

# **Positionspapier**

## **Kindesmisshandlung und -vernachlässigung**

---

### **Bessere Früherkennung, Beratung und Behandlung**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>II. Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung</b>	<b>7</b>
Begriffe	7
Häufigkeiten	7
Schutz- und Risikofaktoren	8
<b>III. Früherkennung</b>	<b>10</b>
Elterliche Akzeptanz	10
Motivation durch Information	10
Verbindliches Einladungswesen	11
Screening durch Kinderärzte	11
Screening durch Öffentlichen Gesundheitsdienst	12
Psychosoziale und kognitive Entwicklung	14
Fehlende Evaluation	15
<b>IV. Frühwarnsysteme</b>	<b>16</b>
Die BMFSFJ-Initiative	16
Qualitätssicherung	17
<b>V. Zwischenbilanz: „Verbindliche Einladung“ und/oder „multiprofessionelle Netzwerke“</b>	<b>19</b>
<b>VI. Notwendige Ergänzung: Hilfe und Behandlung</b>	<b>20</b>
<b>Literatur</b>	<b>22</b>
<b>Anhang</b>	<b>23</b>
Tabelle 1: Verfahren und Instrumente zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und -risiken	23
Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention bei Risikoentwicklungen im Kindes- und Jugendalter	27
Tabelle 2: Aktivitäten/Programme auf Bundesebene	27
Tabelle 3: Aktivitäten/Programme auf Länderebene	30
Tabelle 4: Ausgewählte regionale/lokale Präventionsprojekte	33
Tabelle 5: Programme zur Primärprävention/Frühintervention	35

## I. Zusammenfassung

Kinder müssen besser vor Misshandlung und Vernachlässigung geschützt werden. Diesem Ziel dient eine Initiative des Bundesrates, mit der sich nun der Deutsche Bundestag befassen wird. Die BPTK unterstützt nachdrücklich die Ziele der Initiative.

Die Teilnahme an den vertragsärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) zu fördern, ist sinnvoll. Der Vorschlag, dies mit einem **verbindlichen Einladungswesen** und insbesondere einer Meldung an die Jugendhilfe zu verbinden, wenn Eltern eine Untersuchung nicht in Anspruch nehmen, ist jedoch ausgesprochen verwaltungsaufwändig und birgt die Gefahr falscher Befunde. Den Eltern bleibt ein erheblicher zeitlicher Spielraum, der es ihnen erlaubt, mit ihren Kindern dann zu erscheinen, wenn keine Symptome vorliegen. Gerade gefährdete Familien dürften diese Umgehungsstrategien nutzen. Andererseits kommen Familien in Verdacht, die möglicherweise nur den Kinderarzt oder die Krankenkasse gewechselt haben oder einfach ein schlechtes Terminmanagement haben. Die Nichtteilnahme an einer U1- bis U9-Untersuchung ist kein valider Indikator für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.

Die genaue Betrachtung der Tatbestände „Kindesmisshandlung“ und „Kindesvernachlässigung“ zeigt außerdem, dass diese überhaupt noch nicht Gegenstand der Früherkennungssysteme U1 – U9 nach § 26 SGB V sind. Die BPTK schließt sich daher der Forderung des Bundesrates an, die Früherkennungsuntersuchungen möglichst schnell weiterzuentwickeln. Als konkrete Verbesserung schlägt die BPTK vor, **Merkmale der psychosozialen und kognitiven Entwicklung** des Kindes systematisch zu erheben. Sie gehören ebenso zu einer gesunden Entwicklung wie eine angemessene körperliche und motorische Entwicklung. Psychosoziale **Screening-Instrumente** werden bisher jedoch nicht in den Früherkennungsuntersuchungen eingesetzt (z. B. für hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens).

Die Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen könnte schon dadurch erhöht werden, dass die **Zeitabstände verkürzt** werden. Die Teilnahmequote liegt von der U1 bis U6 (zehnter bis zwölfter Monat) noch bei über 90 Prozent, auch deshalb, weil

die Untersuchungen schnell aufeinander folgen. Erst ab der U7 nimmt die Beteiligung merklich ab, u. a. auch deshalb, weil die Eltern wegen der größeren Zeitintervalle die U-Untersuchungen vergessen.

Außerdem sind **zusätzliche Untersuchungen** erforderlich. Eine weitere Früherkennungsuntersuchung zum Ende des dritten Lebensjahres (**Beginn des Kindergartenalters**) könnte zu einer frühzeitigen Erkennung von Defiziten in der kognitiven und Sprachentwicklung sowie von Auffälligkeiten der sozial-emotionalen Entwicklung führen. Eine weitere Untersuchung zwischen dem siebten und achten Lebensjahr könnte wiederum Krisen in den **ersten Schuljahren** erfassen. Insbesondere bei den Untersuchungen von Risikokindern ist es sinnvoll, die differenzialdiagnostischen Qualifikationen von Psychotherapeuten zu nutzen.

Damit die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen erhöht werden können, ist neben einer Einladung für anstehende Untersuchungen auch eine **motivierende Information der Eltern** notwendig. Den Familien sollte aufgezeigt werden, dass ihnen Beratung und Hilfen angeboten werden, wenn ihre Kinder gefährdet oder krank sind. Es sollte insbesondere deutlich werden, wie hilfreich solche Angebote für andere Familien waren.

Es ist Aufgabe des **Öffentlichen Gesundheitsdienstes**, flächendeckende bevölkerungsbezogene Screenings durchzuführen. Aus Sicht der BPTK wäre ein zusätzliches Screening zu Beginn des Kindergartenalters (3. Lebensjahr) sowie in den ersten beiden Schuljahren (7. - 8. Lebensjahr) notwendig, um Krisen in diesen Belastungssituationen besser erkennen zu können. Auch hier wäre eine Weiterentwicklung und Standardisierung des Testinstrumentariums sinnvoll (Tabelle 1 gibt einen Überblick über bereits erprobte Instrumente). Verbesserte Screenings liefern auch eine verlässlichere Planungsgrundlage, um die Schwerpunkte in Jugendhilfe und Schulpolitik richtigen zu setzen.

**Soziale Frühwarnsysteme**, die im Rahmen einer Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend untersucht werden sollen, sind ein weiteres wichtiges Instrument zum besseren und rechtzeitigen Erkennen von Risikofällen. Grundidee ist eine **stärkere Vernetzung** der verschiedenen Beteiligten (Gynäkolo-

gen, Geburtskliniken, Hebammen, ÖGD, Jugendhilfe, Kinderärzte sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und eine höhere Verbindlichkeit beim Austausch von Informationen. Die BPTK unterstützt die eingehende Untersuchung solcher Frühwarnsysteme ausdrücklich (Tabelle 2 bis 5 geben einen strukturierten Überblick über Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention).

Für die Entwicklung und vor allem die Aufrechterhaltung solcher Netzwerke müssen **finanzielle und personelle Ressourcen** in der Jugendhilfe, im ÖGD und im Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden. Die Definition von Schnittstellen, strukturierte Kommunikations- und Entscheidungswege sowie abgestimmtes Handeln zwischen unterschiedlichen Professionen und Kostenträgern ist ein ambitioniertes Projekt, das sich vor allem im Versorgungsalltag beweisen muss.

Ein Frühwarnsystem reicht allein nicht aus. Wenn bei Kindermisshandlung, -vernachlässigung oder -verwahrlosung ein Alarm ausgelöst wird, müssen auch kurzfristig Hilfsangebote, z. B. bei der **Erziehungsberatung**, verfügbar sein – sonst geraten gefährdete Familien in Sackgassen. Gerade in der Familienberatung haben aber die **Länder** in den vergangenen Jahren **massive Einsparungen** vorgenommen und die finanziellen Ressourcen von Erziehungs- und Familienberatungsstellen erheblich gekürzt. Dabei nahmen Familien diese Beratungsstellen in den vergangenen Jahren immer häufiger in Anspruch: Von 2001 bis 2004 stieg die Zahl der Beratungen beispielsweise in NRW um von insgesamt etwa 97.500 auf knapp 110.000 Fälle und damit um rund 13 Prozent. Eine Reform des Gesundheitssystems allein reicht deshalb nicht aus. Länder und Kommunen sollten ihren Verpflichtungen im **Öffentlichen Gesundheitsdienst** und insbesondere in der **Jugendhilfe** nachkommen und sich wieder stärker engagieren.

Umgekehrt sollten im Gesundheitssystem die erforderlichen Behandlungen sichergestellt sein. Dazu ist der **dramatischen Unterversorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen** entgegenzuwirken. Jedes zwanzigste Kind in Deutschland braucht eine psychotherapeutische Behandlung. Ein dünnes Netz niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führt jedoch in ganz Deutschland und insbesondere in ländlichen Gebieten und in Ostdeutschland zu langen Wartelisten und z. T. zu langen Anfahrtswegen. Gerade in der Entwicklung von Kindern, sind

Wartezeiten von mehreren Monaten inakzeptabel – da sonst aus Entwicklungsrisiken Risikoentwicklungen werden.

## II. Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung

### Begriffe

Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention haben Kinder ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung ist ein Umfeld, das die für eine angemessene körperliche und geistige Entwicklung erforderlichen Lebensbedingungen schafft. Neben der Sicherung der existenziellen Grundbedürfnisse gehören dazu auch der Schutz vor Gefahren für Leib und Leben, eine positive sozio-emotionale Bindung zu einer Bezugsperson und Lernanreize und Unterstützung für die motorische, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung.

Für die Schaffung dieser Entwicklungsbedingungen sind in der Regel die Eltern verantwortlich. Sind Eltern dazu nicht bereit oder nicht fähig, spricht man von **Kindesvernachlässigung** (physisch oder emotional).

**Kindesmisshandlung** bezeichnet dagegen gewaltsame physische oder psychische Beeinträchtigungen von Kindern in Form von aktiven Handlungen, z.B. Schlagen, Schütteln, sexuellem Missbrauch, verbalen Beschimpfungen oder Entwertungen.

### Häufigkeiten

Die Zahl der gemeldeten Fälle von Kindesmisshandlung ist in Deutschland seit 1996 um rund 50 Prozent gestiegen. Im Jahr 1996 registrierte das Bundeskriminalamt 1.971 Fälle von Misshandlungen von Kindern bis 14 Jahren. 2004 sind 2.916 Fälle angezeigt worden (Bundeskriminalamt, 2004). Dagegen stagniert die Anzahl der erfassten Vernachlässigungen von Kindern. Mit 1.170 gemeldeten Fällen 2004 lag sie fast ebenso hoch wie 1996, als 1.193 Fälle registriert wurden. Fälle von Verwahrlosung werden in der amtlichen Kriminalitätsstatistik nicht gesondert gezählt. Sie machen allerdings den größten Anteil bei Vernachlässigung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht aus.

Tatsächlich wird der überwiegende Teil der Fälle überhaupt nicht entdeckt. Nach Schätzungen des UN-Kinderhilfswerks UNICEF leben in Deutschland ca. 200.000 Kinder in verwaorlostem Zustand oder müssen täglich Misshandlungen ertragen.

## **Schutz- und Risikofaktoren**

Die Auswirkungen, die Kindesmisshandlung und -vernachlässigung auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben, hängen von Anzahl und Schwere der Belastungsfaktoren sowie der Präsenz von Risiko- und Schutzfaktoren ab (s. zusammenfassend Egle & Cierpka, 2006).

Schutzfaktoren sind u. a.:

- ein sicheres Bindungsverhalten,
- eine überdurchschnittliche Intelligenz,
- ein robustes und kontaktfreudiges Temperament.

Zu den Risikofaktoren, die einen langzeitigen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern haben, gehören:

- ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern,
- eine niedrige Schulbildung der Eltern,
- ein unsicheres Bindungsverhalten,
- psychische Störungen der Mutter bzw. des Vaters.

Langzeitfolgen kumulierender Belastungen können sein:

- eine erhöhte Verletzbarkeit bei psychischen und psychosozialen Belastungen,
- emotionale und sozial-kognitive Beeinträchtigungen (Aggressivität, Delinquenz),
- Defizite in der Selbstregulation,
- Ein erhöhtes Risikoverhalten (z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch) und
- chronische körperliche und psychische Beschwerden.

Für Deutschland konnten diese Effekte im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie, einer prospektiven Längsschnittstudie, nachgewiesen werden (Laucht &

Schmidt, 2004). Darin wurde auch deutlich, dass die individuellen Reaktionen auf frühe Belastungen sehr unterschiedlich sind.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung zu signifikanten Beeinträchtigungen der Entwicklung von Kindern führen. Ziel muss daher sein, im Sinne von Primärprävention das Auftreten (gesundheitsbezogener) Folgen zu vermeiden bzw. als Sekundärprävention Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung frühzeitig zu erkennen, um mit geeigneten Maßnahmen zu reagieren und damit die Ausbildung von Langzeitschäden zu verhindern.

An diesen Stellen setzen sowohl die EntschlieÙung des Bundesrates für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen als auch das Konzept der „sozialen Frühwarnsysteme“ des BMFSFJ an. Beide Zielsetzungen werden von der Bundespsychotherapeutenkammer grundsätzlich unterstützt. Ob und unter welchen Bedingungen die vorgeschlagenen Maßnahmen (verbindliche Früherkennungsuntersuchungen bzw. soziale Frühwarnsysteme) Erfolg versprechen, soll im Folgenden diskutiert werden.

### **III. Früherkennung**

#### **Elterliche Akzeptanz**

Mit den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1- bis U9-Untersuchungen nach § 26 SGB V) sollen körperliche, psychische oder geistige Fehlentwicklungen rechtzeitig erkannt werden, so dass man ihnen vorbeugen oder sie ggf. frühzeitig therapieren kann.

Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden von den Eltern gut angenommen. Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung für das Jahr 1997 zeigen, dass sie bis zur U6 von über 90 Prozent der Berechtigten in Anspruch genommen werden. Danach fällt die Akzeptanz bis zur U9 auf knapp 75 Prozent. Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, Familien mit Migrationshintergrund sowie kinderreiche Familien beteiligen sich unterdurchschnittlich (Delekat & Kis, 2001; Klocke, 2001).

Der Bundesrat fordert deshalb, die Akzeptanz und Effektivität von Früherkennungsuntersuchungen durch eine verbesserte Information der Eltern sowie die Einführung eines verbindlichen Einladungswesens, das alle Kinder im Alter von einem halben bis fünfeinhalb Jahren erfasst, zu erhöhen.

#### **Motivation durch Information**

Den Vorschlag einer verbesserten Information über die Früherkennungsuntersuchungen (z. B. über Öffentlichkeitsarbeit, mehrsprachige Informationen usw.) unterstützt die BPTK ausdrücklich. Wirksam sind Kampagnen, denen es gelingt, über den konkreten Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen zu informieren (Delekat & Kis, 2001). Eine Maßnahme ist z. B. die Initiative „Ich geh’ zur U! Und Du?“ der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit der durch Informationskampagnen und Pressearbeit insbesondere eine höhere Beteiligung von Kindern aus sozial schwachen Elternhäusern sowie von Migranten erzielt werden soll. Die BZgA berichtet, dass die Inanspruchnahme bei der U8 und U9 um 16 % gesteigert worden ist (IFUMA, 2004).

Es liegen keine Daten dazu vor, dass die geringere Inanspruchnahme ab der U7 auf eine abnehmende Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen zurückzuführen ist. Eventuell hängt der auffällig starke Abfall der Inanspruchnahmerate von der U7 zur U8 mit dem größeren zeitlichen Intervall von zwei Jahren zwischen den Untersuchungen zusammen. Eine individuelle Benachrichtigung der Eltern könnte insbesondere in diesen Altersgruppen u. U. die Teilnahmequoten erhöhen.

### **Verbindliches Einladungswesen**

Der Bundesrat empfiehlt die Einrichtung eines „verbindlichen Einladungswesens“. Ziel ist es, grundsätzlich alle Eltern über die Früherkennungsuntersuchungen U6 – U10/J1 zu informieren und dazu einzuladen. Gleichzeitig sollen von den Kostenträgern Informationen über die Nichtinanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen an geeignete Stellen in den Ländern übermittelt werden, damit helfende Interventionen möglich sind. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung zu prüfen, inwieweit Kinder, die privat krankenversichert sind, in dieses verbindliche Einladungs- und Meldewesen einbezogen werden können. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Rechtsgrundlagen für Rahmenvereinbarungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den in den Ländern für die Durchführung des Meldewesens zuständigen Stellen zu schaffen, damit es zunächst zu einem verbindlichen Einladungswesen, dann aber in einem zweiten Schritt auch zur Rückmeldung bei Nichtinanspruchnahme kommen kann.

### **Screening durch Kinderärzte**

Die Einführung eines „verbindlichen Einladewesens“ entspricht einem bevölkerungsbezogenen Screeningkonzept. Ein solcher Ansatz ist zwangsläufig verwaltungsaufwändig. Kassendaten reichen nicht aus, um alle Eltern zu erfassen, die die Untersuchungen nicht nutzen. Da Versicherte ihre Krankenkasse und ihren Vertragsarzt wechseln können, ist ein Rückgriff auf die Melderegisterdaten notwendig, um tatsächlich eine Nicht-Inanspruchnahme zuverlässig verzeichnen zu können. Eine eigene neue Verwaltung wäre erforderlich, in der die Melderegisterdaten und die Daten der Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zusammenlaufen. Die Verwendung von

Melderegisterdaten für diesen Zweck ist außerdem datenschutzrechtlich problematisch.

Ein Vergleichsmodell ist das Brustkrebs-Screening. Dabei ist es beim Brustkrebs-Screening noch eine erhebliche Erleichterung, dass die Frauen in definierte, zertifizierte Brustkrebszentren zu einem festen Termin eingeladen werden. Nehmen sie die Einladung zum Screening nicht an, kann ein Screening-Zentrum dies der zentralen Landesstelle melden und es erfolgt eine weitere Einladung.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder wird es jedoch so sein, dass die Eltern den Kinderarzt ihres Vertrauens wählen. Außerdem können sie die Krankenkasse wechseln. Schließlich steht Eltern ein erheblicher Zeitraum zur Verfügung, in dem sie Untersuchungen in Anspruch nehmen können. Werden dennoch aufgrund des Abgleichs zwischen Krankenkassen/KV-Daten und Melderegisterdaten Eltern entdeckt, die mit ihren Kindern nicht zur Früherkennungsuntersuchung gegangen sind, so liegen keine weiteren Informationen vor, die es erlauben, diese Meldung richtig zu interpretieren. Weitere Informationen, z. B. Erkenntnisse aus vorigen Früherkennungsuntersuchungen, können aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht übermittelt werden. Ein Grund für die fehlende Teilnahme könnte auch ein schlechtes Terminmanagement der Familie sein. Es ist also zu befürchten, dass durch dieses aufwändige Verfahren ein großer Anteil von falsch-positiven Meldungen an die Jugendhilfe erfolgen wird. Möglich ist zudem, dass gefährdete Familien durch zeitlich-taktisches Verhalten dafür sorgen, dass ihre Kinder symptomfrei zur vertagsärztlichen Untersuchung erscheinen. Die Nichtteilnahme an einer U1-U9-Untersuchung ist kein valider Indikator für Kindesmisshandlung und –vernachlässigung.

Der Aufbau eines verbindlichen Einladungswesens erfordert erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen. Da der Nutzen jedoch mehr als fraglich ist, ist zunächst zu prüfen, ob andere Instrumente besser geeignet sind.

### **Screening durch Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Bevölkerungsbezogenes Screening ist ein traditionelles Instrument des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bereits etablierte Maßnahmen, wie z. B. die Schuleingangsun-

tersuchungen, könnten systematischer ausgebaut bzw. dort wieder „neu entdeckt“ werden, wo man sie – auch aus Kostengründen – bereits abgeschafft hat. Neben bereits etablierten Untersuchungen wären auch neue Testverfahren, z. B. bei jüngeren Kindern in der Kindergarten- oder Hortbetreuung, denkbar.

Da sich die Folgen psychosozialer Belastungen, z. B. durch Misshandlung und Vernachlässigung, gerade bei einem kumulativen Auftreten von Risikofaktoren zeigen, sollten solche Screenings zu einem Zeitpunkt stattfinden, an dem entwicklungsbedingte Belastungen gehäuft auftreten. Dazu zählt beispielsweise der Beginn der Kindergarten- bzw. Hortbetreuung. In dieser Situation könnten frühzeitig Defizite in der kognitiven und Sprachentwicklung sowie Auffälligkeiten der sozial-emotionalen Entwicklung erkannt werden. Gleiches gilt für die ersten Schuljahre, die für Kinder erhebliche Belastungen bedeuten können.

Die BPTK hält daher zusätzliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst am Ende des dritten Lebensjahres und zwischen dem siebten und achten Lebensjahr für notwendig, um Krisen im Kindergarten bzw. in den ersten Schuljahren rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Mit der Beauftragung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes würden auch datenschutzrechtliche Probleme oder Rollenkonflikte, die mit obligatorischen Screenings durch niedergelassene Ärzte verbunden sind, entfallen. Solche Rollenkonflikte könnten auftreten, wenn der Kinderarzt durch eine Meldepflicht das teilweise jahrelange Vertrauensverhältnis zu Kind und Eltern bedroht sieht. Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst „vor Ort“, beispielsweise im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen oder als systematisches Screeningverfahren in Kindergärten oder Kindertagesstätten durchgeführt, sind zudem akzeptierte, niederschwellige Maßnahmen und daher gerade für Risikofamilien geeignet (Beispiele in Tabelle 1 im Anhang).

## Psychosoziale und kognitive Entwicklung

Ziel der Entschließung des Bundesrates ist es, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung durch Früherkennungsuntersuchungen rechtzeitig zu erkennen. Dazu ist es jedoch notwendig, den aktuellen Katalog der Früherkennungsuntersuchungen zu überarbeiten. Bisher enthält dieser Katalog keine spezifischen Untersuchungen, mit denen Misshandlung und Vernachlässigung erkannt werden können. Die Aufnahme solcher Untersuchungsmerkmale ist von der BPTK bereits im Rahmen der laufenden Überarbeitung der Kinderrichtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingebracht worden.

Die BPTK fordert, systematisch den psychosozialen und kognitiven Entwicklungsstand eines Kindes zu untersuchen. Verfügbare Screening-Instrumente für hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens werden bisher nicht eingesetzt (vgl. Tabelle 1: „Verfahren und Instrumente zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und -risiken“ im Anhang). Gerade wenn es um die Erkennung von Misshandlung und Vernachlässigung geht, ist aber eine systematische Erhebung der psychosozialen und kognitiven Entwicklung unabdingbar, beispielsweise mit einer EVU, der erweiterten Vorsorgeuntersuchung (Melchers et al., 2003). Mangelnde emotionale Zuwendung, fehlender Kontakt und unzureichende Lern- und Entwicklungsanreize sind gravierende Belastungsfaktoren, die zu Entwicklungsverzögerungen oder -defiziten führen können. Für eine differenzial-diagnostische Untersuchung von Risikokindern ist eine spezifische psychotherapeutische Kompetenz erforderlich. Außerdem reicht für eine solche Diagnostik die Zeit einer U-Untersuchung nicht aus. Eine Kooperation zwischen Kinderärzten und Psychotherapeuten in ambulanter Praxis oder Ambulanzen mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist notwendig. Darüber hinaus ist auch eine Zusammenarbeit mit den in der Jugendhilfe tätigen Psychotherapeuten wünschenswert.

Die Weiterentwicklung der Frühförderung ist so zu gestalten, dass möglichst Stigmatisierungen aufgrund falsch positiver Diagnosen vermieden werden. Liegen aber eindeutige Belege dafür vor, dass Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung vorliegen, ist in erster Linie die Jugendhilfe gefordert. Eine Beurteilung der elterlichen Er-

ziehungskompetenz und Fürsorge fällt nicht in den Aufgabenbereich des Gesundheitssystems. Anstatt mit niedergelassenen Ärzten weitere Akteure mit staatlichen Wächteraufgaben zu betrauen, sollte hier nach Einschätzung der BPtK das etablierte System der Jugendhilfe mit seinen spezifischen multiprofessionellen Kompetenzen genutzt und weiter ausgebaut werden.

### **Fehlende Evaluation**

Die BPtK kritisiert, dass es bisher keine ausreichende wissenschaftliche Fundierung der Früherkennungsuntersuchung gibt. Bis heute existieren keine systematischen Evaluationen der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen. Valide Daten zur Wirksamkeit der Screenings im Rahmen der U1 - U9 (mit Ausnahme einzelner Bestandteile) liegen nicht vor. Damit bleibt unklar, ob und wie zuverlässig die bisherigen Testverfahren überhaupt die 37 Krankheiten bzw. Syndrome, auf die sich die U1 bis U9 beziehen, erkennen und wie oft daraufhin welche Behandlung mit welchem Erfolg eingeleitet wird.

Da die bisherigen Untersuchungen einen geringen Operationalisierungs- und Standardisierungsgrad aufweisen, ist zu erwarten, dass in der vertragsärztlichen Praxis eine hohe Varianz in den Untersuchungen und Untersuchungsergebnissen besteht, mit den entsprechenden Implikationen hinsichtlich der Wirksamkeit der Screenings. Die BPtK fordert daher, eine Überarbeitung der Kinderrichtlinien mit begleitenden Evaluationen zu verbinden, um auf der Basis von verlässlichen Daten die Wirksamkeit verschiedener Screening-Verfahren und ihrer Optimierungspotentiale zu erhalten.

## IV. Frühwarnsysteme

### Die BMFSFJ-Initiative

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) startete in dieser Legislaturperiode die Initiative "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme". Der Fokus liegt bei Kindern aus besonders belasteten Familien. Laufende regionale Modelle, aber auch neue Ansätze sollen daraufhin evaluiert werden, ob sie geeignet sind, Kindesmisshandlung und –vernachlässigung frühzeitig zu erfassen und zu verhindern. Bisherige strukturelle Versorgungslücken sollen dadurch geschlossen werden. Bereits während der Schwangerschaft sowie vor und nach der Geburt sollen durch eine bessere Vernetzung von Gesundheitssystem und Jugendhilfe Risiken erkannt und rechtzeitig Hilfen eingeleitet werden. Ergebnis soll ein bundesweites Frühwarnsystem aus Hebammen, Kliniken, Ärzten und Jugendhilfe sein, das gefährdete Kinder schützen und fördern kann. Aktivitäten in den Ländern sollen vom Bund koordiniert, begleitet und ausgewertet werden. Für dieses Programm sieht der Koalitionsvertrag für die nächsten fünf Jahre zehn Millionen Euro vor.

Die BPTK sieht in sozialen Frühwarnsystemen einen möglichen Ansatz, gerade Hochrisikofamilien frühzeitig Hilfen anzubieten und damit zu verhindern, dass Entwicklungsrisiken zu Risikoentwicklungen werden. Soziale Frühwarnsysteme sind eine notwendige Ergänzung der Früherkennungsuntersuchungen durch Vertragsärzte und bevölkerungsbezogene Screenings durch den ÖGD.

Das von BMFSFJ vorgesehene Finanzvolumen und die fehlende Kompetenz des Bundes in Fragen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Jugendhilfe lassen allerdings befürchten, dass die anspruchsvollen Aufgaben, insbesondere der daraus resultierende Hilfebedarf, eher symbolisch behandelt werden.

Aus Sicht der BPTK sind folgende Punkte unverzichtbar, um ein Frühwarnsystem erfolgreich zu realisieren:

- Qualitätssicherung, z. B. durch ausreichende Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen,
- Ressourcen, um eine Vernetzung zwischen Gesundheitssystem, ÖGD und Jugendhilfe strukturieren, aufbauen und pflegen zu können.

Diese Aspekte sollen im Folgenden ausführlicher erläutert werden. Im Anhang wird ein Überblick über verschiedene Maßnahmen und Modellprojekte auf Bundes- und Landes- und kommunaler Ebene gegeben, der zeigt, dass bereits auf einen breiten Fundus an Erfahrungen mit unterschiedlichen Ansätzen zurückgegriffen werden kann.

### **Qualitätssicherung**

Die Etablierung sozialer Frühwarnsysteme kann mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sein. Aufgrund diffuser Verantwortungszuschreibungen und unklarer Kompetenzen kann es dazu kommen, dass Informationen innerhalb des Netzwerkes verloren gehen und damit eventuell sogar „offensichtliche“ Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung „keinen Alarm“ im Netzwerk auslösen. Umgekehrt kann „falscher Alarm“ nicht akzeptable Belastungen bei vermeintlich erfassten Familien bewirken. Werden Kinder irrtümlicherweise als Risiko-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungsfälle eingeordnet, so können daraus resultierende, krisenhafte familiäre Situationen und Stigmatisierung tatsächlich zu einer Gefährdung der Kinder führen. Das Frühwarnsystem würde gerade das verursachen, was es vermeiden soll.

Zur Qualitätssicherung eines sozialen Frühwarnsystems gehört deshalb unverzichtbar eine hohe professionelle Qualifikation der einzelnen Akteure. Wenn Hebammen und Familienhelfer zu Schlüsselfiguren werden, um eine „Geh-Struktur“ zu ermöglichen, muss sichergestellt werden, dass sie Problemlagen zuverlässig einschätzen können und in angemessener Weise weitere Maßnahmen einleiten. Grundsätzlich darf „Früh“ bei Frühwarnsystemen nicht bedeuten, dass niederschwellige Maßnahmen durch niedrig Qualifizierte ausgeführt werden. Die BPTK fordert deshalb:

- hohe Qualifikationsanforderungen an die Schlüsselfiguren eines „Frühwarnsystems“, die den Kontakt zu den Familien halten,

- klare Definitionen der Aufgaben, der professionellen Schnittstellen und eindeutig strukturierte Kommunikations- und Entscheidungswege und
- Sicherstellung einer rechtzeitigen Übergabe an andere qualifizierte Professionen.

## **V. Zwischenbilanz: „Verbindliche Einladung“ und/oder „multiprofessionelle Netzwerke“**

Ein erfolgreiches Frühwarnsystem erfordert zunächst Investitionen in den Aufbau vernetzter Systeme für Früherkennung und Hilfe. Nur in einem multiprofessionellen Netzwerk, das kostenträgerübergreifend arbeitet, könnte ein „verbindliches Einladungswesen“ für Früherkennungsuntersuchungen ein Baustein sein, der aufgrund seines geringen Informationsgehaltes und seiner Strategiefälligkeit allerdings nur bedingt wirksam ist. Unverzichtbar sind dagegen soziale Frühwarnsysteme, die durch die Vernetzung unterschiedlicher Professionen und Institutionen entstehen.

Strukturierte Kommunikations- und Entscheidungswege zwischen Gesundheits- und Jugendhilfesystem, die es erlauben, in einer gemeinsamen Aktion besonders belastete Familien zu erkennen und frühzeitig Hilfe anzubieten, sind der komplexere Ansatz, der den heterogenen Einzelfällen angemessener ist.

Geht es bei knappen Kassen alternativ um den Einsatz von Ressourcen für den Aufbau eines verbindlichen Einladungswesens oder um die Etablierung multiprofessioneller, kostenträgerübergreifender Netzwerke, sollte nach Ansicht der BPTK in Letzteres investiert werden. Die Information darüber, dass ein Kind innerhalb eines definierten Zeitkorridors nicht an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hat, ist für sich genommen wenig aussagekräftig. Rückmeldungen darüber, zu welchem Ergebnis die Früherkennungsuntersuchungen geführt haben, werden im Kontext der Entschließung des Bundesrates nicht erwogen, sie wären unter datenschutzrechtlichen Aspekten kaum umsetzbar.

## VI. Notwendige Ergänzung: Hilfe und Behandlung

Soziale Frühwarnsysteme führen zu konkretem Handlungsbedarf. Eine gefährdete Familie braucht Hilfe und Behandlung. Wenn in einem Frühwarnsystem eine Risikoentwicklung beobachtet wird, werden personelle Ressourcen und finanzielle Mittel benötigt, um die nötigen Maßnahmen einzuleiten. Erfolge von Frühwarnsystemen wie dem Family-Partnership-Program (s. zusammenfassend Olds & Korfmacher, 1998) in den USA oder Kanada, das eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz vorweisen kann, sind gerade darauf zurückzuführen, dass frühzeitig zielgruppenorientierte Hilfen zur Erziehung, zur Selbstwirksamkeitsförderung und zur beruflichen Eingliederung angeboten werden.

Betrachtet man allerdings die Entwicklung der Beratungs- und Unterstützungsangebote der Jugendhilfe und der Präventions- und Interventionsmaßnahmen des ÖGD, ist festzustellen, dass die finanziellen Zuwendungen an diese Träger in allen Bundesländern in den vergangenen Jahren massiv gekürzt wurden. In der vergangenen Legislaturperiode gab es im Rahmen des KEG-Gesetzesentwurfs sogar den Vorschlag, Erziehungsberatung zuzahlungspflichtig zu machen. Ohne ein Umsteuern der Länder und Kommunen bleiben die BMFSFJ- und die Bundesratsinitiative Notrufsysteme ohne Ambulanz.

Zu den vielfältigen Maßnahmen, die für Risikofamilien relevant sein können (Überblick im Anhang) gehört neben Erziehungshilfen und spezifischen Trainings für Kinder von Risikomüttern und -vätern auch die diagnostische Abklärung von psychischen Störungen und ggf. ihre zeitnahe Behandlung. Dazu bedarf es psychotherapeutischer Differentialdiagnostik und Kompetenz in der Jugendhilfe.

Viele Risikoeltern leiden selbst unter den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung in ihrer eigenen Kindheit oder sind aufgrund ihrer sozialen Situation akut belastet. Auch Eltern brauchen u. U. parallel zu anderen Hilfsangeboten eine psychotherapeutische Behandlung.

Die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher muss auch im Gesundheitssystem geleistet werden. Im Gesundheitssystem herrscht allerdings eine eklatante Unterversorgung.

Etwa jedes zwanzigste Kind ist psychisch krank und behandlungsbedürftig. Etwa zwanzig Prozent der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern erreicht jedoch im bundesweiten Durchschnitt nur einen Anteil von 12,2 Prozent.

Aufgrund des zu geringen Angebotes an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kommt es insbesondere in ländlichen Gebieten und in Ostdeutschland zu langen Wartelisten und Anfahrtswegen, aber auch in anderen Regionen kann nur ein Teil der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen zeitnah behandelt werden. Gerade wenn es um die Entwicklung von Kindern geht, sind Wartezeiten von mehreren Monaten nicht hinnehmbar, denn dadurch werden Entwicklungsunterschiede und -verzögerungen vergrößert und Probleme massiv verstärkt.

## Literatur

- Delekat, D. & Kis, A. (2001). Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001 - 1. *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin*. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen.
- Egle, U.T. & Cierpka, M. (2006). Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 370 – 400). Göttingen: Hogrefe.
- IFUMA – Institut fürMarktforschung (2004). Evaluation der Aktion „Ich geh zur U – Und Du?“ der BZgA zur Förderung der Früherkennungsuntersuchungen U8/U9. Köln: Unveröffentlichter Evaluationsbericht.
- Klocke, A. (2001). *Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Laucht M, Schmidt MH, Esser G (2004) Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten des späteren Kindesalters? In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (S. 339-356). Bern: Huber.
- Melchers, P., Floß, S., Brandt, I., Eßer, K.J., Lehmkuhl, G., Rauh, H. & Sticker, E.J. (2003). *EVU – Erweiterte Vorsorgeuntersuchung*. Göttingen: Hogrefe.
- Olds, D. & Korfmacher, J. Findings from a program of research on prenatal and early childhood home visitation: Special issue introduction. *Journal of Community Psychology*, 1998, 26,1-3.

## Anhang

**Tabelle 1: Verfahren und Instrumente zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und -risiken**

Instrument	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Inhalte	Einsatz	Praktikabilität	Entw.stand/ Kennwerte
<b>EVU Erweiterte Vorsorgeuntersuchung</b>	Melchers et al. 2003  Einsatzregion: z. B. Düren/ Gummersbach	primär sekundär	universell	Screening	Kinder im „U4- /U9-Alter“	Ergänzende entwicklungsneurologische/-psychologische Diagnostikmaßnahmen für U4-U9 zu: Motorik, Sprache, Kognition, Verhalten	Im Rahmen der üblichen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen	Durchführungsdauer: 10-20 min	standardisiert normiert
<b>U8-/U9- Erziehungsbeobachtungsbogen</b>	Kreisgesundheitsamt Recklinghausen  Einsatzregion: Recklinghausen	sekundär	universell	Strukturierter Beobachtungsbogen	Kinder im Kindergartenalter („U8-/U9-Alter“)	Ergänzung der U8- und U9 mit Inhalten zu Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten	Durch Erzieherinnen in KiTas: der ausgefüllte Bogen wird den Eltern zur Vorlage bei den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen mitgegeben.	Aktuell keine Angaben vorliegend.	Aktuell keine Angaben vorliegend.
<b>BVKJ-Gesundheits-Checkheft</b>	BVKJ (Stand: 02/2005)	primär sekundär	universell	Checkheft	Kinder ab dem U7-Alter	Ergänzung der U-Untersuchungen um 4 zusätzliche Untersuchungen zur Schließung von Lücken und zur Vorbeugung von Sprach-, Gewichts- oder Lernproblemen, Störungen der Sozialisation und gesundheitlichen Gefahren eines inadäquaten Medienkonsums (U7a, U10, U11, J2)	Als Ergänzung im Rahmen der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (für privat Versicherte bzw. im Rahmen von Bonusprogrammen auch für gesetzlich Versicherte)	Aktuell keine Angaben vorliegend.	Basierend auf Expertenvorschlägen der DAKJ

Instrument	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Inhalte	Einsatz	Praktikabilität	Entw.stand/ Kennwerte
<b>GES</b> Gelsenkirchener Entwicklungs- begleiter	Beyer et al. (2004)  Einsatzregion: Gelsenkirchen	primär sekundär	universell	Screening	3-6-Jährige	Entwicklungsdiagnostik zur Identifizierung von Risiko- kindern zu: Sprache, Kognition, soziale Kompetenz, Motorik	Einsatz z. B. in KiTas durch Erzieherinnen – bei Auffälligkeiten soll an EBs, Kinderärzte o. Frühförderstellen weitergeleitet werden	Wenig Aufwand	Positive Erfahrungen aus der Praxis
<b>Stuttgarter Kinderschutzbogen</b>	Reich, W. Bisherige Laufzeit: > 3 Jahre	primär sekundär	selektiv	Einsatz eines Diagnoseinstrument zur Früherkennung von Kindeswohl- gefährdungen	0-14 Jährige deren Familien in Kontakt mit dem Jugend- amt kommen	Als ein Risikofaktor für Kindeswohlgefährdung wird die Gewalt zwischen den Eltern der Familie erhoben.  Der Bogen enthält berufs- gruppenübergreifende Handlungsanweisungen zur:  Bewertung einzelner Berei- che anhand von familiären Risiko- und Schutzfaktoren:  o Familienkonstellation o Kindliches Erscheinungsbild (körperlich, psychisch, kognitiv, so- zial) o Eltern-Kind-Interaktionen Kindl. Grundversorgung/Kindesschutz	Einsatz im Jugendamt	In der Dia- gnostik von Gefähr- dungssituati- onen bietet das Verfah- ren fachliche Orientierung und eine Erleichterung der Kommuni- kation mit Familie und Professionel- len.	standardi- siert evaluiert
<b>Psychosozialer Risiko-Index</b>	Esser et al. (1994)	primär	universell	Index	Kinder aller Altersstufen	Psychosoziale Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung	Setting unab- hängige Beurtei- lung der psy- chosozialen Risikobelastung von Kindern (von „keine“ bis „schwere“ Risi- kobelastung)	Aktuell keine Angaben vorliegend	Vgl. Mann- heimer Risikokinder- studie Esser et al. 1994

Instrument	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Inhalte	Einsatz	Praktikabilität	Entw.stand/ Kennwerte
<b>EEE U6-U9</b> Elternfragebögen zur ergänzenden Entwicklungsbeurteilung bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9	Petermann, F. & Macha, T.  In Anwendung seit 2003	sekundär	universell	Screening	Kinder im U6-U9-Alter	Einschätzung von Entwicklungsauffälligkeiten aus der Alltagserfahrung heraus zu 2 Bereichen: Lebenspraktische Fertigkeiten Sozial-emotionaler Bereich	Zu U6-U9 plus im Zeitraum zw. U7 und U8 mit 36 Lm.	Kann vom Elternteil im Anschluss an die ärztliche Untersuchung im Wartezimmer ausgefüllt werden (Dauer: wenige Min.) Auswertung v. Fachpersonal (Dauer: < 2 Min.)	Strukturiertes Verfahren Normiert
<b>ELFRA</b> Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern für eine kog. u./o. sprachl. Entwicklungsstörung im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U6 und U7	H. Grimm & Doil, H. (seit 2006 in Anwendung)	sekundär	universell	Screening-Fragebogen	Kinder im U6/U7-Alter	Früherkennung von Risikokindern für eine kognitive u./o. sprachliche Entwicklungsstörung	Zur Durchführung im Rahmen kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen	10 Minuten	Standardisiert normiert Seit 2006 in Anwendung
<b>GES-EKB</b> (engl.: PIR-GAS) Globale Einschätzungs-Skala der Eltern-Kind-Beziehung	DC: 0-3 (Hrsg. ZTT, 1994, 2005) Diagnostische Klassifikation: 0-3 (Dt. Übersetzung, 1999)	sekundär	universell	Beurteilungsskala	Säuglinge/ Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Eltern	Beurteilung der vorliegenden Qualität der Kleinkind-Eltern-Beziehung (von „gut adaptiert“ über „dysfunktional“ bis „extrem beeinträchtigt“)	Im Rahmen diagnostischer Untersuchungen zur seelischen Gesundheit und entwicklungsbedingten Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern	Erfordert Fachkompetenz in Entwicklungspsychologie und -pathologie, Eigenständigkeit und Gelegenheit zur Beobachtung und/oder strukturierten Befragung der Eltern	In der Fassung von 1994: nicht evaluiert, basierend auf Expertenkonsens, Fallstudien/deskriptiven und klinischen Daten Revidierte Fassung von 2005: basiert auf weltweiter empirischer Forschung und klinischer Praxis

Instrument	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Inhalte	Einsatz	Praktikabilität	Entw.stand/ Kennwerte
<b>DESK 3-6</b> Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten	H. Tröster, J. Flender & D. Reineke (in Anwendung seit 2004)	sekundär	universell	Screening	Kinder im Alter von 3-6 Jahren	Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen: Motorik, Sprache, Kognition, Soziale Entwicklung	Durch Erzieherinnen im Kindergarten	Für die Beobachtung: 20min plus Spielsequenzdauer (für alle Kinder einer KiTa-Gruppe: 3-4 Wochen)	Normiert Validiert

## Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention bei Risikoentwicklungen im Kindes- und Jugendalter

**Tabelle 2: Aktivitäten/Programme auf Bundesebene**

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Bund								
	BMFSFJ	Frühwarnsystem gegen Kindesmisshandlungen „Frühe Förderung für gefährdete Kinder – Prävention durch Frühförderung“ <a href="http://www.bmfsfj.de/Kategorien/aktuelles,did=65480.html">www.bmfsfj.de/Kategorien/aktuelles,did=65480.html</a>	primär sekundär	universell selektiv	benachteiligte Kinder (sozial, gesundheitlich)	Aufbau eines bundesweiten Hilfsnetz aus Hebammen, Kliniken, Ärzten und Jugendhilfe, um benachteiligte Kinder zu schützen und zu fördern  Entwicklung neuer „Gehstrukturen“ und „Verzahnung gesundheitsbezogener Leistungen und Jugendhilfeleistungen“	Aktivitäten in den Ländern sollen vom Bund koordiniert, begleitet und ausgewertet werden.  Es werden 10 Mio. Euro für die nächsten 5 Jahre in Programme zum Ausbau sozialer Frühwarnsysteme investiert.  Im Rahmen der üblichen Routineuntersuchungen mit Geburtshelfern, Hebammen, Geburtskliniken und Familienhelfern soll ein Frühwarnsystem entwickelt werden.  Mitte des Jahres 2006 soll mit Modellprojekten im norddeutschen Raum begonnen werden.	Beginnend (Stand: 02.01.2006)
	BMFSFJ	Sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung für und mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen „Soziale Stadt für Kinder und Familien“	primär	selektiv	Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen (Armut, Arbeitslosigkeit, Gewalt u. ä.)	Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C)  Recherche und Publikation von sozialwissenschaftlichem Know-how  Förderung von Vernetzung auf Bundesebene	Mit einer Vielzahl an Aktivitäten soll der gesundheitlichen Chancenungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen entgegengewirkt werden (vgl. Soziale Stadt-Schwerpunkt: Soziale Stadt für Kinder und Familien <a href="http://www.sozialestadt.de">www.sozialestadt.de</a> )  Angesprochen sind lokale Akteure der Stadtteile/Gebiete mit kommunalen Armutslagen („soziale Brennpunkte“), welche als Programmgebiete der Bund-Länder-Initiative „Soziale Stadt“ ausgewiesen sind (> 360 Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf)  Themenfelder: Jugendhilfe, Gesundheitsförderung	In BMFSFJ-Förderung seit 2000

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Bund								
	BMFSFJ  Deutsches Jugendinstitut e.V. (Kindler et al.)	Handbuch zur Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungen nach § 1666 BGB für Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes	sekundär	selektiv	ASD-Fälle	Projekt: „Kindeswohlgefährdung und Allgemeiner Sozialer Dienst“ im Auftrag des BMFSFJ	Erstellung eines Handbuches für den ASD mittels Literatur- und Sekundäranalysen	abgeschlossen (d.h. in laufend aktualisierter Version online vorliegend)
	BMBF	Prävention für gesunde Kinder und Jugendliche: Förderung von Forschung für Krankheitsvorsorge Stand: 04/2005  <a href="http://www.gesundheitsforschung-g-bmbf.de/de/175.php">www.gesundheitsforschung-g-bmbf.de/de/175.php</a>	primär	selektiv	Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche	Förderung der Präventionsforschung mit 6 Mio. EURO für 3 Jahre als Teil der Präventionsstrategie der Bundesregierung (zur Unterstützung des neuen Präventionsgesetzes) – Die Vorsorge gegen Krankheiten soll zu einer eigenständigen Säule des dt. Gesundheitssystems ausgebaut werden	Entwicklung von Konzepten gegen sozial bedingte Ungleichheiten bei den Gesundheitschancen: Kinder/Jugendliche sollen in ihrem Umfeld erreicht werden – die BMBF-Projekte sollen daher in ihren unmittelbaren Lebenswelten angesiedelt sein (z. B. KiTa, Schule, Wohnung)  Beispiel eines geförderten Vorhabens: Implementierung und Evaluation eines primärpräventiven Interventionsprogramms für allein erziehende Mütter und ihre Kinder, mit dem Ziel, mittelgradig depressive Mütter in der Bewältigung ihrer Lebenssituation zu unterstützen (5/2005-10/2007)	laufend (2004-2008)
	BZgA	„Ich geh’ zur U! Und Du?“	primär	universell	Alle Kinder, u. a. besonders Kinder aus sozial schwachen Elternhäusern sowie von Migranten	Informationskampagnen/Pressearbeit	Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere der U7-U9, von insbesondere Kindern aus sozial schwachen Elternhäusern sowie von Migranten soll in Kindergärten gefördert werden.	laufend (seit 2004/2005)
	BVKJ	Einsatz eines zusätzlichen Gesundheits-Checkheftes mit 4 zusätzlichen U-Untersuchungen	primär sekundär	universell	Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren	Frühdiagnostik	Ergänzungen der U-Untersuchungen – Zu den konkreten Inhalten: siehe unten Tabelle 4 Leistungen werden z.T. von Krankenkassen im Rahmen v. Bonusprogrammen der primären Prävention freiwillig zurückerstattet	laufend

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Bund								
	BKK Bundesverband  Deutsches Jugendinstitut e.V.	„Gesundheit für alle“ - u. a. Förderprogramm „Opstapje“ (aus den Niederlanden übernommen)	primär	universell selektiv	Menschen, die von den vorhandenen Angeboten i. d. R. nicht erreicht werden (z. B. Kinder/ Jugendliche, Migranten)  (z. B. „Opstapje“: 2-jährige Kinder sozial benachteiligter & bildungsferner Familien & ihre Eltern	Soziallagenbezogene Präventionsinitiative Öffentlichkeitsarbeit, Familienprogramme, Netzwerkförderung (u. a. Spiel- und Lernprogramm Opstapje, s. u. Tabelle 5)	Erprobung von Präventionsansätzen für unterschiedliche Zielgruppen (u. a. Kinder/Jugendliche, chronisch Kranke, Migranten) in ihren Lebenswelten (z. B. Kindergärten, Schulen)  Insgesamt ca. 60 Einzelprojekte/Laufzeit: seit 3 Jahren  Gesundheitsbezogene Selbsthilfeförderung  Ausgewählte Projekte für die Zielgruppe Kinder unter „Familie und Gesundheit“: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Be smart – Don’t Start</li> <li>• OPUS Netzwerk gesundheitsförderlicher Schulen</li> <li>• Suchtprävention</li> <li>• Opstapje</li> </ul> u. v. m. - i. S. v. Gesundheitsförderung und Prävention von Kindeswohlgefährdungen	Opstapje: abgeschlossen (01.07.2001 - 28.02.2006)

**Tabelle 3: Aktivitäten/Programme auf Länderebene**

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Land								
NRW	MGFFI	Modellprogramm „Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien“	primär	universell	Risikokinder	<p>Aufbau und Erhalt interinstitutioneller und interdisziplinärer Vernetzungsstrukturen in der jeweiligen Region („Netzwerkbildung zwischen den Akteuren“)</p> <p>Förderung/Aufbau strukturierter, verlässlicher und berechenbarer Kooperationen von Fachkräften bei öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und von anderen familienbezogenen Dienstleistern, um riskante Lebenssituationen bei Kindern und Familien frühzeitig wahrnehmen und beurteilen zu können und somit notwendiges Handeln einzuleiten</p>	<p>Modellregionen: z. B. Herne: Entwicklung und Umsetzung eines Lösungsansatzes für Kindertageseinrichtungen als Antwort auf die steigende Anzahl verhaltensauffälliger Kinder, Erweiterung der Handlungsoptionen der pädagogischen Fachkräfte in Tagungseinrichtungen für Kinder: Stärkung von Kindertageseinrichtungen mittels Arbeitsmaterialien, institutioneller Vernetzung, personeller Qualifizierungsmaßnahmen u. a. Das Projekt wird insgesamt als erfolgreich bewertet hinsichtlich eines geeigneten Lösungsansatzes zur Bewältigung der zunehmenden Belastungen durch verhaltensauffällige Kinder in Tageseinrichtungen. Laufzeit: 2003-2005.</p> <p>z. B. Bielefeld: Begleitung von Eltern mit Säuglingen</p> <p>z. B. Essen: Entwicklung eines aktivierenden Modells zur Erkennung und Bearbeitung kindlicher Problemlagen</p>	Begleitforschung abgeschlossen (Beginn: 01.09.2001)
	MAGS LÖGD	„Präventionskonzept NRW – eine Investition in Lebensqualität“  (	primär	universell / selektiv	beginnend mit Kindern, Jugendlichen und älteren bzw. alten Menschen	Setting- und zielgruppenbezogene Aufklärungs- und Interventionsmaßnahmen (z.B. Informationskampagnen in Schulen, Informationsbroschüren für Multiplikatoren). Förderung der Netzwerkbildung zwischen beteiligten Akteuren. Brückenschlag zwischen landesweiten Strategien und lokalen Initiativen auf kommunaler Ebene.	Mehrere Landesinitiativen, u.a. Fortsetzung der bereits bestehenden Initiativen „Leben ohne Qualm“, „Gesundheit von Mutter und Kind“. Variable Ergänzung der Landesinitiativen auf kommunaler Ebene durch qualifizierte Einzelprojekte.	In Vorbereitung

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Land								
	Dt. Richterbund-Landesverband NRW & VEB	Modellregion für Erziehung (in Planung)	primär	universell	Eltern 3-12 Jährige Kinder	Kriminalitätsprävention:  Frühzeitiger Einsatz universeller Elternprogramme (z. B. Triple P, PEP, EFFEKT) im Kleinkind- oder Vorschulalter zur Vorbeugung von Kriminalität und sozialer Auffälligkeit:  = „möglichst kostengünstiges Programm, das möglichst viele Risikofamilien erreicht“	Es bestehen Erfahrungen mit ersten Projekten in Braunschweig (Prof. Hahlweg) und Köln (Prof. Döpfner).  Einführung von Präventionsprogrammen und wissenschaftliche Untersuchung der Effekte anhand objektiver Kriterien (z. B. Kriminalitätsrate, Heimunterbringung, Schulabbrüche).  Die Identifikation förderungswürdiger Familien (verhaltensauffällige 3-12-Jährige) soll mithilfe von Erziehern, Lehrern und der Jugendhilfe erfolgen.  Auf freiwilliger Basis soll Eltern und Erziehern beigebracht werden, wie Kinder konsequent und positiv erzogen werden	in Planung inkl. wiss. Begleitforschung
Niedersachsen	MSFFG	Modellprojekt „Familienhebammen“	primär	selektiv	Risikomütter und ihre Kinder	Früherkennung von Entwicklungsdefiziten Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	Einsatz von „Familienhebammen“ Modellstandorte: Leer, Braunschweig, Osnabrück Weiter Projekte in Planung.	abgeschlossen (2001-2004)
	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt	Stärkung der Inanspruchnahme U8/U9/J1 (als ein Landesgesundheitsziel)	primär	universell selektiv	Eltern	Vereinheitlichung des Informationsvorgehens, Verbesserte Information für Migranten, Einbindung der Sozialämter (Osnabrücker Modell) Mediatorenbildung (z. B. Lehrerinnen, Schulratsvorsitzende)	Informationen zu den U-Untersuchungen (in verschiedenen Muttersprachen) zur Steigerung der Inanspruchnahme und Verbesserung der „Chancengleichheit“ in Früherkennung und Prävention	ws. laufend (Evaluation 2003-2005)
Hamburg	BZgA in Zusammenarbeit mit UK Hamburg-Eppendorf	Implementierung eines Eltern-Ordners/Elternbegleitheftes zu den Früherkennungsuntersuchungen	primär sekundär	Eintrag derzeit in Arbeit	Eltern	Eintrag derzeit in Arbeit	Eintrag derzeit in Arbeit	laufend (dreijähriges Modellprojekt)
Rheinland-Pfalz	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.	Elternschule für eine gesunde Familie	primär	universell	Eltern	Elterntraining, Informationsveranstaltung Erzieherinnen Gemeinsam Infoveranstaltungen Eltern-Erzieherinnen	Wissensvermittlung zum Thema Erziehung und Gesundheitsförderung	laufend

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Land								
Sachsen	ÖGD	Untersuchung der Kindergartenkinder auf der Grundlage des novellierten sächsischen Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen	sekundär	universell	Kindergartenkinder im 4. Lebensjahr	Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten/-verzögerungen, Wahrnehmungsbeeinträchtigungen, Auffälligkeiten im psychovegetativem Verhalten	Sprache Motorik Sehen Hören Psychovegetatives Verh.	laufend (seit 2003/2004)
Sachsen-Anhalt	Ministerium für Gesundheit & Soziales Kultusministerium	Die „Eltern-AG“ – das Magdeburger Programm für Prävention im Elementarbereich	primär	selektiv	Eltern mit Kindern bis 7.Lj. (sozial benachteiligt, bildungsfern, Migrationshintergrund)	Verbesserung der Erziehungskompetenzen soz. benachteiligter Eltern, die sich den üblichen Beratungs- und Jugendhilfeangeboten verschließen	Praxisorientiertes Präventionsprogramm Emp.-wiss. ausgerichtet - Inhalte basierend auf internationalen Studien niedrigschwellig Wissen, Stressmanagement, soziales Lernen	laufend (seit 2004 – geplant für 3 Jahre)
Bayern	Barisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen	„Bayrischer Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung“  104 Modelleinrichtungen im KiTa-Jahr 2003-2004 (Erprobungsphase)	primär	universell	KiTa-Kinder	Förderung von Basiskompetenzen im Rahmen eines ganzheitlichen Förderprogramms	Praxiserprobung in KiTas (2003/2004) Danach landesweite Einführung – Evaluation und Weiterentwicklung als fortdauernde Aufgabe geplant	laufend (Erprobung 2003/2004)
Brandenburg	Landesgesundheitsamt (LGA) Brandenburg MASGF	Bündnis „Gesund aufwachsen im Land Brandenburg“	primär	universell	Kinder Jugendliche	u. a. Gewaltprävention Früherkennung von Gewaltanwendung oder Vernachlässigung von Kindern	u. a. Vernetzung professioneller Hilfen aus familiensoziologischer, medizinischer, psychologischer und sozialpädagogischer Sichtweise – Umsetzung über Landesarbeitskreis „Gewaltprävention“	laufend (seit ca. 2002/3)
	Landesjugendamt Brandenburg	Primäre Prävention durch Familienbildung, -förderung und -beratung im Land Brandenburg“	Eintrag derzeit in Arbeit	Eintrag derzeit in Arbeit	Eintrag derzeit in Arbeit	Allgemeine Förderung in der Familie - § 16 KJHG	Integration der Familienbildung in die bestehenden Strukturen der Jugendhilfe	Eintrag derzeit in Arbeit

**Tabelle 4: Ausgewählte regionale/lokale Präventionsprojekte**

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Region/ Stadt								
Düsseldorf (NRW)	ÖGD	„Zukunft für Kinder“	primär	selektiv	Kinder aus Hochrisikofamilien	<p>Früherkennung von Kindern aus Hochrisikofamilien in der Geburtshilfe und frühe Vernetzung in der Nachsorge</p> <p>Präventive Interventionen in Familien mittels Integration von Jugendhilfe und Medizin</p> <p>Vernetzung von Geburtshilfekliniken und niedergelassenen Ärzten</p> <p>Einbindung von Hebammen in die Vernetzungskette</p>	<p>Frühe Identifizierung von Kindern/Familien, die ein Höchstisiko für Vernachlässigung aufzeigen mittels der Erfassung von Risikofaktoren (Basis: Mannheimer Längsschnittstudie, Laucht et al., 2001).</p> <p>Integrationskonzept, das sich an die generationsübergreifende Psychodynamik in Vernachlässigungsfamilien anlehnt.</p> <p>Kooperation von Geburtskliniken, „Clearingstelle“ (Gesundheitsamt) und niedergelassenen Ärzten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Erfassung v. Müttern mit erhöhten psychosozialen Belastungen in den Kliniken</li> <li>o Weitermeldung an die Clearingstelle: Wiederholte Einschätzung des Risikos und Entwicklung/Umsetzung von Hilfekonzepten</li> </ul> <p>Enge Kooperation der Kliniken mit Kinderschutzambulanz (EVK), und Kinderneurologischem Zentrum: Von den Kliniken erfolgt immer ein direkter Kontakt zu den Hausärzten, die für die Nachsorge zuständig sind und ggf. Kontakte zu weiteren zuständigen Stellen wie SPZs, Clearingstelle, Kinderschutzambulanz aufnehmen.</p>	Laufend ohne aktuelle Begleitforschung
Hamburg-Barmbeck (Hamburg)	Kinder- und Familienzentrum Barmbeck-Süd	Familienhebammenprojekt	primär	selektiv	Familien mit soz. u. gesundheitlichen Belastungen	Niederschwelliges Angebot wie einem Stadtteil-Café	Strukturelle Anbindung von Familienhebammen an einen freien Träger des Sozialwesens, Förderung soz. Vernetzung durch Einbindung der Hebammen ins KIFaz	Laufend (seit 1998)
Hamburg-St. Pauli	Träger von Kinder- und Jugendarbeit, Erziehungshilfen, Jugendämtern, Schulen, Kindertagesheime, Vereine und anderen lokalen Akteuren	Familienhebammenprojekt	primär	selektiv	Junge Eltern von Kindern bis zu drei Jahren und werdende Väter oder Mütter in Hamburg St. Pauli	<p>Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation von (werdenden) Familien, Stärkung von Erziehungs- und Alltagsbewältigungskompetenzen</p> <p>Niederschwelliges Angebot wie einem Familien-Café</p>	<p>Betreuung von Eltern und Kind bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Babys durch Familienhebamme, intensive Einzelhilfe, Babymassagen, Stillberatung, Gesprächsgruppen, Informationsveranstaltungen, Sing- und Spielkreise, Hausbesuche</p> <p>Familiencafé für Mütter und Väter zum Erfahrungsaustausch, Knüpfen sozialer Kontakte, zur Beratung bzgl. persönlicher Probleme durch Sozialpädagogin</p> <p>Angebot einer fam. Krisenhilfe f. Schwangere u. Familien</p>	Laufend Erster Preisträger des Dt. Präventionspreises 2006

Ebene	Initiator	Bereich/Konzept	Prävention	Art	Zielgruppe	Ansatzpunkt	Inhalte/Umsetzung	Status
Region/ Stadt								
Mettmann (NRW)	Gesundheitsamt (Dulitz et al.)	Betreuungs- und Erfassungssystem bei Beobachtungskindern aus Hochrisikofamilien im Kreis Mettmann	primär sekundär	selektiv	Hochrisikofamilien	Einsatz eines Vorsorgeprogramms zur Diagnostik von Hochrisikofamilien:  Erweiterung der Vorsorgeuntersuchungen im 1. Lj.:  Nachfrage/Begleitung bei Bedarf durch Sozialpädagogen des Gesundheitsamtes	Checkheft mit 12 Karten für das 1. Lj. - vermittelt durch Geburtsklinik oder behandelndem Kinderarzt – zur frühzeitigen Identifikation von Hochrisikofamilien  Die Karten verweisen auf Untersuchungen und werden nach Vorgabe eines Checkheftes von der Familie bei der jeweiligen Vorstellung des Kindes (z. B. beim Kinderarzt) abgegeben.  Ggf. erfolgt eine Vernetzung an und weiterführende Betreuung durch das Gesundheitsamt.	Laufend
Mettmann (NRW)	Förderkreis KIPKEL e.V. ASD der Jugendämter	KIPKEL Präventionsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern	primär	selektiv	Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern	Stärkung familiärer Ressourcen	Enge Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe	Laufend (seit 1998)
Solingen (NRW)	AWO Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V. (PTV)	Kinder- und Familienprojekt KIPS - Unterstützung von Kindern und Eltern mit psychischer Erkrankung	primär	selektiv	Kinder psychisch kranker Eltern	Kooperation von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe	Prävention durch Resilienzförderung: Stärkung von Eltern und Kindern, Hilfen für Kinderärzte und Psychotherapeuten der Eltern	Laufend

**Tabelle 5: Programme zur Primärprävention/Frühintervention**

Programm/Konzept	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Beteiligte	Inhalte	Entw.stand	Evaluiert
<b>KES</b> Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder	Lauth & Heubeck, (2006) Hogrefe.-Verlag  Heilpädagogische Fakultät der Univ. zu Köln Prof. Dr. Lauth	sekundär	indiziert	Training	Sozial auffällige Kinder (ADHS, Störungen des Sozialverhaltens)	Eltern	Elternkompetenztraining bzgl. erzieherischer Alltagschwierigkeiten und familiärer Strukturen/Abläufe	Bericht in Druck (Göttingen: Hogrefe) Ziel: Weiterentwicklung des bisherigen Trainings zu einem interkulturellen Training „Stärkung der Erziehungskompetenz bei Migration“	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Triple P</b> Positive Parenting Program	Sanders (1999) Dt. Version: Hahlweg, Sanders et al. (2000)	primär	universell	Training	4 Ziel-Altersgruppen: Eltern von Säuglingen, Kleinkindern, Kindergartenkindern & Grundschulkindern	Eltern	Förderung kindlichen Entwicklung	strukturiert	<input checked="" type="checkbox"/> (tlw. auch in Dt.)
<b>PEP</b> Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten	Metternich et al. (2002)	primär	indiziert	Training	Eltern Kinder mit hyperkinetischen/ oppositionellem Problemverhalten	Eltern Kinder	Stärkung der Beziehung Bewältigung schwieriger Situationen	strukturiert	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>EFFEKT</b> Entwicklungsförderung in Familien Eltern-Kind-Training	Lösel, F.  Gefördert vom BMFSFJ	primär	universell	Training	Eltern Kinder	Eltern Kinder	Förderung der Erziehungskompetenzen und sozialen Fertigkeiten in der Familie	strukturiert	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>SAFE</b> Sichere Ausbildung für Eltern	PD Dr. med. Brisch  Dr. v. Haunersches Kinderspital, LMU  Gefördert von Aktion Mensch	primär	universell	Training	Werdende Eltern	Werdende Eltern bis ca. 25. SSW	Trainingsprogramm (vor der Geburt und nach der Geburt im Verlauf des 1. Lebensjahres) zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind	Es sollen gute Ergebnisse vorliegen.	Aktuell keine Angaben vorliegend.

Programm/Konzept	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Beteiligte	Inhalte	Entw.stand	Evaluert
<b>Papillio</b>	beta Institut Aug- burg gefördert v. Bayri- sches Staatsminis- terium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz	primär	universell	Training	3-6-jährige Kinder und ihre Eltern	Kinder	Entwicklungsorien- tierte Sucht- und Gewaltprävention in Kindergärten: Förderung sozial- emotionaler Kompe- tenz im Kindergar- ten/ Verminderung von Verhaltensprob- lemen	Strukturiert	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Opstapje</b> Schritt für Schritt zur Stärkung der Elternkompetenz (ein Projekt aus der Initiative „Gesundheit für alle“ der BKK)	Getragen vom BKK Bundesverband Begleitet vom Deutschen Jugend- institut (DJI) Opstapje Deutsch- land e.V. Gefördert vom BMFSFJ	primär	selektiv	Nie- derschwel- liges Spiel- und Lernpro- gramm für Eltern und Kinder sozial benachtei- ligter Familien	Kinder im Alter von 18 Mona- ten bis zu 4 Jahren und ihre Eltern	Eltern Kinder	Zum Einsatz geeig- net in Familienbil- dung, Frühförde- rung, im Gesund- heitsbereich und Jugendhilfe Hausbesuche durch geschulte Laienhel- ferinnen Langzeitbegleitung über 2 Jahre Fokus Eltern-Kind- Interaktion Wechselnde Ü- bungseinheiten für Kinder Elterngruppentref- fen	An den Mo- dellstandorten Bremen und Nürnberg evalu- iert (2001-2003)	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Starke Eltern - Starke Kinder</b>	Deutscher Kinder- schutzbund Bun- desverband e.V. (2000)	primär	universell	Elternkurs	Eltern mit Kindern jeden Alters und aus allen sozialen Gruppen	Eltern	Elternkurse zur Förderung der Erziehungskompe- tenz - Wissensver- mittlung, praktische Übungen, Selbster- fahrung, Austausch	z. B. Modellpro- jekt in Nieder- sachsen (MSFFG)	Aktuell keine Angaben vorlie- gend
„Erziehungsführerschein“	Ruhr-Universität Bochum	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit

Programm/Konzept	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Beteiligte	Inhalte	Entw.stand	Evaluiert
<b>FREUNDE (Friends)</b> Präventionsprogramm für Angststörungen	Dt. Übersetzung des Friends-Programms	primär	universell	Gruppenprogramm für Schulklassen	Kinder & Jugendliche	7-11J. 14-16 J.	Das Programm kann als Teil des regulären Schul-Curriculums durchgeführt werden. Gelernt werden soll, wie mit Belastungen umgegangen werden kann, die ansonsten möglicherweise zu Angststörungen führen könnten.	In der Ursprungsversion häufig eingesetztes Verfahren Ergebnisse einer Pilotuntersuchung zur dt. Übersetzung: wirkungsvoll & kostengünstig Weitere Untersuchungen werden durchgeführt (Stand: 2002) Um	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>FREUNDE</b> Präventionsprojekt für Kinder gegen Sucht und Gewalt	„Stiftung Freunde“ Initiiert von: Rotary In Kooperation mit: BMW Group AOK	primär	universell	Fortbildungsprogramm für pädagogische Fachkräfte von Kindertageseinrichtungen	Kinder im Kindergartenalter	Erziehrinnen KiTa-Kinder	Programm zur Vorbeugung von Sucht- und Gewaltentstehung bereits bei Kindern im Elementarbereich (Stärkung von Selbstbewusstsein und Lebenskompetenz der Kinder)	Standardisiert Seit 1998 in zahlreichen Regionen Bayerns umgesetzt – laufend schließen weitere Rotary Clubs in Deutschland und Österreich an	Aktuell keine Angaben vorliegend.

Programm/Konzept	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Beteiligte	Inhalte	Entw.stand	Evaluert
<b>STEP</b> Systematisches Training für Eltern	Dinkmeyer (2001) (übernommen aus den USA)	primär	universell	Training	Eltern von Kindern aller Altersstufen	Eltern	System zum Erlernen von Erziehungsfertigkeiten für Eltern	Systematisches Trainingprogramm, schlüssig, anwendungsfreundlich (Handbuch, Video) STEP Elterntraining stammt aus den USA und ist dort das führende Programm unter mittlerweile mehr als 500 Elterntrainings. Seit 1976 haben in den USA auf diese Weise rund vier Millionen Eltern von Kindern aller Altersstufen in STEP Elternkursen gelernt, sich selbst zu helfen. STEP bietet Hilfe bei akuten Erziehungsnotständen oder zur Prävention zukünftiger Konflikte	Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Programms ist derzeit in Deutschland in Umsetzung (Stand: 05/2005, Hurrelmann)
<b>THOP</b> Therapietraining für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten	Döpfner, Schürmann & Frölich (2002)  Beltz/PVU	sekundär	indiziert	Diagnostikanleitung Therapiebausteine	3-12-jährige Kinder	Kinder Eltern Erzieher Lehrer	Anleitung zur differenzierten Diagnostik (Probleme/Stärken des Kindes/seiner Familie)	Strukturierte, aufwändige Materialien (Lehrbuch, CD-Rom)	Aktuell keine Angaben vorliegend.
<b>ATTENTIONER</b> Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen.	Jacobs, Heubrock, Muth & Petermann (2004/2006)  Hogrefe-Verlag	sekundär	indiziert	Training	7-13-jährige Kinder mit ADHS	Kinder/ Jugendliche	Neuropsychologisches Gruppentraining, mit dem die Aufmerksamkeitsleistungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 13 Jahren verbessert werden sollen.	Strukturierte, anwenderfreundliche Materialien (inkl. DVD)  Seit 2004	Aktuell keine Angaben vorliegend.

Programm/Konzept	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Beteiligte	Inhalte	Entw.stand	Evaluiert
<b>Eltern-AG</b> Ein Präventionsprogramm	Prof. Dr. M. Armbruster, Magdeburg <small>(unterstützt von den Landesministerien für Gesundheit &amp; Soziales sowie Kultus in Sachsen-Anhalt)</small>  seit 2004 – auf 3 Jahre angelegt	primär	selektiv	Elternschule Empowerment	Eltern von Kindern bis zum 7. Lj., die sozial benachteiligt oder bildungsfern sind oder einen Migrationshintergrund haben	Eltern	Verbesserung der Erziehungskompetenz sozial benachteiligter Eltern, die sich den üblichen Beratungs- u. Jugendhilfeangeboten verschließen: Vermittlung von erzieherischem Wissen und Alltagskompetenzen	Standardisiert  Nominiert für den Dt. Präventionspreis	Begleitforschung & Evaluierung des Programms läuft derzeit – erste Ergebnisse werden in Kürze erwartet
<b>Verhütung von Miss-handlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch</b>	Eck & Lohaus (1993)	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Kindergartenkinder 4-6 J.	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	Eingabe in Arbeit	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Faustlos</b>	Cierpka et al. (im Süden Deutschlands weit verbreitet)	sekundär	indiziert	Übungs- und Lernprogramm	Kindergartenkinder Schulkinder (mit impulsivem/agg. Verhalten)	Kinder	Gewalt-Prävention in KiTas und Grundschulen durch qualifizierte Erzieherinnen und Lehrer  Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen/Verminderung von impulsivem/agg. Verhalten	Basiert auf dem bewährten amerikanischen Ansatz Second Step, der europaweit umgesetzt wird	<input checked="" type="checkbox"/>  (dem deutschsprachigen Kulturraum angepasst)
<b>Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern</b>	Ziegenhain et al. Weiterbildungsprojekt (2001-2003) gefördert vom BMFSFJ und die Bundesländer BR, MV, NRW, Rheinl.-Pfalz, Thüringen	primär sekundär	selektiv	Beratung	Werdende Eltern (evaluiert an jugendlichen Schwangeren bzw. Müttern)	(Werdende) Eltern/Mütter	Entwicklungspsychologische Beratung  Förderung der Eltern-Kind-Beziehung  Bindungsförderung als Schutzfaktor des Kindes	Niedrigschwellig Kurzfristig einsetzbar In verschiedenen Settings umsetzbar	<input checked="" type="checkbox"/>

Programm/Konzept	Urheber/Autor	Prävention	Art	Verfahren	Zielgruppe	Beteiligte	Inhalte	Entw.stand	Evaluert
<b>STEEP</b> Frühe Bindung - Schritte zu einer effektiven und erfreulichen Elternschaft	Erickson & Kurz-Riemer (1999) Egeland et al. (1986, 2000, 2002)  Aktuelles Forschungsprojekt im Auftrag des BMBF (Stand: 09/2005)	primär	selektiv	Training	Junge Eltern unter belastenden Lebensbedingungen (minderjährig, allein erziehend, Sozialhilfe)	Eltern STEEP-ausgebildete Berater  (in den USA v. a. von Sozialarbeitern angewendet)	Beratungsangebot, dass auf dem in den USA entw. STEEP-Konzept (Bindungstheorie) basiert Fokus liegt auf Eltern-Kind-Beziehung	In Deutschland derzeit in Erprobung im Rahmen einer Langzeitstudie zur Effektivität und Indikation früher Hilfen bei drohender Kindeswohlgefährdung in Risikofamilien im Rahmen sozialer Arbeit (Hantel-Quitmann & Süß) In den USA bereits evaluiert	Aktuelles Forschungsvorhaben läuft.