

Kommissionsdrucksache

16. Wahlperiode

16/24a

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Fragenkatalog zur öffentlichen Anhörung der Kinderkommission
am Montag, 2. März 2009 zum Thema
„Neue Konzepte früher Hilfen“

Antworten des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
in Zusammenarbeit mit der
Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)

- 1. Welche Informations-, Unterstützungs- und Hilfsbedürfnisse sehen Sie bei Familien, vor allem bei jungen Familien bzw. bei Familien mit kleinen Kindern/Baby's?**

Auf welche Bereiche beziehen sich diese Bedarfe und worin äußern sich diese in der Praxis bzw. in der empirischen Datenbasis?

Antwort:

In aller Regel erwarten und bekommen junge Eltern Kinder, ohne jemals selbst in die Versorgung sehr kleiner Kinder eingebunden gewesen zu sein. Dies hat etwas mit dem demographischen Wandel und der hohen Mobilität in unserem Lande zu tun. Die Mitversorgung jüngerer Geschwister oder junger Kinder von Angehörigen, die im sozialen Umfeld leben, kommt während der Phase der Jugendzeit und als junge Erwachsene nur noch selten vor. Damit fehlt Alltagserfahrung mit Säuglingen und Kleinkindern, die zu einer realistischen Einschätzung der Situation führen. Andererseits werden durch Broschüren, Zeitschriften, Film und Fernsehen unrealistische, positive Erwartungen an den Alltag mit einem jungen Säugling geweckt („Hochglanzbroschüren“). Gerade bei jungen Menschen aus belasteten

Lebensumständen ist der Wunsch nach einem Kind häufig mit der Erwartung verknüpft, dass sich das eigene psychosoziale Wohlbefinden bessern könnte. Aus dieser Perspektive bestehen Informationsbedürfnisse im Hinblick auf eine realistische Wahrnehmung von Elternschaft und Quellen materieller, sozialer und mitmenschlicher Unterstützung.

Wir müssen davon ausgehen, dass etwa 18 % der Kinder und Jugendlichen in oder am Rande der Armut leben. Bemerkenswert ist, dass dieser Anstieg nicht von einer allgemeinen Zunahme an Armut begleitet wurde. Mit anderen Worten: Kinder sind stärker von Armut betroffen als Erwachsene. Arme Kinder sind in Deutschland in vielfacher Hinsicht ganz erheblich benachteiligt und dies hat wesentliche Auswirkungen auf das gesamte spätere Leben und die Lebenschancen:

- *sie leiden unter den Folgen von Fehlernährung, Bewegungsmangel, fehlender Sprachanregung, unzureichenden frühkindlichen Bildungsangeboten*
- *erhalten später und seltener intensive außerhäusliche Förderung in Kindertageseinrichtungen*
- *sind überdurchschnittlich häufig betroffen von Übergewicht, Verhaltensauffälligkeiten, Sprech- und Sprachentwicklungsauffälligkeiten, akuten Erkrankungen und Suchterkrankungen im späteren Lebensalter*
- *können bestimmte Leistungen der Medizin nicht nutzen, da sie zusätzliches Geld kosten*
- *werden von ihren Eltern seltener zu den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen gebracht, was zu Folgeerkrankungen führt*
- *sind bei der Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen oft durch die Lethargie ihrer Eltern benachteiligt*
- *haben überdurchschnittlich häufig Schulprobleme, Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche*
- *erreichen seltener einen Schulabschluss und sind daher häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen*

Relative Armut bedeutet häufig beengte Wohnverhältnisse in benachteiligten Quartieren mit schlechter Infrastruktur und unzureichenden Bildungsmöglichkeiten. Die Kinder haben nicht die Möglichkeit, die sozialen und kulturellen Angebote ihrer Umwelt angemessen zu nutzen, das gilt für Sportvereine wie für Angebote der musikalischen Früherziehung.

Arme Kinder müssen vielfach viel mehr leisten, um ihre Lebenschancen zu nutzen, als ihre wohlhabenderen Altersgenossen. Eltern, die selbst arbeitslos sind und manchmal sogar resigniert haben, vermitteln den Kindern kein positives Rollenmodell. Die Kinder lernen nicht, wie sie ihr Leben in die Hand nehmen können. Im Kampf gegen Kinderarmut profitieren Kinder besonders davon, wenn die Beschäftigungschancen ihrer Eltern verbessert werden. Bei

Alleinerziehenden ist es entscheidend, dass sie die Möglichkeit bekommen, Vollzeit zu arbeiten.

Zwingende Voraussetzung hierfür sind verbesserte Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder durch entsprechend ausgestattete qualifizierte Kindertageseinrichtungen.

In unseren Praxen beobachten wir, dass ca. 15 bis 20 % der Familien heute Probleme haben, den Ansprüchen der Kinder nach Geborgenheit, verlässlicher Bindung, Befriedigung der Grundbedürfnisse (altersgerechte Ernährung, adäquate Kleidung, schadstoffarme Umgebung), sowie frühkindlicher Förderung wesentlicher Grundfunktionen des menschlichen Lebens (Sprache, emotionale Entwicklung, motorische Entwicklung; Sozialverhalten) gerecht zu werden. Diese Familien müssen frühzeitig identifiziert und durch aufsuchende Hilfe unterstützt werden. Es geht nicht nur um die Verhinderung von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung, sondern ganz besonders auch um die so genannten „vergessenen Kinder“ in unserer Gesellschaft.

Besonders gefährdet sind Kinder, die täglich viele Stunden lang vor dem Fernseher geparkt werden, mit denen niemand spricht und spielt, denen keiner vorliest. Diese Kinder tauchen in keiner Misshandlungsstatistik und in keiner Fernsehreportage auf, denn die Misshandlung und Vernachlässigung in Form mangelnder familiärer Förderung und Zuwendung, hinterlässt keine blauen Flecken. Sie führen jedoch zu schweren Entwicklungsstörungen, die das ganze Leben belasten. Wir erleben in unseren Praxen immer mehr Kinder mit massiven Spracherwerbsstörungen. Sie sind körperlich und geistig gesund zur Welt gekommen, ihre Eltern – häufig aus bildungsfernen, armen Milieus, teilweise mit Migrationshintergrund – sind jedoch nicht in der Lage, sich angemessen mit ihnen zu beschäftigen.

Damit beginnt ein Teufelskreis: mit fünf oder sechs Jahren können diese Kinder nicht altersentsprechend sprechen, in der Schule führt dies zu schlechtem Verstehen und Wiedergeben von Texten. Inhalte werden nicht begriffen. In diesem Fall liegt die Wahrscheinlichkeit, einen regulären Schulabschluss zu erhalten, teilweise nur bei 50%, denn die Schule kann Defizite in der frühkindlichen Entwicklung nur sehr unzureichend kompensieren..

Diesen Kindern ist nicht damit geholfen, dass kurz vor Schuleintritt ein Sprachtest und danach ein bisschen Förderung stattfinden. Diese Kinder brauchen entsprechend ausgestattete Einrichtungen, die ihre Entwicklung fördern und damit die elterlichen Defizite ausgleichen. Sie brauchen Einrichtungen, in denen sie lernen, sich sprachlich auszudrücken, Konflikte zu benennen und verbal zu lösen, sich zu konzentrieren, zu spielen und sich zu bewegen.

Wir müssen weg von der Vorstellung, dass KiTas oder KiGas Kinder lediglich verwahren, um der Mutter die Berufstätigkeit zu ermöglichen. Diese Institutionen müssen in das gesamte gesellschaftliche Bildungskonzept eingebettet werden. Dazu bedarf es evaluierter Förderkonzepte für die motorische, sprachliche und kognitive Entwicklung. Solche Förderungen sollten in das pädagogische Grundkonzept der KiTas eingebaut werden und allen Kindern zuteil werden. Wir warten heute teilweise viel zu lange ab, bis wir eine pathologische Veränderung feststellen. Diese wird dann mit aufwändigen Therapien behandelt. Wir müssen jedoch die „vergessenen Kinder“ frühzeitig fördern, damit sie erst gar nicht auffällig werden.

Mögliche Risikofaktoren für eine Vernachlässigung sind

- *psychische/psychiatrische Erkrankung von Mutter (beispielsweise Wochenbettdepression) und/oder Vater*
- *Alkoholabhängigkeit eines oder beider Eltern*
- *übermäßiges Rauchen einer oder beider Elternteile(> 20 Zigaretten am Tag)*
- *Drogenabusus*
- *unerwünschte Schwangerschaft*
- *junge Mütter (< 20 Jahre)*
- *niedriges Bildungsniveau, kein Schulabschluss*
- *Arbeitslosigkeit*
- *Armut, verbunden mit*
 - beengten Wohnverhältnissen*
 - allein erziehender Mutter*
 - frühe Elternschaft*
 - schlechter Ausbildung der Eltern*
 - unerwünschter Schwangerschaft*
 - chronischen Schwierigkeiten, das eigene Leben zu meistern*
 - psychisch auffälligen Eltern*

Ein nachhaltiges Konzept zum besseren Miteinander der Generationen kann durch folgende Programme verwirklicht werden:

- *Mehrgenerationenhäuser,*
- *frühe Einbindung junger Menschen in die Unterstützung von Familien mit Kleinkindern bzw.*
- *schulische Programme zur Steigerung der Erziehungskompetenz junger Eltern bestehen.*
- *Niedrigschwellige Elterngruppen und Erziehungstrainings für Eltern sehr junger Kinder*

Besondere Hilfsbedürfnisse können insbesondere während der Betreuung der Schwangeren identifiziert werden. Allerdings müssen auch die dort

vermittelten Hilfen einfach und unbürokratisch erreichbar sein. Für besonders belastete Familien sind aufsuchende Hilfen erforderlich.

2. **Wie ist die Angebotslandschaft in Deutschland u.a. auch hinsichtlich des Personals ausgestaltet? Wo sehen Sie in Deutschland eine erhebliche Diskrepanz zwischen Angebot und Bedarf bzw. Nachfrage? Inwiefern kann eine Deregulierung bzw. stärkere Spezifizierung hier hilfreich sein?**

Antwort:

Dem BVKJ liegen keine genauen Kenntnisse über die Angebotsvielfalt in Deutschland vor, hier müsste die Kinder- und Jugendhilfe einen wesentlich besseren Überblick haben. Es besteht nach unserem Eindruck ein großer Flickenteppich und erhebliche Unterschiede in der Konzeption der Hilfsangebote für junge Eltern. Wir sind weit davon entfernt, alle Eltern zu erreichen.

Die Angebotslandschaft im Bereich „Frühe Hilfen“ ist von dem so genannten Präventionsparadox betroffen, dass diejenigen, die die Hilfen am dringendsten benötigen, am wenigsten erreicht werden. Die meisten Angebote sind mittelschichtorientiert, auf freiwilliger Basis, wenig mit staatlichen Hilfesystem verknüpft und oft unverbindlich. Da es sich überwiegend um kurzfristige Modellprojekte handelt, ist keine Nachhaltigkeit und kein Langzeitmonitoring der Verläufe gegeben. Es zeigt sich derzeit eine erhebliche regionale Variation sowohl innerhalb der staatlichen Systeme, der Gesundheitsfürsorge (öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) und der Jugendhilfe (allgemeiner sozialer Dienst und Jugendämter), Ergebnisse hierzu werden jedoch erst durch die Befragung bekannt werden, die zum jetzigen Zeitpunkt durch das Deutsche Institut für Urbanistik in Berlin durchgeführt wird.

Es gibt einzelne Gesundheits- und Jugendämter, die sich dem Thema früher Hilfen bereits sehr weit geöffnet haben und Maßnahmen in der Fläche umsetzen, andere Regionen haben noch keine Konzepte entwickelt. Ergänzt werden diese Systeme durch lokale Projekte, die in Umfang und Qualität erheblich variieren. Diese Angebotslandschaft steht durchaus in der Tradition einer Pflege der freiwilligen, nachfrageorientierten Helfelandschaft in Deutschland. Positiv ist daran die Niedrigschwelligkeit, die Hilfeorientierung, Familienorientierung und Gemeindenähe. Diese Angebote können jedoch bestenfalls als ergänzende Hilfen betrachtet werden und ersetzen nicht ein flächendeckendes, verbindliches System der Gesundheits- und Jugendhilfe.

3. Ist der Bedarf an diesen Angeboten gestiegen? Wenn ja, welche Ursachen sehen Sie für diesen Anstieg?

Antwort

Der Bedarf ist mit zunehmender Armut der Familien und hohem Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren trotz insgesamt sinkender Kinderzahlen ganz erheblich gestiegen. Ich verweise auf meine Ausführungen zu Frage 1 und auf die Ausführungen im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung.

a) Können Sie diese regional differenzieren? Welche Bedarfe zeigen sich eher im ländlichen Raum, welche in Ballungsgebieten?

Antwort

Die Hilfsunterstützung und Informationsbedürfnisse von jungen Familien unterscheiden sich nicht prinzipiell im ländlichen Raum von Ballungsgebieten. Da es sich um psychosoziale Entwicklungsaufgaben im Übergang zur jungen Elternschaft handelt, ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede. Unterschiede bestehen allerdings hinsichtlich der Organisation von Hilfsangeboten, wobei bei aufsuchenden Hilfen weitere Fahrwege auf die Helfer zukommen, auch sind Hilfekonferenzen mit einem größeren Aufwand zu organisieren.

b) Welche Angebote sollten generell allen Eltern zur Stärkung ihrer Funktion als Erziehungsinstanz zur Verfügung stehen?

Antwort

Auf primär präventiver Ebene sollte die Bundesregierung an einer Politik der Unterstützung der Kinderrechte, insbesondere das Recht auf gewaltfreie Erziehung fortsetzen und durch geeignete Kampagnen fortsetzen.

Weiterhin sollten Angebote zur frühen, Familien ergänzenden Betreuung in Tagespflege und Kinderkrippe mit einem Angebot zur intensiven Elternarbeit und Beratung verbunden sein. Hierzu eignet sich insbesondere der Umbau von Kindertagesstätten zu so genannten Familienzentren, die in einigen Regionen bereits voranschreitet. Insgesamt gilt es, junge Familien dort aufzusuchen, wo sie ohnehin Anknüpfungspunkte finden.

Weiterhin sind im Rahmen der primären Prävention vorbeugende Beratung im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung zu sehen, dies ist in der Regel eine gute Gelegenheit, Informationsmaterial anzubieten. Beispielsweise ist von der BZGA ein Elternratgeber

entwickelt worden, der im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung Informationsmaterial zu spezifischen Themen anbietet.

Der Zugang zu Elterntrainings (zum Beispiel „Starke Eltern, starke Kinder“) muss niedrighschwelliger als bisher gestaltet werden. Wenn bei einem Angebot durch die Jugendhilfe ein Antrag zur Hilfe zur Erziehung erforderlich ist, schreckt das viele der bedürftigen Familien ab.

- c) **Welche dieser Angebote sind besonders zur Prävention bei Kindeswohlgefährdung geeignet?**

Antwort

Elterntrainings in Gruppen zur Vermittlung spezifischer erzieherischer Kompetenzen können als Prävention zur Kindeswohlgefährdung angesehen werden, wenn auch keine großen Studien zum Langzeitverlauf vorliegen. Diese Kurse sollten noch flächendeckender und niedrighschwelliger angeboten werden. Amerikanische Studien (Olds und Mitarbeiter) haben zeigen können, dass diese Trainings in der Regel nur in Verbindung mit persönlicher sozialer Unterstützung der teilnehmenden Eltern und Alltagsbegleitung wirksam werden.

- d) **Welche sind besonders passgenau für Eltern, die mit ihrer Erziehungsverantwortung überfordert sind (Kindesvernachlässigung) und welche sind besonders geeignet zur Aufdeckung bzw. Intervention bei Kindesmisshandlung?**

Antwort

In Familien, in denen bereits eine Kindesvernachlässigung vorliegt oder unmittelbar droht, können nur sehr intensive Hilfen vor Ort Erfolg bringend sein. Es ist unrealistisch, in solchen Fällen davon auszugehen, dass die Eltern ausreichende Ressourcen, Kompetenzen und Motivationen zeigen werden, Elterntrainings oder Beratungsstellen aufzusuchen. Hier kann eine Rehabilitation der Familie sehr häufig nur über intensive sozialpädagogische Familienhilfe über längere Zeit, flankierende soziale Beratung zu sozialen Hilfen und Arbeitsvermittlung, kostenfreie Unterbringung in Kinderkrippe und Kindertagesstätte und Bildungsförderung für die Kinder eine Änderung der familiären Situation herbeiführen. Dennoch sind solche Maßnahmen in der Regel langfristig effektiver als die kurzfristige Unterbringung in Pflegefamilien, da hierdurch häufig eine lange Kette wechselnder Betreuungssituationen für die Kinder induziert wird.

Weiterhin müssen in der Regel alle Kinder in der Familie Hilfen erhalten und auch in der Folge geborene Kinder beobachtet werden. Daher ist es häufig sinnvoll, hier nachhaltige Betreuungs- und Unterstützungssysteme zu installieren, die jedoch meistens Zeit, Personal und Ressourcen in größerem Umfang erfordern. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass durch einen hohen Einsatz hier durchaus Ziele wie Verselbständigung der Familien, Zugang zum Arbeitsmarkt, Verhüten von Kindesmisshandlung und bessere Bildung von Kindern erreicht werden konnten.

Es ist nicht davon auszugehen, dass es spezifische Programme gibt, die ganz besonders geeignet zur Aufdeckung und Intervention bei Kindesmisshandlungen sind.

Es geht prinzipiell darum, alle Familien ausreichend zu unterstützen, damit keine Risikosituation entsteht. Sollte dennoch eine belastete Situation entstanden sein, muss diese Familie gut in Hilfesysteme eingebunden sein. Diese Hilfesysteme müssen immer beide Prinzipien, nämlich die der Hilfe und der Kontrolle gleichzeitig vertreten. Es ist unangemessen, Angebote in nur hilfswillig oder nur kontrollorientiert zu unterteilen, da auch eine enge Anbindung, Unterstützung bei der Strukturierung des täglichen Lebens Kontrollfunktion bedeutet und diese Kontrollfunktion durchaus hilfreich in der Betreuung der Familie sein kann. Besonders geeignet zur Aufdeckung bzw. Intervention bei Kindesmisshandlung ist allein die Kompetenz der helfenden Berufsgruppen, die allerdings jeweils durch unterstützende fachliche Begleitung und Supervision in ihrer Selbstreflexion unterstützt werden müssen.

4. **Gibt es „Imageprobleme“ bei Angeboten, die für Familien generell und ohne Vorhandensein von Problemlagen oder eines erzieherischen Bedarfs bereitstehen sollten, wenn diese überwiegend im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdungen diskutiert werden? Wie kann diesen vorgebeugt werden?**

Antwort:

„Imageprobleme“ kann es geben, wenn man sich bei den primären Angeboten nur auf so genannte „Risikofamilien“ (s.o.) beschränkt und dadurch eine Stigmatisierung der Familien bewirkt. Es sollte zunächst allen Familien das Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt werden.

Die besonders betreuten Familien nehmen Konflikte in der Auftragslage verschiedener helfender Angebote wahr. Die Jugendämter in Kooperation mit den Familiengerichten sind allein befugt, das staatliche Wächteramt bei Kindeswohlgefährdung auszuüben und Maßnahmen auszusprechen, die von

den Familien als Sanktionen wahrgenommen werden. Die Jugendämter haben darüber hinaus noch eine breite Palette von vorbeugenden und helfenden Angeboten zur Verfügung, dennoch ist es richtig, den betreuten Familien die Eingriffsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Blickwinkel der Jugendhilfe von Anfang an deutlich zu machen. Da alle Hilfeangebote und nach dem neuen Kinderschutzgesetz auch Kinder betreuende Einrichtungen, wie Kindertagesstätten und Schulen verpflichtet sind, bei Kindeswohlgefährdung mit der Jugendhilfe zu kooperieren, müssen die Schnittstellen zwischen den Einrichtungen, Hilfsangeboten und der Jugendhilfe genau definiert werden und auch den Familien vermittelt werden. Eine Spaltung des Hilfesystems in helfende und sanktionierende Einrichtungen unterstützt die Wahrnehmung in den Familien von guten und schlechten Helfern, hier ist eine hohe Kompetenz in der Vermittlung der Hilfen, klaren Darstellungen und Selbstreflexion der Helfer im Kontakt mit den Familien erforderlich. Helfende Berufe müssen im Hinblick auf diese schwierige Aufgabe unterstützt werden.

Das „Imageproblem“ der Jugendhilfe verstärkt sich leider derzeit erheblich, weil die mediale Aufbereitung und Skandalisierung dazu führt, dass die Interventionen der Jugendhilfe unter dem Druck von Öffentlichkeit und Politik wieder deutlich sanktionsorientierter werden, als dies in den letzten Jahren der Fall war. Die Herausnahme von Kindern aus Familien ist um mehr als 50% gestiegen, ohne dass es Hinweise auf eine Zunahme von Todesfällen oder schwersten Misshandlungen gibt. Im Gegenteil sind diese Fälle in den letzten Jahren durch eine gute und sorgfältige Arbeit der Jugendhilfe, durch vermehrte Aufmerksamkeit von Kinder- und Jugendärzten und durch eine Förderung der gewaltfreien Erziehung in Deutschland gesunken.

Das „Imageproblem“ der Jugendhilfe könnte am ehesten dadurch behoben werden, wenn die Jugendhilfe finanziell in die Lage versetzt wird, auch frühzeitige präventive Hilfen vermitteln zu können. Dennoch führt kein Weg daran vorbei, dass sie ihre Garantstellung für das Kindeswohl klar und deutlich macht. In aller Regel können aber gemeinsame Ziele mit den Eltern vereinbart werden, die ebenfalls meist am Kindeswohl orientiert sind, aber über mangelnde persönliche oder soziale Ressourcen verfügen.

a) Wie verhalten sich die Kostenträger mit Blick auf die wachsende Zahl von sog. Risikofamilien?

Antwort:

Im Bereich der GKV gibt es seitens der Kostenträger keinerlei Differenzierung zwischen „Normalfamilien“ und „Risikofamilien“. Die Strukturen der Honorierung ärztlicher Leistungen durch kontaktunabhängige Quartalspauschalen machen es für Ärztinnen und Ärzte zunehmend unattraktiv, sich in Ortsteilen mit hohem Anteil an sozial schwachen Familien niederzulassen, da der immense

Mehraufwand (häufige Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal, Nicht-Einhaltung von Terminen, geringe Inanspruchnahme von Präventionsleistungen, hoher Bedarf an sozialen Hilfsleistungen wie Kontakten zu Fördereinrichtungen, zur Kinder- und Jugendhilfe usw.) auch nicht annähernd vergütet wird. Ein Ausgleich durch PKV-Versicherte ist in diesen Problembereichen nicht möglich, das Einkommen der Ärzte liegt dort um 30 bis 40 % unter dem in Ortsteilen mit gemischter Bevölkerung. Die dringend notwendige Koordinationsaufgabe in der Betreuung dieser Familien kann derzeit nur von sozialpädiatrischen Zentren mit einer entsprechend hohen Pauschale geleistet werden.

Auch ist es so, dass die geringen zur Verfügung stehenden Mittel der Jugendhilfe für Intervention in hochgradigen Gefährdungslagen gebraucht werden, individuelle, spezifische und passgerechte Hilfen für Familien im Vorfeld von Gefährdung stehen kaum zur Verfügung. Solche Maßnahmen sind zum Teil im Bereich der freiwilligen, ehrenamtlichen und anderen Hilfen zu finden; diese übernehmen jedoch in der langfristigen Begleitung der Familien und Koordination der Maßnahmen keine Verantwortung.

- b) **Wie können die hier auftretenden Schnittstellenproblem gelöst werden?**

Antwort:

Neben einem Ausbau von sozialpädiatrischen Zentren oder einer „Sozialpädiatriezulage“ für Kinder- und Jugendärzte analog der „Sozialpsychiatriepauschale“ für Kinder- und Jugendpsychiater ist auch ein umfassender Ausbau des kinder- und jugendmedizinischen Dienstes im ÖGD dringend erforderlich.

Außerdem benötigen wir ein verbindliches, langfristiges und flexibles Casemanagement, das in jedem Fall durch die Jugendhilfe in enger Zusammenarbeit mit dem ÖGD übernommen wird, auch wenn unterstützende Maßnahmen durch freie und andere Träger übernommen werden. In aller Regel sind ausreichende Informationen über ein gefährdetes Kind in den verschiedenen Systemen vorhanden, werden aber nicht ausreichend kommuniziert bzw. „versanden“ in den Subsystemen.

**5. Wie funktioniert die Kooperation zwischen den Trägern der Angebote?
Welche unterstützenden Instrumente braucht es hier möglicherweise?**

Antwort:

Viele Strukturen arbeiten leider unabhängig voneinander und kommunizieren auch aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und zeitlicher Möglichkeiten nur sehr unzureichend. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können an Fallkonferenzen nur zu ungewöhnlichen Zeiten außerhalb ihrer Sprechstunden teilnehmen, diese sind aber aufgrund der Dienstzeiten der übrigen Kooperationspartner im Netz so gut wie nicht realisierbar. Die Kontakte zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie dem kinder- und jugendmedizinischen Dienst im ÖGD sind vielerorts völlig unzureichend. Bei der im Entwurf zum Kinderschutzgesetz für die Kinder- und Jugendhilfe vorgeschriebenen persönlichen Inaugenscheinnahme müsste sichergestellt sein, dass wenn es um Kindeswohlgefährdung geht, grundsätzlich auch pädiatrischer Sachverstand miteinbezogen wird.

Nach Erfahrungswerten funktioniert die Zusammenarbeit am besten in regionalen Verbänden, die eine persönliche Kenntnis des Ansprechpartners erlaubt, wie zum Beispiel in bestimmten Stadtteilen oder Kleinstädten. Als unterstützendes Instrument wäre ein besserer Informationsaustausch, insbesondere unter den staatlichen Systemen wie öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Jugendamt, Kindertagesstätte und Schule zu nennen. Es ist mit großen Informationsverlusten und Risiken für Kinder verbunden, wenn Informationen, die der Jugendhilfe vorliegen, aber nicht an die in den Kindertagesstätten und Schulen tätigen Ärzte des Gesundheitswesens weitergegeben werden und umgekehrt. Dieser Informationsaustausch muss ausgeweitet werden auch auf Träger der Jugendhilfe, die als Auftragnehmer Aufgaben der Jugendhilfe im Subsidiaritätsprinzip übernehmen. Sie kann nicht ausgeweitet werden auf Inanspruchnahme von freiwilligen Angeboten wie Beratungsstellen, psychologische und psychotherapeutische Praxen, Ärztinnen und Ärzte oder Selbsthilfegruppen. Selbstverständlich sollten diese letztgenannten Einrichtungen an ihre Befugnis zur Kooperation erinnert werden.

6. Welche positiven wie negativen Konsequenzen ergeben sich aus dem Ausbau der Kinderbetreuungsangebote für die unter Dreijährigen?

Antwort:

Dazu verweise ich auf die gemeinsame Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften, die ich beifüge. Für Kinder aus bildungsfernen oder psychosozial ungünstigen Familienkontexten kann frühkindliche Betreuung Voraussetzungen dafür schaffen, ihr vorhandenes Potential zu mobilisieren und Chancengleichheit herzustellen. Unter Berücksichtigung des aktuellen

Erkenntnisstands der Bindungsforschung, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Anhaltzahlen des Kinderbetreuungsgesetzes der Europäischen Union empfehlen Kinder- und Jugendärzte folgenden Betreuungsschlüssel:

für Säuglinge von 9 bis 12 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 2 Kinder
für Kinder von 12 bis 24 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 3 Kinder
für Kinder von 24 bis 36 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 4 Kinder

Empfehlungen zur Gruppengrößen müssen in Abhängigkeit von der Gruppenhomogenität formuliert werden; je jünger die Kinder und je kleiner das Altersspektrum, desto kleiner sollte die Gruppe sein. Als Richtschnur kann in der Altersklasse unter drei Jahre eine Gruppengröße von bis zu 12 Kindern betrachtet werden. Die Erzieherinnen und Erzieher benötigen eine qualifizierte Ausbildung, die Einrichtungen müssen so ausgestattet sein, dass tägliche Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und ausreichende Ruhephasen möglich sind.

7. Welche Chancen und Risiken sehen Sie in der Etablierung von Eltern-Kind-Zentren / Familienzentren?

Auf welche Erfahrungen kann hier zurückgegriffen werden, um valide Schlussfolgerungen zu ziehen?

Antwort:

Solche Zentren bieten nah an den Bezugspersonen die Möglichkeit, niedrigschwellige Hilfsangebote zu machen und die Eltern in ihrer Unsicherheit zu entlasten. Sie können aber nur wirksam sein, wenn sie in professionelle Netzwerke eingebunden sind. Allerdings sind Modellvorhaben nicht wissenschaftlich evaluiert. Studien solcher Art müssen als Langzeitstudien angelegt werden, um den wirklichen Nutzung für die beteiligten Kinder und Familien nachzuweisen. Solche Studien sind in Deutschland noch nicht durchgeführt worden.

8. Welche neueren Konzepte finden sich im Bereich der frühen Hilfen, wie werden sie angenommen?

Antwort:

Neue Konzepte im Bereich der frühen Hilfen ist insbesondere das Training von Eltern/Kind-Interaktion, Förderung des Bindungsverhaltens und Förderung elterlicher Feinfühligkeit anzusehen. Diese Konzepte haben Eingang gefunden in nahezu alle Modellvorhaben, die durch das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ in den Bundesländern begleitet und unterstützt werden. Ein Verzeichnis und Beschreibung dieser Modellvorhaben findet sich auf der

9. Wie wirkungsvoll sind die rechtlichen Regelungen (z.B. §16 SGB VIII) bzw. welchen Handlungsbedarf sehen Sie von Seiten des Bundesgesetzgebers?

Antwort:

Da die Ausgestaltung Ländersache ist, gibt es hier eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote für die Eltern. Diese Angebote hängen auch ganz wesentlich von der personellen und finanziellen Ausstattung der Kinder- und Jugendhilfe ab und sind in vielen Regionen weiterhin unzureichend. Ich verweise dazu auch auf die Ausführungen im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, der sich mit gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe befasst.

10. Welche grundsätzlichen Anforderungen (Früherkennung von Problemen, Erreichbarkeit von Zielgruppen, Art der Hilfen, Nachhaltigkeit und Vernetzung der Kinder- und Jugendhilfe mit der Gesundheitshilfe sowie mit Kooperationspartnern etc.) werden an Systeme der frühen Hilfe gestellt?

Antwort:

Als grundsätzliche Anforderung kann gelten, dass Angebote zur primären, ggf. auch sekundären Prävention durch staatliche Hilfesysteme begleitet und koordiniert werden müssen. Dazu sind insbesondere Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie der kinder- und jugendärztliche Dienst im ÖGD, in der Lage. Durch die frühe Einbindung solcher Dienste bereits während der Schwangerschaft, um die Geburt hin und durch aufsuchende Besuche in den ersten Lebenswochen des Kindes könnten Zugänge zur weitergehenden Hilfesysteme oder Kooperation mit der Jugendhilfe verbindlich geklärt und geplant werden. Falls sich aus solchen primärpräventiven Angeboten zusätzlicher Hilfebedarf ergibt, muss die Zuständigkeit und das verbindliche Casemanagement für eine Familie abgesprochen werden.

Eine weitere Anforderung an Systeme der frühen Hilfen ist die Gestaltung des Mit- und Nebeneinanders von Hilfen und Kontrolle. Beides ist immer Teil der Hilfe und des Angebotes und kann nicht ausgeblendet werden. Dazu ist erforderlich, dass alle Beteiligten mit einer hohen Professionalität sich als Teil eines Gesamtsystems ansehen. Dies betrifft auch ehrenamtliche Helfer, die in Familien tätig sind und selbstverständlich keine spezifischen Aufgaben zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung übernehmen können. Dennoch müssen gerade solche Helfer unterstützt werden, wie sie mit negativen Eindrücken und Verläufen in den Familien umgehen können und eine Möglichkeit zur

Supervision solcher Eindrücke haben. Andererseits sollten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes, die Fremdunterbringung in die Wege leiten, in ihrer Reflexionsfähigkeit unterstützt werden, unter welchen Vorgaben und mit welchen fachlichen Begründungen beispielsweise Herausnahmen erfolgen, wie sie mittelfristig geplant sind, ob und unter welchen Umständen eine Rückführung möglich und nötig ist.

- ® *Bildung eines frühen aufsuchenden Netzwerks unter Einschaltung von Entbindungs-Kliniken, Familien-Hebammen, Kinderkrankenschwestern (ganz besonders bei Kindern mit Beeinträchtigungen der Gesundheit), Frauenärzten, Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendhilfe (Sozialarbeitern, Sozialpädagogen), Kinderschutzbund*
- ® *Casemanagement durch eine gemeinsame Clearingstelle (Jugendamt/Gesundheitsamt)*
- ® *frühzeitiges Angebot einer Entlastung der Eltern durch Betreuung in (kostenlosen) entsprechend ausgestatteten Kindertageseinrichtungen oder durch entsprechend qualifizierte Tagesmütter*
- ® *Schaffung von Anreizen mit positiver Verstärkung (aber keine Geldzuwendungen für Selbstverständlichkeiten)*
- ® *Eltern annehmen und versuchen, eine tragfähige Beziehung herzustellen*
- ® *Transparenz der Abläufe vermitteln*
- ® *Abstimmung von Prozessorientierung (Eltern) und Entwicklungsorientierung (Kind)*
- ® *Sicherstellung der Qualifikation der Helfer*
- ® *komplette Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (bei Ausbau und Anpassung des gesamten Programms der Kindervorsorgeuntersuchungen hin zu mehr primärer Prävention) und Impfungen und anderes*

11. Wie können am besten überforderte/benachteiligte Familien erreicht und unterstützt werden? Welche Institutionen und gesellschaftliche Gruppen müssen sie erreichen können?

Antwort:

Idealerweise sollten alle Familien mit neugeborenen Kindern innerhalb der ersten 4 Lebenswochen des Kindes von speziell geschulten Fachleuten aufgesucht werden, um frühzeitig zu erkennen, ob diese Familie Hilfe benötigt oder nicht (Dormagener Modell). Eine Stigmatisierung einzelner Familien durch gezieltes Aufsuchen von Familien, die aufgrund der oben geschilderten Merkmale in die Gruppe der „Risikofamilien“ eingeordnet werden, ist nicht unbedingt Ziel führend und birgt die Gefahr des Übersehens weicher Risiken. Die aufsuchenden Helfer benötigen eine besondere Qualifikation und müssen, wenn sie ehrenamtlich tätig sind, von Haftungsfolgen befreit werden. Dies gilt natürlich nicht für hauptamtliche Kräfte der Kinder- und Jugendhilfe oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Überforderte und benachteiligte Familien werden am besten dadurch erreicht, dass ihre soziale Ausgrenzung durch Armut und Arbeitslosigkeit begrenzt wird. Insbesondere Angebote für ihre Kinder, wie frühe Familien ergänzende Erziehung, Bildungs- und Freizeitangebote müssen so gestaltet sein, dass Kinder aus sozial marginalisierten Familien sie unkompliziert erreichen können. Im sozialen Miteinander werden soziale, informelle Unterstützungssysteme gefördert und Hilfe geleistet, ohne dass spezifische Maßnahmen ergriffen werden müssten.

Die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit von Fällen von Kindeswohlgefährdung ist auch durch die kinderfreundliche Politik in der letzten Dekade deutlich vorangeschritten. Am meisten gefährdet sind junge Kinder, die mit ihren Familien in sozialer Isolation leben oder von ihren Familien isoliert werden. Das Sichtbarwerden dieser Lebenslagen, früher aufsuchende Hilfen und bessere Kommunikation über Problemlagen von Familien unter den zuständigen Behörden wird sicher zu einer besseren Erreichbarkeit von überforderten und benachteiligten Familien führen.

12. Welche Erfahrungen gibt es bereits mit erprobten Modellprojekten wie mit dem Projekt "Guter Start ins Kinderleben" und wie können diese Erfahrungen in die Entwicklung von flächendeckenden Regelsystemen einfließen?

Antwort:

Es ist Aufgabe des Staates, der nach den Vereinbarungen in der UN-Kinderrechtskonvention das Kindeswohl zu garantieren hat, diese Angebote flächendeckend zu etablieren. Diese Projekte werden von der Bevölkerung akzeptiert, die Effizienz ist noch nicht abschließend belegt.

Die vom BMFSFJ geförderten Modellprojekte werden derzeit ausgewertet, erste Ergebnisse liegen vor (vgl. Expertise des Deutschen Jugendinstituts). Eine nachhaltige Wirkung kann wegen der kurzen Laufdauer der Evaluation jedoch nicht nachgewiesen werden.

Es hat sich allerdings bereits jetzt gezeigt, dass sehr viel weniger Familien durch die Modellprojekte erreicht werden können, als dies ursprünglich geplant war. Als problematisch können bereits jetzt Zugangswege zu belasteten Familien durch Modellprojekte genannt werden. Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass die Modellprojekte etablierte Strukturen durch das Nebeneinander von alten und neuen Strukturen, Verschiebung von Ressourcen und Zuständigkeiten beeinträchtigt haben.

Neben den sehr positiven fachlichen Erfahrungen, dem wissenschaftlichen Gewinn können solche Modellprojekte auch unerwünschte Nebenwirkungen haben und regionale Strukturprobleme verursachen, wenn sie nicht in

vorhandene Systeme sorgfältig eingegliedert und ihre Weiterführung nach Ende ihrer Modellphase mitgeplant wurde.

13. Welche Erfahrungen gibt es in den Ländern und Kommunen mit vorhandenen Hilfesystemen und wie können diese Erfahrungen für die Entwicklung von Regelsystemen eingesetzt werden?

Antwort:

Bei allen Modellprojekten im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen wie auch den zahllosen kleineren Projekten zu frühen Hilfen in nahezu jeder Kommune stellen sich regelhaft Probleme bei der Verständigung der Erfahrungen und Überführung in das Regelsystem.

Gerade der Bereich Früher Hilfen ist in den Kommunen weder durch die Gesundheitshilfe noch durch die Jugendhilfe mit ausreichenden Mitteln abgedeckt, um diese neuen Zuständigkeiten finanziell auf Dauer zu sichern. Die Diskontinuität von Hilfsangeboten kann für Kinder und Jugendliche zu einem erheblichen Risiko führen, weil dies nicht nur zu Informationsabbrüchen, sondern auch zu Beziehungsabbrüchen und negativen Hilfe Erfahrungen führen kann. Hier müssen unbedingt rasche Konzepte zur Verständigung, insbesondere der kommunalen Projekte überlegt werden.

Einzelheiten dazu kann sicher die Kinder- und Jugendhilfe beitragen. Auch der 13. Kinder- und Jugendbericht macht dazu einige Aussagen.

14. Welche Bedeutung haben bei der Entwicklung von Konzepten der Förder- und Unterstützungsansatz sowie der Interventionsansatz?

Antwort:

Im Vordergrund aller Bemühungen sollte immer die Förderung und Unterstützung der Familienstrukturen stehen, um eine stabile Bindung an eine Bezugsperson aufzubauen und dem Kind Urvertrauen mitzugeben. Ist dies aufgrund der familiären Umstände (z.B. psychische Erkrankung der Eltern, Abhängigkeit der Eltern) nicht möglich, muss frühzeitig interveniert werden, um wichtige Entwicklungsphasen eines Kindes nicht zu versäumen. Bei der Intervention gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- *Betreuung tagsüber in einer qualitativ hochwertigen Kindertageseinrichtung oder bei einer entsprechend qualifizierten Tagesmutter und nächtliche Rückkehr in die Familie*
- *vollständige Herausnahme des Kindes aus der Familie und Unterbringung in einer guten Pflegefamilie*
- *Heimunterbringung*

In jedem Fall ist ein differenziertes Konzept zu entwickeln, das Förderung und Unterstützung sowie Intervention bei Kindeswohlgefährdung integriert. Ein differenzierter Zugang erlaubt passgerechte Hilfen, die aber das prinzipielle Miteinander von Förderung und Unterstützung einerseits und Intervention, auch mit sanktionierendem Charakter, erlauben.

Die Entwicklungsverläufe von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sind variabel und phasenweise sehr wechselnd. Auch abhängig von äußeren Situationen und sozialen Belastungen, kann eine Familie, die in manchen Phasen mit einem nur sehr milden Unterstützungsangebot selbst zurecht kommen, in anderen Phasen einer deutlichen Intervention bis hin zur Fremdunterbringung des Kindes bedürfen. Die Verantwortung für das langfristige Casemanagement liegt dabei in der Regel bei der Jugendhilfe.

Beantwortung:

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)

Prof. Dr. Ute Thyen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel: 0451 / 500 2615
Fax: 0451 / 500 6064
e-mail: thyen@paedia.ukl.mu-luebeck.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

Dr. Wolfram Hartmann
Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.)
Mielenforster Str. 2
51069 Köln
Fon: 0221/68909-0,
Fax: 0221/683204
e-mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de
www.kinderaerzte-im-netz.de

Positionspapier der

Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen) - Kurzversion

Horacek U, Böhm R, Klein R, Thyen U, Wagner F

1. Allgemeine Überlegungen

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat im März 2008 den Entwurf eines Kinderförderungsgesetzes vorgelegt. Mit diesem Gesetz wird zum einen die Verpflichtung normiert, bis 31.7.2013 für Kinder im Alter unter drei Jahren Plätze in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege nach erweiterten Kriterien vorzuhalten und diese Plätze stufenweise auszubauen. Zum anderen soll zum 1.8.2013 ein Rechtsanspruch auf frühkindliche Förderung in einer Tageseinrichtung oder Tagespflege für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr einführt werden.

Institutionelle Betreuung von Kindern findet in Tageseinrichtungen statt, deren Aufgaben im § 22 (2) des Sozialgesetzbuches VIII formuliert sind. Sie sollen

1. „die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit fördern,
2. die Erziehung und Bildung in der Familie unterstützen und ergänzen,
3. den Eltern dabei helfen, Erwerbstätigkeit und Kindererziehung besser miteinander vereinbaren zu können.“

Der Förderauftrag wird dahingehend näher spezifiziert, dass er Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes umfasst und sich auf seine „soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung“ zu beziehen hat. Die Förderung hat sich zu orientieren an „Alter und Entwicklungsstand, den sprachlichen und sonstigen Fähigkeiten, an der Lebenssituation sowie den Interessen und Bedürfnissen des einzelnen Kindes“ und soll sein ethnische Herkunft berücksichtigen.

Die grundsätzliche Frage, ob für Kinder unter drei Jahren überhaupt eine institutionelle Betreuung angestrebt werden soll, wird aus verschiedenen Perspektiven heraus sehr unterschiedlich beantwortet.

Die wenigen verfügbaren Studien liefern Indizien dafür, dass institutionelle frühe Förderung eine wichtige Ergänzung guter elterlicher Erziehung sein kann. Für Kinder aus bildungsfernen oder psychosozial ungünstigen Familienkontexten kann sie Voraussetzungen dafür schaffen, ihr vorhandenes Potential zu mobilisieren und Chancengleichheit herzustellen. Zu berücksichtigen ist, dass mit zunehmender Gesamtdauer außerfamiliärer Betreuung eine langfristige Zunahme von expansivem Problemverhalten verbunden sein kann (11). Unzureichende Qualität von Krippeneinrichtungen kann zu einer ungünstigen Entwicklung sowohl bezüglich der Kognition als auch mit Verhaltensauffälligkeiten assoziiert sein. Negative Effekte treten umso wahrscheinlicher ein, je länger unzureichende Betreuungsformen zum Einsatz kommen; in der bisher größten wissenschaftlichen Begleitstudie wird daher empfohlen, die Gesamtdauer von Tagesbetreuung in den ersten drei Lebensjahren generell so kurz wie möglich zu halten (32).

Das Papier berücksichtigt viele Anregungen und Hinweise aus den Organen der Sozialpädiatrie in Deutschland, vornehmlich aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und aus sozialpädiatrischen Zentren. Erfahrungen und Erkenntnisse aus anderen europäischen Ländern und aus den USA sind eingeflossen.

In Abhängigkeit vom Blickwinkel kann die Qualität einer Betreuungseinrichtung sehr unterschiedlich bewertet werden. Für Träger mag Wirtschaftlichkeit, für die Gemeinde kommunale Wertschöpfung, für Eltern mögen Wohnortnähe, Bezahlbarkeit, Flexibilität wesentlich sein. Die Qualität der Betreuung muss sich primär an den Entwicklungsbedürfnissen des Kindes orientieren, so wie es auch im Gesetzestext als Leitlinie formuliert ist.

Aus Sicht der Fachgesellschaft DGSPJ werden die zu erfüllenden Anforderungen an Einrichtungen beschrieben, die Kinder unter drei Jahren professionell betreuen. Dabei fließen, dem sozialpädiatrischen Zugang und Selbstverständnis entsprechend, medizinische, entwicklungspsychologische und (sonder-)pädagogische Aspekte ein. Die Empfehlungen berücksichtigen neben dem derzeitigen gesellschafts- und familienpolitischen Hintergrund vor allem den aktuellen Forschungsstand insbesondere der Bindungsforschung sowie internationale Erfahrungen.

Der Schwerpunkt liegt auf dem Anforderungsprofil, das sich aus der Perspektive des Kindes ergibt; es stellt seine gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse, also körperliche, seelische, kognitive und soziale Erfordernisse, in den Mittelpunkt der Überlegungen zur Betreuungsqualität. Die Ausführungen beschreiben einen Qualitätsrahmen. Dargestellte Relationen (Betreuerschlüssel, Gruppenstärken etc.) stellen einen Mindeststandard dar, der nicht unterschritten werden sollte.

Allgemeine gesundheitliche Bedürfnisse der Altersgruppe

Es ist selbstverständlich, dass für Säuglinge und Kleinkinder besondere Anforderungen an Pflege, Ernährung, Hygiene, Infektionsschutz und Sicherheit zu erfüllen sind.

Erzieherinnen müssen über die medizinischen Grundleistungen, die das Versorgungssystem für Säuglinge und Kleinkinder vorhält, informiert sein; d.h. sie sollten Hintergrund und Zeitpunkt der frühen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und den altersgemäßen Impfstatus gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission kennen.

Bindung

Die Entwicklungsforschung der letzten 50 Jahre hat das Verständnis für die sozialen und emotionalen Bedürfnisse von Kindern und für die Bedeutung stabiler, feinfühligere Bindungen zunehmend differenziert herausgearbeitet. Besondere Bedeutung hat hierbei die primäre Bindungsperson, deren Bindungsmuster starken Einfluss auf das spätere Gefüge psychischer Sicherheit des Kindes nimmt. Daneben hatten Mütter in der gesamten Evolution bei der Versorgung ihrer Kinder Hilfe durch Mitglieder der erweiterten Familie, die zu Sekundärbindungspersonen wurden. Auch die Störung der Bindung zu sekundären Bindungspersonen kann sich nachteilig auf die psychische Entwicklung eines Kindes auswirken, insbesondere dann, wenn sie wiederholt auftritt (12).

Der Aufbau frühkindlicher Bindung folgt einer relativ klaren Zeitachse, bei der mehr und weniger störanfällige Zeitfenster zu berücksichtigen sind. Aufbau von Sekundärbindung sollte grundsätzlich erst nach Etablierung einer sicheren Primärbindung erfolgen. Eine außerfamiliäre Betreuung bereits im ersten Lebensjahr ist daher aus Sicht der Fachgesellschaft nicht generell empfehlenswert.

Aus Sicht der Bindungsforschung kann qualitativ gute Vorschulbetreuung die meisten mehr als drei Jahre alten Kinder dabei unterstützen, soziale Unabhängigkeit und kognitive Fähigkeiten zu entwickeln. Für Kinder unter 2 Jahren lassen sich dafür keine wissenschaftlich fundierten Aussagen treffen. Die individuelle Kapazität eines Kindes, den Trennungsstress zu bewältigen, sollte daher in dieser Altersstufe sehr sorgfältig im Einzelfall erwogen werden (11,18).

Neurobiologische Aspekte

Neue Studien zeigen, dass bei einem Teil der Kinder in Krippenbetreuung anhaltend erhöhte Konzentrationen des Stresshormons Cortisol gefunden werden; diese Beobachtung wurde bei familiär betreuten Kindern nicht gemacht (3, 18,47). Es wird angenommen, dass sich chronisch erhöhte Cortisolspiegel nachteilig auf die Gehirnentwicklung auswirken und zu psychischen und Verhaltensstörungen führen können (22); die Klärung möglicher Zusammenhänge im Sinne von Assoziation oder Kausalität bedarf allerdings dringend weiterer Studien. Unbenommen ist, dass sich chronischer Stress durch Trennungen u.a. in subtilen Verhaltens- und Gemütsveränderungen äußern kann. Wenn für Säuglinge und Kleinkinder keine (subjektiv empfundene) Bezugsperson erreichbar ist, laufen sie Gefahr, eine große Bandbreite von instinktiven und dissozialen Verhaltensweisen zu entwickeln. Die Erkennung und richtige Bewertung derartiger Verhaltenszustände ist eine der verantwortungsvollsten Aufgaben von Krippenerzieherinnen, die besondere Qualifikationen erfordert.

Betreuungsschlüssel, Gruppengröße und – zusammensetzung

Unter Berücksichtigung des aktuellen Erkenntnisstands der Bindungsforschung, der Kinder- und Jugendpsychiatrie (26) sowie der Anhaltzahlen des Kinderbetreuungsgesetzes der Europäischen Union empfiehlt die Fachgesellschaft folgenden **Betreuungsschlüssel**:

- **für Säuglinge von 9 bis 12 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 2 Kinder**
- **für Kinder von 12 bis 24 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 3 Kinder**
- **für Kinder von 24 bis 36 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 4 Kinder**

Empfehlungen zur **Gruppengrößen** müssen in Abhängigkeit von der Gruppenhomogenität formuliert werden; je jünger die Kinder und je kleiner das Altersspektrum, desto kleiner sollte die Gruppe sein. Als Richtschnur kann in der Altersklasse unter drei Jahre eine Gruppengröße von bis zu 12 Kindern betrachtet werden. Vorteilhaft sind eine ausgewogene Altersmischung und Geschlechterzusammensetzung. Bildet man altersgemischte Kindergruppen unter Beteiligung von Kindern unter drei Jahren, so sollte ihr Anteil nicht über 5, die Gruppenstärke nicht 15 Kinder überschreiten. Bei der Personalbesetzung ist sicherzustellen, dass jederzeit mindestens zwei Fachkräfte in der Gruppe anwesend sein können. Bei Personalausfall werden nur Erzieher zur Vertretung herangezogen, die den Kindern bekannt sind. Die maximale Zahl der Doppelbelegung von Plätzen sollte in der Betriebserlaubnis festgeschrieben werden; dadurch bleibt die Wahrscheinlichkeit gering, dass die genehmigte Platzzahl von der Zahl der gleichzeitig anwesenden Kinder überstiegen wird.

Eine **Eingewöhnungsphase** mit anfangs langer, im Verlauf abnehmender täglicher Anwesenheit der primären Bindungsperson ist fest vorzusehen. Die Gesamtdauer der Phase ist individuell gemeinsam festzulegen. Sie beträgt in der Regel 2 bis 4 Wochen. Die Eingewöhnungsphase zählt bereits als „Belegung“; d.h. Fehlbelegung, die sich aus der sequenziellen Eingewöhnung von Kindern ergibt, darf nicht zu Personalreduktion führen.

Bindungstheoretische Erkenntnisse bringen nicht nur besondere Anforderungen an Flexibilität und Qualität der Eingewöhnungsphase mit sich, sondern auch an Kontinuität in der Betreuung. Institutionelle Stabilität ist dabei eine wesentliche Grundvoraussetzung. In der Ausgestaltung wird das Modell einer familiären Gruppensituation favorisiert, das den Bedürfnissen des betreuten Kindes am nächsten kommen mag.

Aus der Perspektive des Kindes ist eine größtmögliche personen-, gruppen- und situationsbezogene Konstanz wünschenswert, um die Adaptations- und Verarbeitungssysteme nicht zu überfordern.

Qualifikation und spezifische Fähigkeiten des pädagogischen Personals

Aus Sicht der Fachgesellschaft ist mittel- und langfristig eine **Fachhochschulausbildung** für einen Teil der Erzieherinnen und Erzieher anzustreben. Mindestens eine Erzieherin pro Gruppe sollte über einen Fachhochschulabschluss verfügen. In das Anforderungsprofil gehören unter Bindungsaspekten emotionale Verfügbarkeit, Feinfühligkeit und der Ausschluss schwerwiegender Traumatisierungen in

der eigenen Biografie. Selbsterfahrung und Supervision sollten als Ausbildungsteile in das angestrebte Fachhochschulstudium integriert und im Berufsalltag etabliert werden.

Sensibilität, Schwingungsfähigkeit, Empathie, aber auch Konsequenz, Verlässlichkeit und ausreichende emotionale Stabilität gehören zu den unverzichtbaren „soft skills“. Gerade die Altersgruppe der Kleinstkinder erfordert ein hohes Maß an Energie und Einsatzbereitschaft, um alle physischen, kognitiven und emotionalen Bedürfnisse der anvertrauten Kinder erfüllen zu können. Erzieher müssen in der Lage sein, ein Rollenverständnis als Sekundärbindungsperson zu entwickeln, um die Entstehung konkurrierender Bindungen zu vermeiden. Diese Fähigkeit zur Empathie und Sensibilität für die individuelle Bindungsgestaltung des Kindes einerseits und die Fähigkeit zur „professionellen Distanzierung“ andererseits stellen eine besondere Herausforderung dar.

Unter dreijährige Kinder verfügen über keine, bzw. noch deutlich eingeschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse oder körperliche und emotionale Belastungen verbal zu kommunizieren. Erzieherinnen müssen daher besonders geschult werden, nonverbales Ausdrucksverhalten in dieser Altersgruppe zu lesen und die richtigen Konsequenzen abzuleiten. Dies gilt u.a. auch für Aspekte möglicher Vernachlässigung oder Misshandlung.

In der Verantwortung des Trägers liegt es, für eine kontinuierliche Weiterbildung der Erzieher Sorge zu tragen und ihnen die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen und Qualifikationsmaßnahmen zu ermöglichen. Für die pädagogische Arbeit mit der Altersgruppe sind Fachberatung und Supervision sicherzustellen. Fortbildungsreferenten, Fachberater und Supervisoren sollten über spezifische Qualifikationen verfügen.

Besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern unter drei Jahren

Die in der Einleitung genannten Grundlagen der Bindungstheorie werden berücksichtigt. Krippenerzieherinnen haben für Kinder u.a. die Rolle einer sekundären Bindungsperson; in der Betreuung werden die besonderen Bedürfnisse der Kleinkinder sensibel erfasst und berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für die Gestaltung der Bindung zwischen Erzieherin und Kind.

Insbesondere Kinder mit frühkindlichen Regulations-, Entwicklungs-, Verhaltensstörungen oder Behinderungen bzw. Kinder mit einem Verdacht auf entsprechende Störungen sollten vor der Entscheidung über eine Krippenbetreuung ausführlich entwicklungsneurologisch, entwicklungspsychologisch und heilpädagogisch untersucht werden, ggf. unter Einbeziehung eines Sozialpädiatrischen Zentrums.

Einbindung der Eltern bzw. Familien und Bezugspersonen

Krippen sollten als Eltern-Kind-Zentren ausgerichtet sein und bereits in der Konzeption ein starkes Augenmerk auf die Kooperation mit den Eltern richten. Bei Bedarf sollte im Zentrum Unterstützung und Anleitung für Eltern angeboten werden (Elterncafe, Mütterberatung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Stunden der Sozialberatungsstelle, Tauschbörse, Gesundheitsförderungsprojekte, Elternschule/ Elterntrainings, die die Eltern- Kind-Bindung und Erziehungskompetenzen fördern). Durch diese Angebote kann ein besserer Zugang zu Familien erreicht werden. Zwischen Eltern und Erziehern wird eine Erziehungs- und Bildungspartnerschaft aufgebaut, die auf Vertrauen und Transparenz fußt. Eltern werden als Experten für ihr Kind und seine Entwicklung wahrgenommen und behandelt. Sie bleiben primäre Bezugspersonen und werden in ihrer Verantwortung unterstützt. Dabei sollen sie den Aufbau von Sekundärbindungen akzeptieren und unterstützen.

Bei konkretem Verdacht auf innerfamiliäre Gefährdung des Kindeswohls werden zum Schutz des Kindes mit den Eltern Vereinbarungen getroffen, deren Einhaltung überprüft wird und deren

Nichteinhaltung klar abgesprochene Konsequenzen hat. Die Grundsätze des § 8 a Kinder- und Jugendhilfegesetz werden offen thematisiert und berücksichtigt.

Gemeinwesenorientierung/ Kooperation im Stadtteil und in der Kommune

Die Einrichtung begreift sich als Setting und Gestalter ganzheitlich verstandener Gesundheitsförderung und greift die altersspezifischen Themen und Bedarfe der betreuten Kinder, Bezugspersonen und Mitarbeiter auf. Sie haben eine besondere Chance und Verpflichtung, nachhaltige Effekte in der Zusammenarbeit mit den Familien zu erzielen. Bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Konzepte werden die Vernetzungsstrukturen und Ressourcen im Umfeld genutzt.

Betriebsmedizinische Aspekte

Über die kindbezogene Arbeit hinaus fühlen sich die Erzieher verantwortlich für eine gesunde, sichere und gesundheitsförderliche Einrichtung. Sie arbeiten vertrauensvoll und kooperativ mit Kontroll- und Beratungsinstitutionen zusammen und ziehen Expertenwissen heran, wo es erforderlich ist.

Bei der **Eingangsuntersuchung** vor der Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung ist eine Eingangsuntersuchung zu empfehlen, die auch die Erfassung des Impfstatus umfasst. Ziel sollte das Erreichen eines altersadäquaten Impfschutzes vor Eintritt in die Gemeinschaftseinrichtung sein, wobei der Orientierungsrahmen durch die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission gegeben ist. Diese umfassen u.a. eine Impfung gegen Rotaviren vor Aufnahme junger Kinder in eine Tageseinrichtung.

Für jedes Kind existiert eine strukturierte **Aufnahme- und Verlaufsdokumentation**. Zur Aufnahmedokumentation gehört die Überprüfung des altersgerechten Vorsorgestatus und des Impfstatus. Das örtliche Gesundheitsamt kann beim Aufbau der Dokumentation und der Bewertung der Inhalte Unterstützung leisten.

In Krippen betreuten Kindern soll langfristig eine im Sinne der WHO-Definition gesunde, d.h. im Sinne der WHO-Definition positive emotionale, soziale, kognitive und körperliche Entwicklung ermöglicht werden. Die Entwicklung der Kinder sollte mindestens den Stand erzielen, den im familiären Rahmen aufwachsende Kinder erreichen. Die Maßnahmen und Aktivitäten der Einrichtung zielen darauf ab, gesundheitsförderliche Faktoren zu schaffen, gesund erhaltende Faktoren zu stärken, Kinder und Eltern in ihrer Eigenverantwortung zu befähigen. Internes Qualitätsmanagement erfolgt auf dem Boden einer freiwilligen Selbstverpflichtung. Wünschenswert ist eine trägerübergreifende Koordination in der Kommune.

Perspektiven und Anregungen

Umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen wie die Studie (35) des National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) und eine ebenfalls groß angelegte Studie der University of British Columbia (3) belegen eindrucksvoll, wie wesentlich der Einfluss qualitativ guter Betreuung für das Kind ist. An Landesregierungen angebundene, interessenneutrale Institutionen könnten nicht nur im Kontext der Zulassung als Betreuungseinrichtung für unter Dreijährige Qualitätsüberprüfungen vornehmen. Eine von Tietze 2007 mittels der Krippen-Skala (KRIPS) durchgeführte Untersuchung (45) unterstreicht diese Notwendigkeit: Mehr als ein Viertel der 109 erfassten Einrichtungen waren von unzureichender Qualität. Die Einhaltung von Standards muss kontinuierlich von den Überwachungsbehörden kontrolliert werden; das Verleihen von Gütesiegeln an Krippen, die Qualitätskriterien konsequent und dauerhaft einhalten, könnte einen Anreiz für Investitionen in Qualität darstellen.

In Deutschland gibt es ein gravierendes Defizit wissenschaftlicher Studien zur frühkindlichen außerfamiliären Betreuung und Erziehung. Man muss davon ausgehen, dass die zitierten Studienergebnisse nicht ohne weiteres auf die deutschen Verhältnisse übertragbar sind.

Die Fachgesellschaft regt daher an, die Umsetzung der Qualitätsstandards durch eine medizinisch-neurobiologisch, entwicklungspsychologisch und kinder- und jugendpsychiatrisch ausgerichtete Begleit- und Längsschnittstudie zu überprüfen. Es könnten zusätzlich Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts einfließen, die u.a. gezeigt hat, dass benachteiligte und bildungsferne Familien am wenigsten bzw. am spätesten vorschulische institutionelle Betreuung in Anspruch nehmen. Diese könnte jedoch – bei Einhaltung weiter zu konkretisierender Qualitätskriterien – wesentlich dazu beitragen, die Entwicklungs- und Gesundheitschancen und damit die Perspektiven sozial benachteiligter Kinder zu verbessern.

Als sehr sinnvoll würde sich ein Monitoring der durch qualifizierte frühe Betreuung erzielten Effekte im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erweisen. Durch diese in den meisten Bundesländern pflichtige Untersuchung wird eine sehr hohe Zahl von Kindern erfasst, so dass man nach entsprechenden Kriterien ausgewählte Kohorten gut miteinander vergleichen könnte.

Literaturverzeichnis

am Ende der Langversion des Positionspapiers (www.dgspj.de/stellungnahmen.php)