



PRÄVENTION,
KINDERSCHUTZ UND
GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

ANMERKUNGEN ZU AKTUELLEN
PRÄVENTIONSPOLITIKEN UND -DISKURSEN

STELLUNGNAHME DES BUNDESJUGENDKURATORIUMS



IMPRESSUM

PRESSERECHTLICH VERANTWORTLICH: Mike Corsa

Deutsches Jugendinstitut e.V. | Arbeitsstelle Kinder- und
Jugendpolitik | Nockherstraße 2 | 81541 München
E-Mail: bundesjugendkuratorium@dji.de
www.bundesjugendkuratorium.de

GESTALTUNG + SATZ: Heike Tiller

DRUCK: Dimetria-VdK gemeinnützige GmbH

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



VORWORT	4
1 ANLASS UND ANLIEGEN DER STELLUNGNAHME	6
2 PRÄVENTIONSPOLITISCHE ENTWICKLUNGEN UND GESETZLICHE MASSNAHMEN	10
3 PRÄVENTION – EIN PARADIGMA GESELLSCHAFTLICHEN HANDELNS MIT VIELEN FACETTEN UND AMBIVALENZEN	13
3.1 Wissensgrundlagen von Prävention	14
3.2 Sozial-normative Dimension von Prävention	18
4 KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT IM BLICK? HERAUSFORDERUNGEN IN DER UMSETZUNG DES PRÄVENTIONSGESETZES	22
4.1 Zu der Systematik und den Adressat*innen des Präventionsgesetzes	22
4.2 Zum Stand der Umsetzung des Präventionsgesetzes	24
4.3 Herausforderungen	27
5 DIE LOGIK DES BUNDESKINDERSCHUTZGESETZES UND SEINE EVALUATION	28
5.1 Zu der Systematik und den Adressat*innen des Bundeskinderschutzgesetzes	28
5.2 Zur Evaluatiuon des Bundeskinderschutzgesetzes	29
5.3 Verfasstheit und Verankerung Früher Hilfen	30
5.4 Netzwerke und multiprofessionelle Kooperation	34
6 CHANCEN UND GRENZEN VON PRÄVENTION: ABSCHLIESSENDE ANMERKUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	37
LITERATUR	43
MITGLIEDER DES BUNDESJUGENDKURATORIUMS	46
WAS IST DAS BUNDESJUGENDKURATORIUM?	47

VORWORT

Dem Konzept der Prävention kommt in Bezug auf die Herausforderungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen eine bedeutsame Rolle zu. Mit Blick auf Krankheit und Gesundheit gilt Prävention als Königsweg der Vermeidung von Leid und Kosten. Mit Prävention ist die Hoffnung verbunden, dass soziale Probleme, Benachteiligungen und Hilfebedarfe erst gar nicht entstehen.

Prävention ist zum priorisierten Ansatz in der Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik geworden und wirkt sich somit auch maßgeblich auf das Aufwachsen junger Menschen aus. Zunehmend werden Maßnahmen entwickelt, die nicht nur auf die reine Behandlung von gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen, sondern vor allem auf eine präventive Einflussnahme auf die Ursachen ausgerichtet sind.

Bei Kindern und Jugendlichen ist besonders nachvollziehbar, dass die Gesellschaft Beeinträchtigungen und Schädigungen möglichst früh vorbeugen möchte. Dies wird mit Blick auf die aktuellen Gesetzesänderungen, die das Ziel der Prävention verfolgen, besonders deutlich: Sowohl das Bundeskinderschutzgesetz als auch das Präventionsgesetz haben die Bedingungen des Aufwachsens von jungen Menschen im Blick und zielen darauf ab, Gefahren und Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen zu vermeiden oder abzuwenden. Auf diese beiden Gesetze bezieht sich das Bundesjugendkuratorium (BJK) in der vorliegenden Stellungnahme **PRÄVENTION, KINDERSCHUTZ UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN. ANMERKUNGEN ZU AKTUELLEN PRÄVENTIONSPOLITIKEN UND -DISKURSEN**. Das BJK diskutiert beide Gesetze im Zusammenhang und mit Blick auf die jeweils gesetzten Schwerpunkte hinsichtlich des sicheren und gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen.



Das BJK fragt nach den Chancen und Grenzen von Präventionskonzepten mit Bezug auf Kindheit und Jugend und fordert zu weiteren konzeptionellen Klärungen auf. Es erkennt Prävention an, wo sie pragmatisch umsetzbar und damit nützlich ist, und hinterfragt Prävention, wo Erwartungen überzogen erscheinen. Das BJK diskutiert, welche Probleme sich mit Prävention lösen lassen und welche nicht. Schließlich regt es dazu an, Prävention in den Kontext anderer Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe einzureihen und – statt den Präventionsbegriff expansiv zu betonen – den Begriff der Förderung von Gesundheit und Wohlergehen stärker in den Fokus zu rücken. Für die gesellschaftliche Querschnittsaufgabe, gesundes und sicheres Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, ist Prävention nicht das eine, „bessere“, da frühe und kostensparende Konzept. Vielmehr bedarf es hierfür nach Ansicht des BJK einer breit angelegten, grenzüberschreitenden Verantwortungsübernahme.

MIKE CORSA

Vorsitzender des Bundesjugendkuratoriums

1

ANLASS UND ANLIEGEN DER
STELLUNGNAHME

Das Bundesjugendkuratorium (BJK) nimmt das Inkrafttreten des Präventionsgesetzes 2015 und die Evaluation des am 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetzes zum Anlass, beide Gesetze in dieser Stellungnahme im Zusammenhang zu diskutieren und mit Blick auf ihre jeweiligen Akzentsetzungen für sicheres und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu kommentieren. Das *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* (Präventionsgesetz) zielt nicht speziell auf die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, aber eben auch auf diese Gruppe; das *Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen* (Bundeskinderschutzgesetz) hingegen richtet sich explizit auf diese Altersgruppe und den (präventiven) Kinderschutz.¹ Den Zusammenhang beider Gesetze sieht das BJK in dem gemeinsamen Anliegen, Gesundheits- und Entwicklungsgefährdungen in Kindheit und Jugend vorzubeugen. Beide sind demnach zentral für die Präventionspolitiken und -diskurse, unter denen das BJK die Diskussion hier kommentierend zusammenfasst.

Die gesellschaftliche Verantwortung für das gesunde und sichere Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist im letzten Jahrzehnt verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie gleichermaßen besorgniserregende wie auch häufig dramatisierend dargestellte unterschiedliche Beeinträchtigungen der körperlichen und psychi-

1 Der Begriff Kinderschutz wird im Gesetz und in den entsprechenden Fachdebatten doppelt gefasst: Erstens geht es im engeren Sinne um den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, der sich auf den Schutz vor konkret drohenden Gefahren wie altersunangemessene Behandlung, Vernachlässigung, (sexuellen) Missbrauch, psychische und körperliche Misshandlung, Ausbeutung und Krankheit bezieht. Zweitens wird Kinderschutz auch weiter gefasst und bezieht sich dann auf alle Maßnahmen, die ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen von Kindern ermöglichen und fördern sollen. Zudem bedarf der Kinderschutzbegriff (in seiner Verknüpfung mit dem unbestimmten Rechtsbegriff des Kindeswohls) in der Gestaltung und praktischen Umsetzung entsprechender Maßnahmen jeweils der Interpretation der beteiligten Akteur*innen.



schen Gesundheit bestimmen das öffentlich gezeichnete Bild von den vielfältigen Gefährdungen, denen Kinder und Jugendliche heute ausgesetzt sind. Der öffentliche Diskurs steht so selbst in der Gefahr, gesundes und sicheres Aufwachsen zu sehr als ein insgesamt riskantes Unterfangen darzustellen.

In Bezug auf den Umgang mit den Herausforderungen des Aufwachsens kommt dem Konzept der Prävention in Politik und Fachpraxis eine bedeutsame Rolle zu. Prävention eröffnet die Aussicht, gesundheitliche Beeinträchtigungen und soziale Probleme sowie Hilfebedarfe erst gar nicht entstehen zu lassen und dadurch Leid und Kosten zu vermeiden. Vorbeugen ist besser als Heilen – diese Regel ist in der öffentlichen Wahrnehmung so einleuchtend, dass sie kaum auf Widerspruch trifft. Deshalb ist Präventionspolitik in den letzten zehn Jahren zu einem bevorzugten Ansatz geworden, um einen förderlichen Einfluss auf das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu nehmen. Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik konzentrieren sich zunehmend darauf, Maßnahmen zu entwickeln, die weg von der Behandlung von gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen und hin zu einer vorbeugenden Einflussnahme auf deren Ursachen gehen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die sich noch im Aufwachsen, in Entwicklung und in Ausbildung befinden, ist überaus nachvollziehbar, dass die Gesellschaft Beeinträchtigungen und Schädigungen möglichst früh vorbeugen und gesundes Aufwachsen sichern möchte.

Gleichzeitig nimmt das BJK wahr, dass die gesellschaftlichen Präventionsdiskurse parzelliert geführt werden. Es gibt Fachdiskurse zur Prävention von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, zur Kriminal- und Gewaltprävention, zur Prävention von Kindeswohlgefährdung und zur Prävention von Entwicklungs- und Lernbeeinträchtigungen. Diese Diskurse laufen zum Teil eher nebeneinander als miteinander vermittelt, und es ist zu fragen, ob sie durch ein gemeinsames Präventionsverständnis miteinander verbunden sind. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe zeigt sich außerdem, dass Unterscheidungen zwischen Prävention, Schutz, Hilfe und Förderung häufig nicht klar gezogen werden können und diese Konzepte folglich in ihrem Zusammenwirken und in ihrer ei-

genen Berechtigung zu betrachten sind. Die Kinder- und Jugendhilfe wurde im letzten Jahrzehnt zunehmend mit der Erwartung adressiert, präventiv zu arbeiten; es lässt sich aber fragen, ob der ubiquitäre Begriff der „Prävention“ die Maßnahmen, für die er angewendet wird, immer angemessen etikettiert. Aus Sicht des BJK ist deshalb die Frage zu stellen, wo das Präventionskonzept sinnvoll ist und was es leisten kann, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe oder in den Bereichen, wo diese beteiligt ist.

Die Entwicklung von Gesetzen folgt nicht nur aus Fachdebatten und -diskursen, sondern Gesetze wirken wiederum rekursiv auf diese Debatten und Diskurse. Das BJK fragt deshalb, wie die Diskurse über Kinderschutz und Kinder- und Jugendgesundheit durch die beiden für diesen Bereich relevanten Gesetze nachhaltig konfiguriert werden und wie sie auf die Fachpraxis einwirken. Was gerät wie in den Blick, und was gerät nicht in den Blick? Welche Problemverständnisse und welche fachlichen Zuständigkeiten für die Lösung von Problemen werden darin wie konzipiert? Welche Regelungschancen wurden ergriffen und welche nicht? Welche Schnittstellen und Vernetzungen zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe wurden wie verankert, welche vernachlässigt? Wie entwickeln Politik, Fachverbände und Fachpraxis vor diesem Hintergrund das entsprechende Handlungsfeld? Diesen Fragen geht das BJK im Folgenden nach.

Das BJK verfolgt mit dieser Stellungnahme ein doppeltes Anliegen: Es fragt – unter den Bedingungen der derzeitigen Gesetzeslage – nach den Chancen und Grenzen von Präventionskonzepten mit Bezug auf Kindheit und Jugend. Das BJK erkennt Prävention an, wo sie pragmatisch umsetzbar und damit sinnvoll und nützlich ist, und hinterfragt den „Mythos“ Prävention, wo Erwartungen überzogen erscheinen. Und schließlich regt es an, das Präventionskonzept in den Kontext anderer Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe einzureihen und differenziert zu betrachten, welche Bedeutung diesen Konzepten für die gesellschaftliche Sicherung des Wohlergehens von Kindern und Jugendlichen zukommt.



GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts stellt wiederholt und bundesweit repräsentative Informationen zur gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bereit, mit denen empirisch gesicherte Daten zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen junger Menschen vorliegen.² Mit dieser Studie kann vorschnellen Dramatisierungen entgegengetreten werden, denn die allermeisten Kinder in Deutschland verfügen über eine gute bis sehr gute allgemeine Gesundheit. In Hinblick auf typische gesundheitliche Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen sollen hier dennoch einige Bereiche schlaglichtartig mit Daten aus der Basiserhebung und der ersten Erhebungswelle beleuchtet werden (Bundesgesundheitsblatt 2007 und 2014).

Insgesamt weist etwa ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen laut KiGGS-Studie Symptome für psychische und psychosomatische Störungen auf (zum Beispiel Essstörungen, emotionale Angeschlagenheit, Hyperaktivitäts-Probleme, Aggression, Angst, Depression und gestörtes oder dissoziales Verhalten). Übergewicht und Adipositas stellen in allen Altersgruppen ein ernstzunehmendes Problem dar. In Relation zu den Daten von 1985 bis 1994 hat sich der Anteil übergewichtiger Kinder bis 2007 verdoppelt und bei Jugendlichen ab 14 Jahren nahezu verdreifacht. Der Großteil der Kinder und Jugendlichen ist regelmäßig sportlich aktiv, allerdings treiben 22,5 % keinen Sport. Die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv zu sein, wird nur von 27,5 % erreicht. Bei Kindern und Jugendlichen ist darüber hinaus ein ansteigender Anteil an Allergien wie Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis (Lebenszeitprävalenz mindestens einer atopischen Erkrankung: 26,0 %) und chronischen Krankheiten (16,2 %) zu verzeichnen.

Die KiGGS-Studie wie auch andere Gesundheitsstatistiken belegen, dass vor allem die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien beeinträchtigt ist. Armut und soziale Benachteiligung verweisen auf geringere Bildungs- und Gesundheitschancen und bedingen die Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit.

Vor dem Hintergrund solcher Befunde sind die öffentlichen Anstrengungen verstärkt worden, *präventiv* auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit geeigneten Maßnahmen einzuwirken.

2 An der Basiserhebung haben zwischen 2003 und 2006 insgesamt 17.641 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 17 Jahren sowie deren Eltern aus 167 Studienorten teilgenommen. Von 2009 bis 2012 fand die erste Fortsetzungstudie (KiGGS Welle 1) statt. Die Datenerhebungen werden seit 2014 in einer zweiten Erhebungswelle fortgesetzt.

2 PRÄVENTIONSPOLITISCHE ENTWICKLUNGEN UND GESETZLICHE MASSNAHMEN

Mit Bezug auf die Vielzahl an Risiken, die ein sicheres Aufwachsen und eine gesunde Entwicklung gefährden, wurden in den letzten zehn Jahren eine ganze Reihe an gesetzlichen und politischen Maßnahmen auf den Weg gebracht, die Prävention als Paradigma gesellschaftlichen Handelns, insbesondere auch in der (frühen) Kindheit, verankern. Diese Entwicklungen werden hier zunächst kurz in Erinnerung gerufen.

Mit dem am 01.10.2005 in Kraft getretenen *Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe* sind 2005 die Schutz- und Kontrollfunktionen des Jugendamts zur Gewährleistung des Kindeswohls gestärkt worden. Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang die neu eingeführte § 8a (SGB VIII), der die Gefährdungseinschätzung durch die Kinder- und Jugendhilfe bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung regelt. 2006 initiierte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. In diesem Rahmen wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) gegründet, um den präventiven Kinderschutz und die Fachpraxis beim Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zu stärken.

In den Jahren 2007 und 2008 fanden von der Bundesregierung initiiert sogenannte Kinderschutzgipfel statt, auf denen Beschlüsse und Maßnahmen vereinbart wurden, die in das jetzige Bundeskinderschutzgesetz eingeflossen sind. Parallel dazu verabschiedeten die Bundesländer zwischen 2007 und 2009 entsprechende Landesgesetze zur Verbesserung des Kinderschutzes. In diesem Kontext wurden auch die seit den 1970er-Jahren etablierten Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U9) für Eltern verbindlicher als bisher ausgestaltet.

2009 hatte das BMFSFJ einen ersten Entwurf für ein Bundeskinderschutzgesetz vorgelegt, der jedoch wegen seines zu einseitig auf Intervention ausgerichteten Ansatzes kritisiert wurde. 2010 un-



ternahm das BMFSFJ einen zweiten Anlauf für ein Bundeskinderschutzgesetz. Dieses sollte sowohl eingreifende als auch vorbeugende Maßnahmen umfassen. Zeitgleich tagten die Runden Tische Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren und Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. Es wurde eine Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) eingesetzt. Die von den Runden Tischen und der USBKM entwickelten Empfehlungen wurden in das Gesetzgebungsverfahren einbezogen. Der Bundesrat verweigerte jedoch zunächst seine Zustimmung, unter anderem wegen der unzureichenden finanziellen Absicherung Früher Hilfen.

Nachdem die Bundesregierung die Beteiligung des Bundes an der Finanzierung erhöht und auf den Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen ausgedehnt hatte, stimmten sowohl der Bundesrat als auch der Bundestag zu, so dass das Gesetz am 01.01.2012 in Kraft treten konnte. Ein wichtiger Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes ist die Verankerung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Aufbauend auf den in den Ländern und Kommunen bereits vorhandenen Strukturen soll damit ein bundesweit vergleichbares Angebot für Familien im Bereich Frühe Hilfen geschaffen werden. Seit 2012 ist das NZFH die Koordinierungsstelle des Bundes für die Bundesinitiative Frühe Hilfen. Das Bundeskinderschutzgesetz sieht zudem eine Evaluation nach vier Jahren vor, die von der Bundesregierung am 16.12.2015 vorgelegt wurde.

Parallel zur Entwicklung im Bund und gestützt durch breite gesellschaftliche Präventionsdiskurse mit Bezug auf die (frühe) Kindheit wurden auf Länder- und kommunaler Ebene modellhafte Präventionsprogramme wie etwa „Kein Kind zurücklassen. Kommunen in NRW beugen vor“ etabliert, die zunächst in 18 Kommunen sogenannte Präventionsketten aufgebaut haben. „Das heißt, vorhandene Kräfte und Angebote in den Städten und Gemeinden bündeln und Angebote der Bereiche Gesundheit, Bildung, Kinder- und Jugendhilfe und Soziales miteinander verknüpfen, um Kinder und ihre Familien zu unterstützen – lückenlos von der Schwangerschaft bis zum Eintritt ins Berufsleben.“³ Ziel solcher Maßnahmen ist es

also, multiprofessionell und koordiniert Versorgungssysteme, Präventions- und Unterstützungsstrukturen für die Lebensphase Kindheit und Jugend zu entwickeln.

Von einem flächendeckenden Aufbau solcher Strukturen kann aber auch 2017 noch nicht die Rede sein. Wird in dem Zitat auch die Spanne von „der Schwangerschaft bis zum Eintritt ins Berufsleben“ programmatisch aufgerufen, so muss doch konstatiert werden, dass das Stichwort der Frühen Hilfen besser indiziert, wo die Schwerpunkte der präventiven Bemühungen im letzten Jahrzehnt lagen. Damit wurde eine Versorgungslücke in der Kinder- und Jugendhilfe geschlossen, welche die unzureichende Unterstützung von Familien mit unter dreijährigen Kindern betraf. In diesem Kontext werden Maßnahmen und neue Angebotsformen etabliert, die an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitssystem liegen, deren Stärkung das NZFH seit seinen Anfängen als Grundidee verfolgt.

Parallel, aber in anderer Ressortzuständigkeit beim Bundesgesundheitsministerium, entwickelten sich die Bemühungen um das Präventionsgesetz, das eine ähnlich lange Vorgeschichte wie das Bundeskinderschutzgesetz hat. Seit mehr als zehn Jahren wurde ein *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* zwischen Politik, Fachwelt und Praxis kontrovers debattiert, bevor es am 18.06.2015 im vierten Anlauf verabschiedet wurde. Frühere Entwürfe hatten Kritik auf sich gezogen, die auch hier einer zu geringen Finanzausstattung galt. Vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe und den Wohlfahrtsverbänden wurde dabei zudem kritisiert, dass Kinder und Jugendliche und ihre Lebenswelten in den ersten Gesetzesentwürfen zu wenig Berücksichtigung fanden. Das Präventionsgesetz ist ein Ressortgesetz des Bundesministeriums für Gesundheit, das ausschließlich die Sozialversicherungsträger zur Gesundheitsförderung verpflichtet.



3

PRÄVENTION – EIN PARADIGMA GESELLSCHAFTLICHEN HANDELNS MIT VIELEN FACETTEN UND AMBIVALENZEN

Prävention bezeichnet vorbeugende Maßnahmen und zielt auf die Abwendung unerwünschter Ereignisse, Entwicklungen und Zustände in der Zukunft. Es wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Im Kontext der gesundheitsbezogenen Prävention richtet sich Primärprävention auf die Verringerung von Neuerkrankungen. Sekundärprävention wird in Frühstadien von Krankheiten angewendet und soll die Krankheitsdauer verkürzen sowie Chronifizierungen vorbeugen und Tertiärprävention dient der Vermeidung von Folgeerscheinungen von Erkrankungen und Wiedererkrankung. Während Verhaltensprävention auf die individuelle Verhaltensänderung abzielt (etwa gesunde Ernährung), nimmt die Verhältnisprävention Lebenslagen und -bedingungen der Adressat*innen in den Blick. Was dabei als Verhältnisse angesehen wird, variiert sehr stark. Es kann sich um die Bedingungen in Kindertageseinrichtungen, Schulen und an Ausbildungs- und Arbeitsplätzen wie auch um die Lebensverhältnisse sozialer Schichten und Milieus handeln.

Prävention ist in vielen Fällen überaus sinnvoll: Wenn zum Beispiel bekannt ist, dass Kinder, die durch häufige Mittelohrentzündungen schlecht hören, sehr wahrscheinlich auch in ihrer Sprachentwicklung beeinträchtigt sein werden, ist es gleich aus mehreren Gründen geboten, hier je nach Fall Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention zu betreiben – es nicht zu tun, wäre unverantwortlich. Prävention ist allerdings, das wird an dem Beispiel ebenfalls deutlich, ein voraussetzungsvolles Vorhaben. Zukünftige Entwicklungen müssen mit einiger Zuverlässigkeit vorhersagbar sein. Gleichzeitig werden Konzepte dafür benötigt, wie als negativ bewertete Entwicklungen verhindert oder abgeschwächt werden können – keine Prävention also ohne Konzept für ein wirkungsvolles Handeln bei erwarteten unerwünschten Entwicklungen. Die Begriffe Prävention

und Intervention tauchen deshalb in den Fachdebatten häufig als Paar auf und bilden ein Kontinuum.⁴

Kinder und Jugendliche sind noch keine vollumfänglich eigenverantwortlichen Rechtssubjekte, es gibt Stellvertreter – Eltern, Personensorgeberechtigte, manchmal auch staatlich legitimierte Akteur*innen –, die für sie Verantwortung übernehmen. In den Kinder und Jugendliche betreffenden Politik- und Praxisbereichen sind es nicht allein Kinder und Jugendliche, sondern auch ihre Eltern, die zu Adressat*innen von präventiven Maßnahmen werden.

Wie werden aber Risiken konkret eingeschätzt, die zur Begründung von Prävention (und Intervention) dienen? Diese Frage berührt die Wissensgrundlagen von Prävention. Voraussetzungsvoll ist Prävention auch deshalb, weil ein Konsens darüber bestehen muss, welche Entwicklungen unerwünscht sind. Das berührt die sozial-normative Dimension von präventiven Maßnahmen.

3.1 WISSENSGRUNDLAGEN VON PRÄVENTION

Prävention transformiert tendenziell unkalkulierbare Gefahren in bearbeitbare Risiken, „indem sie zukünftige Zustände an gegenwärtige Entscheidungen koppelt“ (Bröckling 2008, S. 40). Nur deshalb ist Prävention möglich, weil zukünftige Entwicklungen nicht vorherbestimmt, sondern kontingent und durch Handeln beeinflussbar sind.

Prävention, die Menschen für sich selbst betreiben, kann sich dabei durch subjektive und private Wahrnehmungen von Risiken begründen und bedarf keiner weiteren öffentlichen Legitimation. Voraussetzung für die Etablierung von staatlichen Präventionsmaßnahmen ist aber in der Regel eine systematische Datenerhe-

4 Wir beziehen uns hier auf das international so benannte Handlungsfeld *prevention and intervention*. Auf die Schwierigkeit, die Relation beider Konzepte zu bestimmen, kann hier nicht im Detail eingegangen werden. In den kontroversen Fachdebatten in der Kinder- und Jugendhilfe wird Intervention mal als Oberbegriff für sozialstaatliche – einschließlich präventiver – Maßnahmen verwendet, mal als Begriff für Maßnahmen, die zum Einsatz kommen, wenn Prävention nicht (mehr) angezeigt ist, also bei konkret drohendem oder bereits eingetretenem Schaden wie etwa Kindeswohlgefährdung.



bung und -aggregation; für den hier interessierenden Bereich sind dies vor allem (fortlaufende) Sozial- und Gesundheitsstatistiken für Kinder und Jugendliche sowie Familien.⁵ Nach allem, was man aus diesen Statistiken und Forschungen zur Reproduktion sozialer Ungleichheiten ableiten kann, gibt es nicht nur biologisch-genetische Formen der Vererbung von Krankheitsdispositionen, sondern auch Formen von „sozialer Vererbung“ von Belastungslagen, welche die Ausprägung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen wahrscheinlicher werden lassen: Sind Eltern von sozialen Belastungen betroffen, so ist das Risiko ihrer Kinder erhöht, ebenfalls von diesen Belastungen in der Zukunft betroffen zu sein. Auf der Grundlage der Sozial- und Gesundheitsstatistiken werden demnach Risiken berechnet, die sich in der Bevölkerung unterschiedlich verteilen können und, nach verschiedenen Bevölkerungsgruppen differenziert, Prognosen über die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von unerwünschten Zuständen in der Zukunft erlauben.

Solche Prognosen geben den Anlass für die Etablierung vor allem von zielgruppenorientierter Prävention. Die ausgesprochen dynamische Entwicklung von Präventionsansätzen im letzten Jahrzehnt, die auf bestimmte Belastungslagen fokussieren, begründet sich maßgeblich durch das gesellschaftlich geteilte Ziel – dem sich auch das BJK ausdrücklich anschließt –, Mechanismen sozialer Vererbung zu unterbrechen und zu einem Abbau ungleicher Entwicklungs-, Bildungs-, Teilhabe- und Gesundheitschancen durch geeignete Maßnahmen beizutragen.

Manche möglichen Gefährdungen können auch weite oder gruppenübergreifende Teile der Bevölkerung betreffen (oder sogar die gesamte Bevölkerung), weshalb auch in sinnvoller Weise relativ zielgruppenunspezifische, sogenannte universelle Maßnahmen aufgelegt werden (wie Suchtprävention oder präventive Maßnahmen, die auf gesunde Ernährung zielen). Außerdem können zu

5 Neben den amtlichen Statistiken wurden in den letzten Jahrzehnten auch große Längsschnittdatensätze wie das Sozio-Ökonomische Panel (SOEP), Aufwachsen in Deutschland (AID:A) oder die Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland (KiGGS) angelegt.

verhindernde Ereignisse und Zustände als so hochgradig unerwünscht eingeschätzt werden, dass sie in *jedem* Fall zu verhindern sind und deshalb eine breite präventive Beobachtung rechtfertigen, auch wenn die erwarteten Schädigungen nur eine kleine Gruppe betreffen. Das ist zum Beispiel bei Kindeswohlgefährdung⁶ der Fall und hat zur Etablierung von Maßnahmen und Screenings geführt, die *alle* Neugeborenen und ihre Familien in den präventiven Blick nehmen. Zwar orientieren sich die Professionellen auch hier an bestimmten statistisch ermittelten Risiken und fokussieren auf Familien, die diese Risiken tragen. Um diese zu erfassen, müssen aber zunächst alle Eltern in den Blick genommen werden.

Bei den selbstverständlichen Referenzen auf statistisch ermittelte Risiken, wenn es um die Begründung von Prävention geht, ist aber auch auf die Gefahr von Kurzschlüssen in der Folge dieser Begründung hinzuweisen. Es ist in diesem Zusammenhang *erstens* daran zu erinnern, dass es in der Ätiologie, also in der Bestimmung von Krankheitsursachen, nicht selten schwierig ist, einfache Ursache-Wirkungs-Relationen herauszustellen. Die Ätiologie isoliert Risikofaktoren und korreliert sie mit Krankheiten oder Entwicklungsstörungen, ohne dass Kausalitäten – gerade wenn es sich um soziale Risikofaktoren handelt – immer klar bestimmbar sind. Für die Zukunft lassen sich auf dieser Basis Wahrscheinlichkeitsaussagen zur Entwicklung von unerwünschten Folgen bei Vorliegen oder Nichtvorliegen von spezifischen Risikofaktoren treffen. In der öffentlichen und politischen Debatte werden diese Zusammenhänge jedoch häufig in unzulässiger Weise als Kausalitäten thematisiert (etwa Kinderarmut führe zu multiplen Entwicklungsstörungen; kritisch dazu Mierendorff 2008). Die Entstehung von Krankheiten und Beeinträchtigungen der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist aber ein höchst komplexes biologisches *und* soziales Geschehen.

6 2015 wurden bei 0,97 % der Kinder und Jugendlichen Gefährdungseinschätzungen vorgenommen und bei 0,34 % eine Kindeswohlgefährdung beziehungsweise eine latente Kindeswohlgefährdung festgestellt (Statistisches Bundesamt 2016).



Auf der Basis von Risikoberechnungen können Wahrscheinlichkeiten des Eintretens von unerwünschten Zuständen für Bevölkerungsgruppen kalkuliert werden (zum Beispiel Kinder mit Migrationshintergrund haben im Verhältnis zum Durchschnitt aller Kinder ein x-fach erhöhtes Übergewichtsrisiko).

Es ist *zweitens* daran zu erinnern, dass für konkrete Einzelfälle auf dieser Basis letztlich keine zuverlässigen Prognosen abgegeben werden können. In der Praxis von präventiven Maßnahmen besteht aber die Gefahr, dass Prognosen (für Bevölkerungsgruppen) auf Einzelfälle projiziert werden, darauf deutet die virulente Rede von „Risikofamilien“ hin.

Und *drittens* kann, wenn etwas *nicht* eingetreten ist, nicht zuverlässig gesagt werden, woran das im Einzelnen liegt. Das Ausbleiben von unerwünschten Folgen kann damit nicht eindeutig der Prävention zugerechnet werden, weshalb es auch schwierig ist, die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen nachzuweisen. Prävention findet nicht unter Laborbedingungen statt, bei denen die Einflussfaktoren kontrolliert werden, sondern in einem sozial-ökologischen Umfeld. Jegliche Prävention wird damit zu einem „fragilen Unternehmen“ (Holthusen u. a. 2011). Die Zukunft ist prinzipiell ungewiss und kontingent, und wäre sie es nicht, wäre keine Prävention möglich.

Prävention wird deshalb im Anschluss an Luhmann als „paradoxe Zuvorkommenheit“ (Fuchs 2008) bezeichnet: In der Gegenwart soll etwas getan werden, damit etwas Unerwünschtes in der Zukunft *nicht* eintritt. Paradox ist dieser Zukunftsbezug des präventiven Handelns, weil er gegenwärtige Handlungsentscheidungen an zukünftig möglicherweise eintretende Entwicklungen bindet, die eben in der Gegenwart häufig (noch) nicht systematisch gewusst werden können. Prävention gibt so ein Versprechen der „vorbeugenden Kontingenzbewältigung“ (Bröckling 2008), die Sicherheit geben soll. Dieses Versprechen können viele präventive Maßnahmen aber letztlich nicht halten. Präventionsmaßnahmen können in aller Regel nicht garantieren, dass eine zu vermeidende, unerwünschte Entwicklung in der Zukunft mit Sicherheit nicht eintritt – sie können nur versuchen, auf die Wahrscheinlichkeit des Eintre-

tens von etwas Unerwünschtem einzuwirken. Dabei nimmt Prävention die Menschen in die moralische Pflicht, Risikobewusstsein zu entwickeln und durch vorbeugendes Handeln für sich selber Sorge zu tragen – das betrifft ihre sozial-normative Dimension.

3.2 SOZIAL-NORMATIVE DIMENSION VON PRÄVENTION

Eine zunehmende Zahl an Expert*innen konfrontiert die Bevölkerung in Präventionsmaßnahmen mit einer großen Vielfalt an gesundheitsbezogenen Normen⁷ (zum Beispiel „Normalgewicht“ oder „Zahngesundheit“), die nicht von allen Gesellschaftsmitgliedern gleichermaßen leicht erfüllt werden (können), weil die Ressourcen für eine gesunde und sichere Lebensweise ungleich verteilt sind. Es lohnt sich deshalb, das Problem der Normativität von Prävention differenziert zu betrachten. Normative Aussagen, die mit dem Konzept der Verhaltensprävention assoziiert werden, sind nur im Falle von Unterlassungsnormen eindeutig („du sollst nicht rauchen“). Bei positiven normativen Aufforderungen, wie etwa „du sollst dich gesund ernähren“, zeigt sich, dass man es mit einem weiten Feld der Interpretation zu tun hat, denn es gibt viele Arten, sich gesund zu ernähren. Gesundheitsnormen sind also auf vielfältige Weise mit Lebensstilfragen verknüpft, für die das Antwortschema „richtig oder falsch“ zu einfach ist.

So oder so kann es aber Umstände in den Lebensverhältnissen geben, die es erschweren, sich entsprechend den Gesundheitsnormen zu verhalten. Neben der Verhaltensprävention wird deshalb das Konzept der Verhältnisprävention diskutiert, bei dem es um ge-

⁷ Zu unterscheiden ist hier zwischen normativen Normen („du sollst nicht rauchen“), die punktförmig zu erfüllen sind, und normalistischen Normen, die sich auf den statistisch ermittelten *normal range* beziehen und einen breiten Korridor der Normalität definieren. In Entwicklungsdiagnostiken zum Beispiel wird die Schwellennorm für umschriebene Entwicklungsstörungen in unterschiedlichen Entwicklungsbereichen bei eineinhalb bis zwei Standardabweichungen zum Mittelwert der Altersgruppe gesetzt, damit wird ein Bereich normaler Entwicklung definiert, der zwischen etwa 84 % und 95 % der Kinder einer Altersgruppe erfasst (Esser/Petermann 2010, S. 36).



sundheitsförderliche Veränderungen von Lebenswelten geht. Gegenüber der Verhaltensprävention und ihrer unmittelbar bei den Individuen ansetzenden Einwirkungsabsicht ist die Normativität bei der Verhältnisprävention anders gelagert, da eher bei der Verbesserung sozialer Umstände, Bedingungen und Strukturen angesetzt wird und darüber mittelbar die Befähigung zur Selbstsorge unterstützt werden soll. In der Praxis werden die beiden Präventionskonzepte im Anschluss an den Setting-Ansatz (WHO 1986) allerdings konzeptuell häufig miteinander verknüpft (*policy mix*). Wenn zum Beispiel das wenig gesundheitsförderliche familiäre Umfeld eines Kindes unter der Perspektive der Verhältnisprävention betrachtet wird, sind damit sehr wahrscheinlich auch bestimmte Verhaltensanforderungen an die Eltern (und die Kinder) verbunden. Wenn etwa in Schulen im Sinne der Verhältnisprävention für gesundheitsförderliche Sitzmöbel gesorgt wird, dann wird zwar nicht mit dem pädagogischen Zeigefinger, aber materialisiert über das Mobiliar auch Verhaltensprävention betrieben. Die beiden Präventionskonzepte lassen sich also nur schwer voneinander trennen und sozialnormativ sind sie beide für sich und in ihrem Zusammenwirken.

Positive Gesundheitsnormen sind nicht nur, wie bereits angesprochen, interpretationsbedürftig, sondern auch nach oben offen: Es gibt immer etwas, was es in Hinblick auf eine gesunde Lebensführung noch zu verbessern gilt. Prävention ist damit grundsätzlich kaum begrenzt und dafür anfällig, zu Optimierung zu werden. Diese Entgrenzung hin zur Optimierung trifft besonders für nicht-selektive, an alle Kinder und Jugendlichen gerichtete Präventionsmaßnahmen zu. Ein Mechanismus in der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U9), den die Forschung zeigt, ist, dass insbesondere wenig belastete, bildungsorientierte Mittelschichteltern auf Förderempfehlungen von Kinderärzt*innen positiv reagieren und diese nachfragen, während belastete Eltern sich dagegen eher immunisieren (Kelle 2010). Die Adressierung von Elternverantwortung in den Vorsorgeuntersuchungen zeitigt also je nach Milieu unterschiedliche Effekte. Es ist in der Durchführung universeller präventiver Maßnahmen immer mit zu beobachten, wer durch sie wie erreicht wird.

Daneben zeigt die Forschung, dass Kindermediziner*innen ein „flexibles Management“ (Bollig/Ott 2008) in der Anwendung von Entwicklungsnormen praktizieren, weil sie genau um die Gefahr der Stigmatisierung wissen, die damit verbunden ist, wenn sie Kinder sehr früh als „nicht normal“ entwickelt beurteilen. Insofern lässt sich sagen: Die Kindervorsorgeuntersuchungen sind erfreulicherweise zur Norm für Kinder von 0 bis 6 Jahren geworden, welche Normen für gesunde Entwicklung Mediziner*innen dabei wie anwenden, ist aber – auch dies ist erfreulich – je nach Fall sehr variabel. Statt sich allein auf eine Feststellung von Normabweichungen in der Entwicklung der Kinder gegenüber dem *normal range* der Altersgruppe zu fokussieren, wie es die Gesundheitsstatistiken tun, nehmen Kindermediziner*innen sehr differenziert Individualdiagnostik vor, die verhältnispräventiv sensibel ist, indem sie den Einzelfall auch in seiner Genese und sozialen Situierung beurteilen (Bollig/Kelle 2009). Sie reagieren damit auf ein Dilemma, das mit der Absicht, sehr früh Primärprävention zu betreiben, verbunden ist: Der Bezug darauf, was in der Zukunft alles an unerwünschten Folgen in der Entwicklung von Kindern verhindert werden soll, ist umso mittelbarer und offener, je mehr Zukunft Kinder vor sich haben. Desto mehr würden ihnen aber auch mögliche negative Entwicklungen zugeschrieben, wenn auch geringfügige Auffälligkeiten immer schon sehr früh dokumentiert würden. Die sozial-normative Dimension von Prävention bezieht sich hier nicht nur auf eine rigide Anwendung von Entwicklungs- und Gesundheitsnormen, sondern auch darauf, dass sie zu Verunsicherungen der Eltern statt zu mehr Sicherheit führen kann.

Universelle Präventionsmaßnahmen wie die Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) beobachten nicht nur die Entwicklung der Kinder, sondern auch die Eltern in ihrem Umgang mit den Kindern. Insbesondere wenn es um das Thema Kinderschutz geht, werden Eltern beziehungsweise das familiäre Umfeld fokussiert. Das damalige BJK hat sich in einer Stellungnahme von 2007 zur Frage der Normativität von Kinderschutzmaßnahmen wie folgt geäußert: „Die Frage, wann und in welcher Weise der private Lebensraum eines Kindes und einer Familie vom Staat beobachtet, bewertet und



zum Gegenstand einer Intervention gemacht werden kann und soll, berührt die grundlegende Frage des Verhältnisses von Öffentlichkeit und Privatheit, von gesellschaftlicher Kontrolle und individueller Freiheit“ (BJK 2007, S. 6). Das „Spannungsfeld zwischen Prävention und Kontrolle“ (Eichin/Fröhlich-Gildhoff 2013) und die Frage der angemessenen Verhältnisbestimmung zwischen den Schutzansprüchen von Kindern und den Freiheitsrechten von Eltern sind mit der Ausweitung von präventiven Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen in den letzten zehn Jahren eher noch relevanter geworden.

Bereits der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 2009, S. 50 ff.) hat auf die Ambivalenzen des Präventionsparadigmas aufmerksam gemacht, an die auch hier erinnert wird: die Unsicherheit von Prognosen, die Dominanz von Expert*innen bei der Problemdefinition und die nicht immer reflektierte sozial-normative Dimension.⁸ Ergänzt werden diese allgemeinen Ambivalenzen in dieser Stellungnahme vor allem durch einen Blick auf die Effekte der Ausweitung des Präventionsdenkens in sehr frühe Lebensalter.

Mit der angesprochenen Gefahr der frühen Stigmatisierung durch Prävention ist dabei auch gemeint, dass die Zurechnung zu Risikogruppen sich im Lebenslauf verstetigt und es zu fließenden Übergängen in „Hilfekarrieren“ kommen kann, bei denen Fachleute die Probleme definieren. Dann würde Prävention, entgegen ihrem Anspruch, gerade nicht zur Vorbeugung von Problemen dienen, sondern nur zu einer frühzeitigen wohlfahrtsstaatlichen Kanalisierung dieser Probleme in die Hilfesysteme.

Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Reflexionen zu Prävention als Paradigma gesellschaftlichen Handelns werden in den folgenden Kapiteln zwei maßgebliche Gesetzesvorhaben der letzten Jahre – das Präventionsgesetz und das Bundeskinderschutzgesetz – beleuchtet.

8 Die beiden letztgenannten Aspekte gelten im Übrigen auch für weitere Hilfen und Interventionen.

4 KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT IM BLICK? HERAUSFORDERUNGEN IN DER UMSETZUNG DES PRÄVENTIONSGESETZES

4.1 ZU DER SYSTEMATIK UND DEN ADRESSAT*INNEN DES PRÄVENTIONSGESETZES

Am 25.07.2015 ist das *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* (Präventionsgesetz) in Kraft getreten. Ziel dieses Gesetzes ist es, Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen.

Das Präventionsgesetz ist ein Ressortgesetz des Bundesministeriums für Gesundheit, das ausschließlich die Sozialversicherungen (Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung) adressiert und zur Gesundheitsförderung verpflichtet. Damit betrifft es weder die Kinder- und Jugendhilfe noch andere Ressorts unmittelbar.

Die Schwerpunkte des Präventionsgesetzes liegen in folgenden Bereichen:

- Die Sozialversicherungsträger werden verpflichtet, in der Prävention und Gesundheitsförderung zusammenzuarbeiten und ein gemeinsames Vorgehen zu entwickeln.
- In einer jährlich stattfindenden Nationalen Präventionskonferenz werden gemeinsame Ziele festgelegt. Die Nationale Präventionskonferenz hat die Aufgabe, eine Nationale Präventionsstrategie mit gemeinsamen Zielen, Handlungsfeldern, zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten zu erarbeiten und laufend fortzuschreiben. Diese werden in bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen beschrieben.
- Neben Angeboten zur verhaltensbezogenen Prävention liegt der Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kindertagesstätte, Schule, weiteren Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Betrieben und Lebenswelten älterer Menschen. Zur Finanzierung der Leistungsausweitungen wird



der Richtwert für die Ausgaben von 3,17 € auf 7 € je Versicherten pro Jahr erhöht. Davon werden zwei Euro je Versicherten für Prävention in den Lebenswelten aufgewendet.

- Die Impfprävention wird ausgebaut: Künftig soll der Impfschutz bei allen Routineuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene überprüft werden.
- Bestehende Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollen zum Zweck der Früherkennung individueller Belastungen und Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten ausgebaut werden. Ärzt*innen erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patient*innen beizutragen.

Bezogen auf den finanziellen Rahmen lässt sich sagen, dass die Anhebung des Richtwerts für präventive und gesundheitsförderliche Leistungen begrüßenswert ist. Eine Steigerung um mehr als 100 % hört sich allerdings besser an als die absoluten Beträge (von 3,17 € auf 7 €), von denen nach Ansicht des BJK eher das Signal ausgeht, dass Maßnahmen weiter ausgebaut und qualifiziert werden, die in den vergangenen Jahrzehnten bereits erfolgreich etabliert wurden. Ganz neue Formen und Dimensionen der Gesundheitsförderung und Prävention sind unter diesen Rahmenbedingungen eher nicht zu erwarten.

Mit der gesetzlichen Verankerung des Lebenswelt-Ansatzes knüpft das Präventionsgesetz an den Setting-Ansatz an, der bereits in der Ottawa-Charta 1986 entwickelt wurde und an dem sich alle großen Gesundheitsprogramme der WHO orientieren. Der Setting-Ansatz fokussiert die Lebenswelten von Menschen und damit die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen und arbeiten. Er ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehung, die sich mit Informationen und Appellen an Individuen wendete. Der Setting-Ansatz verbindet die Konzepte Verhältnisprävention und Verhaltensprävention (*policy mix*), er verfolgt das Ziel, Gesundheitsverhalten dort zu beeinflussen, wo es entsteht.

Das Präventionsgesetz definiert in § 20 Abs. 3 SGBV gesundes Aufwachsen als ein Gesundheitsziel und Lebenswelten in § 20 a SGBV als für die Gesundheit bedeutsame abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung. Die Familie als ein zentraler Ort des Aufwachsens für die meisten Kinder und Jugendlichen passt an dieser Stelle nicht in die Logik des Präventionsgesetzes und wird darin nicht explizit erwähnt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde durch das Präventionsgesetz ab 2016 damit beauftragt, kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten zu entwickeln und deren Implementierung wissenschaftlich zu begleiten. Es bleibt abzuwarten, wie diese Leistungen konkret aussehen werden. Hier steht die Umsetzung noch am Anfang.

Zur Erarbeitung einer Nationalen Präventionsstrategie wurde durch das Präventionsgesetz in § 20 e SGBV die Einrichtung von Präventionskonferenzen festgeschrieben. Neben den vier Sozialversicherungen als Trägern wirken darin mit beratender Stimme auch Vertreter*innen von Bundes- und Landesministerien, kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner*innen, Patient*innen sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung mit. Bislang wurde noch nicht geklärt, ob und inwiefern die Kinder- und Jugendhilfe als wichtiger Akteur in der Prävention und Gesundheitsförderung an den Nationalen Präventionskonferenzen systematisch zu beteiligen ist.

4.2 ZUM STAND DER UMSETZUNG DES PRÄVENTIONSGESETZES

Der Auftakt für die Nationale Präventionsstrategie wurde mit den am 19.02.2016 von der Nationalen Präventionskonferenz verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen (Nationale Präventionskonferenz 2016) gemacht. An diesen allgemeinen Vorgaben orientieren sich die Landesrahmenvereinbarungen der einzelnen Bundesländer, die es inzwischen in der Mehrheit der Bundesländer gibt und mit denen die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Landesebene bestimmt wird.



In den Bundesrahmenempfehlungen werden die gemeinsamen Ziele, Handlungsfelder, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie die Dokumentations- und Berichtspflichten der Nationalen Präventionskonferenz festgelegt. Im Zusammenhang von Prävention und Gesundheitsförderung ist insbesondere für Kinder und Jugendliche die Lebensaltersspezifik zu bedenken. Die Bundesrahmenempfehlungen bekräftigen das Ziel des gesunden Aufwachsens und verstehen werdende und junge Familien, Kinder und Jugendliche als Zielgruppen. Für junge Familien werden familienbezogene Präventionsmaßnahmen in Kooperation mit Trägern der Kinder- und Jugendhilfe anvisiert, diese werden nach dem Leitfa- den Prävention der GKV unter dem Gesundheitsförderungsziel „Kommune“ gefasst.

Es ist zu begrüßen, dass die Bundesrahmenempfehlungen (im Unterschied zum Präventionsgesetz selbst) der Notwendigkeit einer am Lebensalter auszurichtenden Prävention Rechnung tragen. An dem Bezug auf Lebenswelten fällt auf, dass die Kommune die anderen in einer Übersicht genannten Lebenswelten wie Kindertagesstätte, Schule und Freizeiteinrichtungen umgreift und deshalb systematisch anders angesiedelt ist.

In der Lebenswelt Kommune sollen auch Zielgruppen angesprochen werden, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können. Kinder in den ersten Lebensjahren und ihre Familien sollen nach der Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der GKV in ihrer Kommune „mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden“ (Anlage zu den Bundesrahmenempfehlungen 2016, S. 21). Wie dies erreicht werden soll, bleibt aber noch relativ unklar. Die Bundesrahmenempfehlungen folgen überwiegend einer institutionalistischen Systematik, wenn etwa darauf hingewiesen wird, dass „ausgehend von der Lebenswelt Kita [...] auch die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den Familien positiv beeinflusst werden“ oder „Kinder ab sechs Jahren und Jugendliche primär in Schulen durch präventive, gesundheits- sowie sicherheitsfördernde Aktivitäten erreicht werden“ können (Nationale

Präventionskonferenz 2016, S. 13). Andere Möglichkeiten, wie Kinder in den ersten Lebensjahren und ihre Familien von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten erreicht werden sollen, werden hier nicht ausgeführt.

Allerdings hätte es in diesem Zusammenhang durchaus nahegelegen, an die vielen bereits entstandenen familienunterstützenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe anzuknüpfen. So haben sich beispielsweise mit den Frühen Hilfen niedrigschwellige familienbezogene Präventionsstrukturen für Kinder von der Geburt an bis zum Alter von drei Jahren gut etabliert und sie werden seit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes systematisch gefördert. Die Bundesrahmenempfehlungen knüpfen an diese gut ausgebauten Infrastruktur nicht weiter an. Darüber ist das BJK irritiert. Im Präventionsgesetz selbst wird in § 26 SGB V (Früherkennungsuntersuchungen) lediglich darauf hingewiesen, dass über weitergehende gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen „aktiv informiert werden“ solle.

Angesichts des guten Zugangs zu Kindern und Jugendlichen über die Einrichtungen des Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungssystems erscheint die Orientierung der Bundesrahmenempfehlungen an diesen Institutionen zunächst einmal plausibel. Allerdings gilt es als belegt, dass nicht alle Kinder und deren Familien gleichermaßen von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung in institutionellen Lebenswelten profitieren. Studien zur Wirkung von Prävention in solchen Settings verweisen auf ein „Präventionsdilemma“ (Bauer 2005). Danach nehmen gerade diejenigen Milieus Präventionsmaßnahmen schlechter an, die als gefährdeter gelten. Angesichts solcher Effekte von Prävention in außerfamiliären Institutionen steht der Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen aber infrage.

Die Zielgruppen sollten deshalb nicht (nur) von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung adressiert und erreicht werden, sondern an der Entwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen mitwirken. In diesem Zusammenhang ist zu begrüßen, dass in den Bundesrahmenempfehlungen der Teilhabe von Zielgruppen ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Dort heißt es: „Gesundheit,



Sicherheit und Teilhabe sollen systematisch in die Prozesse und Strukturen der Lebenswelten integriert werden“ (S. 20). Um Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung zu entwickeln, ist es für Kinder und Jugendliche wichtig, sie an den hierfür geschaffenen Prozessen zu beteiligen. Partizipation ist daher ebenso wie Ansätze der „Peer-Orientierung“ in der Prävention, die sich bereits in der Sucht- und Gewaltprävention als erfolgreich gezeigt haben (Kern-Scheffeldt 2005), von hoher Bedeutung.

4.3 HERAUSFORDERUNGEN

Das Präventionsgesetz und die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz bieten einiges Potenzial für die Stärkung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Aufgrund der Form des Präventionsgesetzes als Ressortgesetz des Bundesgesundheitsministeriums bleiben die darin geregelten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung aber ausschließlich auf den Bereich der Politik der Sozialversicherungsträger begrenzt. Bisher wurden Vertreter*innen der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligt, um diese Politik für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mitzugestalten.

Die fehlende Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe ist umso erstaunlicher, insofern mit der Etablierung der Frühen Hilfen das Thema der notwendigen Vernetzung von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe für präventive Zwecke in den letzten Jahren sehr präsent ist. Mit den Frühen Hilfen, aber auch anderen familienunterstützenden Angeboten, wurden Strukturen geschaffen, an die hier angeknüpft werden könnte. Außerdem entwickelt das NZFH an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe Instrumente und Verfahren zur Überleitung zwischen den Systemen. Nach Einschätzung des BJK wird die Kinder- und Jugendhilfe ihre Beteiligung an den Präventionskonferenzen und -foren (§ 20 e SGB V) eigeninitiiert einfordern müssen, um auch in diesem Kontext der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe stärkeres Gewicht zu verleihen.

5 DIE LOGIK DES BUNDESKINDERSCHUTZGESETZES UND SEINE EVALUATION

5.1 ZU DER SYSTEMATIK UND DEN ADRESSAT*INNEN DES BUNDESKINDERSCHUTZGESETZES

Das *Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen* (Bundeskinderschutzgesetz) ist am 01.01.2012 mit dem Ziel in Kraft getreten, umfassende Verbesserungen im Kinderschutz in Deutschland zu erreichen und die Zusammenarbeit aller Akteur*innen zu stärken.

Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Artikelgesetz, das heißt, es ändert bestehende Gesetze und schafft in verschiedenen Artikeln neue Gesetze. Neben einem neuen Stammgesetz, dem *Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz* (KKG) enthält es in Artikel 2 zahlreiche Änderungen im Achten Buch Sozialgesetzbuch (Kinder- und Jugendhilfe, SGB VIII) sowie in Artikel 3 Änderungen im Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz) und im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB IX). Es sieht jetzt auch eine von vielen Seiten geforderte Evaluation verbindlich vor (Art. 4). Adressiert werden mit dem Gesetz nicht nur die Kinder- und Jugendhilfe, sondern alle Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit mit der Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien verbunden ist. Es geht darum, für die öffentliche Verantwortung im Kinderschutz breit zu sensibilisieren und Verfahrenswege zu klären.

Der mit dem Gesetz angestrebte aktive Kinderschutz wird in vier Zieldimensionen gefasst: 1. Strukturelle Vernetzung und interdisziplinäre Kooperation im Kinderschutz zur Verbesserung der Prävention, 2. Verbesserung der Handlungs- und Rechtssicherheit für einen verlässlichen Kinderschutz, 3. Stärkung und kontinuierliche Weiterentwicklung verbindlicher Qualitätsstandards für einen wirksamen Kinderschutz sowie 4. die Erweiterung der Datenbasis zur Weiterentwicklung eines wirksameren Kinderschutzes. Diese Zieldimensionen werden jeweils durch verschiedene ineinandergrei-



fende, sich teilweise überschneidende Regelungsbereiche angesteuert.

Kinderschutz ist im Bundeskinderschutzgesetz in zweifacher Weise gefasst: Das Gesetz enthält überwiegend Vorschriften zum Kinderschutz im engeren Sinne, also zum Umgang mit vermuteter oder bereits festgestellter Kindeswohlgefährdung. Im weiteren Sinne sind Regelungen dazu enthalten, wie die Bedingungen des Aufwachsens für Kinder und Jugendliche so verbessert werden können, dass insgesamt eine gesunde Entwicklung befördert und das Risiko einer späteren Kindeswohlgefährdung reduziert wird.

Das BJK bezieht sich im Folgenden insbesondere auf die Zieldimension der strukturellen und interdisziplinären Kooperation im Kinderschutz, da es in diesem Bereich weniger um Kinderschutzmaßnahmen im engeren Sinne geht als vielmehr um Prävention an der Schnittstelle zur allgemeinen Förderung sicheren und gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen. Unter dieser Zieldimension sind auch die Frühen Hilfen gefasst, und zwar konkret in den beiden Regelungsbereichen „Strukturelle Vernetzung von Akteuren im Kinderschutz auf örtlicher Ebene und Stärkung Früher Hilfen“ sowie „Angebot an Beratungsleistungen und Hilfen für die ersten Lebensjahre und Information für (werdende) Eltern“.

5.2 ZUR EVALUATION DES BUNDESKINDERSCHUTZGESETZES

Im Rahmen der im Gesetz festgeschriebenen Evaluation wurde innerhalb der durch das BMFSFJ intendierten Kooperationsplattform⁹ zwischen 2013 und 2015 untersucht, ob die gesetzlichen Regelungen die beabsichtigten Wirkungen in der Praxis erzielen.

9 Der Kooperationsplattform gehörten insbesondere folgende Kooperationspartner an: Deutsches Jugendinstitut e.V. mit den Projekten „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – Wissenschaftliche Grundlagen“ sowie „Wissenschaftliche Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Forschungsverbund DJI/TU Dortmund mit dem Projekt „Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik“, Freie Universität Berlin mit dem Projekt „Hausbesuche im Kontext des Kinderschutzauftrags (HabeK)“.

Anhand eines multiperspektivischen und multimethodischen Ansatzes wurde der Frage nachgegangen, inwiefern sich die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Handlungsfelder, die durch die Regelungen des Gesetzes angesprochen werden, seit Einführung des Gesetzes im Sinne des Gesetzgebers weiterentwickelt hat. Um hierzu belastbare empirische Daten zu generieren, wurden unterschiedlich angelegte Erhebungen mit Einrichtungen der Kindertagesbetreuung, Schulen, Pflegekinderdiensten, niedergelassenen Ärzt*innen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Jugendämtern und Landesjugendämtern sowie übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens durchgeführt. Zusätzlich wurden Länder und Fachverbände seitens des BMFSFJ um Stellungnahmen zur Umsetzung des Gesetzes gebeten. Die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik führte Sekundäranalysen auf der Basis der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik durch.

Zum Teil wurden auch die nicht beabsichtigten Auswirkungen des Gesetzes in den Blick genommen, die Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes wurden aber nicht grundsätzlich infrage gestellt. Im Sinne einer Gesetzesfolgenabschätzung ging es bei der Evaluation um eine Optimierung der Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Regelungen. Entsprechend finden sich im Evaluationsbericht der Bundesregierung zahlreiche Vorschläge, wie die Verfahren im Kinderschutz noch weiter verbessert werden können (Bericht der Bundesregierung vom 16.12.2015).

Aus Sicht des BJK sind allerdings einige wichtige systematische Fragen noch weitergehend zu diskutieren. Diese sollen im Folgenden dargelegt werden.

5.3 VERFASSTHEIT UND VERANKERUNG FRÜHER HILFEN

Das Bundeskinderschutzgesetz schafft mit der Legaldefinition von Frühen Hilfen in § 1 Abs. 4 KKG die rechtliche Grundlage dafür, leicht zugängliche Unterstützungsangebote für Familien (Information, Beratung, Hilfe) vor und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes flächendeckend einzuführen und Frühe



Hilfen spätestens ab 2018 durch einen Fonds dauerhaft zu verstetigen. Das BJK begrüßt in diesem Zusammenhang die weitere Förderung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes. Seit Beginn seiner Tätigkeit im Jahr 2007 unterstützt das NZFH die Länder und die kommunale Praxis zu Fragen Früher Hilfen, unter anderem durch Forschungsprojekte, Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung, die Organisation des bundesweiten Erfahrungs- und Wissensaustauschs und Öffentlichkeitsarbeit.

Das NZFH arbeitet im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen eng mit den Koordinierungsstellen der Länder zusammen, welche wiederum die Kommunen bei der Einrichtung von lokalen Netzwerken unterstützen und einen jeweils länderweiten fachlichen Austausch zum Zweck der Qualitätsentwicklung pflegen. Die Evaluationsergebnisse belegen den bisherigen Erfolg der Bundesinitiative Frühe Hilfen. In nahezu allen Kommunen existieren mittlerweile ein oder mehrere Netzwerke und wurde das Angebot der längerfristigen aufsuchenden Begleitung von Familien in belastenden Lebenslagen etabliert.

Laut Begriffsbestimmung des Beirats des NZFH umfassen Frühe Hilfen in erster Linie vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, „die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention)“ (NZFH 2014, S. 13). Im Zuge der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes wurde § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie) um Angebote Früher Hilfen erweitert.

Neben der grundlegenden primärpräventiven Ausrichtung von Frühen Hilfen sind auch sekundärpräventive Angebote zentral, die sich „insbesondere an Familien in Problemlagen richten und dazu beitragen, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden“ (NZFH 2016 a, S. 13). Frühe Hilfen definiert das NZFH (2016 b) entsprechend als Kinderschutzmaßnahmen „im weitesten Sinne“ (S. 26), auch wenn ihr primärer Auftrag präventiv beziehungsweise gesundheits- und entwicklungsfördernd ist.

Entsprechend der doppeldeutigen Konzeption Früher Hilfen (universell-primär/sekundär-selektiv) hat das „früh“ im Begriff Frühe Hilfen auch eine doppelte Bedeutung: Es bezieht sich einerseits auf den Lebenslauf im Sinne einer besonderen Aufmerksamkeit für die Anfangszeit des Lebens eines Kindes. Andererseits bezieht es sich auf die präventive Absicht der Hilfen, welche Eltern möglichst früh erreichen sollen (Bathke 2014).

Das damalige BJK hatte in einer Stellungnahme von 2007 auf die Problematik einer selektiven Präventionslogik im Kinderschutz hingewiesen und schlussgefolgert: „Der ‚präventive Blick‘ bedarf der immanenten Korrektur, weil ansonsten zuvörderst die Risiken und weniger die Entwicklungspotenziale markiert werden“ (BJK 2007, S. 12). In diesem Zusammenhang ist es sehr begrüßenswert, dass sich die Bundesinitiative Frühe Hilfen in dem neuesten vom Nationalen Zentrum (NZFH 2016 b) herausgegebenen Bericht dafür ausspricht, die Schnittstelle von Frühen Hilfen zum Kinderschutz deutlicher als bisher zu klären und fachlich zu gestalten, um mehr Transparenz und Sicherheit für Eltern und Fachkräfte zu schaffen. Das BJK bekräftigt diese Empfehlung und sieht in diesem Punkt ebenfalls großen Entwicklungsbedarf. Wo und wie etwa primärpräventive Maßnahmen der Information, Beratung und Unterstützung in sekundärpräventive Maßnahmen der längerfristigen Begleitung von Familien durch Familienhebammen übergehen oder die Hilfe über die Frühen Hilfen hinausgehen muss und Hilfen zur Erziehung oder auch die Abklärung von Kindeswohlgefährdung anstehen, sind in der Fachpraxis neuralgische Punkte der Einschätzung von Problemlagen und Passungen der verschiedenen Hilfeangebote und Interventionen in konkreten Fällen. Dies verlangt von allen beteiligten Fachkräften hohe Kompetenzen.

Die doppelte Konzeption Früher Hilfen als primäre und sekundäre Prävention ist sowohl auf konzeptioneller Ebene als auch auf der Ebene der Fachpraxis eine hoch komplexe Herausforderung. Es bedarf in diesem Zusammenhang einer hohen Sensibilisierung aller beteiligten Professionellen für die Gefahr der Stigmatisierung von Familien. Eine zu starke Fokussierung auf Eltern in als prekär markierten Lebenslagen kann dazu führen, dass eine Gruppe von



Eltern anhand von zuvor definierten Risikofaktoren als Problemgruppe konstruiert wird (Böllert/Buschhorn 2015).

Vor allem sehr früh ansetzende Maßnahmen, wie Kindervorsorgeuntersuchungen, frühe universelle Kinderschutzmaßnahmen und die Frühen Hilfen¹⁰, sind durch die gesetzlichen Regelungen der letzten zehn Jahre in den Horizont des präventiven Kinderschutzes gerückt worden und adressieren alle Eltern. So nachvollziehbar dieses Vorgehen ist, um belastete Familien mit Blick auf sekundärpräventive und intervenierende Maßnahmen erkennen zu können, so ist doch auch darauf hinzuweisen, dass dabei alle Kinder und ihre Familien in Augenschein genommen werden. Bei der Verknüpfung von primärpräventiven Maßnahmen mit Aspekten des Kinderschutzes besteht die Gefahr, dass der Kinderschutz tendenziell entgrenzt wird und Familien unter einer „Logik des Verdachts“ (Holthusen u. a. 2011) betrachtet werden. Insbesondere aufsuchende Maßnahmen können eine Form von fürsorglicher Beobachtung mit sich bringen, die in der Privatsphäre von Familien stattfindet und deshalb besondere Sensibilität erfordert. Hier kommt es sehr darauf an, keine falsch verstandene Verhältnisprävention zu etablieren, bei der Familien unter wenig reflektierten Normvorstellungen beraten und betrachtet würden.

Das BJK erkennt die in den Frühen Hilfen liegenden Chancen in Hinblick auf ihren frühen, niedrighschwelligigen Zugang und ihr besonderes Potenzial in der gesundheitlichen und alltagspraktischen Förderung von jungen Familien an. Frühe Hilfen sind in diesem Sinne frühe Unterstützungsleistungen, die gar nicht notwendig so stark mit dem Präventionsbegriff – und auch nicht mit dem Kinderschutzbegriff – belegt werden müssten.

Die besondere Aufmerksamkeit für Frühe Hilfen sollte zudem nicht dazu führen, dass „spätere Hilfen“ für Familien, Kinder und Jugendliche vernachlässigt werden. Frühe präventive Maßnahmen

10 Damit sind hier unterschiedliche Formen der präventiven Beobachtung von Kindern und Familien gemeint, wie etwa Screenings in den Geburtskliniken und Hausbesuche durch Jugenddamtsmitarbeiter*innen nach Geburten.

wirken nicht etwa als umfassender Problemlöser. So ist der Bedarf für weitere Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe – die Hilfen zur Erziehung – in demselben Zeitraum, in dem früh- und primärpräventive Maßnahmen ausgebaut wurden, nicht etwa gesunken. Vielmehr wurde im Jahr 2014 mit bundesweit 1.037.728 Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, die eine Hilfe zur Erziehung in Anspruch genommen haben, diesbezüglich ein Höchststand erreicht (Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2016, S. 8). Daher müssen nach Ansicht des BJK Maßnahmen für die Förderung gesunden und sicheren Aufwachsens über die ganze Altersspanne von Kindheit und Jugend stärker in den Blick gerückt werden.

5.4 NETZWERKE UND MULTIPROFESSIONELLE KOOPERATION

Der strukturellen Kooperation verschiedener Akteur*innen wird für die Kinder- und Jugendhilfe besondere Bedeutung beigemessen, gerade auch im Kontext des Kinderschutzes. Das Bundeskinderschutzgesetz schafft die gesetzliche Grundlage für flächendeckende Strukturen und Netzwerke zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Kinderschutz, insbesondere in den Frühen Hilfen. Die Chancen multiprofessioneller Zusammenarbeit sieht das BJK in der Profilierung unterschiedlicher professioneller Zugänge: Die jeweiligen professionellen Perspektiven der unterschiedlichen Berufskulturen machen die Zusammenarbeit sinnvoll und können zu wichtigen Synergieeffekten führen. Eine Form der strukturellen Zusammenarbeit stellen Netzwerke dar.

Der im Rahmen der Evaluation und Dokumentation der Bundesinitiative Frühe Hilfen erstellte Zwischenbericht des NZFH liefert Daten über die bisher erfolgte Vernetzung: 92,5 % der befragten Kommunen mit einem Jugendamtsbezirk geben an, dass Netzwerke im Kinderschutz und/oder in den Frühen Hilfen etabliert sind. Das Bundeskinderschutzgesetz macht hier keine eindeutigen Vorgaben. Es nennt Netzwerke Frühe Hilfen und Netzwerke für Kinderschutz, ohne nach den je spezifischen Zielen und Aufgaben zu unterscheiden. In der Fachpraxis zeigt sich neuerdings der Trend, dass der Anteil an Kommunen, in denen eine Netzwerkstruktur



sowohl für Kinderschutz als auch Frühe Hilfen zuständig ist, rückläufig ist (zwischen 2013 und 2015 von 51,4 % auf 44,3 %). Der Anteil an Kommunen mit getrennten Netzwerken für Kinderschutz und Frühe Hilfen ist entsprechend von 24,7 % auf 29,9 % angestiegen (Küster/Pabst/Sann 2016). Trotz der Tendenz zur Differenzierung von Netzwerkstrukturen und Zuständigkeiten in der bundesweiten Landschaft der Netzwerke Frühe Hilfen sind ein nicht unerheblicher Teil der Netzwerke demnach integrierte Netzwerke, die sowohl für Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen zuständig sind.

In diesem Zusammenhang spricht sich das BJK für eine konzeptionelle Klärung von Netzwerkzuständigkeiten vonseiten des Gesetzgebers aus. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass in den Orientierungen und Begründungen der Akteur*innen der Unterschied zwischen Hilfen, die sich an alle Eltern richten und keiner besonderen Indikation bedürfen, und Hilfen, die auf den Schutz vor Kindeswohlgefährdung bezogen sind, nicht hinreichend klargestellt wird. Studien belegen, dass die Sorge vor einer Vermischung von Hilfe und Kontrolle die Bereitschaft zur Mitarbeit aufseiten der Eltern infrage stellen kann (Helming u. a. 2007).

Der Zwischenbericht zur Evaluation der Bundesinitiative zeigt weiterhin: In 40,1 % der Netzwerke Frühe Hilfen wurden Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit geschlossen. Auch Qualitätsstandards zur fallbezogenen Kooperation wurden bisher nur in 23,4 % der Netzwerke definiert (NZFH 2014, S. 64). Diese Ergebnisse zur Konzeption von Netzwerkarbeit machen deutlich, dass der Gesetzgeber einen rechtlichen Rahmen für den Aufbau und die Entwicklung von Netzwerkstrukturen geschaffen hat, die konkrete Ausgestaltung liegt aufgrund verfassungsrechtlich vorgegebener Kompetenzordnung aber bei den Akteur*innen vor Ort. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass sich vor allem Akteur*innen¹¹ innerhalb des spezifischen Bereichs der Frühen Hilfen an

11 Als zentrale Akteur*innen in Netzwerken Frühe Hilfen erweisen sich das Gesundheitsamt, Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, der Allgemeine Soziale Dienst, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie Familienhebammen (NZFH 2014, S. 58).

der Netzwerkarbeit beteiligen. Hier besteht somit noch großer Entwicklungsbedarf hinsichtlich netzwerkförmiger Strukturen, die sich mit Belangen älterer Kinder und Jugendlicher beschäftigen (Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015, S. 28).

An den Netzwerken beteiligen sich insbesondere öffentlich finanzierte Institutionen wie der Allgemeine Soziale Dienst, Gesundheitsämter und Beratungsstellen. Wichtige Partner aus dem Gesundheitswesen wie Kinderärzt*innen, niedergelassene Hebammen und andere, deren Engagement nicht vergütet wird, nehmen seltener an lokalen Netzwerken teil. Eine ausschließliche Konzentration auf Verbesserung der rechtlichen Grundlagen zur Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe greift daher zu kurz.

Multiprofessionelle Kooperation an sich sichert noch keine Qualität im Kinderschutz und ist keinesfalls ein Selbstläufer. Kooperationsstrukturen und der Aufbau sowie die Erhaltung langfristiger Netzwerke sind komplexe, voraussetzungsvolle Entwicklungsaufgaben. Damit die Akteur*innen vor Ort eine gemeinsame Kooperationskultur entwickeln und etablieren können, ist es neben der Schaffung struktureller Voraussetzungen genauso wichtig, ausreichende Ressourcen bereitzustellen. Ohne diese können die hohen gesetzlichen Erwartungen nicht erfüllt werden und die vielfach geforderte multiprofessionelle Kooperation bleibt ein „Mythos“ (van Santen/Seckinger 2003).



6

CHANCEN UND GRENZEN VON PRÄVENTION: ABSCHLIESSENDE ANMERKUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Das BJK schlägt mit dieser Stellungnahme vor, den Begriff der Förderung von Gesundheit und Wohlergehen bei Kindern und Jugendlichen stärker in den Fokus zu rücken. Prävention ist in seiner wörtlichen Bedeutung von „Zuvorkommen“ auf die Vermeidung von etwas Unerwünschtem gerichtet und damit stets auch negativ konnotiert. Während Prävention so tendenziell einen defizit-orientierten Blick auf Menschen und ihre Lebensumstände wirft, ist die Förderung des Wohlergehens stärker an den Ressourcen und der Beteiligung der Adressat*innen orientiert.

Prävention stellt in der Kinder- und Jugendhilfe nur *ein* Paradigma des Handelns unter anderen dar. Das BJK warnt vor dem Trugschluss, dass mit Investitionen in frühe (primär)präventive Maßnahmen spätere Probleme in Prozessen des Aufwachsens in jedem Fall vermieden werden können. Die Konzepte Förderung, Unterstützung, Hilfe und Schutz sind, wie die Reflexion der Fachdebatten zeigt, eng mit dem Konzept der Prävention verwoben. Wenn dabei aber der Präventionsbegriff überproportional betont wird, dann hat das auch Auswirkungen auf die anderen Konzepte. Das BJK möchte mit dieser Stellungnahme zu einer Diskussion beitragen, in der die verschiedenen Handlungskonzepte der Kinder- und Jugendhilfe in ihrer jeweiligen Berechtigung nebeneinander Bestand haben und nicht Prävention als das „bessere“ – weil frühe und kostensparende – Handeln gilt.

Dabei erkennt das BJK die Notwendigkeit von Prävention an. Präventive Maßnahmen richten sich häufig auf Zielgruppen, die laut den Gesundheitsstatistiken erhöhte Risiken für die Ausbildung von Entwicklungs- und Gesundheitsproblemen tragen. Diese Form, Wissen darüber zu generieren, wo gesellschaftliche Risikopotenziale liegen und wie sie in der Bevölkerung verteilt sind, um darauf mit präventionspolitischen Maßnahmen zu reagieren, ist anerkanntswert und erscheint in heutigen Gesellschaften alternativlos. Bei die-

ser Regulierung von Präventionspolitiken ist aber auch zu bedenken, dass die Maßnahmen immer konkret bei Individuen in je eigenen, sehr besonderen Lebensumständen ankommen und dort greifen müssen. Prävention etabliert ein Spannungsfeld: Bevölkerungsgruppen werden (epidemiologisch) als Risikogruppen klassifiziert und im Sinne der Prävention als Zielgruppen adressiert, und über die Gefährdungen dieser Gruppen gibt es breite öffentliche Diskurse – Menschen verstehen sich in ihrem Alltagsleben aber nicht in erster Linie als Angehörige bestimmter Risiko- oder Zielgruppen, sondern als Individuen mit eigenen Wünschen, Motiven, Bedingungen und normativen (Zukunfts)Orientierungen und eben auch eigenen Perspektiven auf individuelle Probleme. Wenn es Präventionsmaßnahmen nicht gelingt, diese lebensweltlichen Perspektiven aufzugreifen, dann erreichen sie ihre Adressat*innen nur schwer und sind tendenziell zum Scheitern verurteilt.

Das BJK begrüßt in diesem Zusammenhang die Ausrichtung des Präventionsgesetzes auf die Stärkung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten im Sinne des Setting-Ansatzes. Der Akzent liegt dabei auf der Förderung von Gesundheitsressourcen (Selbstwirksamkeit, Einbindung in soziale Netzwerke, Teilhabe), die nicht nur die Widerstandskraft gegen gesundheitliche Belastungen (Resilienz) verbessern, sondern auch zur Veränderung sowohl des Verhaltens als auch der gesundheitlich belastenden Lebenswelt befähigen können. Denn die Förderung gesunden und sicheren Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen ist eine Aufgabe, die vor allem im Sinne des Auf- und Ausbaus fördernder Lebenswelten zu verstehen ist.

Mit dem Setting-Ansatz werden bislang insbesondere die Lebenswelten der Betreuungs-, Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen anvisiert, also vorwiegend öffentliche Lebenswelten und deren Gestaltungsmöglichkeiten. Damit ist jedoch die zu erwartende Reichweite des Präventionsgesetzes und der dadurch angestoßenen Maßnahmen von vorneherein begrenzt. Das BJK hat weiter oben der Irritation Ausdruck verliehen, wie wenig die Nationale Präventionskonferenz in den Überlegungen zur Umsetzung des Präven-



tionsgesetzes an bestehende Strukturen der Unterstützung junger Familien, die im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe und vor allem in den Frühen Hilfen in den letzten zehn Jahren aufgebaut wurden, bislang anknüpft. Mit diesen Strukturen wurden und werden beispielhafte Vernetzungen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe etabliert, die aufzugreifen im Anschluss an das Präventionsgesetz und im Sinne der Gesundheitsförderung naheliegt.

Das Präventionsgesetz sieht bei festgestelltem Bedarf lediglich eine ärztliche Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vor. Die Präventionsempfehlung sollte auch eine Überweisung an geeignete Angebote zur allgemeinen Förderung der Erziehung in Familien im Sinne des § 16 SGB VIII sowie zu Frühen Hilfen vorsehen können.

Das NZFH arbeitet an der Entwicklung von Instrumenten und Verfahren an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Im Sinne der Entwicklung der Fachpraxis gibt es derzeit eine Fülle an Veranstaltungen, Tagungen und Workshops zu ebendieser Schnittstelle, wie zuletzt die Kooperationstagung „Gemeinsam stark für Familien – Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz“ im November 2016. Das BJK begrüßt diese Initiativen ausdrücklich. Im Sinne der Ziele des Präventionsgesetzes müssten sie aber über den Fokus auf die frühe Kindheit und die Frühen Hilfen hinaus ausgedehnt werden und für die Entwicklung der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen anvisiert werden.

Anders als im Präventionsgesetz und den darauf bezogenen Bundesrahmenempfehlungen spielt die Lebenswelt Familie im Bundeskinderschutzgesetz und im Anschluss daran in den Frühen Hilfen sehr nachvollziehbar eine prominente Rolle. Dass der Kinderschutz im Bundeskinderschutzgesetz sowohl im engeren Sinne – Schutz vor Kindeswohlgefährdung – als auch im weiteren Sinne der Förderung eines gesunden und gewaltfreien Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen gefasst wird, verweist aus Sicht des BJK noch einmal auf die starke Überschneidung der Anliegen beider Gesetze.

In diesem weiteren Sinne wurden die Frühen Hilfen etabliert und in den letzten Jahren weiterentwickelt. Sie übernehmen Aufgaben in der Information und Beratung von Eltern in Fragen der frühkindlichen Entwicklung und der örtlichen Unterstützungslandschaft. „Frühe Hilfen sind ein neues, die bestehenden Sozialleistungssysteme ergänzendes und verbindendes Versorgungselement für werdende Eltern sowie Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland. Durch ihr eigenes Profil und ihre spezifischen Angebote streben sie eine neue Qualität bei der Unterstützung von (werdenden) Müttern und Vätern an und entwickeln neue Zugänge zu Eltern in belastenden Lebenslagen“ (NZFH 2016 b, S. 5). Das BJK begrüßt diese Ausrichtung der Frühen Hilfen. Damit die Beteiligung des Gesundheitssystems verbessert werden kann, bedarf es allerdings Regelungen zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den Leistungsträgern nach SGB VIII und SGB V. Nur so kann es gelingen, sowohl erforderliche Hilfen frühzeitig und bedarfsgerecht zu vermitteln als auch die notwendige Netzwerkarbeit sowie die konkreten präventiven Leistungen, die in den lokalen Netzwerken erbracht werden, angemessen zu finanzieren.

Das BJK weist darauf hin, wie wichtig es ist, die Schnittstelle von Frühen Hilfen und Kinderschutz zu klären. Im Bundeskinderschutzgesetz werden die Ziele und Aufgaben von Netzwerken Früher Hilfen und Netzwerken Kinderschutz vom Gesetzgeber nicht differenziert. Es besteht daher ein konzeptionelles Problem darin, dass eine nach wie vor mehrdeutige Bestimmung des Kinderschutzbegriffs dazu einlädt, die Grenzen zwischen der allgemeinen Förderung und Unterstützung eines gesunden Aufwachsens von Kindern, sekundärpräventiven Hilfen für Familien in Belastungslagen und dem Schutz vor Kindeswohlgefährdung eher zu verwischen als zu klären. Das BJK hinterfragt, ob es weiterführend ist, in dem Zusammenhang der Frühen Hilfen von „Kinderschutz im weitesten Sinne“ (NZFH 2016 b, S. 26) zu sprechen. Die konzeptionelle Verkettung von Primärprävention, Sekundärprävention und Kinderschutz konzipiert ein Kontinuum, bei dem auch die allgemeine Förderung des gesunden Aufwachsens von Kindern und Unterstützung junger Familien in den Horizont des Kinderschutzes und



letztlich der Prävention von Kindeswohlgefährdung gerückt wird. Das BJK gibt zu bedenken, ob nicht, statt den Kinderschutzbegriff in dieser Weise zu entgrenzen, eine stärkere Entkoppelung der Konzepte weiterführend wäre. In den Prozessen der konzeptionellen Klärung ist auch der Gesetzgeber gefragt; diese können nicht allein auf fachlicher Ebene erfolgen.

Durch die Koppelung besteht die Gefahr, dass Eltern schon früh angezeigt wird, dass sie es sind, die in staatlichen Präventionsmaßnahmen als zentraler Risikofaktor für Beeinträchtigungen eines gesunden Aufwachsens ihrer Kinder angesehen werden. Hinzu kommt, dass sehr junge Kinder einen großen Teil ihrer Zukunft noch vor sich haben, umso schwerer ist diese vorherzusehen. Bei Neugeborenen können für viele Bereiche ihrer Entwicklung noch nicht umfassend (Kompetenz)Diagnostiken durchgeführt werden, die zuverlässige Hinweise auf *konkrete* drohende Entwicklungs- und Gesundheitsgefährdungen liefern könnten. Wenn man aber gar nicht so genau bestimmen kann, auf welche konkreten Gesundheits- oder Entwicklungsrisiken hin beobachtet wird, dann kommen grundsätzlich alle möglichen Risiken infrage. Man könnte hier von einer Verschärfung des Kontingenzproblems sprechen. Je früher also Präventionsmaßnahmen ansetzen, desto eher kann es zu einer relativen Entkoppelung von Diagnostik und Prognostik kommen (Kelle/Schmidt/Schweda 2016). Damit kann sich aber auch das öffentliche ebenso wie das private Risikobewusstsein in einer Weise entgrenzen, die nicht unbedingt geeignet ist, junge Eltern mit einem Grundvertrauen darin auszustatten, dass sie für das sichere Aufwachsen und die gesunde Entwicklung ihrer Kinder – und zwar sie am besten – werden sorgen können.

Das BJK wirft deshalb die Frage auf, ob die in den letzten zehn Jahren etablierten Präventionspolitiken und -praktiken in der Kindheit noch in allen Fällen eine angemessene Balance halten können zwischen öffentlicher Beobachtung des Aufwachsens von Kindern auf der einen Seite und privaten Freiheitsrechten von Eltern und Kindern auf der anderen Seite. Es ist auch zu fragen, ob das Wächteramt des Staates in Präventionspraktiken nicht bisweilen überinterpretiert wird.

Für die gesellschaftliche Querschnittsaufgabe der Ermöglichung des gesunden und sicheren Aufwachsens und Wohlergehens von Kindern und Jugendlichen bieten beide hier behandelten Gesetze und deren Umsetzungen gute Ansatzpunkte. Es gilt aus Sicht des BJK aber, den erreichten Stand der Dinge genau zu analysieren und systematische Probleme der gesetzlichen Verankerung und Erfüllung dieser gemeinschaftlichen Aufgabe in der Fachpraxis zu identifizieren. Es bedarf einer breit angelegten Verantwortungsübernahme, die auch nicht auf den Bereich der Gesundheitspolitik und der Kinder- und Jugendhilfe begrenzt bleiben sollte. Die Ermöglichung des gesunden und sicheren Aufwachsens und Wohlergehens von Kindern und Jugendlichen stellt nach Auffassung des BJK eine komplexe, ressortübergreifende, transorganisationale und multiprofessionelle Aufgabe dar. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, bedarf es einer fortgesetzten Auseinandersetzung und Verständigung zwischen unterschiedlichen beteiligten Ressorts, Disziplinen, Professionen, Trägern und Fachverbänden. Dieser Prozess steht erst am Anfang.



LITERATUR

- Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2016): *Monitor Hilfen zur Erziehung*. Dortmund: Forschungsverbund DJI/TU.
- Bathke, Siegrid A. (2014): Entwicklung, Praxen und Perspektiven Früher Hilfen. In: *Sozialmagazin* 39 (7/8), S. 7–12.
- Bauer, Ullrich (2005): *Das Präventionsdilemma. Schulische Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bericht der Bundesregierung: *Evaluation Bundeskinderschutzgesetz*, 16.12.2015. <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/90038/bericht-evaluation-bundeskinderschutzgesetz-data.pdf> (30.01.2017).
- BGBL (2005 I): *Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz – KICK) vom 13. September 2005*, S. 2729–2740.
- BGBL (2011 I): *Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) vom 28. Dezember 2011*, S. 2975–2982.
- BGBL (2015 I): *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 24. Juli 2015*, S. 1368–1379.
- Bollig, Sabine/Kelle, Helga (2009): Früherkennung und Prävention von Entwicklungsstörungen: Medizinisierung und Pädagogisierung der frühen Kindheit aus praxisanalytischer Perspektive. In: Behnisch, Michael/Winkler, Michael (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Naturwissenschaft. Einflüsse, Diskurse, Perspektiven*. München: Reinhardt, S. 42–57.
- Bollig, Sabine/Ott, Marion (2008): Entwicklung auf dem Prüfstand: Zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: Kelle, Helga/Tervooren, Anja (Hrsg.): *Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung*. Weinheim: Juventa, S. 207–224.
- Böllert, Karin/Buschhorn, Claudia (2015): Adressierung von (werdenden) Eltern in Frühen Hilfen und Familienbildung. In: *neue praxis. Sonderheft 12: Neue Aufmerksamkeit für Familien. Diskurse, Bilder und Adressierungen in der Sozialen Arbeit*, S. 98–111.
- Bröckling, Ulrich (2008): Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention. In: *Behemoth. A Journal on Civilisation* 1 (2008), S. 35–48.
- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (5–6/2007): *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (7/2014): *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Bundesjugendkuratorium (BJK) (2007): *Schutz vor Kindeswohlgefährdung. Anmerkungen zur aktuellen Debatte. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums*. www.bundesjugendkuratorium.de/assets/pdf/press/bjk_2007_stellungnahme_schutz_vor_kindeswohlgefaehrdung.pdf (13.09.2016).
- Deutscher Bundestag (2009): *13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe*. Drucksache 16/12860. Berlin.
- Eichin, Carolin/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2013): Frühe Hilfen für junge Familien im Spannungsfeld zwischen Prävention und Kontrolle. In: *Resonanzen. E-Journal für biopsychologische Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. Band 1, Nr. 2, S. 121–137.
- Esser, Günter/Petermann, Franz (2010): *Entwicklungsdiagnostik. Kompendien Psychologische Diagnostik*. Band. 13. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, Peter (2008): Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuverlässigkeit. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 363–378.
- Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gundula/Sann, Alexandra/Walter, Michael (2007): *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Holthusen, Bernd/Hoops, Sabrina/Lüders, Christian/Ziegler, Diana (2011): Über die Notwendigkeit einer fachgerechten und reflektierten Prävention. In: *DJI-Impulse* 2/2011, S. 22–25.
- Kelle, Helga (2010) (Hrsg.): *Kinder unter Beobachtung. Kultur-analytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen: Barbara Budrich.
- Kelle, Helga/Schmidt, Friederike/Schweda, Anna (2016): Entstehung und Abbau von Bildungsungleichheiten. Herausforderungen für die empirische Bildungsforschung mit Fokus auf der frühen Kindheit. In: Diehm, Isabell/Kuhn, Melanie/Machold, Claudia (Hrsg.): *Differenz – Ungleichheit – Erziehungswissenschaft*. Wiesbaden: Springer VS, S. 63–80.
- Kern-Scheffeldt, Walter (2005): Peer-Education und Suchtprävention. In: *Suchtmagazin* 31, Nr. 5, S. 3–10.

- Küster, Ernst-Uwe/Pabst, Christopher/Sann, Alexandra (2016): *Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen. Faktenblatt zur Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).
- Mierendorff, Johanna (2008): Armut als Entwicklungsrisiko? Der politische Kinderarmutsdiskurs. In: Kelle, Helga/Tervooren, Anja (Hrsg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung der kindlichen Entwicklung*. Weinheim: Juventa, S. 147–163.
- Mühlmann, Thomas/Pothmann, Jens/Kopp, Katharina (2015): *Wissenschaftliche Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung der Kooperationsplattform Evaluation Bundeskinderschutzgesetz*. Dortmund: Forschungsverbund DJI/TU. www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Aktuelles/Publikationen/Wissenschaftliche_Grundlagen_Eval_BKISchG_Bericht_AKJStat_2015.pdf (20.12.2016).
- Nationale Präventionskonferenz (2016): *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20 d Abs. 3 SGB V*. Verabschiedet am 19.02.2016. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NP_K_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf (30.01.2017).
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2014): *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014*. Köln. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesinitiative_Fruehe_Hilfen_Zwischenbericht_2014.pdf (22.10.2016).
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2016 a): *Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats*. 2. Auflage. Köln. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf (10.01.2017).
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2016 b): *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016*. [www.fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_BIFH_Bericht_2016.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_BIFH_Bericht_2016.pdf) (10.01.2017).
- Statistisches Bundesamt (2016): *Statistik der Kinder- und Jugendhilfe: Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Abs. 1 SGB VIII*. Wiesbaden.
- van Santen, Eric/Seckinger, Mike (2003): *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (18.01.2017).

MITGLIEDER DES BUNDESJUGENDKURATORIUMS

VORSITZENDER

MIKE CORSA

Generalsekretär der Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Jugend in Deutschland e. V., Hannover

STELLVERTRETER/INNEN

LISI MAIER

Vorsitzende des Deutschen Bundesjugendrings, Berlin

REINER PRÖLSS

Stadtrat und Referent für Jugend, Familie und Soziales der Stadt Nürnberg

NORA SCHMIDT

Geschäftsführerin des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., Berlin

MITGLIEDER

DORIS BENEKE

Leiterin des Zentrums Familie, Bildung und Engagement bei der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Berlin

PROF. DR. KARIN BÖLLERT

Professorin für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Sozialpädagogik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe, Berlin

NORBERT HOCKE

Vorstandsmitglied für Jugendhilfe und Sozialarbeit, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, Frankfurt am Main/Berlin

PROF. DR. HELGA KELLE

Professorin mit dem Schwerpunkt Allgemeine Pädagogik an der Fakultät für Erziehungswissenschaften der Universität Bielefeld

PROF. DR. NADIA KUTSCHER

Professorin für Soziale Arbeit und Ethik am Department I der Universität Vechta

UWE LÜBKING

Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, Berlin

AYLIN SELÇUK

Gründerin der Initiative DeuKische Generation e. V., Berlin

PROF. DR. HEIKE SOLGA

Direktorin der Abteilung Ausbildung und Arbeitsmarkt am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin



WAS IST DAS BJK?

Das Bundesjugendkuratorium (BJK) ist ein von der Bundesregierung eingesetztes Sachverständigengremium. Es berät die Bundesregierung in grundsätzlichen Fragen der Kinder- und Jugendhilfe und in Querschnittsfragen der Kinder- und Jugendpolitik. Dem BJK gehören bis zu 15 Sachverständige aus Politik, Verwaltung, Verbänden und Wissenschaft an. Die Mitglieder werden durch die Bundesministerin/den Bundesminister für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Dauer der laufenden Legislaturperiode berufen.



MANFRED WALHORN

Leiter der Abteilung Kinder und Jugend im Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

PROF. DR. PETER-ULRICH WENDT

Professor für Grundlagen und Methoden der Sozialen Arbeit, Kinder- und Jugendhilfe, Hochschule Magdeburg-Stendal

STÄNDIGER GAST

PROF. DR. THOMAS RAUSCHENBACH

Direktor des Deutschen Jugendinstituts e. V., München

ARBEITSSTELLE KINDER- UND JUGENDPOLITIK, MÜNCHEN

SONJA PREISSING

Projektleiterin

ANNA SCHWEDA-MÖLLER

Wissenschaftliche Referentin

UTE KRATZLMEIER

Sachbearbeiterin

MÄRZ 2017