesinitiative Frühe Hilfen setzt genau hier an: Sie stellt Mittel für den strukturellen Ausbau der Netzwerke bereit, verknüpft die Förderung aber mit der Einhaltung

von Qualitätskriterien, wie bspw. den Abschluss von verbindlichen Kooperationsvereinbarungen.

Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen

Die Bereitstellung von zusätzlichen Hilfeangeboten für Familien wurde bereits 2009 von zwei Drittel der Kommunen vorangetrieben, ein Viertel plante auch ohne Unterstützung durch den Bund den (weiteren) Ausbau ab 2010 (vgl.

ABBILDUNG 6: KOOPERATIONEN IM BEREICH FRÜHER HILFEN

	Kooperationspartner von Jugendämtern	Häufigkeit (1)	Bewertung (2)	Kooperationspartner von Gesundheitsämtern	Häufigkeit (1)	Bewertung (2)
»Wichtige« (die 10 wichtigsten) Kooperationspartner	Niederg. Kinderärztin/-arzt	■	■	Jugendamt	■	■
	Kinderklinik	■	■	Niederg. Kinderärztin/-arzt	■	■
	Geburtsklinik	■	■	Geburtsklinik	■	■
	Kindertageseinrichtung	■	■	Hebamme	■	■
	Hebamme	■	■	Kinderklinik	■	■
	SPFH	■	■	Frühförderstelle	■	■
	Familienberatungsstelle	■	■	Kinderschutzzentrum	■	■
	Familiengericht	■	■	Kindertageseinrichtung	■	■
	Schwangerenberatungsstelle	■	■	Familienberatungsstelle	■	■
	Frühförderstelle	■	■	Schwangerenberatungsstelle	■	■
»Unwichtige« (die 10 unwichtigsten) Kooperationspartner	Psycholog. Kinder-/Jugendtherapeut	■	■	Polizei	■	■
	ARGE	■	■	Familiengericht	■	■
	Klinik d. Erwachsenenpsychiatrie	■	■	Niederg. Erwachsenenpsychiatrie	■	■
	Notfallambulanz	■	■	ARGE	■	■
	Familienbildungsstätte	■	■	Kliniken d. Erwachsenenpsychiatrie	■	■
	Sozialamt	■	■	Schulamt	■	■
	Ehrenamtliche Einrichtungen	■	■	Notfallambulanz	■	■
	Schulamt	■	■	Familienbildungsstätte	■	■
	Niederg. Erwachsenenpsychiatrie	■	■	Wohnungsamt	■	■
	Wohnungsamt	■	■	Ehrenamtliche Einrichtungen	■	■

(1) Häufigkeit der Kooperation: Mittelwerte auf einer Skala von 0 »nie« bis 5 »oft«;
 (2) Bewertung der Kooperation: Mittelwerte auf einer Skala von 1 »sehr unzufrieden« bis 5 »sehr zufrieden«;
 ■ gehört zu den 10 »häufigsten«/»besten« Kooperationspartnern
 ■ nahm bei Häufigkeit und Bewertung einen mittleren Rang ein
 ■ gehört zu den 10 »seltensten«/»schlechtesten« Kooperationspartnern

NZFH 2011). Gemessen am Einsatz der für Frühe Hilfen bereitgestellten kommunalen Mittel machten zu dieser Zeit die Hilfeangebote mit durchschnittlich ca. 60% sogar den Löwenanteil an den kommunalen Aktivitäten im Bereich der Frühen Hilfen aus. Die verbleibenden Mittel wurden vor allem für die Einrichtung von Koordinierungsstellen und Netzwerkveranstaltungen eingesetzt (vgl. NZFH 2011).

Kommunen halten in der Regel ein breites Spektrum von Angeboten für (werdende) Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern vor. Die Angaben aus 2009 zeigen, dass dies in vielen Kommunen bei Angeboten der universellen Prävention wie „Aufklärungsprojekte für Schüler/innen“ (in ca. 69% der Kommunen) und „Begrüßungsschreiben/Informationspaket zur Geburt“ (in ca. 71% der Kommunen) beginnt. Zu den häufig genannten Leistungen gehörten im Weiteren primär-präventive Unterstützungs- und Beratungsangebote wie „Gruppenangebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ (in ca. 92% der Kommunen) und „Elternkurse/-schulen/-seminare“ (in ca. 91% der Kommunen). In vielen Amtsbezirken (ca. 77%) waren zum Zeitpunkt der Erhebung auch „integrierte sozialraumorientierte Angebote für Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren“ vorzufinden, die in der Regel ein breites Spektrum von Angeboten unter einem Dach umfassen. Die Palette reichte aber auch in den sekundär- bis tertiär-präventiven Bereich hinein, z.B. „Beratungsstellen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ (in ca. 79% der Kommunen), „Hilfen zur Erziehung für Schwangere bzw. werdende Eltern“ (in ca. 87% der Kommunen) oder „speziell qualifizierte Sozialpäda-

gogische Familienhilfe für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern“ (in ca. 65% der Kommunen).

Stationäre Maßnahmen und therapeutische Interventionen wurden vergleichsweise selten angegeben, nur jeweils gut ein Drittel der Amtsbezirke verfügte z.B. über „Heilpädagogische Tagesgruppen für Kleinkinder mit Betreuung der Eltern“ (in ca. 37% der Kommunen) oder „stationäre therapeutische Angebote für Eltern mit ihren Kleinkindern“ (in ca. 38% der Kommunen). Dies deutet auf eine stellenweise regionale Unterversorgung mit intensiven Hilfen sowie gemeinsamen stationären Unterbringungssettings für Eltern bzw. vornehmlich Mütter mit ihren Kindern hin, wie sie auch schon von Cierpka u.a. (2007) konstatiert wurde. Insgesamt wurden durchschnittlich 13 bis 14 unterschiedliche Arten von Angeboten pro Kommune genannt. In dieses breite Spektrum von Unterstützungsangeboten und Hilfen waren und sind aber auch ganz spezifische „Frühe Hilfen“ eingebettet. Bei der Frage nach „besonders wichtigen Angeboten Früher Hilfen“ wurden 2010 vor allem aufsuchende Angebote durch Familienhebammen sowie Gruppen- und Beratungsangebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern genannt (vgl. NZFH 2011).

In der dritten Teiluntersuchung wurde gezielt nach den Kooperationserfahrungen der Kommunen mit Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachberufen gefragt. 85% aller Jugendämter in Deutschland kooperieren demnach bereits mit diesen Berufsgruppen im Bereich aufsuchender Hilfen für Familien in belastenden Lebenslagen. Weit verbreitet ist insbesondere die Zu-

sammenarbeit mit (Familien-)Hebammen (78,4%), weniger häufig die mit Kinderkrankenpflegern und -pflegerinnen bzw. mit Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern und -pflegerinnen (36,6%) (vgl. NZFH 2012).

Allerdings sind auf Basis dieser Informationen noch keine Aussagen zum Versorgungsgrad möglich, da nicht erhoben wurde, wie viele und welche Familien tatsächlich von den Angeboten erreicht werden. Dieser Frage soll erstmals im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative nachgegangen werden (vgl. Renner/Sann in diesem Heft).

Fazit und Ausblick

Die vorgestellten Befunde aus den Erhebungen bei Jugend- und Gesundheitsämtern zeigen eindrücklich die anhaltende Dynamik im Praxisfeld Frühe Hilfen. Neben diesen ersten Erfolgen können aber auch einige Entwicklungsbedarfe identifiziert werden. Drei Bereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

1 Den Begriff „Frühe Hilfen“ schärfen:

Es bestehen nach wie vor erhebliche Unklarheiten im Feld über Ziele, Zielgruppen und die konzeptionelle Ausrichtung der Maßnahmen und Angebote Früher Hilfen, die zu einer breiten Streuung in der Praxis führen. Frühe Hilfen laufen hier Gefahr, entweder in Beliebigkeit abzurutschen oder sich einseitig im intervenierenden Kinderschutz zu verorten. Die Entwicklung eines Leitbildes sowie von allgemein verbindlichen Qualitätskriterien wäre sinnvoll, um Frühe Hilfen konzeptionell besser zu rahmen und gezielter in die Hilfelandschaft einpassen zu können.

2 Schwachstellen in den Kooperationsnetzwerken beheben: Eine regelhafte Verzahnung des Gesundheitsbereichs mit der Kinder- und Jugendhilfe kann trotz aller Bemühungen bislang keineswegs als erreicht angesehen werden. Insbesondere die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sollte dringend vorangebracht werden. Dazu sollten auch bewährte Instrumente aus dem Gesundheitsbereich, wie z.B. regionale Qualitätszirkel, genutzt werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst sollte wieder gestärkt werden, um neben dem Jugendamt als zweite Säule im Netzwerk Frühe Hilfen Koordinierungsaufgaben im Gesundheitsbereich übernehmen zu können. Des Weiteren sollten Kooperationen mit systemrelevanten Partnern wie der Erwachsenenpsychiatrie und der Familienbildung intensiviert werden.

3 Versorgung mit Unterstützungs- und Hilfeangeboten sicherstellen: Städte und Landkreise in Deutschland sind in vielfältiger Weise beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen aktiv geworden. Der Versorgungsgrad, d.h. die Verfügbarkeit von passenden Hilfen im Verhältnis zu den Bedarfslagen der Bevölkerung, ist jedoch bislang nicht erfasst worden. Hier sollten weitere Untersuchungen folgen, die sowohl die Prävalenz von familiären Belastungen in der frühen Kindheit (und deren regionale Verteilung) aufzeigen als auch die Quote der mit den vorgehaltenen Angeboten erreichten Familien (vgl. Kindler/Künster und Renner/Sann in diesem Heft). Erst dann können Versorgungslücken identifiziert und gezielt geschlossen werden. Zumindest für den Bereich der tertiären Prävention kann derzeit schon eine Unterversorgung ver-

mutet werden. Es ist aber auch davon auszugehen, dass nicht genügend qualifizierte Familienhebammen zur Begleitung von Familien mit psychosozial bedingtem erhöhtem Unterstützungsbedarf zur Verfügung stehen (vgl. Lange in diesem Heft). Dies könnte unter Umständen zu Versorgungsengpässen führen.

Im Zuge des neuen Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) hat sich der Bund bereit erklärt, erhebliche finanzielle Mittel zum weiteren Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen sowie zum Einsatz von Familienhebammen zur Verfügung zu stellen. Bis 2015 sollen dabei im Rahmen der Bundesinitiative modellhaft kommunale Konzepte gefördert und erprobt werden. Dies bietet die Chance für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung im Bereich Frühe Hilfen, und zwar sowohl in Bezug auf die Netzwerkarbeit als auch in Bezug auf die Versorgung mit passgenauen Angeboten. Am Ende dieser Modellphase sind Bund und Länder aufgefordert, Bilanz zu ziehen und weitere Vereinbarungen für einen kontinuierlichen und nachhaltigen Auf- und Ausbau von Frühen Hilfen zu treffen. Perspektivisch brauchen Frühe Hilfen jedoch auch eine solide gesetzliche Verankerung im Gesundheitsbereich, damit Prävention im Kinderschutz tatsächlich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und umgesetzt werden kann.

Literatur

- (BMFSFJ) – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“, Berlin 2006.
- Cierpka, M./Stasch, M./Groß, S.: Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland, Köln 2007.
- Landua, D./Sann, A./Arlt, M.: Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“, Berlin 2009.
- Meysen, T./Schönecker, L./Kindler, H.: Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe, Weinheim/München 2008.
- (NZFH) – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen – zweite Teiluntersuchung, Köln 2011.
- (NZFH) – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Bestandsaufnahme Frühe Hilfen. Dritte Teiluntersuchung. Kurzbefragung Jugendämter 2012, Köln 2012.
- (NZFH) – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Wo sehen Kommunen Entwicklungsbedarf bei Früher Hilfen? Onlineressource, Köln 2013 (www.fruehehilfen.de/fruehehilfen/forschung/evaluation/entwicklungsbedarf-bei-fruehen-hilfen).
- Peucker, C./Gragert, N./Pluto, L./Seckinger, M.: Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern, München 2010.
- Pluto, L./Gragert, N./van Santen, E./Seckinger, M.: Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse, München 2007.
- Sann, A.: Kommunale Praxis Früher Hilfen. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Bestandsaufnahme, Köln 2010.
- Sann, A./Landua, D.: Konturen eines vielschichtigen Begriffs: Wie Fachkräfte Frühe Hilfen definieren und gestalten, in: IzKK-Nachrichten, 2010, Heft 1, S. 47-52.

Vermessen – Leistungsspektrum der erzieherischen Hilfen und der Inobhutnahmen als Reaktionen auf Gefährdungslagen

Einleitung

Der Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe ist doppelt verfasst (vgl. Böllert 2010, S. 625f.) und liegt zwischen einer Förderung sowie Unterstützung junger Menschen und deren Familien einerseits und kontrollierenden Interventionen bis weit in den privaten Lebensraum hinein andererseits. Sofern bestimmte Gefährdungsschwellen bei Kindern und Jugendlichen überschritten werden – Stichwort Kindeswohlgefährdung –, hat die Kinder- und Jugendhilfe einen Kontroll- und Interventionsauftrag. Kinder- und Jugendhilfe ist somit sowohl personenbezogene soziale Dienstleistung als auch Agentur des staatlichen Wächteramtes.

Mithilfe von Ergebnissen der Polizeilichen Kriminalstatistik wird nachfolgend der Versuch unternommen, sich dem Ausmaß der Vernachlässigungen und Misshandlungen als Gefährdungen des Kindeswohls anzunähern (Kap. 2). In einem weiteren Schritt zielt der Beitrag im Hauptteil auf das der Kinder- und Jugendhilfe zur Verfügung stehende Leis-

tungsspektrum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung der Adressatinnen und Adressaten in den ersten Lebensjahren. Hierbei werden auf der Basis der Kinder- und Jugendhilfestatistik Angaben zu den Hilfen zur Erziehung, den Inobhutnahmen sowie den bei Gericht vor allem von den Jugendämtern angezeigten sorgerechtlichen Maßnahmen betrachtet (Kap. 3). Die empirischen Befunde werden in einem abschließenden Teil bilanziert (Kap. 4).

Empirische Hinweise zur Prävalenz von Vernachlässigung und Misshandlung

Verlässliche Daten über das Ausmaß der Vernachlässigung und Misshandlung von jungen Menschen in ihren Familien liegen nicht vor. Stattdessen ist man in der Regel auf ungenaue Schätzungen angewiesen. Ein Wissen über die Gesamtzahl von Vernachlässigungs- und Misshandlungsopfern durch elterliche Gewalt besteht nicht, ganz zu schweigen davon, dass hier noch einmal nach einzelnen Misshandlungs-

formen – z.B. emotionale Misshandlungen – unterschieden werden könnte (vgl. Deegener/Körner 2008, S. 86f., S. 111).

Statt einer verlässlichen empirischen Datengrundlage über das Ausmaß von Kindeswohlgefährdungen liegen wissenschaftliche Studien zum Ausmaß von Kindeswohlgefährdungen in Deutschland vor allem über körperliche Misshandlungen und vereinzelt auch zur sexuellen Gewalt gegen Kinder vor. So schätzt Engfer (2000) – die empirischen Untersuchungen über körperliche Misshandlungen zusammenfassend –, dass etwa die Hälfte bis zwei Drittel der deutschen Eltern ihre Kinder körperlich bestrafen und dass 10% bis 15% der Eltern ihre Kinder in schwerwiegender und relativ häufiger Form körperlich bestrafen.¹

Erkennbar werden aber auch schon an diesen wenigen Beispielen die Schwachstellen: Die Definitionen und Begrifflichkeiten sind nicht systematisch, die in den Blick genommenen Gewaltformen sind nicht die gleichen und werden auch nicht in gleichem Maße berücksichtigt. Die

Erhebungsverfahren der Basisdaten für die Schätzungen divergieren, und letztlich werden z.T. ganz unterschiedliche Altersgruppen als Basis für die Berechnung der Schätzgrößen zum Ausgangspunkt gemacht. Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Schätzungen zu Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen wird somit lediglich einhellig von den Expertinnen und Experten konstatiert, dass man es hierbei mit einem erheblichen ‚Dunkelfeld‘ zu tun hat.

Nachfolgend wird über die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) das Dunkelfeld zwar keineswegs aufgeheilt, aber zumindest liegen über diese Daten kontinuierlich Anhaltspunkte über die Zahl gewaltsam getöteter Kinder einerseits sowie über das Ausmaß und die Entwicklung von Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern andererseits vor.

Grundlage für die PKS sind die jährlichen Meldungen der Polizeidienststellen zu den bekannt gewordenen und durch sie bearbeiteten Straftaten. Gemeldet werden die Angaben nach Abschluss der Ermittlungen und vor der Aktenübergabe an die Staatsanwaltschaft (vgl. BKA 2007). Zu den Straftaten werden Angaben zur Art des Verbrechens, zum Tatort und zur Tatzeit, Daten zu den Täterinnen und Tätern, aber auch zu den Opfern erhoben.

Vor diesem Hintergrund sind für die Altersgruppe der unter Sechsjährigen Angaben zu den Mord-, Totschlags- und Tötungsopfern (Kap. 2.1) sowie zu den Opfern von Körperverletzungen möglich (Kap. 2.2). Eine noch feinere Altersdifferenzierung ist mit den veröffentlichten Daten des Bundeskriminalamts (BKA) nicht möglich.

Mord-, Totschlags- und Tötungsoffer

Bleibt man zunächst bei den Mord-, Totschlags- und Tötungsopfern, die über die PKS erfasst werden, so liegt deren Anzahl für die Altersgruppe der unter Sechsjährigen 2010² mit 156 Fällen pro Jahr auf einem neuen Tiefststand. Auf 100.000 Kinder kommen damit rechnerisch weniger als vier Mord- bzw. Tötungsfälle (vgl. Tab. 1). In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass nicht nur eine Beziehung zwischen Täter/in und Opfer bestanden hat, sondern dass zugleich in einem überwiegenden Teil der Fälle die Eltern die Täter/innen sind. So kommt beispielsweise eine, wenn auch schon etwas ältere, bundesweite Untersuchung von Schlang (2006) zu dem Ergebnis, dass bei den in Deutschland zwischen 1985 und 1990 getöteten Minderjährigen in zwei von drei Fällen die Tat durch die Eltern bzw. ein Elternteil verübt worden ist.

Die Zahl der Morde, Totschläge und Tötungen ist in der Summe rückläufig. Für die 2000er-Jahre, aber im Übrigen auch schon seit Anfang der 1990er-Jahre (vgl. Fendrich/Pothmann 2009) zeigt sich hier ein eindeutiger Trend. So hat sich allein im Zeitraum zwischen 2000 bis 2010 die Zahl der unter Sechsjährigen getöteten Kinder von 214 auf 156 reduziert. Das entspricht einem Rückgang von 27%. Damit ist die Quote bezogen auf 100.000 Kinder im Alter von unter sechs Jahren im benannten Zeitraum von 4,5 auf 3,8 zurückgegangen.

Dieser Rückgang ist kein Spezifikum für die unter Sechsjährigen. Vielmehr zeigt sich auch für die Altersgruppe der 6- bis unter 14-Jährigen und damit insgesamt für die Kinder bis zum Alter von 14 Jahren ein Rückgang der Opferzahlen (vgl. Tab. 1).

- 1 Das Thema „Sexueller Missbrauch“ bleibt hier und im Folgenden unberücksichtigt. Hinsichtlich des sexuellen Missbrauchs von Kindern geht Ernst davon aus, dass „10%–15% der Frauen und 5%–10% der Männer bis zum Alter von 14 oder 16 Jahren mindestens einmal einen unerwünschten oder durch die „moralische“ Übermacht einer deutlich älteren Person oder durch Gewalt erzwungenen sexuellen Körperkontakt erlebt haben“ (Ernst 1998, S. 69).
- 2 Zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrags waren die Daten der PKS des Jahres 2010 die aktuellsten Daten dieser Erhebung.

Misshandlungs- und Vernachlässigungsoffer

Es ist allenthalben bekannt, dass aufgrund eines erheblichen ‚Dunkelfeldes‘ die PKS nur bedingt dazu in der Lage ist, die Kriminalitätswirklichkeit abzubilden. Dies gilt vor allem auch für Gewaltdelikte gegen Kinder, und zwar erst recht, wenn es sich dabei um Gewalt im familiären Raum handelt. So ist bei Kindern, die von einem/einer Bekannten bzw. nahen Verwandten – womöglich einem Elternteil – missbraucht und/oder misshandelt worden sind, davon auszugehen, dass Ängste und Schuldgefühle sowie eine vor allem in ganz jungen Jahren nicht (ausreichend) vorhandene Artikulationsfähigkeit massive Hinderungsgründe darstellen können, von ihrem Martyrium zu berichten. Ferner ist die Zahl der zur Anzeige gebrachten und strafrechtlich verfolgten Körperverletzungen in hohem Maße mit der Anzeigebereitschaft in der Bevölkerung verknüpft (vgl. BKA 2007). Auch dieser Aspekt ist bei der hier in den Blick genommenen Opfergruppe, die in der Regel noch nicht die Schule besucht, von besonderer Bedeutung.

Bei Betrachtung der Zahlen der zur Anzeige gebrachten Körperverletzungen gegen Kinder bis zum Alter von sechs Jahren ist unter Berücksichtigung der dargestellten Einschränkungen seit Mitte der 1990er-Jahre, aber insbesondere zwischen 2000 und 2010 ein Anstieg der Delikte zu konstatieren. Die Zahl der Opfer bei Misshandlungen von Schutzbefohlenen hat sich im zuletzt angegebenen Zeitraum von 914 auf 1.862 mehr als verdoppelt. Damit wird die maßgebliche strafrechtliche Grundlage für Gewalt gegen Kinder im ‚familiären Raum‘ in den Blick genommen (vgl. AKJ/IKK 2007, S.

62). Bei den unter Sechsjährigen hat die Zahl dieser Form der Körperverletzung zwischen 2000 und 2010 pro 10.000 der genannten Altersgruppe von 1,9 auf 4,5 zugenommen und ist damit im Übrigen nahezu parallel zu der Entwicklung der Opfer bei Misshandlungen von Schutzbefohlenen im Alter von 6 bis unter 14 Jahren verlaufen (vgl. Abb. 1).

Mit Blick auf die Aussagekraft und den Bedeutungsgehalt dieser Ergebnisse muss allerdings eingeräumt werden, dass diese nicht automatisch als Indikator für eine sich zuspitzende Gefährdungslage von Kindern herangezogen werden kön-

nen. Es kann vielmehr genauso sein, dass hierüber ein sich veränderndes Anzeigeverhalten dokumentiert wird. Hingewiesen wird mit diesen Daten möglicherweise auf so etwas wie die Entstehung einer neuen ‚Kultur des Hinsehens‘ in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts.

Vermeidung und Abwendung von Vernachlässigungen und Misshandlungen durch die Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe hat aufgrund ihrer gesellschaftlichen Positionierung nicht nur als Erziehungs-, Bil-

TABELLE 1: ENTWICKLUNG DER MORDOPFER SOWIE TOTSCHLAGS- UND TÖTUNGSOFFER IM ALTER VON UNTER 14 JAHREN NACH ALTERSGRUPPEN (DEUTSCHLAND; 2000 BIS 2010; ANGABEN ABSOLUT SOWIE BEZOGEN AUF 100.000 DER ALTERSENTSPRECHENDEN BEVÖLKERUNG)

Jahr	Anzahl absolut			Angaben pro 100.000 der altersentsprechenden Bevölkerung		
	Unter 14-Jährige	davon unter 6-Jährige	davon 6- bis unter 14-Jährige	Unter 14-Jährige	davon unter 6-Jährige	davon 6- bis unter 14-Jährige
2000	317	214	103	2,7	4,5	1,4
2001	328	228	100	2,8	4,9	1,4
2002	306	209	97	2,7	4,5	1,4
2003	269	181	88	2,4	4,0	1,3
2004	300	221	79	2,7	5,0	1,2
2005	257	184	73	2,4	4,2	1,1
2006	255	182	73	2,4	4,3	1,1
2007	254	173	81	2,4	4,1	1,3
2008	265	178	87	2,6	4,3	1,4
2009	212	158	54	2,1	3,8	0,9
2010	233	156	77	2,3	3,8	1,3

* Lesehinweis: Hier zusammengefasst werden folgende Straftaten: Mord, vorsätzliche Tötungen, fahrlässige Tötungen. Nicht berücksichtigt werden hier Körperverletzungen mit Todesfolge. Die Anzahl der in der PKS erfassten Fälle ist allerdings gering (z.B. 2010: N = 6)

Quelle: Bundeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik (www.bka.de); versch. Jahrgänge; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

dungs- und Betreuungsagentur, sondern eben auch – Stichwort „Wächteramt“ – als staatliche Instanz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, wenn Eltern ihrer Fürsorge- und Erziehungsverantwortung nicht nachkommen (können), eine zentrale Bedeutung.

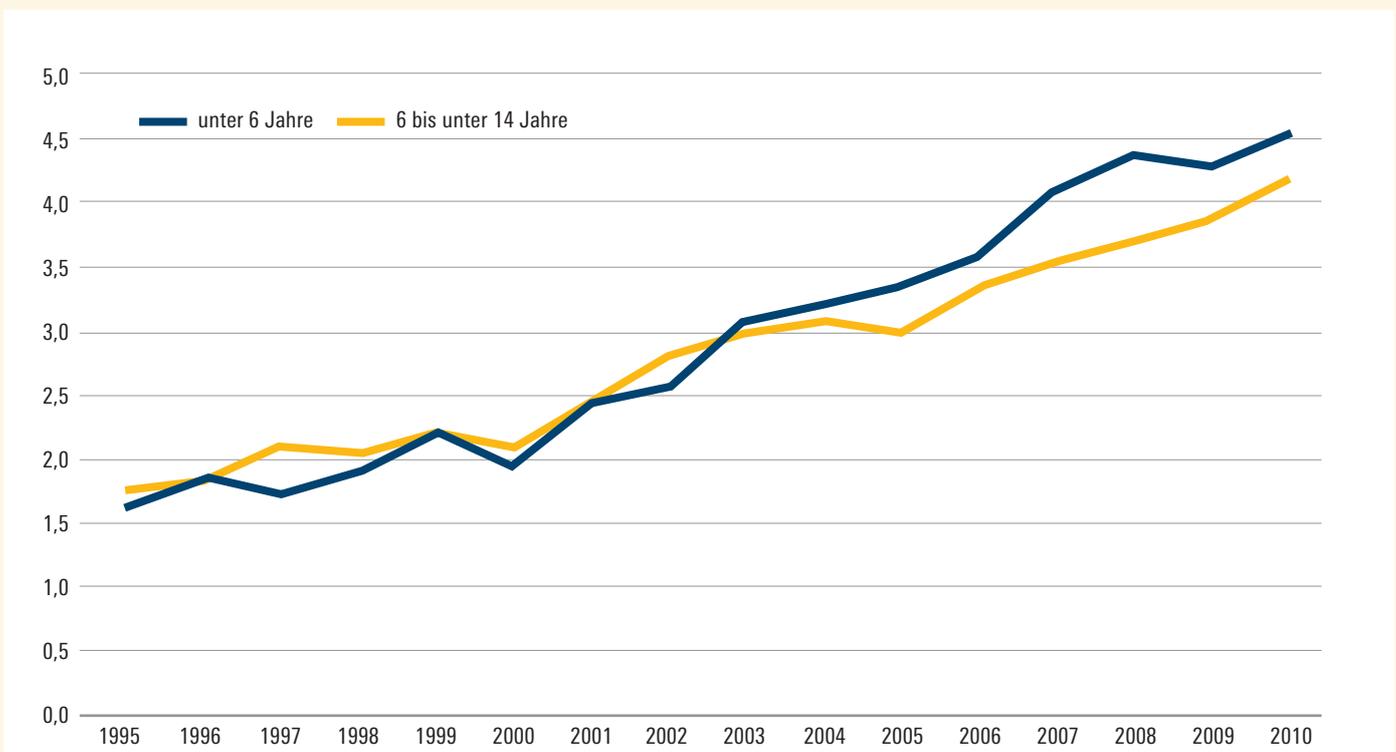
Die Vielschichtigkeit dieser Gratwanderung des Auftrags der Kinder- und Jugendhilfe zwischen einer Förderung und Unterstützung junger Menschen und deren Familien einerseits sowie kontrollierenden Interventionen im privaten Lebensraum von Familien andererseits wurde in den letzten Jahren wie-

der einmal im Kontext der öffentlichen Debatten zum Schutz von Kindern vor Kindeswohlgefährdungen deutlich (vgl. Bundesjugendkuratorium 2007). Rasch werden da Vorwürfe laut, dass die Kinder- und Jugendhilfe insbesondere mit Blick auf die jüngeren Jahrgänge durch eine allzu starke Ausrichtung auf eine Dienstleistungs- und Lebensweltorientierung ihr staatliches Wächteramt aus den Augen verloren habe. Zugleich werden aktuelle Entwicklungen infolge der jüngsten Kinderschutzdebatten auch kritisch kommentiert. Angemerkt wird, dass mit der Kinder- und Jugendhilfe

mitunter zu starke Kontrollphantasien und eine wiedererstarkte Mentalität der Vormundschaftlichkeit in Verbindung gebracht und zum Teil bereits umgesetzt werden, deren Angemessenheit keineswegs immer nachvollziehbar erscheint (vgl. auch Merchel 2011), und mitunter die Grenzen von staatlicher Kontrolle und individueller Freiheit zugunsten des Staates neu justiert werden (vgl. Wiesner 2008).

Auf der Grundlage der Kinder- und Jugendhilfestatistik werden nachfolgend mit den Hilfen zur Erziehung Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den Blick

ABBILDUNG 1: OPFER IM ALTER VON UNTER 14 JAHREN BEI MISSHANDLUNGEN VON SCHUTZBEFOHLENDEN NACH ALTERSGRUPPEN (DEUTSCHLAND; 1995 BIS 2010; ANGABEN PRO 10.000 DER ALTERSENTSPRECHENDEN BEVÖLKERUNG)



* Lesehinweis: Nach Aussagen der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (2007) ist die Misshandlung von Schutzbefohlenen die strafrechtliche Grundlage für Gewalt gegen Kinder (vgl. AKJ/IKK 2007).

Quelle: Bundeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik; versch. Jahrgänge; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

genommen, die zum Einsatz kommen, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht mehr gewährleistet ist (Kap. 3.1). Daneben fokussieren die Auswertungen und Analysen die sogenannten hoheitlichen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, also Maßnahmen, die der Kinder- und Jugendhilfe zur Verfügung stehen, wenn bei Gefahr im Verzug Eltern mit der notwendigen Unterbringung ihres Kindes bei Pflegeeltern oder auch in einer stationären Einrichtung nicht einverstanden sind. Davon tangiert sind die vorläufigen Schutzmaßnahmen ebenso wie mögliche, von den Jugendämtern beantragte sorgerechtliche Maßnahmen (Kap. 3.2).

Leistungsbereich Hilfen zur Erziehung

Bei den Hilfen zur Erziehung hat man es mit ganz unterschiedlichen Anforderungen an das Hilfesystem zu tun. In dem einen Fall genügen beispielsweise bereits einige wenige Beratungskontakte, während in einem anderen die Inanspruchnahme einer sozialpädagogischen Familienhilfe zur Unterstützung der familiären Erziehung notwendig ist. In einem dritten Fall wiederum kann eine Kindeswohlgefährdung nur durch eine dauerhafte Unterbringung in einer Pflegefamilie abgewendet werden.

Seit Anfang der 2000er-Jahre – also bereits schon vor „Kevin“ und „KICK“ – ist die Zahl der jährlich begonnenen Leistungen der Hilfen zur Erziehung für Kinder im Alter von unter sechs Jahren stetig gestiegen. Pro 10.000 der genannten Altersgruppe hat sich die Anzahl der begonnenen Fälle zwischen 2002 und 2006 von 129 auf 163 erhöht (vgl. Abb. 2). Insbesondere 2007, also ein Jahr

nach „Kevin“ und dem Inkrafttreten der Novellierung des SGB VIII durch das „KICK“, zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Zunahme der Gewährungsquote auf 226 Hilfen pro 10.000 der unter Sechsjährigen. Bis zum Jahre 2011 hat sich dieser Wert auf 289 neu gewährte Hilfen in Relation zur besagten Bevölkerungsgruppe erhöht.

Um in der zeitlichen Entwicklung vergleichbare Aussagen für die 2000er-Jahre zu ermöglichen, haben die bisher dargestellten Auswertungen noch nicht alle zuletzt erfassten Hilfen zur Erziehung berücksichtigt. Mit der neu konzipierten und 2007 erstmals durchgeführten Statistik zu den erzieherischen Hilfen werden auch die sogenannten Hilfen nach „§ 27 Abs. 2 SGB VIII“ gezählt. Damit ist es möglich, die Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfen zur Erziehung vollständig abzubilden.

Für das Jahr 2011 heißt dies, dass bei den derzeit aktuellen Ergebnissen zur Zahl der erzieherischen Hilfen von 130.698 gewährten Leistungen für die Altersgruppe der unter Sechsjährigen auszugehen ist; davon entfallen rund 50.600 auf die unter 3- sowie knapp 80.100 auf die Drei- bis unter Sechsjährigen. Auch für die letzten Jahre ist unter Berücksichtigung des kompletten Leistungsspektrums der erzieherischen Hilfen der Trend bei den Neufällen steigend. Dabei zeigen sich folgende Entwicklungen (vgl. Tab. 2):

Blickt man auf die Verteilung der jährlich neu gewährten Hilfen zur Erziehung, so zeigt sich auf den ersten Blick, dass im Jahre 2011 57% aller Hilfen bei unter Sechsjährigen der Erziehungsberatung zugerechnet werden können, knapp 31% ambulante Leistungen insbesonde-

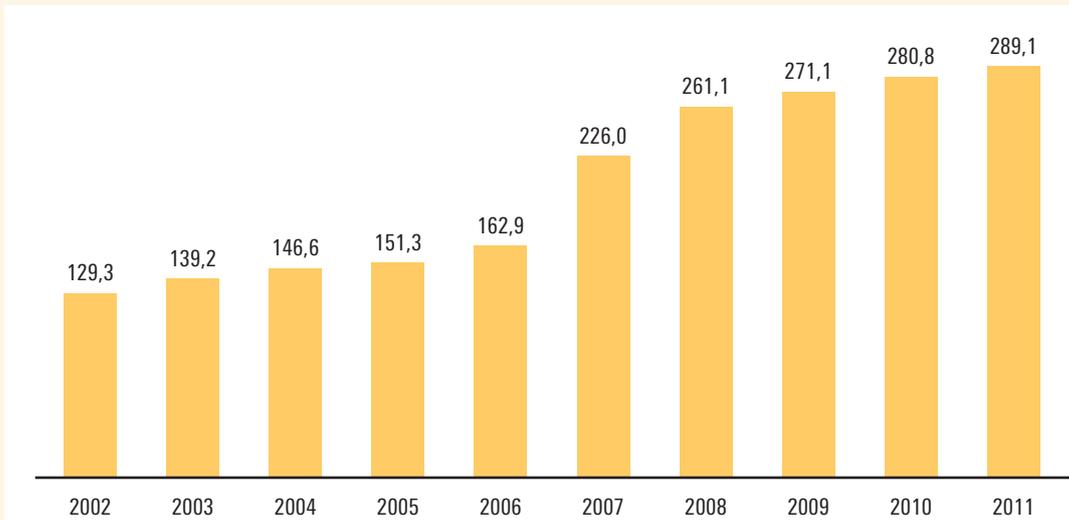
re im Rahmen von familienorientierten Hilfen sind sowie 12% auf Fremdunterbringungen in Form von Heimerziehung und insbesondere Vollzeitpflege entfallen (vgl. Tab. 3).

Allerdings unterscheidet sich diese Verteilung für die unter Sechsjährigen insgesamt nach dem Alter der Kinder noch einmal erheblich. So liegt der Anteil der Erziehungsberatungen für die unter Dreijährigen bei 48%, für die Drei- bis unter Sechsjährigen hingegen bei knapp 63%. Entsprechend entfällt für diese letztgenannte Altersgruppe auf die ambulanten Leistungen gerade einmal ein Anteil von 23%, während die Quote für die unter Dreijährigen bei 42% liegt. Und schließlich ist erwartungsgemäß der Anteil der Fremdunterbringungen an den Neufällen eines Jahres bei unter Dreijährigen mit knapp 10% niedriger als die 14%, die für die Drei- bis unter Sechsjährigen ausgewiesen werden (vgl. Tab. 3).

Betrachtet man die Leistungssegmente noch eine Ebene tiefer nach den einzelnen Hilfearten – ohne Berücksichtigung der Erziehungsberatung (vgl. Fendrich/Pothmann i.d.H.) –, so wird für die Hilfen, die Familien mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren gewährt werden, ein deutliches Leistungsprofil sichtbar (vgl. Abb. 3). Es kommen für diese Familien vor allem Leistungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe zum Einsatz, gefolgt von der Vollzeitpflege, den Leistungen nach § 27,2 SGB VIII (ohne eine weitere Konkretisierung) sowie der Heimerziehung.

Diese Aufteilung deutet auf ein Spektrum der frühen Hilfen hin. Das Spektrum der Reaktionen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung für die Jüngsten ist in den ersten Lebensjahren eines Kindes

ABBILDUNG 2: BEGONNENE LEISTUNGEN FÜR AUSGEWÄHLTE HILFEN ZUR ERZIEHUNG BEI KINDERN IM ALTER VON UNTER 6 JAHREN (DEUTSCHLAND; 2002 BIS 2011; ANGABEN PRO 10.000 DER UNTER 6-JÄHRIGEN)*



* Auswahl der Hilfen: Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe, Vollzeitpflege, Heimerziehung. Hierbei handelt es sich um die am häufigsten in Anspruch genommenen Hilfen für diese Altersgruppe und um die Leistungen, die seit 1991 im Rahmen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik erfasst werden. So werden hier nicht Hilfen nach § 27,2 SGB VIII mit berücksichtigt, da diese Angaben erst seit 2007 erhoben werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; versch. Jahrgänge; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

TABELLE 2: ENTWICKLUNG DER HILFEN ZUR ERZIEHUNG NACH LEISTUNGSSEGMENTEN UND ALTERSGRUPPEN BEI KINDERN UNTER 6 JAHREN (DEUTSCHLAND; 2008 BIS 2011; BEGONNENE HILFEN; ANGABEN ABSOLUT UND PRO 10.000 DER ALTERSENTSPRECHENDEN BEVÖLKERUNG)

	Angaben absolut				Angaben pro 10.000 der Bevölkerung			
	Hilfen zur Erziehung	Erziehungsberatung	Ambulante Hilfen	Fremdunterbringungen	Hilfen zur Erziehung	Erziehungsberatung	Ambulante Hilfen	Fremdunterbringungen
Unter 6 Jahre								
2008	119.658	66.555	38.349	14.754	277,4	160,2	90,0	24,9
2009	123.805	68.612	40.047	15.146	289,8	166,6	94,5	25,9
2010	127.161	72.229	39.600	15.332	299,0	176,2	94,1	26,2
2011	130.698	74.556	40.093	16.049	307,8	182,3	95,6	27,5
Unter 3 Jahre								
2008	44.289	19.720	20.141	4.428	223,4	96,3	98,3	28,8
2009	47.356	21.638	21.231	4.487	240,1	105,9	103,9	30,2
2010	48.541	23.022	20.934	4.585	245,8	112,9	102,7	30,2
2011	50.615	24.440	21.375	4.800	258,5	120,9	105,7	31,9
3 bis unter 6 Jahre								
2008	75.369	46.835	18.208	10.326	329,9	222,4	86,5	21,0
2009	76.449	46.974	18.816	10.659	338,7	226,4	90,7	21,6
2010	78.620	49.207	18.666	10.747	351,6	238,8	90,6	22,3
2011	80.083	50.116	18.718	11.249	356,1	242,4	90,5	23,2

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; versch. Jahrgänge; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

TABELLE 3: VERTEILUNG DER BEGONNENEN HILFEN ZUR ERZIEHUNG FÜR KINDER IM ALTER VON UNTER 6 JAHREN NACH LEISTUNGSSEGMENTEN (DEUTSCHLAND; 2011; ANGABEN IN %)

	Hilfen zur Erziehung insg.	Erziehungsberatung	Ambulante Hilfen	Fremdunterbringungen
Unter 6 Jahre	100,0	57,0	30,7	12,3
Unter 3 Jahre	100,0	48,3	42,2	9,5
3 bis unter 6 Jahre	100,0	62,6	23,4	14,0

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; 2011; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

offensichtlich deutlich eingeschränkter als z.B. für Jugendliche. Wenn bei einem Kleinkind oder Säugling eine dem Wohl des Kindes entsprechende Versorgung und Erziehung nicht gewährleistet ist, reagiert die Kinder- und Jugendhilfe – abgesehen von Angeboten der Erziehungsberatung – vorzugsweise mit der familienunterstützenden Leistung der Sozialpädagogischen Familienhilfe sowie – mit Abstrichen – mit der Unterbringung des Kindes in einer anderen Familie.

Krisenintervention Inobhutnahmen – Ultima Ratio Sorgerechtsentzug

Welche Möglichkeiten hat die Kinder- und Jugendhilfe, wenn die Eltern z.B. in die aus Sicht des Jugendamtes notwendig gewordene Unterbringung des Kindes bei Pflegeeltern nicht einwilligen? In diesen Fällen ist das Jugendamt bei Kindeswohlgefährdung berechtigt und verpflichtet, das Kind vorübergehend in seine Obhut zu nehmen, sofern eine dringende Gefahr für das Kindeswohl besteht.

Insgesamt haben sich die Fallzahlen

bei den vorläufigen Schutzmaßnahmen zwischen 2005 und 2011 von knapp 25.700 auf nicht ganz 38.500 erhöht. Das entspricht einer Zunahme von etwa 12.800 Fällen (+49,8%). Damit sind in keinem Jahr zuvor so viele Maßnahmen auf der Grundlage des § 42 SGB VIII durchgeführt worden wie 2011 (vgl. Pothmann 2012).

In diesem Kontext zugenommen haben vor allem auch die Inobhutnahmen bei unter Sechs-, und hier vor allem bei den unter Dreijährigen (vgl. Abb. 4). Während für die unter Dreijährigen noch Ende der 1990er-Jahre eine geringfügige Zunahme und Anfang der 2000er-Jahre eine Konsolidierung der Fallzahlen zu beobachten war, hat sich zwischen 2005 und 2011 das Volumen der Maßnahmen von rund 1.800 auf über 3.700 weit mehr als verdoppelt.

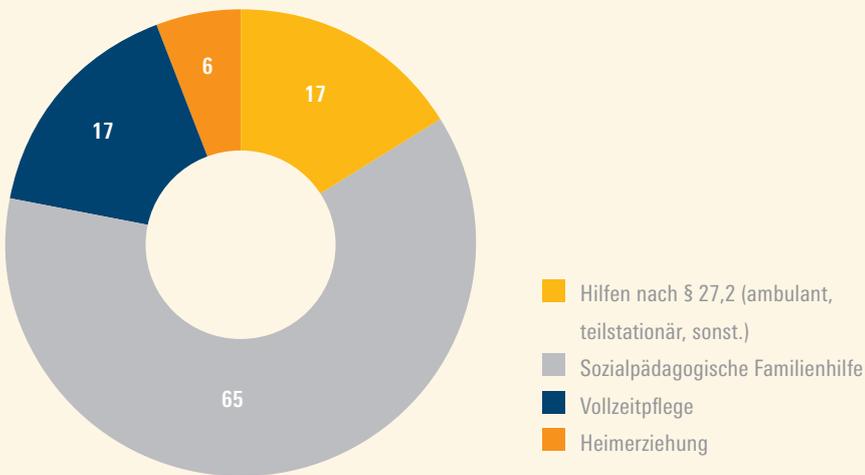
Für die Drei- bis unter Sechsjährigen ist sogar bis 2005 ein geringfügiger Rückgang der Fallzahlen zu konstatieren – von knapp 1.400 auf ca. 1.300. Ab Mitte der 2000er-Jahre zeigt sich jedoch auch hier ein An-

stieg der Inobhutnahmen auf zuletzt knapp 2.500 im Jahr 2011 (vgl. Abb. 4).

Die Kinder- und Jugendhilfe macht im Notfall keinen Halt vor der Privatsphäre der Familie. Eine Folge der Inobhutnahme kann daher sein, dass die Jugendämter beim Familiengericht einen vollständigen oder teilweisen Entzug der elterlichen Sorge anzeigen. In den letzten Jahren wurden über alle Altersgruppen hinweg pro Jahr jeweils mehr als 15.000 Eingaben bei Gericht gemacht – mit dem Höchststand von knapp 16.300 im Jahr 2010 (vgl. Abb. 5). Zum Vergleich: Für das Jahr 2005 lag die Zahl der Anrufungen des Gerichtes noch bei etwas mehr als 9.700 Fällen, Ende der 1990er-Jahre waren es sogar pro Jahr nur rund 8.400.

Mehr als 12.000-mal pro Jahr hat sich das Familiengericht zwischen 2008 und 2011 für einen vollständigen oder zumindest teilweisen Entzug der elterlichen Sorge entschieden. Noch Anfang der 2000er-Jahre lag dieser Wert jährlich zwischen 8.000 und 8.200 Fällen, Anfang der 1990er-Jahre sogar nur bei rund 7.000

ABBILDUNG 3: VERTEILUNG DER HILFEN ZUR ERZIEHUNG FÜR KINDER UNTER 3 JAHREN NACH HILFEARTEN (DEUTSCHLAND; 2011; ANGABEN IN %)*



* Lesehinweis: Die Angaben zu den Hilfen nach § 27,2 rekurren auf die ambulanten, teilstationären sowie die sonstigen ergänzenden Leistungen und beinhalten außerdem die geringen Anteile der Erziehungsbeistandschaften sowie der teilstationären Tagesgruppenerziehung mit jeweils 1%. Die hier ausgewiesenen Angaben für die Heimerziehung schließen die stationären „27,2er-Hilfen“ mit ein.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; 2011; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfe-statistik

Maßnahmen (vgl. Abb. 5). Zwar liegen Altersangaben bei Sorgerechtsentzügen über die amtliche Statistik noch nicht vor, wurden aber für 2012 aufgrund einer Änderung des Erhebungsinstrumentes erstmalig erhoben.³ Immerhin kann aufgrund von Untersuchungen davon ausgegangen werden, dass bei ca. 40% dieser Fälle Kinder im Alter von unter 6 Jahren betroffen sind (vgl. Münder u.a. 2000). Neuere Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass dieser Wert mittlerweile sogar bei 45% liegt.

Polizeiliche Kriminalstatistik und Kinder- und Jugendhilfestatistik als Seismografen einer öffentlichen Sensibilisierung gegenüber Kindesvernachlässigung und -misshandlung – ein Resümee

Im Rahmen einer Bilanz der ausgewerteten empirischen Befunde muss zunächst einmal herausgestellt werden, dass – entgegen der allgemeinen öffentlichen Wahrnehmung, Kindstötungen hätten in den letzten Jahren deutlich zugenom-

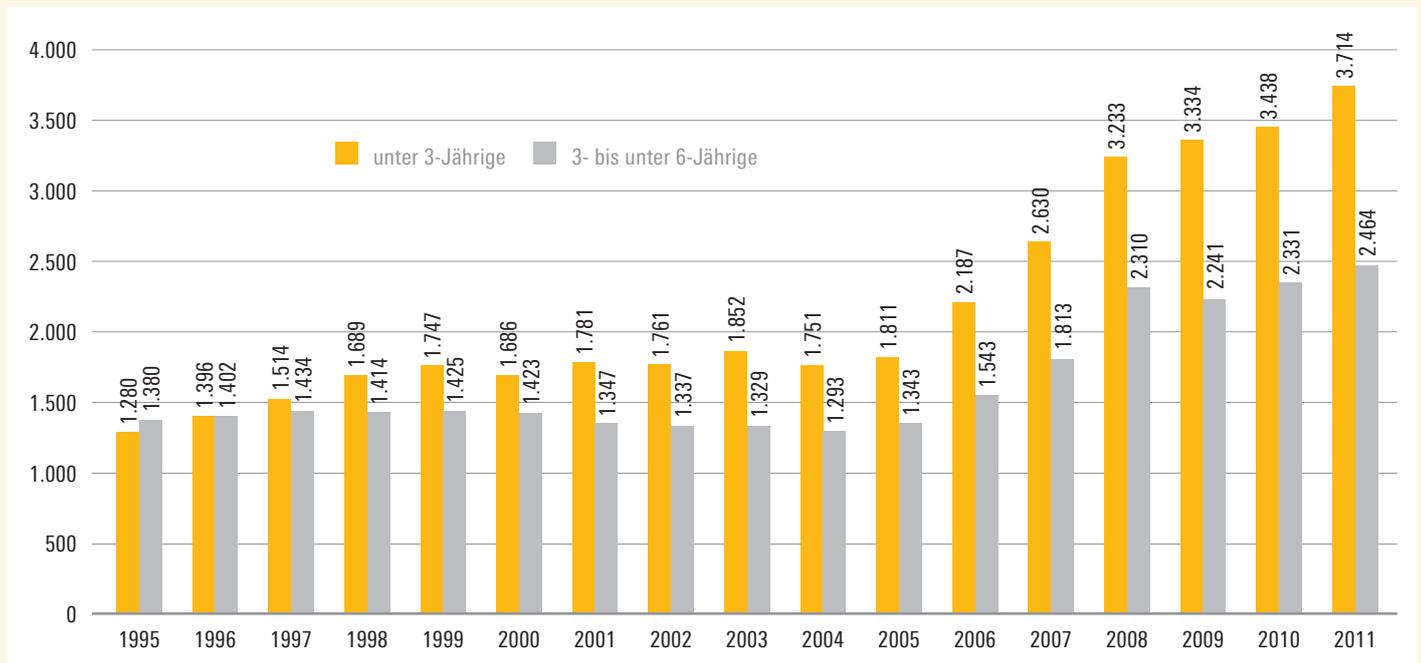
men (nicht zuletzt begünstigt durch eine ausführliche Medienberichterstattung) – diese zurzeit auf einem für die Bundesrepublik historisch gesehen niedrigen Niveau stagnieren bzw. in den letzten Jahren weiter abgenommen haben.

Gleichwohl stehen auch hinter diesen Zahlen dramatische Einzelschicksale. Bei jedem dieser Fälle muss – ohne damit einen Generalverdacht auszusprechen – gefragt werden: Wie gut ist nicht zuletzt die Kinder- und Jugendhilfe aufgestellt, wenn es um das Erkennen sowie das Verhindern von Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern in Familien geht? Wird zu wenig, den Falschen und/oder zu spät geholfen? Oder liegt es gar nicht an den Hilfen, sondern eher an einer Vernachlässigung des staatlichen Wächteramtes? Fehlt es vielleicht schlicht am Einsatz von Eingriffs- und Kontrollinstrumenten?

Vor dem Hintergrund dieser Fragestellungen würde es entsprechend zu kurz greifen, die vorgestellten Befunde zu den steigenden Misshandlungsanzei-

3 Die notwendige Änderung der rechtlichen Grundlagen im SGB VIII ist im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes vom Deutschen Bundestag beschlossen worden.

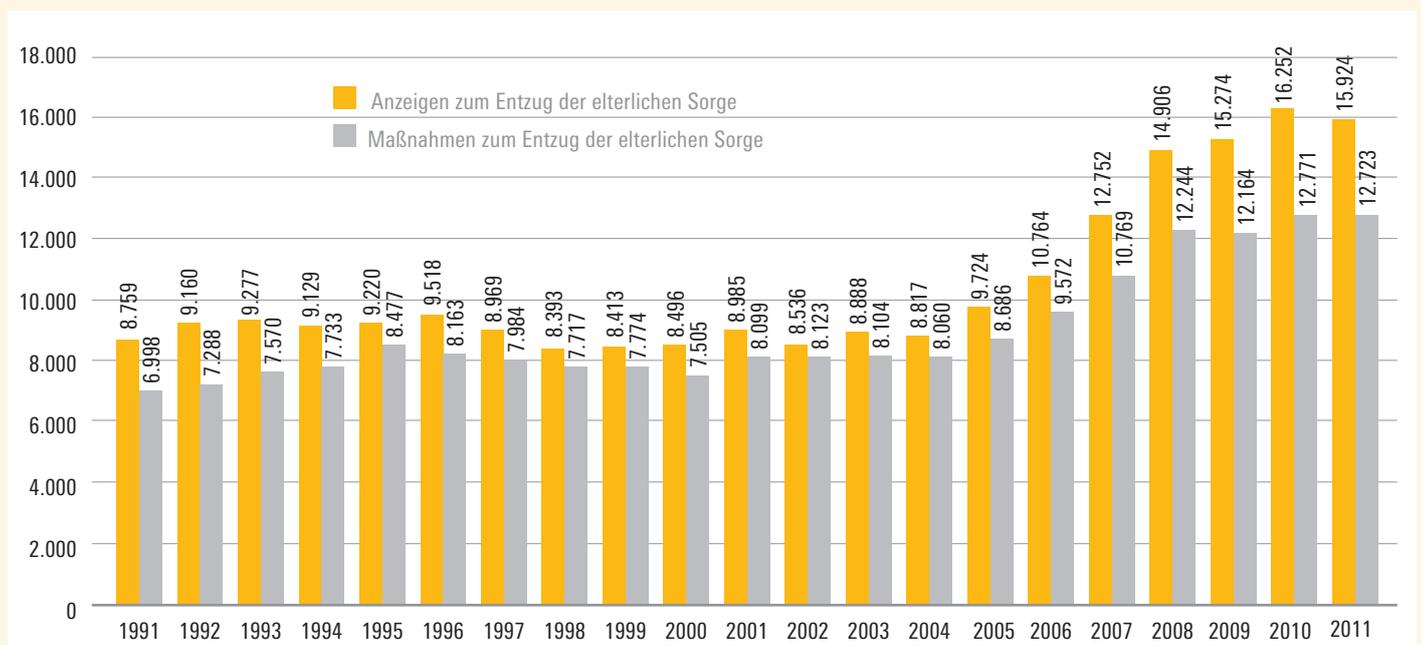
ABBILDUNG 4: INOBHUTNAHMEN* BEI UNTER 3- SOWIE 3- BIS UNTER 6-JÄHRIGEN (DEUTSCHLAND; 1995 BIS 2011; ANGABEN ABSOLUT)



* Inobhutnahmen und Herausnahmen

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Vorläufige Schutzmaßnahmen; versch. Jahrgänge; Zusammenstellung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

ABBILDUNG 5: ENTWICKLUNG DER ANZEIGEN UND MASSNAHMEN ZUM ENTZUG DER ELTERLICHEN SORGE (DEUTSCHLAND; 1991 BIS 2011; ANGABEN ABSOLUT)



* Für Berlin ist nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes für 2007 von einer erheblichen Untererfassung auszugehen. Zu diesem Merkmal liegen keine altersspezifischen Angaben vor.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Sorgerechtsentzüge; versch. Jahrgänge; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

gen sowie zu der Zunahme bei den Fällen der Hilfen zur Erziehung und den Inobhutnahmen einfach gleichzusetzen mit einer Eskalation der Gewalt gegenüber Kindern in den Familien und somit mit einer steigenden Zahl an Vernachlässigungs- und Misshandlungsoffern. Um dies zu beurteilen, fehlt es an einer verlässlichen Datengrundlage. Fest steht aber, dass die Sensibilität der Öffentlichkeit im Allgemeinen, aber auch die der Sozialen Dienste gegenüber Vernachlässigungen und Misshandlungen spürbar gestiegen ist.

Darüber hinaus schauen die Fachkräfte bei familiären Konflikten oder gar bei Bekanntwerden von möglichen Kindeswohlgefährdungen heute sicher genauer hin als noch vor einigen Jahren. Es ist somit von einer Schärfung der Wahrnehmung bei den Sozialen Diensten auszugehen. Dies hat fast unvermeidbar zur Folge, dass zur Unterstützung von Familien und zum Schutz von Kindern Hilfen zur Erziehung, aber auch intervenierende Maßnahmen zunehmen. Nicht zu unterschätzen ist ferner, dass in diesem Kontext auch aufseiten der Fachkräfte die Verunsicherung, nicht oder zu spät zu intervenieren, steigt.

Auffällig an der Entwicklung der letzten Jahre – etwa ab 2008 – ist allerdings, dass sich die Zuwächse bei den Fallzahlen abgeschwächt haben oder sogar zum Stillstand gekommen sind. Möglicherweise ist dies ein Hinweis darauf, dass nach einer Zunahme der Sensibilität, einer geschärften Wahrnehmung für potenzielle Gefährdungslagen, aber auch einer gestiegenen Verunsicherung der Kinderschutz in Deutschland sich wieder etwas beruhigt. Das heißt: Kinderschutz wird zwar nicht weniger aufmerksam und aufwendig betrieben, aber angesichts der Novellierungen des SGB VIII

und vielleicht auch mit Blick auf die Implementation „Früher Hilfen“ doch mit etwas mehr Ruhe, Gelassenheit und möglicherweise vielerorts auch im Kontext eines Auf- und Ausbaus präventiver Strukturen für werdende Eltern sowie junge Familien gesehen.

Literatur

- (AKJ/IKK) Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention und Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (Hrsg.): *Early Prevention – Frühe Prävention. Strategien und Erfahrungen aus 12 Ländern*, München 2007.
- (BKA) Bundeskriminalamt (Hrsg.): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2006*. Bundesrepublik Deutschland, 54. Ausgabe, Wiesbaden 2007.
- Bundesjugendkuratorium (Hrsg.): *Schutz vor Kindeswohlgefährdung. Anmerkungen zur aktuellen Debatte*, München 2007.
- Böllert, K.: Von der sozialdisziplinierenden Intervention zur partizipativen Dienstleistung, in: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit*, 3. Auflage, Wiesbaden 2010, S. 625-633.
- Deegener, G./Körner, K.: *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien*, Lengerich u.a. 2008.
- Engfer, A.: *Gewalt gegen Kinder in der Familie*, in: U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung*, Stuttgart/New York 2000, S. 23-39.
- Ernst, C.: *Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Mißbrauchs*, in: G. Amann, R. Wiplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch*, Tübingen 1998, S. 55-71.
- Fendrich, S./Pothmann, J.: *Gefährdungslagen für Kleinkinder in der Familie und die Handlungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe im Spiegel der Statistik*, in: C. Beckmann u.a. (Hrsg.), *Neue Familialität als Herausforderung für die Jugendhilfe*, Lahnstein 2009, S. 149-159.
- Merchel, J.: *Jugendhilfe zwischen „Dienstleistung“ und „Intervention“ ... – ein Kommentar*, in: T. Rauschenbach, M. Schilling (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfereport 3. Bilanz einer empirischen Wende*, Weinheim/München 2011, S. 108-122.
- Münder, J./Muttke, B./Schone, R.: *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*, Münster 2000.
- Pothmann, J.: *Inobhutnahme – eine Hilfe mit unterschiedlichen Gesichtern*, in: *Kom^{Dat} Jugendhilfe*, 2012, Heft 2, S. 10-11.
- Schlang, C.: *Tödlich verlaufende elterliche Gewalt*, Bonn 2006.
- Wiesner R.: *Editorial*, in: *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 2008, Heft 2, S. 49.

Newcomer oder Coming back – Familienhebammen in der Kinder- und Jugendhilfe

Die Tätigkeit von Familienhebammen in Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf und die Einbindung von Familienhebammen in die örtlichen Netzwerke Früher Hilfen sind zentrale Bestandteile des neuen Bundeskinderschutzgesetzes. Wörtlich heißt es hier: „Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Aus- und Aufbau der Netzwerke frühe Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen (...) durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird.“ Die Verteilung der Fördermittel auf die Bundesländer und die Teilnahmemodalitäten der Kommunen werden in einer Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern festgelegt. Nach Ablauf dieser Modellphase wird sich der Bund dauerhaft im Bereich der Frühen Hilfen und der biopsychosozialen Unterstützung von Familien mit kleinen Kindern mit jährlich 51 Millionen engagieren.

Der im Gesetz explizit genannte Begriff der „Familienhebamme“ ist gesetzlich nicht geschützt, es handelt sich um keine eigenständige Berufsbezeichnung. Rechtlich sind „Familienhebammen“ weiterhin „Hebammen“ und unterliegen den entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen, dem Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Länder. Wer sich Familienhebamme nennen darf, ist immer eine staatlich anerkannte examinierte Hebamme mit Berufserlaubnis. (vgl. Lange und Liebald, NZFH)

Die ersten Modelle mit Familienhebammen entstanden 1980 in Bremen. Nach Länderprojekten beispielsweise in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen entwickelte der Deutsche Hebammenverband e.V. im Jahr 2005 ein Curriculum für die Qualifizierung zur Familienhebamme, an welchem sich die in den Ländern umgesetzten Fortbildungen fortan orientierten. Der Großteil der Familienhebammen hat eine ergänzende Qualifikation (in Niedersachsen mittlerweile auch staatlich anerkannte Weiterbildung) der Hebammenlandesverbände

nach meist Zweijähriger außerklinischer Berufserfahrung durchlaufen. Bis 2011 wurden so in den meisten Bundesländern insgesamt 1.288 Hebammen zu Familienhebammen fortgebildet (vgl. Tab. 1), zum Teil speziell für die von den Ländern finanzierten Projekte mit 170 bis 260 Stunden, verteilt auf einen Zeitraum von acht bis zwölf Monaten. Die Weiterbildung in Niedersachsen umfasst 428 Stunden.

Die Datenlage zur Arbeit und Situation von Hebammen und Familienhebammen in Deutschland ist begrenzt. Durch die im März 2012 veröffentlichte Studie „Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen in der außerklinischen Hebammenhilfe“ des IGES Instituts im Auftrag des BMG liegen aktuell Zahlen zur Situation der Hebammen in Deutschland vor. Diese beziehen sich jedoch hauptsächlich auf die Regelleistungen der Hebammen und nicht auf das ergänzende Tätigkeitsfeld der Familienhebammen. Durch die heterogenen strukturellen Rahmenbedingungen der Familienhebammenarbeit und die nicht einheitliche Führung der

Berufsbezeichnung wird die Erfassung dieses speziellen Tätigkeitsspektrums zusätzlich erschwert.

Anzahl der Familienhebammen in Deutschland

Eine bundesweit umfassende Statistik zur Anzahl der in Deutschland tätigen Hebammen und Familienhebammen gibt es nicht; die Angaben variieren je nach Datenquelle. Genau 15.989 Hebammen waren zum Ende des Jahres 2011 im Deutschen Hebammenverband (DHV e.V.) und dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD e.V.) organisiert (vgl. Tab. 1). Die Hebammenverbände gehen von einer Gesamtzahl von 19.000 berufstätigen Hebammen in Deutschland aus. Dagegen schätzt das Statistische Bundesamt in seiner Gesundheitspersonalrechnung, dass deren Zahl von 16.000 im Jahr 2000 auf ca. 21.000 im Jahr 2010 gestiegen ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2011). Der Anteil der freiberuflich tätigen Hebammen variiert je nach Datenquelle für das Jahr 2010 zwischen 12.039 (Berufsgenossenschaft) und 17.814 (Vertragspartnerliste der Gesetzlichen Krankenversicherungen) (vgl. IGES Institut Berlin 2012). Da das spezielle Tätigkeitsspektrum der Familienhebammen jedoch nicht mit den Krankenkassen abgerechnet wird, auch wenn es freiberuflich erbracht wird, fallen diesbezügliche Daten weitgehend aus dieser Erhebung heraus.

Die im Folgenden aufgeführten Zahlen zu den Familienhebammen stammen, soweit nicht durch andere Quellen belegt, von den Vertreterinnen der Hebammenlandesverbände und der Bundesfamilienhebammenbeauftragten des DHV. Da die meisten Familienhebammen über die

Hebammenlandesverbände qualifiziert werden, verfügen diese über kontinuierlich aktualisierte Informationen.

Ende 2011 hatten sich deutschlandweit 1.288 Hebammen zu Familienhebammen fortgebildet. Dies entspricht 8,1% der im Verband organisierten Hebammen (vgl. Tab. 1). Die unterschiedlichen Länderprogramme und Finanzierungsmodelle erklären ihre bundesweit ungleiche Verteilung. Während Hebammen in manchen Ländern die Kosten für die Qualifizierungsmaßnahme selber zahlen müssen, werden ihnen woanders Zuschüsse gewährt. In den Ländern Mecklenburg-Vorpommern mit 27% und Saarland mit 20,7% ist der Anteil der Familienhebammen an allen Hebammen am größten. In den Ländern Baden-Württemberg, Bayern und Berlin wurden zwischen 3,8% und 4,1% der Hebammen zu Familienhebammen fortgebildet. Diese Länder haben also den geringsten Anteil an Familienhebammen gemessen an den Hebammen im Land. Die Zahl der in den Ländern qualifizierten Hebammen lässt jedoch nur begrenzt Rückschlüsse auf die dort aktiven Familienhebammen zu. So wurden in Bremen nur drei Hebammen zu Familienhebammen fortgebildet. Allerdings sind dort insgesamt 17 Familienhebammen tätig, was einem Anteil von 8,3% an allen Hebammen entspricht. Einen Sonderfall stellt Rheinland-Pfalz dar. Dort setzt das Land auf eine Weiterqualifizierung möglichst aller Hebammen und auch anderer Gesundheitsberufe mit 120 Fortbildungsstunden, die kostenfrei angeboten und mit einem Zertifikat des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen abgeschlossen wird. Die Absolventinnen nennen sich jedoch nicht Familienhebammen und

1 Der Beitrag berücksichtigt den Entwicklungsstand zum Themenbereich Familienhebammen von Mai 2012.

werden eher im Sinne einer zeitlich erweiterten Regelversorgung und nicht eines ergänzenden Tätigkeitsprofils eingesetzt. Etwa ein Drittel der 700 Hebammen in Rheinland-Pfalz haben an dem Projekt teilgenommen; ein Programm zur Qualifizierung von Familienhebammen gibt es nicht. Auch Bayern verfolgt einen doppelten Ansatz, der als erstes möglichst vielen Hebammen in der Regelversorgung einen geschärften Blick für die Herausforderungen der Familienbildung ermöglichen soll. An diesem Programm hatten Anfang 2011 bereits über 500 Hebammen teilgenommen. Die Fortbildung wird auf die nachfolgend mögliche Weiterqualifizierung zur Familienhebamme angerechnet.

Wenig bekannt ist, wie viele der fortgebildeten Familienhebammen in ihrem speziellen Tätigkeitsfeld arbeiten. Schätzungen des DHV und verschiedener Landesverbände gehen nach eigenen Recherchen von 70% bis 80% der Absolventen aus. Jedoch gaben in der IGES-Studie mehr als 40% der Hebammen an, in Zukunft Leistungen außerhalb des mit dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Versorgungsauftrags sowie als Familienhebamme anzubieten. Es ist also davon auszugehen, dass sich Hebammen vermehrt den neuen Tätigkeitsfeldern zuwenden, auch weil sie Alternativen zu ihrer – auch wegen der hohen Haftpflichtprämien prekären –

beruflichen Situation suchen (vgl. IGES Institut Berlin 2012).

Beschäftigungsverhältnis

Familienhebammen arbeiten freiberuflich auf Honorarbasis oder im Angestelltenverhältnis und sind an Gesundheits- oder Jugendämter beziehungsweise freie Träger oder Stiftungen angebundnen. In den einzelnen Bundesländern haben sich unterschiedliche Beschäftigungsformen durchgesetzt. In Sachsen beispielsweise arbeiten alle außer zwei Familienhebammen freiberuflich, in Niedersachsen sind es noch 90%. In Nordrhein-Westfalen arbeiten etwa zwei Drittel der Familienhebammen freiberuflich auf Honorarbasis.

TABELLE 1: ZAHL DER QUALIFIZIERTEN FAMILIENHEBAMMEN (BUNDESLÄNDER; 2011; ANGABEN ABSOLUT UND IN %)

	Mitglieder DHV und BfHD (12/11)	Zahl der über HLV/Länderprogramme fortgebildeten Familienhebammen (12/11)	% der Hebammen qualifizierten sich zur Familienhebamme*
Baden-Württemberg	2.351	90	3,8%
Bayern	2.416	96	4,0%
Berlin	728	30	4,1%
Brandenburg	348	63	18,1%
Bremen	205	3	1,5%
Hamburg	506	40	7,9%
Hessen	1.206	180	14,9%
Mecklenburg-Vorpommern	233	63	27,0%
Niedersachsen	1.704	224	13,1%
Nordrhein-Westfalen	3.424	248	7,2%
Rheinland-Pfalz	704	0	0%
Saarland	213	44	20,7%
Sachsen	721	50	6,9%
Sachsen-Anhalt	308	33	10,7%
Schleswig-Holstein	558	69	12,3%
Thüringen	364	53	14,6%
Deutschland	Hebammen 15.989	Familienhebammen 1.288	8,1%

* Familienhebamme (nach DHV curriculum)

Quelle: Eigene Erhebung

Ihr Anteil hat sich zwischen 2009 (65,2%) und 2011 (62,5%) wenig verändert. Bei angestellten und freiberuflich arbeitenden Familienhebammen in NRW lag der Anteil an kommunalen Auftraggebern gleichermaßen bei 23%. Bremen hat eine andere Beschäftigungsstruktur, hier sind alle Familienhebammen Angestellte der Stadt oder freier Träger.

Anzahl der betreuten Familien

Zu der Zahl der betreuten Familien innerhalb eines Jahres gibt es unterschiedliche Angaben. Die Zahl hängt unter anderem davon ab, ob und in welchem Umfang die Familienhebamme noch in der Regelversorgung tätig und in welchem Betreuungskonzept sie eingesetzt ist. So wird eine Familienhebamme, die im Auftrag der Kommune in bekannt psychosozial vorbelasteten Familien tätig wird, eher aufwendige und zeitlich intensive Familienkontakte haben, wohingegen sie in der Stadtteilarbeit auch vermehrt Familien mit einem nur begrenzten oder vorübergehenden Mehrbedarf versorgt. Die Stiftung „Eine Chance für Kinder“ ermittelt für die im Konzept tätigen Familienhebammen eine durchschnittliche Zahl von neun Familien pro Jahr (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) 2011). In NRW gaben 74,3% der Familienhebammen an, bis zu 20 Familien pro Jahr zu betreuen, 13,2% bis zu 40 Familien und 12,5% mehr als 40. Dabei hatten über die Hälfte der Familienhebammen (51,2%) über die Zeit mehr als 20 Kontakte in einer Familie (vgl. Rascher 2009). Eine Umfrage bei den Hebammenlandesverbänden bestätigte, dass von durchschnittlich 10–20 betreuten Familien pro Jahr auszugehen ist.

Bei dieser Zahl ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Familienhebammen in Vollzeit arbeiten, die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der Familienhebammen ist nicht bekannt. Geht man davon aus, dass 10% aller Kinder und ihre Familien weitergehende psychosoziale Unterstützung nach der Geburt benötigen, so wären dies, bezogen auf die Geburtenrate von 2010, 67.800 Kinder gewesen. Bei einem Betreuungsschlüssel von 20 Familien pro Jahr würde das einen Bedarf an bundesweit 3.390 Familienhebammen bedeuten.

Kooperationen

Familienhebammen sind wichtige Partner in den Netzwerken Frühe Hilfen. Art und Qualität der Kooperationen spielen sowohl bei der Vermittlung eines Erstkontakts von Familienhebamme und Klientin als auch im Betreuungsverlauf eine herausragende Rolle. Die Auswertung der Modellprojekte der Frühen Hilfen weist den Hebammen eine im Vergleich zu anderen medizinischen Berufen hohe Qualität der Kooperation mit anderen Berufsgruppen zu. Ihnen wird ein hohes Eigeninteresse der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bescheinigt, dauerhafte Kooperationen zu anderen Netzwerkpartnern werden als realistisch angesehen (vgl. Renner 2010, S. 1048–1055). In NRW gaben 53,5% der Familienhebammen das Jugendamt als wichtigsten Kooperationspartner an, gefolgt von Schwangerenberatungsstellen mit 11%, Hebammen mit 8,8%, Gesundheitsämtern und Frauenärzten und -ärztinnen sowie Kinderärzten und -ärztinnen mit 5% beziehungsweise unter 5% (vgl. Rascher 2009). In Niedersachsen waren 58,3% der betreuten Fa-

milien dem Jugendamt bereits bekannt, dieses vermittelte den Kontakt zur Familienhebamme in 37,2% der Fälle. Hier spielen Beratungsstellen mit 5,5% der Vermittlungen eine eher geringe Rolle, ebenso Ärztinnen und Ärzte mit 3,7%. In 71% der dokumentierten Betreuungen arbeiteten Familienhebammen mit anderen Berufsgruppen zusammen (vgl. Windorfer 2010). In Sachsen-Anhalt bekamen knapp ein Drittel der betreuten Frauen/Familien über das Jugendamt Kontakt zu einer Familienhebamme. Nachfolgend wurden besonders Vermittlungen unter den Frauen (34,7%), Beratungsstellen (12,8%), Hebammen (12,7%) und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (11,2%) genannt. Kliniken (9,5%) und Ärztinnen und Ärzte (7,4%) spielten für den erstmaligen Kontakt eine nachrangige Rolle (vgl. Ayerle u.a. 2010, S. 1158–1165). Eine Bestandsaufnahme der Hochschule Osnabrück zur Situation der Hebammen in Niedersachsen zeigte deutlich, dass Familienhebammen gegenüber Hebammen der Regelversorgung in fast allen Bereichen enger interdisziplinär vernetzt sind. Lediglich die Kooperation mit geburtshilflichen Abteilungen war weniger ausgeprägt, da Familienhebammen keine Geburtshilfe anbieten (vgl. Sayn-Wittgenstein/Schäfers 2007). Die hohe Akzeptanz der Familienhebamme in den Kommunen zeigt auch die Antwort der Jugendämter auf die Frage, welche Angebote ihres Amtsbezirks sie für die Zielstellungen der Frühen Hilfen für besonders wichtig halten. Die aufsuchende Hilfe durch Familienhebammen wird mit 98% besonders häufig erwähnt (vgl. NZFH 2011). Diese Zahl erscheint angesichts der realen Zahl an ausgebildeten Familienhebammen als zu hoch, wahr-

scheinlich werden auch die mancherorts kommunal vernetzten Hebammen der Regelversorgung als Familienhebammen angesehen. Die derzeitig mangelnde Trennschärfe der Bezeichnungen der Hebamme und der Familienhebamme erschwert eine Diskussion über die kommunale Rolle der Hebammen und Familienhebammen.

In der Frage, welche Form der Kooperation sie am meisten schätzen, antworteten 71,9% der Familienhebammen in NRW mit „Interkollegiale Beratung“, „Gemeinsame Fortbildungen“ lagen mit 48,9% auf dem zweiten und „Supervision“ mit 44,4% auf dem dritten Platz der bevorzugten Formen der Zusammenarbeit (vgl. Rascher 2009).

Betreuungsbeginn

Eine frühe Kontaktaufnahme von Hebamme/Familienhebamme und Schwangerer gilt als wünschenswert, um Maßnahmen zur Prävention von Fehlentwicklungen effektiv umzusetzen. Das IMO Institut stellt für Nordrhein-Westfalen fest, dass lediglich 51,1% der Familienhebammen erstmalig nach der Geburt Kontakt zu den Frauen/Familien bekamen, von den verbleibenden 48,9% fällt ein Drittel der Kontaktaufnahmen auf das letzte Trimenon der Schwangerschaft (vgl. Rascher 2009). Die Auswertung der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ zeigt ähnlich, dass bereits 55% der Familien den Erstkontakt zur Familienhebamme in der Schwangerschaft aufbauten, meistens (61,4%) im letzten Schwangerschaftsdrittel. Nur bei 31% der Familien lag der Betreuungsbeginn nach der achten Lebenswoche des Kindes, d.h. der Beendigung der regulären Hebammenbetreuung (vgl. Windorfer 2010). Zahlen über den

Betreuungsbeginn der Familienhebamme lassen nicht unbedingt darauf schließen, ob im Vorfeld Kontakt zu einer Hebamme der Regelversorgung stattfand. Familienhebammen, die parallel zu dem speziellen Aufgabenfeld als originäre Hebammen arbeiten, subsumieren ihre Tätigkeit in der Regelversorgung häufig unter der Berufsbezeichnung der Familienhebamme. Durch ihre engere Vernetzung mit den Akteuren der Frühen Hilfen stehen Familienhebammen Zugänge zu solchen Familien zur Verfügung, die meist erst spät den Hilfesystemen zugeführt werden können beziehungsweise die Angebote seltener in Anspruch nehmen.

Newcomer oder Coming back – ein Ausblick

Familienhebammen bieten ein erweitertes Tätigkeitsspektrum an, welches über die Regelversorgung der Hebammen hinausgeht. Das neue Bewusstsein für die Ressourcen ihrer Arbeit integriert die gesamte Berufsgruppe der Hebammen in die gesundheitsfördernden Konzepte der Kommunen und erinnert an Modelle wie die „community midwives“ im angelsächsischen Raum. In der neuen Ausprägung sind Familienhebammen in Deutschland eher „Newcomer“, auch weil die Versorgung durch Hebammen und ihre Bedeutung für die frühe Familienbildung von der Fachöffentlichkeit lange kaum noch wahrgenommen wurde. In Zukunft wird es wichtig sein, die verschiedenen Modelle der kommunalen Einbindung von Hebammen und Familienhebammen weitergehend zu evaluieren und das Profil der Tätigkeitsbereiche zu schärfen. Die Fortbildung muss auf die Zieldefinitionen der Familienhebammenarbeit zugeschnitten werden. Außer-

dem gilt es, den Bedarf zu definieren und zu ermitteln, welche Inhalte, Stundenzahl und welches Format für eine gute Qualifizierung anzustreben sind.

Literatur

- Ayerle, G. M./Luderer, C./Behrens, J.: Modellprojekt FrühStart, Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt, in: Bundesgesundheitsblatt, 2010, Heft 11, S. 1158-1165.
- IGES Institut Berlin: Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe, Berlin, 2012 (http://www.iges.de/presse07/pressearchiv/pressemeldungen_2012/hebammenhilfe/e12714/infoboxContent12717/IGES_Institut_Gutachten_zur_Versorgungs_und_Verguetungssituation_in_der_aeuferklinischen_Hebammenhilfe_2012_ger.pdf).
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Leitfaden für Kommunen – Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen, Köln, 2013.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich der Frühen Hilfen. 2. Teiluntersuchung, Köln 2011.
- Rascher, I.: Familienhebammen in NRW – Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation 2008/2009, o.O. 2009.
- Renner, I.: Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems, in: Bundesgesundheitsblatt, 2010, Heft 10, S. 1048-1055.
- Sayn-Wittgenstein, F./Schäfers, R.: Gesundheitssystemforschung im Kontext der Frauengesundheitsberichterstattung – Analyse der Datenlage zu den Versorgungsleistungen durch Hebammen. Unveröffentlichter Abschlussbericht der Hochschule Osnabrück. Daraus: Neue Perspektiven entwickeln – Hebammen stellen ihre Arbeit dar (Unveröffentlichter Abschlussbericht), Osnabrück 2009 (www.hebammenforschung.de/fileadmin/groups/95/Ergebnisse_Bestandsaufnahme.pdf).
- Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Gesundheit. Personal, Wiesbaden 2011.
- Windorfer, A.: Auswertung der Arbeit der Familienhebammen für das Jahr 2010 in 12 niedersächsischen Kommunen, Hannover 2010.

Wie viel Kinderschutz steckt in der Beratung?

Die Bedeutung des staatlichen Wächteramtes für die Gruppe der kleinen Kinder in der Erziehungsberatung

Einleitung

Bei den Erziehungsberatungen handelt es sich vom Grundsatz her um freiwillige personenbezogene soziale Dienstleistungen für junge Menschen und ihre Familien. Die besondere Form der Hilfe zur Erziehung wird zumeist eigenständig von den Familien – in der Regel ohne Beteiligung des Jugendamts – organisiert und in Anspruch genommen (vgl. Schmid-Obkirchner 2011). Die „Nachfrage“ nach diesen Leistungen seitens der jungen Menschen und ihren Familien ist steigend, wie die Daten der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik verdeutlichen: Zwischen 1993 und 2011 hat sich – bei einer sinkenden Zahl junger Menschen im Alter von unter 18 Jahren (-17%) – die Summe der im Laufe eines Jahres beendeten Beratungen für Minderjährige von 176.429 auf 285.595 erhöht (+62%).¹ Damit sind noch nie so viele junge Menschen und ihre Familien

von Leistungen der Erziehungsberatung erreicht worden wie 2011.

Trotz einer in der Regel freiwilligen Inanspruchnahme und der Ausgestaltung niedrigschwelliger, kostenloser Zugänge ist die Erziehungsberatung auch Teil des von der Kinder- und Jugendhilfe wahrgenommenen Schutzauftrags. So ist auch hier im Verdachtsfall das Jugendamt zu verständigen, sofern Eltern eine Hilfe nicht annehmen oder die Mittel der Erziehungsberatung nicht ausreichen, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden (vgl. Menne 2007). Doch wie häufig kommen solche „Kinderschutzfälle“ in der Erziehungsberatung für junge Menschen in den ersten Lebensjahren vor, und welche Bedeutung haben diese Fälle im Alltag der Beratungsstellen? Dies sind Fragen, die im folgenden Beitrag auf der Basis der Fallzahlen der Kinder- und Jugendhilfestatistik beantwortet werden (vgl. Kap. 2). Darüber hinaus werden auf der Basis

statistischer Daten Leistungen der Erziehungsberatung für unter Dreijährige und ihre Familien mit und ohne Kindeswohlgefährdung miteinander verglichen (vgl. Kap. 3). Dabei werden Meldewege bzw. Zugänge zum Hilfesystem genauso untersucht wie die Lebenslagen der betreffenden Familien und Angaben zur Dauer der Beratungsleistungen. In einem abschließenden Resümee werden die wesentlichen Befunde zusammengefasst (vgl. Kap. 4).

Kindeswohlgefährdung als Grund für eine Erziehungsberatung – quantitative Dimensionen

Im Jahre 2011 wurden insgesamt 289.489 Erziehungsberatungen im Sinne des § 28 SGB VIII für minderjährige Kinder und Jugendliche sowie deren Familien begonnen, hierunter rund 8% bzw. 24.440 Fälle für Kinder im Alter von unter drei Jahren und deren Familien. Bundesweit haben sich mittlerweile laut einer Erhebung

der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) zum 31.12.2010 etwa 600 Beratungsstellen konzeptionell auf die Beratung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern eingestellt. Über das Internetportal der bke können Familien Beratungsstellen in ihrer Nähe mit diesem konzeptionellen Schwerpunkt finden (vgl. bke 2012). Die unter Dreijährigen und ihre Eltern sind demnach weit davon entfernt, die Hauptklientel in der Erziehungsberatung zu stellen. Dennoch gewinnen sie im Beratungsalltag offensichtlich an Bedeutung. Ein Beleg hierfür sind die steigenden Fallzahlen in der Kinder- und Jugendhilfestatistik. Allein zwischen 2008 und 2011 ist die Zahl der jährlich begonnenen Hilfen von rund 19.700 auf die besagten 24.400 angestiegen (vgl. Pothmann/Fendrich i.d.H.).

Das Spektrum der Gründe für die Inanspruchnahme von Beratungen – hier können in der Kinder- und Jugendhilfestatistik je Fall bis zu drei Nennungen gemacht werden – ist vielfältig. Mit Blick auf die Minderjährigen insgesamt erstreckt es sich von familiären Konflikten (50%) – hierzu gehören auch Trennungs- und Scheidungssituationen –, über fehlende Erziehungskompetenzen der Eltern (26%) bis hin zu Entwicklungsauffälligkeiten (28%), Verhaltensauffälligkeiten (23%) oder auch schulischen bzw. beruflichen Problemen (23%). Zu konstatieren ist aber auch, dass bei 14.445 der im Jahre 2011 begonnenen Erziehungsberatungen eine Gefährdung des Kindeswohls mit als Grund angegeben worden ist.

In zwei von drei dieser knapp 14.500 Fälle, also bei 9.372 Fällen, wurde die Gefährdung des Kindeswohls als Hauptgrund für die Leistung angegeben (64%). Damit liegt der Anteil der in der Haupt-

sache wegen einer Kindeswohlgefährdung begonnenen Erziehungsberatungen bei unter Dreijährigen im Jahr 2011 bei insgesamt 3,2%.

Im Vergleich zu den anderen Leistungssegmenten in den Hilfen zur Erziehung ist dies viel und wenig zugleich (vgl. Tab. 1): Einerseits ist der Anteil der Fälle aufgrund von Kindeswohlgefährdungen insgesamt im Fall der Erziehungsberatung deutlich niedriger als bei den ambulanten Leistungen – und hier insbesondere der SPFH – sowie den Fremdunterbringungen. Andererseits entspricht das absolute Fallzahlenvolumen von Leistungen, die 2011 aufgrund einer Kindeswohlgefährdung begonnen wurden, mit knapp 9.400 in etwa dem Wert für die Fremdunterbringungen und liegt sogar um 2.300 Fälle höher als für die ambulanten Leistungen.

Fokussiert man für die Erziehungsberatung die innerhalb eines Jahres begonnenen Hilfen für Kinder im Alter von unter drei Jahren und ihre Familien, so zeigt sich, dass die Relevanz des Grundes „Kindeswohlgefährdung“ für diese Altersgruppe mit 3,1% nur unwesentlich vom Gesamtwert abweicht und nicht etwa – wie man hätte vermuten können – für die ersten drei Lebensjahre deutlich höher ausfällt (vgl. Abb. 1; Tab. 1). Damit unterscheidet sich die Erziehungsberatung von anderen Leistungssegmenten in den Hilfen zur Erziehung. Sowohl für die ambulanten Leistungen als insbesondere auch für die Fremdunterbringungen liegt der Anteil der hauptsächlich aufgrund einer Kindeswohlgefährdung begonnenen Hilfen für die unter Dreijährigen höher als bei den Neufällen für Kinder und Jugendliche im Alter von unter 18 Jahren insgesamt (vgl. Tab. 1).

1 Die in Anspruch genommenen Leistungen der Erziehungsberatung werden jährlich im Rahmen der Teilstatistik zu den Hilfen zur Erziehung erfasst. Im Unterschied zu den anderen Leistungen der Hilfen zur Erziehung melden für die Erziehungsberatungen nicht nur das Jugendamt, sondern auch öffentliche und freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. bke 2007).

Schaut man genauer auf die Beratungsfälle, die mit Kindeswohlgefährdung als Hauptgrund für die Beratung begründet werden, so zeigt sich, dass diese nicht speziell bei den unter Dreijährigen, sondern genauso auch bei älteren Kindern und bei Jugendlichen anzutreffen sind. Unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive heißt das: Während in den Erziehungshilfen jenseits der Erziehungsberatung vor allem bei jüngeren Kindern eine Gefährdung des Kindeswohls eine bedeutende Rolle spielt und das Geschlecht nahezu irrelevant ist (vgl. Pothmann 2009), gilt das für die Erziehungsberatung eher umgekehrt. Eine Gefährdung des Kindeswohls ist bei den Hilfen gemäß § 28 SGB VIII altersunabhängig. Dafür gilt erstens, dass Mädchen in allen Altersklassen stärker betroffen sind als Jungen, und zweitens, dass der Grund „Gefährdung des Kindeswohls“ für die Hilfestellung tendenziell umso bedeutender wird, je älter die Mädchen werden, während bei den Jungen die Relevanz dieses Grundes mit steigendem Alter abnimmt (vgl. Abb. 1).

- 2 Wenn eher ältere Mädchen in den Fokus geraten, legt dies den Schluss nahe, dass die Erziehungsberatung in diesen Fällen vor allem mit (sexuellem) Missbrauch oder häuslicher Gewalt im Jugendalter, aber auch mit psychosomatischen Auffälligkeiten konfrontiert wird. In quantitativer Hinsicht kommen hingegen Vernachlässigungen und Misshandlungen als Hauptgrund bei neu begonnenen Erziehungsberatungen bei kleinen Kindern seltener vor, auch wenn man gemeinhin bei der aktuellen Kinderschutzdebatte eher diese Altersgruppe vor Augen hat.
- 3 Bei kontinuierlich steigenden Zahlen für die begonnenen Hilfen für den Zeitraum 2008 bis 2011 sind die Fälle aufgrund einer Kindeswohlgefährdung lediglich zwischen 2008 und 2009 geringfügig gestiegen und seither rückläufig. Zuletzt erfasste die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik für das Jahr 2011 747 im Erhebungsjahr begonnene Beratungsprozesse.

Bleibt man noch einmal bei der Erziehungsberatung und betrachtet die Relevanz von Kindeswohlgefährdungen als Hauptgrund für die Hilfestellung, so ist der Anteil dieser Fälle an allen innerhalb eines Jahres begonnenen Erziehungsberatungen mit Kindern im Alter von unter drei Jahren rückläufig. Zwischen 2008 und 2011 hat sich bei insgesamt steigenden Fallzahlen für die genannte Altersgruppe die Quote von 4,1% auf 3,1% verringert (vgl. Abb. 2).³

Über die Gründe für diesen Rückgang auf einem allerdings quantitativ niedrigen Niveau kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Möglicherweise kommt hierin einmal mehr zum Ausdruck, dass

insbesondere in der Kinderschutzdebatte und den daraus folgenden Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen die Rolle des Jugendamtes im Rahmen des staatlichen Wächteramtes gestärkt worden ist. Unter Umständen haben diese Veränderungen auch mit zu einer Sensibilisierung der Beratungsstellen dahingehend beigetragen, dass bei einer Kindeswohlgefährdung durch Einschalten des Jugendamtes oder des Familiengerichtes auch außerhalb der Erziehungsberatung Unterstützung und Hilfen für das Kind zu aktivieren sind.

Fallkonstellationen mit und ohne Kindeswohlgefährdungen im Vergleich

Der Anteil von Erziehungsberatungen aufgrund einer Kindeswohlgefährdung bei Kindern im Alter von unter drei Jahren fällt mit zuletzt rund 3% vergleichsweise niedrig aus. Ungeachtet dieser geringen quantitativen Relevanz lohnt der differenzierende Blick auf diese besonderen Fallkonstellationen in der Erziehungsberatung, bei denen als Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer Beratungsleistung eine Gefährdung des Kindeswohls angegeben worden ist, da es sich dabei um besondere, für die Erziehungsberatung nicht alltägliche Fallkonstellationen handelt. Hierzu werden im Folgenden Fälle mit Kindern im Alter von unter drei Jahren mit und ohne Kindeswohlgefährdung gegenübergestellt. Vergleichskriterien sind dabei die Zugänge zu den Hilfen (vgl. Kap. 3.1), die Lebenslagen (vgl. Kap. 3.2) sowie die Dauer und die Kontakthäufigkeit (vgl. Kap. 3.3) der einzelnen Hilfen.

TABELLE 1: HILFEN ZUR ERZIEHUNG AUFGRUND EINER GEFÄHRDUNG DES KINDES-
WOHLS NACH LEISTUNGSSEGMENTEN (DEUTSCHLAND; 2011; BEGONNENE HILFEN;
HAUPTGRUND FÜR DIE HILFE; ANGABEN ABSOLUT UND IN %)¹

	Insgesamt (abs.)	darunter wegen Gefährdung des Kindeswohls (abs.)	Anteil in %
Begonnene Leistungen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und ihre Familien insgesamt			
Erziehungsberatung	289.489	9.372	3,2
Ambulante Hilfen²	100.746	7.072	7,0
<i>Darunter SPFH</i>	<i>43.390</i>	<i>4.215</i>	<i>9,7</i>
Fremdunterbringungen	49.038	9.453	19,3
Begonnene Leistungen für Kinder im Alter von unter 3 Jahren und ihre Familien			
Erziehungsberatung	24.440	747	3,1
Ambulante Hilfen³	1.955	218	11,2
Fremdunterbringungen	6.449	2.326	36,1

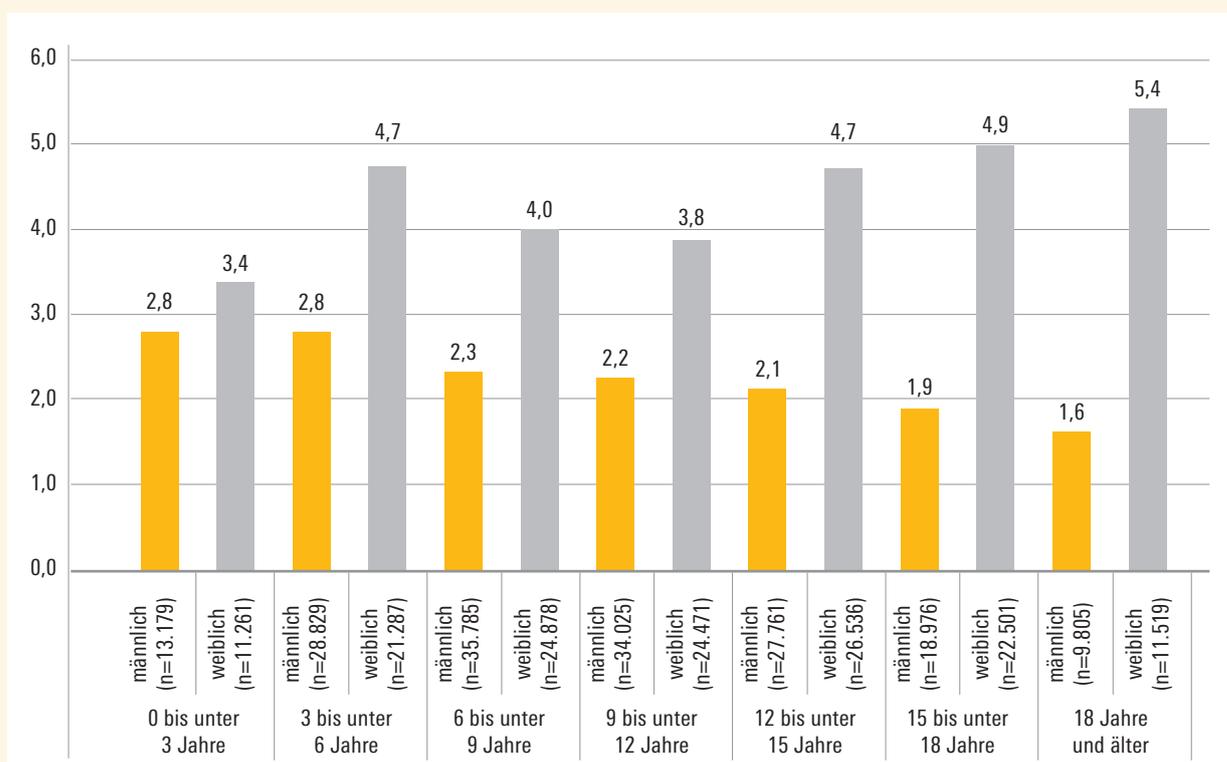
1 Hilfen für junge Volljährige bleiben unberücksichtigt. Das heißt: Für die am jungen Menschen orientierten Hilfen werden nur die Fälle mit Kindern und Jugendlichen berücksichtigt. Bei den familienorientierten Hilfen werden alle in der Statistik erfassten Hilfen aufgrund des niedrigen Anteils der 18-Jährigen und Älteren mit einbezogen.

2 Familienunterstützende und -ergänzende Hilfen ohne Erziehungsberatung.

3 Die familienorientierten Hilfen, bei denen alle im Haushalt lebenden Kinder mit erfasst werden, müssen hier aus methodischen Gründen unberücksichtigt bleiben. Für die familienorientierten Hilfen insgesamt liegt der Anteil der hauptsächlich aufgrund einer Kindeswohlgefährdung begonnenen Hilfen für 2011 bei 9,5% (N = 53.205).

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; 2011; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

ABBILDUNG 1: ERZIEHUNGSBERATUNGEN AUFGRUND EINER GEFÄHRDUNG DES
KINDESWOHLS NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT (DEUTSCHLAND; 2011;
BEGONNENE HILFEN¹; ANTEIL DES HAUPTGRUNDES KINDESWOHLGEFÄHRDUNG AN
ALLEN ERZIEHUNGSBERATUNGEN IN DER ALTERSGRUPPE IN %)



1 Einschließlich der Hilfen für junge Volljährige.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; 2011; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

Von wem geht die Initiative im Gefährdungsfall aus?

Die Kinder- und Jugendhilfestatistik erfasst für jede Beratungsleistung, durch wen die Hilfe initiiert worden ist. Bei einem Vergleich von Fällen, die durch eine Kindeswohlgefährdung begründet sind, mit allen Erziehungsberatungen für Kinder in diesem Alter zeigen sich deutliche Unterschiede.⁴

Blickt man zunächst auf alle Hilfen, so ist zu konstatieren, dass rund die Hälfte aller Erziehungsberatungen für unter Dreijährige erwartungsgemäß unmittelbar von den Familien nachgefragt wird (vgl. Abb. 3). Immerhin 20% aller Fälle werden in dieser Altersgruppe über Kindertageseinrichtungen initiiert. Le-

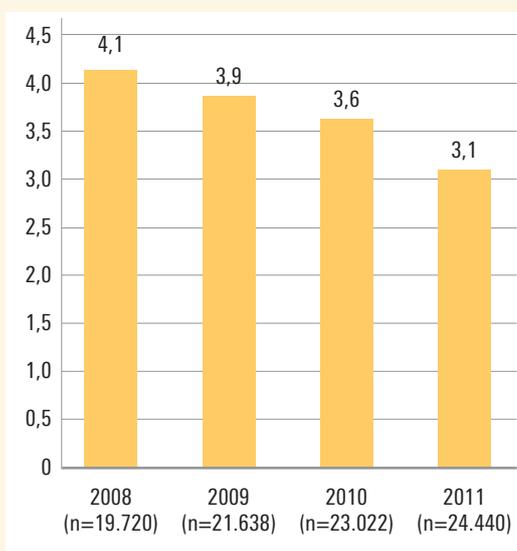
diglich rund 4% gehen auf die Initiative des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) zurück, während ca. 9% durch Institutionen des Gesundheitswesens⁵ und etwa 6% durch Einrichtungen des Justizwesens angeregt werden.

Bei Fällen der Erziehungsberatung mit Kindern im Alter von unter drei Jahren, die aufgrund einer Gefährdung des Kindeswohls zustande gekommen sind, zeigt sich allerdings eine andere Verteilung: Hier geht der größte Teil, immerhin 41% der Fälle, auf die Initiative des Jugendamtes zurück. Es ist davon auszugehen, dass in diesen Fällen eine Erziehungsberatung unter Umständen als ergänzende Hilfe neben weiteren Leistungen angeregt wird (vgl. Abb. 3). Den

zweitgrößten Anteil mit 28% nehmen Eltern bzw. Personensorgeberechtigte ein, die eine Erziehungsberatung aufsuchen. Noch jeweils knapp 6% dieser Beratungen werden von Kindertageseinrichtungen sowie von Institutionen des Gesundheitswesens initiiert.

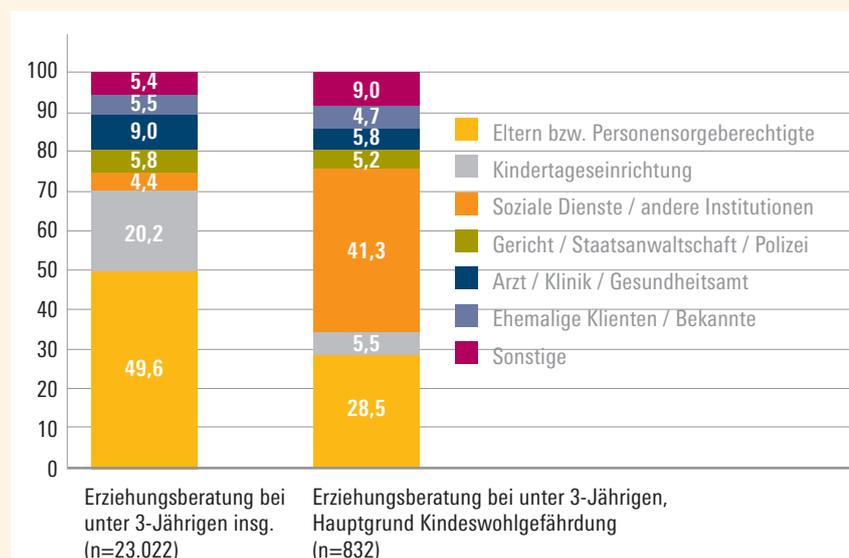
Bei den zuletzt genannten Ergebnissen hätte man durchaus vor dem Hintergrund der fachlichen Entwicklungen und der quantitativen Relevanz für alle Beratungsfälle erwarten können, dass diese Werte höher ausfallen, denkt man beispielsweise an den Aufgabenzuwachs von Kindertageseinrichtungen sowie den Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen. Es lässt sich an dieser Stelle allerdings nur darüber spekulieren, inwiefern Kinder-

ABBILDUNG 2: ANTEIL DER ERZIEHUNGSBERATUNGEN AUFGRUND EINER GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS BEI KINDERN IM ALTER VON UNTER 3 JAHREN (DEUTSCHLAND; 2008 BIS 2011; ANGABEN IN %)



Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; versch. Jahrgänge; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

ABBILDUNG 3: ERZIEHUNGSBERATUNGEN FÜR UNTER 3-JÄHRIGE INSGESAMT UND BEI EINER GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS ALS HAUPTGRUND DER BERATUNG NACH ANREGENDEN INSTITUTIONEN ODER PERSONEN (DEUTSCHLAND; 2010; BEGONNENE HILFEN; ANGABEN IN %)



Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; 2010; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik⁶

tageseinrichtungen und andere Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens tatsächlich eine so marginale Rolle bei der Initiierung von Erziehungsberatung einnehmen oder ob möglicherweise die genannten Akteure und Akteurinnen gegenüber den Eltern oder, vor allem auch bei Fällen mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung, gegenüber dem Jugendamt auf die Inanspruchnahme einer Hilfeleistung hinwirken.

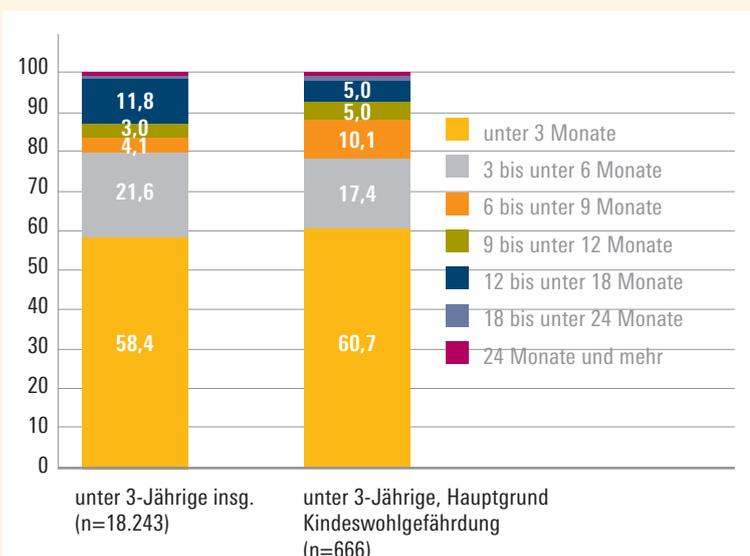
In welchen familiären und ökonomischen Lagen leben die Familien?

Familienkonstellationen oder auch die sozioökonomische Lage haben neben anderen Rahmenbedingungen einen Ein-

fluss auf die Qualität des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen. Mehr noch: Die genannten Faktoren können insbesondere für Kinder in den ersten Lebensjahren erhebliche Risikolagen darstellen. So ist empirisch nachweisbar, dass sozioökonomische Lebenslagen und die damit verbundenen Belastungen sich nicht zuletzt auch auf die Versorgungsqualität und das Erziehungsverhalten auswirken können. Grund genug, mithilfe der Kinder- und Jugendhilfestatistik nach den Lebens- und Rahmenbedingungen für Erziehungsberatung in Anspruch nehmende Familien zu fragen. Dabei wird der Fokus zum einen auf den Familienstatus (a), zum anderen auf den Transfergehalt (b) gerichtet.

- 4 Zur Ermöglichung dieser Auswertungsperspektive kann im Folgenden auf Analysen der Mikrodaten der Kinder- und Jugendhilfestatistik zurückgegriffen werden. Diese haben zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrags bis zum Erhebungsjahr 2010 vorgelegen.
- 5 Zu den Institutionen des Gesundheitswesens zählt die Kinder- und Jugendhilfestatistik Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Gesundheitsämter. Es ist davon auszugehen, dass auch andere Berufsgruppen und Organisationen aus diesem Bereich für diese Merkmalsausprägung relevant sind, wie beispielsweise nicht zuletzt auch die Hebammen und Familienhebammen. Weiter differenzieren lassen sich diese Angaben allerdings nicht.
- 6 Bei den Auswertungen, die auf eine Analyse der Mikrodaten der Erhebung zu den Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige, Eingliederungshilfen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik zurückgehen, wird hier und im Folgenden auf die Daten des Jahres 2010 Bezug genommen, da zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrags die Einzeldaten des Jahres 2011 noch nicht zur Verfügung gestanden haben.

ABBILDUNG 4: ERZIEHUNGSBERATUNGEN FÜR UNTER 3-JÄHRIGE INSGESAMT UND AUFGRUND EINER GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS ALS HAUPTGRUND DER BERATUNG NACH DAUERKLASSEN (DEUTSCHLAND; 2010; BEGONNENE HILFEN; ANGABEN IN %)



Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; 2010; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

TABELLE 2: ERZIEHUNGSBERATUNG FÜR UNTER 3-JÄHRIGE INSGESAMT UND AUFGRUND EINER GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS ALS HAUPTGRUND DER BERATUNG NACH FAMILIENSTATUS (DEUTSCHLAND; 2010; BEGONNENE HILFEN; ANGABEN IN %)

Familienstatus	Erziehungsberatungen bei unter 3-Jährigen insgesamt	Erziehungsberatungen bei unter 3-Jährigen, Hauptgrund Kindeswohlgefährdung
Eltern leben zusammen	49,8	40,4
Elternteil lebt allein	41,0	43,4
Elternteil mit neuem Partner / neuer Partnerin	7,8	11,8
Eltern verstorben	0,1	0,4
Unbekannt	1,4	4,1
Insgesamt (Anzahl der Fälle)	23.022	832

Quelle: Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen; 2010; Zusammenstellung und Berechnung der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

(a) *Familienstatus*: Die Familien von unter Dreijährigen, für die eine Erziehungsberatung aufgrund einer Kindeswohlgefährdung zustande kommt, unterscheiden sich hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale mit Blick auf den Familienstatus und den Transfergeldbezug. Bei unter Dreijährigen und deren Familien, die eine Erziehungsberatung aufgesucht haben, lebt die Hälfte der Eltern zusammen (vgl. Tab. 2). Bei der anderen Hälfte handelt es sich dementsprechend um Familien, bei denen die Kinder nicht mehr mit beiden leiblichen Elternteilen zusammenleben. Einen großen Anteil in dieser Gruppe machen mit rund 41% aller Fälle die Alleinerziehendenfamilien aus. Hinzu kommen rund 8% Familien, die in einer Stiefelternkonstellation leben.

Bei den im Jahr 2010 neu begonnenen Erziehungsberatungen für die Altersgruppe der unter Dreijährigen, bei denen Kindeswohlgefährdung als Hauptgrund für die Beratung angegeben wird, haben Alleinerziehende sowie Stief-

elternkonstellationen mit zusammen rund 55% einen noch etwas höheren Anteil als insgesamt die Fälle mit Kindern in diesem Alter. In dieser Gruppe finden sich, bezogen auf alle Fälle mit dem Grund Kindeswohlgefährdung, zu 43% Alleinerziehende und zu 12% Stiefelternfamilien. In 40% der Fälle leben die Eltern noch zusammen.

(b) *Transfergeldbezug*: Verschiedene einschlägige Studien weisen nach – wie bereits angedeutet –, dass sich materielle Engpässe bzw. ein insgesamt niedriges Familieneinkommen auf die Gesundheit nicht zuletzt auch von Kindern und Jugendlichen, das Erziehungsverhalten und den Erziehungsstil der Eltern, die Intelligenzentwicklung der Kinder oder auch auf deren Sozialverhalten auswirken (vgl. zusammenfassend Rauschenbach/Züchner 2011; Biedinger 2009). Wenn empirische Untersuchungen aber aufzeigen können, dass von einem grundsätzlichen Zusammenhang zwischen sozioökonomisch prekären Lebenslagen auf der einen sowie Schwierigkeiten für die

Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen oder auch zusätzliche Belastungen familiärer Beziehungen auf der anderen Seite auszugehen ist, so stellt sich die Frage, inwiefern sich dieser Befund auch an den Ergebnissen der Kinder- und Jugendhilfestatistik zur Erziehungsberatung aufzeigen lässt.

Hinweise auf einen Zusammenhang von materiell prekären Lebenslagen und Schwierigkeiten bei der Erziehung von jungen Menschen zeigen sich anhand der Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistik. So machen Datenanalysen deutlich, dass Kinder aus Familien in materiell prekären Lebenslagen in den Hilfen zur Erziehung – und hier insbesondere in den familienersetzenden Hilfen – deutlich überrepräsentiert sind. Je nach Hilfeart schwankt der Anteil der Familien, die Transferleistungen beziehen, im Jahre 2010 bundesweit zwischen 78% bei den Hilfeempfangenden der Vollzeitpflege auf der einen und 47% bei den jungen Menschen in der Sozialen Gruppenarbeit auf der anderen Seite. Demge-

genüber liegt der Anteil der Familien mit Bezug von Transferleistungen in der Erziehungsberatung insgesamt bei lediglich rund 18% (vgl. z.B. Fendrich 2012).

Blickt man auf die Gruppe der kleinen Kinder bei neu begonnenen Erziehungsberatungen, so beträgt der Anteil der Familien mit Transferleistungsbezug im Jahre 2010 insgesamt rund 30% und ist damit schon höher als der Gesamtwert von rund 18%. Richtet man den Fokus darüber hinaus für diese Altersgruppe auf den Hauptgrund Kindeswohlgefährdung, so liegt der Anteil der Familien, die Transferleistungen⁷ beziehen, bei erheblich höheren 61%. Hier zeigt sich für die Beratungsleistungen gem. § 28 SGB VIII die Tendenz, die auch für die Hilfen zur Erziehung insgesamt festzustellen ist: Kleine Kinder und ihre Familien mit erzieherischen Hilfen sind in besonderem Maße von prekären Lebenslagen betroffen. Dies gilt umso mehr, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls eine Rolle für die Beratungs- oder Hilfeleistung spielt.

Wie lange dauern Erziehungsberatungen mit dem Grund Kindeswohlgefährdung?

Wenn sich die Fachkräfte der Erziehungsberatungsstellen um Fälle kümmern, bei denen eine Kindeswohlgefährdung eine wichtige Rolle für die notwendige Beratung einnimmt, stellt sich die Frage, wie lange und in welchem Umfang mit der Familie gearbeitet wird. Bei der Erziehungsberatung für unter Dreijährige insgesamt zeigt sich, dass die Beratungsleistungen in den meisten Fällen einen kurzfristigen Raum einnehmen: Sie dauern in rund 58% der Beratungen nicht länger als drei Monate (vgl. Abb. 4). Ein weiteres Fünftel der Erziehungsberatun-

gen wird im Zeitraum von drei bis unter sechs Monaten durchgeführt. Damit werden insgesamt rund 80% der Erziehungsberatungen für diese Altersgruppe in einem Zeitraum von einem halben Jahr beendet. Da es sich bei Erziehungsberatungen eher um niedrigschwellige Hilfeleistungen handelt, kann davon ausgegangen werden, dass in vielen Fällen den Familien bei kleineren Erziehungsschwierigkeiten mit den Beratungen geholfen werden konnte. Hierfür spricht auch, dass immerhin 75% aller im Jahre 2011 beendeten Erziehungsberatungsfälle gemäß der im Hilfeplan vereinbarten Zielsetzungen beendet werden konnten (vgl. Fendrich u. a. 2012).

Bei Erziehungsberatungen, die aufgrund einer Kindeswohlgefährdung in Anspruch genommen worden sind, wird ebenfalls ein Großteil der Hilfen (61%) innerhalb von drei Monaten beendet (vgl. Abb. 4). Hier ist jedoch zu vermuten, dass bei dieser schwerwiegenden Problemlage eher eine Weiterverweisung erfolgt und gegebenenfalls umfangreichere Hilfestellungen erfolgen müssen, weil „die Beratungsfachkraft mit der eigenen Tätigkeit das Wohl des Kindes nicht mehr sichern kann“ (Menne 2010, S. 7). Es ist weiter davon auszugehen – aber hier kommen die Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistik an ihre Grenzen –, dass der Auftrag der Erziehungsberatung sich in den Fällen mit einer Kindeswohlgefährdung deutlich von anderen Fallkonstellationen unterscheidet. Dafür spricht auch die Kontakthäufigkeit bei den Fällen aufgrund einer Kindeswohlgefährdung. Zu einem überwiegenden Teil (60%) bleibt es in diesen Fällen bei bis zu fünf Kontakten. Angesichts dieser Rahmung ist zu vermuten, dass im Rahmen des „Beratungsprozesses“

7 Transferleistungen sind hier: Arbeitslosengeld II auch in Verbindung mit dem Sozialgeld, die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe oder auch der Kinderzuschlag.

im Sinne einer Gefährdungseinschätzung und Gefährdungsabschätzung geprüft wird, ob und – wenn ja – wie mit der Familie und ihren Problemlagen im Kontext des Kinder- und Jugendhilfesystems und/oder unter Einbeziehung des Gesundheitswesens weitergearbeitet werden kann.

Resümee

Erziehungsberatung in den Kontext des staatlichen Wächteramtes zu stellen, ist möglicherweise für eine helfende Interaktion, die sich mehr als andere Formen der Hilfen zur Erziehung durch ihre Niedrigschwelligkeit auszeichnet, ungewöhnlich, aber deswegen nicht weniger notwendig. Dementsprechend zeigen die Befunde zu den Kindern im Alter von unter drei Jahren und ihren Familien in der Erziehungsberatung mit und vor allem ohne eine Kindeswohlgefährdung, dass diese Familien zur Klientel der Beratungsstellen gehören und dass sich die Beratungsstellen daher mit Fragen des Kinderschutzes und des Kindeswohls auseinandersetzen müssen.

Die Ergebnisse zu den Fällen mit einer Kindeswohlgefährdung für die unter Dreijährigen in der Erziehungsberatung machen aber auch deutlich, dass es sich hierbei nicht um besonders häufig vorkommende, dafür jedoch um eine besondere Art von Fällen handelt. Dies gilt weniger für die Dauer, aber schon mehr für die Zahl der Beratungskontakte und erst recht für die Zugänge der Familien zu den Beratungsstellen. Dieser findet im Falle von Kindeswohlgefährdungen nur noch zu einem geringen Anteil über die Herkunftsfamilien und sehr viel mehr über die Allgemeinen Sozialen Dienste statt. Hier kooperieren somit offensichtlich Erziehungsberatungsstelle und Ju-

gendamt. Die Befunde zeigen ferner, dass in den Familien mit einer Kindeswohlgefährdung die sozioökonomischen Belastungen ungleich höher zu sein scheinen als bei anderen Fallkonstellationen in der Erziehungsberatung. Darauf deuten die höheren Anteile von Alleinerziehenden und Stiefelternfamilien sowie vor allem die höhere Quote bei den Transferleistungsbeziehenden hin.

Somit ist eine dienstleistungsorientierte Erziehungsberatung genauso wie andere Formen der Hilfen zur Erziehung damit konfrontiert, die Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle in der Praxis auszugestalten und mitunter auch auszuhalten (vgl. Pothmann/Wilk 2011). Dabei ist sie in doppelter Weise mit in die Gewährleistung des Schutzauftrages involviert – einerseits mit der Verpflichtung, das Jugendamt einzuschalten, sobald die Möglichkeiten der Erziehungsberatung nicht mehr ausreichen, um das Kindeswohl zu sichern, andererseits mit dem Auftrag, vom Jugendamt vermittelte Familien dabei zu unterstützen, Gefährdungen für das Wohl ihrer Kinder einzudämmen.

Literatur

- Biedinger, N.: Kinderarmut in Deutschland. Der Einfluss von relativer Einkommensarmut auf die kognitive, sprachliche und behavioristische Entwicklung von 3- bis 4-jährigen Kindern, in: Zeitschrift für Soziologie der Entwicklung und Sozialisation, 2009, Heft 2, S. 197-214.
- (bke) Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Hrsg.): 111 Antworten auf Fragen zur Bundesstatistik der Erziehungsberatung. bke-Arbeitshilfe. Informationen für Erziehungsberatungsstellen 1, o.O. 2007 (www.bke.de).
- (bke) Bundeskonferenz für Erziehungsberatung: Kinderschutz als Auftrag der Erziehungsberatung, in: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 2012, Heft 1, S. 3-13.
- Fendrich, S.: Prekäre Lebenslagen von jungen Menschen in den Hilfen zur Erziehung, in: Jugendhilfe aktuell, 2012, Heft 3, S. 12-15.
- Fendrich, S./Pothmann, J./Tabel, A.: Monitor Hilfen zur Erziehung. Herausgegeben durch die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, Dortmund 2012 (www.akjstat.tu-dortmund.de).
- Menne, K.: Kinderschutz in der Erziehungsberatung, in: Neue Praxis, 2007, Heft 5, S. 527-537.
- Menne, K.: Erziehungsberatung und ihr Schutzauftrag. Interview mit Klaus Menne, Geschäftsführer der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), in: Kom^{Dat} Jugendhilfe, 2010, Heft 1, S. 7.
- Pothmann, J.: Wenn das Kindeswohl gefährdet ist, ... Antworten der Hilfen zur Erziehung für Familien in der Krise, in: Kom^{Dat} Jugendhilfe, 2009, Heft 2, S. 2-3.
- Pothmann, J./Wilk, A.: Jugendhilfe zwischen Dienstleistung und Intervention. Empirische Analysen zu den Hilfen zur Erziehung, in: T. Rauschenbach, M. Schilling (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfereport 3. Bilanz der empirischen Wende, Weinheim/München 2011, S. 87-107.
- Rauschenbach, T./Züchner, I.: Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, in: J. Münder, R. Wiesner, T. Meysen (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch, 2. Auflage, Baden-Baden 2011, S. 13-39.
- Schmid-Obkirchner, H.: SGB VIII § 28, in: R. Wiesner (Hrsg.), SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe, 4. Auflage, München 2011, S. 366-380.

Angaben zu den Autorinnen und Autoren

Albrecht, Matthias, 1945, Dr. med., Facharzt für Chirurgie und Kinderchirurgie, ehem. Direktor der Kinderchirurgischen Klinik Dortmund, Sprecher des Runden Tisches Prävention von Kinderunfällen in Dortmund (seit 1998). Arbeitsschwerpunkte: Kommunale Unfallprävention bei Kindern, Entwicklung eines Curriculums für Verletzungsprävention, Evidenz-Basierung der Prävention. Kontakt: matthias@albrecht-dortmund.de

Burchardt, Susann, 1968, Dr. phil., Dipl.-Politologin, Referentin für Kinderschutz im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung Schleswig-Holstein. Arbeitsschwerpunkte: Planung und Koordinierung der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes, Kinderschutzberichterstattung und Kinderschutzstatistik. Kontakt: susann.burchardt@sozmi.landsh.de

Ellsäßer, Gabriele, 1953, Dr. med., Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen/Umweltmedizin, Abteilungsleiterin Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Arbeitsschwerpunkte: Einladungs- und

Rückmeldewesen zu den sogenannten U-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche, wissenschaftliche Tätigkeit insbesondere in sozialpädiatrischer Epidemiologie und Prävention (u.a. Impfungen, Verletzungen im Kindes- und Jugendalter, Allergien, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg, webbasierte Gesundheitsinformationen für Jugendliche). Kontakt: Gabriele.Ellsaesser@LUGV.Brandenburg.de

Fendrich, Sandra, 1974, Dipl.-Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Hilfen zur Erziehung, Adoption, Frühe Hilfen, regionale Disparitäten in den Hilfen zur Erziehung, Demografie und Jugendhilfe. Kontakt: sfendrich@fk12.tu-dortmund.de

Kindler, Heinz, 1963, Dr. phil., Dipl.-Psych., Leiter der Fachgruppe „Hilfen für Familien und Kinderschutz“ im Deutschen Jugendinstitut Abt. „Familie und Familienpolitik“. Arbeitsschwerpunkte: Gefährdungseinschätzung, Entwicklung

von Kindern nach Gefährdung, Prävention sexueller Missbrauch. Kontakt: kindler@dji.de

Künster, Anne Katrin, 1978, Dr. biol. hum., leitende Psychologin in der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm. Arbeitsschwerpunkte: Eltern-Kind-Beziehungen in der frühen Kindheit, Frühe Hilfen und Kinderschutz, insbesondere die Entwicklung, Erprobung und Implementierung evidenzbasierter Vorgehensweisen. Kontakt: anne-katrin.kuenster@uniklinik-ulm.de

Küster, Ernst-Uwe, 1967, Dipl.-Päd., wissenschaftlicher Referent am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Koordinator der Dokumentation/Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen und der Bestandsaufnahme Frühe Hilfen des NZFH. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Hilfen, Qualitative Methoden empirischer Sozialforschung, Fachpublizistik. Kontakt: kuester@dji.de

Lange, Ute, 1960, Hebamme, M.A., Stipendiatin der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke. Arbeitsschwerpunkte: Chronische Erkrankungen und Geburt, Hebammen und Familienhebammen in den Frühen Hilfen, verschiedene hebammenwissenschaftliche Themen (z.B. Förderung der Physiologischen Geburt). Kontakt: ulange@wi.hs-osnabrueck.de

Pothmann, Jens, 1971, Dr. phil., Dipl.-Päd., wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendhilfe und ihre Arbeitsfelder, Jugendamt und Soziale Dienste, Berichtswesen und Sozialberichterstattung, Kennzahlen und Indikatoren. Kontakt: jpothmann@fk12.tu-dortmund.de

Renner, Ilona, 1964, M.A., wissenschaftliche Referentin des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Arbeitsschwerpunkte: Forschung und Evaluation in den Frühen Hilfen. Epidemiologie und Wirksamkeitsforschung. Kontakt: ilona.renner@nzhf.de

Sann, Alexandra, 1964, Dipl. Psych., Familienpsychologin mit Schwerpunkt familiäre Prävention und Evaluationsforschung, wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Leiterin der Fachgruppe „Nationales Zentrum Frühe Hilfen“ am DJI. Arbeitsschwerpunkte: Frühe Förderung in der Familie, wissenschaftliche Begleitung und Weiterentwicklung eines niedrigschwelligen, präventiven Förderpro-

gramms (Opstapje – Schritt für Schritt) für Kleinkinder aus sozial benachteiligten Familien, Mitarbeit im Rahmen der Kurzevaluation zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme in den Ländern, Koordination der Modellprojekte in den Ländern, des Praxismonitorings (bundesweite Bestandsaufnahme Früher Hilfen) und der Schnittstelle Frühe Hilfen/Frühförderung. Kontakt: sann@dji.de

Thaiss, Heidrun Marie, Dr. med., Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein. Arbeitsschwerpunkte: Fachliche und konzeptionelle Fragen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Kinder- und Jugendgesundheit einschließlich des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des ÖGD, fachliche Fragen des medizinischen Kinderschutzes und der Frühen Hilfen, Angelegenheiten des Landes- und des Bundeskinderschutzgesetzes im Referat Maßregelvollzug, Psychiatrie, Gesundheitsförderung und -berichterstattung. Kontakt: Heidrun.Thaiss@sozmi.landsh.de

Trost-Brinkhues, Gabriele, 1955, Dr. med., Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Genetik, Leitung Kinder- Jugend- und zahnärztlicher Dienst, Prävention & Gesundheitsförderung, Frühe Hilfen des Gesundheitsamtes in der Städteregion Aachen. Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendgesundheit, Entwicklungsgefährdungen, Prävention, Netzwerkarbeit, Gesundheitsberichterstattung. Kontakt: Gabriele.Trost-Brinkhues@staedteregion-aachen.de

PUBLIKATIONEN DES NATIONALEN ZENTRUMS FRÜHE HILFEN

Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung

Kompakt. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.

Bestellnummer: 16000124

Bestandsaufnahme Früher Hilfen. Dritte Teiluntersuchung. Kurzbefragung Jugendämter 2012

Kompakt. Elisabeth Gran, Ernst-Uwe Küster, Alexandra Sann, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000133

Datenschutz bei Frühen Hilfen

Praxiswissen Kompakt. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 5. bearb. Aufl., Köln 2013.

Bestellnummer: 16000112

Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen

Ute Lange, Christiane Liebold. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000134

Frühstart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen

Kompakt. Gertrud M. Ayerle. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000131

Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen: Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen

Hrsg.: Ilona Renner, Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.

Bestellnummer: 16000116

Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung

Eckpunktepapier. Hans Weiß. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013.

Bestellnummer: 16000125

Kinder im Kinderschutz. Zur Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Hilfeprozess – Eine explorative Studie.

Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 2, Expertise, Reinhart Wolff, Uwe Flick, Timo Ackermann, Kay Biesel, Felix Brandhorst, Stefan Heinitz, Mareike Patschke, Pierrine Robin. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013.

Bestellnummer: 16000136

Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Bestandsaufnahme. Teiluntersuchung I: Kooperationsformen

Materialien zu Frühen Hilfen 2. Alexandra Sann. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.

Bestellnummer: 16000115

Kompetenzprofil Familienhebammen

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000130

Kosten und Nutzen Früher Hilfen

Materialien zu Frühen Hilfen 4. Uta Meier-Gräwe, Inga Wagenknecht. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.

Bestellnummer: 16000122

Ombuds- und Beschwerdestellen in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.

Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 1, Expertise, Ulrike Urban-Stahl. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.

Bestellnummer: 16000121

Weiterbildungen im Bereich der Frühen Hilfen für Hebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich

Materialien zu Frühen Hilfen 6. Gertrud M. Ayerle, Kristin Czin Zoll, Johann Behrens.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Nur online unter www.fruehehilfen.de/bundesinitiative abrufbar

Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 4. Aufl., Köln 2011.

Bestellnummer: 16000130

Wirkungsevaluation »Keiner fällt durchs Netz«. Ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Kompakt. Ilona Renner. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000132

Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen

Materialien zu Frühen Hilfen 5. Elke Mattern, Gertrud M. Ayerle, Johann Behrens.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000129

Diese und weitere Publikationen des NZFH können Sie unter: www.fruehehilfen.de kostenlos herunterladen oder unter Angabe der Bestellnummer anfordern.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)

Direktorin: Prof. Dr. Elisabeth Pott
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

www.bzga.de

www.fruehehilfen.de

Forschungsverbund Deutsches Jugend-
institut e.V. (DJI) und TU Dortmund,
Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfe-
statistik AKJ^{STAT}

Leiter: Prof. Dr. Thomas Rauschenbach
Vogelpothsweg 78
44227 Dortmund

Verantwortlich für den Inhalt:

Sandra Fendrich, Jens Pothmann,
Alexandra Sann

Konzeption:

Sandra Fendrich, Jens Pothmann,
Alexandra Sann

Autorinnen und Autoren:

Matthias Albrecht, Susann Burchardt,
Gabriele Ellsäßer, Sandra Fendrich,
Heinz Kindler, Anne Katrin Künster,
Ernst-Uwe Küster, Ute Lange, Jens
Pothmann, Ilona Renner, Alexandra
Sann, Heidrun Thaiss, Gabriele Trost-
Brinkhues

Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Toben, Köln

Redaktion:

Sandra Fendrich, Jens Pothmann,
Gisela Hartmann-Kötting

Druck:

Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag
Karl-Schurz-Str. 26, 33100 Paderborn
Auflage: 1.5.09.13

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA
kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum
Weiterverkauf durch die Empfängerin
oder Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:

BZgA
51101 Köln
Fax: 0221-8992-257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000301

Bibliographische Informationen der
Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet
diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliographie; detaillierte biblio-
graphische Daten sind im Internet unter
<http://dnb.ddb.de> abrufbar

ISBN: 978-3-942816-43-4

