

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

4

EXPERTISE

KOSTEN UND NUTZEN FRÜHER HILFEN

Eine Kosten-Nutzen-Analyse
im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«





EXPERTISE

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

Kosten und Nutzen Früher Hilfen
Eine Kosten-Nutzen-Analyse
im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«

Prof. Dr. sc. oec. Uta Meier-Gräwe, Universität Gießen
Dipl. oec. troph. Inga Wagenknecht, Universität Gießen

INHALT

	VORWORT	6
1	ZUSAMMENFASSUNG	8
2	EINFÜHRUNG	11
3	KOSTEN UND NUTZEN FRÜHER HILFEN – EIN ÜBERBLICK	13
	Die Bedeutung der frühen Kindheit	14
	»Je früher desto besser« – auch aus ökonomischer Sicht?	15
	Kostendaten der Statistik	20
	Zur Wirkung Früher Hilfen	24
4	INTERNATIONALE KOSTEN-NUTZEN-BETRACHTUNGEN	25
5	ÖKONOMISCHE BETRACHTUNGEN IN DER SOZIALEN ARBEIT	27
6	DIE KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE UND IHRE ANWENDUNG IM BEREICH FRÜHER HILFEN	29
	Die Methode der Kosten-Nutzen-Analyse	30
	Kosten Früher Hilfen	30
	Kostenbereiche des »Guten Starts ins Kinderleben« in Ludwigshafen	31
	Nutzen Früher Hilfen	32
	Bereiche, in denen ein positiver Nutzen erwartet wird	32
	Datenlage im Bereich Kindeswohlgefährdung und Frühe Hilfen	34
7	VORGEHEN BEI DER KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE	36
8	KOSTEN FRÜHER HILFEN – AUSWERTUNG DER STANDORTDATEN	39
	Beschreibung der untersuchten Stichproben	40
	Kosten der Vernetzung und Kooperation	41
	Kosten im Gesundheitssystem	42
	Kosten im Kinder- und Jugendhilfesystem	43
	Auswertung der Gesamtkosten Früher Hilfen	44

9	NUTZEN FRÜHER HILFEN – FOLGEKOSTEN VON KINDESVERNACHLÄSSIGUNG UND -MISSHANDLUNG	46
10	ANNAHMEN ZUR ERSTELLUNG DER SZENARIEN	49
11	DARSTELLUNG DER LEBENSLAUFSZENARIEN UNTER DER ANNAHME FRÜHER HILFEN UND BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG	52
12	DATEN ZUR BERECHNUNG DER ANNAHMEN IN DEN LEBENSLAUFSZENARIEN	58
	Berechnung der Kosten im Lebenslaufszenario Frühe Hilfen	59
	Berechnung der Folgekosten bei Kindeswohlgefährdung	59
13	AUSWERTUNG DES SZENARIOS »FRÜHE HILFEN«	69
14	AUSWERTUNG DER VIER LEBENSLAUFSZENARIEN BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG	71
15	KOSTEN UND NUTZEN FRÜHER HILFEN	76
16	DISKUSSION UND AUSBLICK	80
17	ABBILDUNGSNACHWEIS UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	84
18	LITERATUR	86

VORWORT

Familien mit Säuglingen und Kleinkindern früh und rechtzeitig zu unterstützen und zu fördern ist in der (Fach-) Öffentlichkeit in Deutschland mittlerweile breit akzeptiert. Es ist ein Verständnis darüber entstanden, wie zentral die frühe und rechtzeitige Unterstützung junger Familien für die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern ist. Dies gilt für alle Familien, für Eltern, die Informationen etwa über lokale Angebote der Tagesbetreuung möchten, für diejenigen, die Beratung über Entwicklung und Erziehung brauchen, ebenso wie für diejenigen, die spezifische und vielleicht auch längerfristige Förderung ihrer elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen benötigen, um Fehlentwicklungen oder Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Insofern sind Frühe Hilfen auch Kinderschutz. Es besteht Konsens darüber, dass so verstandene Frühe Hilfen eine enge Kooperation und Vernetzung insbesondere zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem voraussetzen.

In den vergangenen sechs Jahren und in der Folge der öffentlichen und fachlichen Debatten um tragische Kinderschutzfälle und der Einführung des § 8a (Achstes Buch Sozialgesetzbuch, Kinder- und Jugendhilfe SGB VIII zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) entstanden zahlreiche fachliche und politische Initiativen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene, um Angebote Früher Hilfen auszubauen bzw. neue Angebote zu etablieren und lokal in die bestehenden Regelangebote unterschiedlicher Hilfesysteme wie das der Jugendhilfe, des Gesundheitssystems, der Schwangerenberatung etc. zu integrieren.

Im Zuge der bundespolitischen Initiative zur Stärkung des Kinderschutzes wurde das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« vom Bundesministerium für Familien, Senioren,

Frauen und Jugend auf den Weg gebracht. Mit der Einrichtung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) und der Förderung von zehn Modellprojekten in allen Bundesländern liegt ein Schwerpunkt der Initiative auf dem bundesweiten Auf- und Ausbau von Strukturen Früher Hilfen. Aufgabe des NZFH ist die Sammlung und Systematisierung von Wissen rund um das Thema Frühe Hilfen, die Kommunikation der Ergebnisse in die Fachöffentlichkeit und die Allgemeinbevölkerung und schließlich der Transfer der gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis.

Die hier vorgestellte Expertise zu den Kosten und dem Nutzen Früher Hilfen wurde im Rahmen des Bundesmodellprojekts »Guter Start ins Kinderleben« durchgeführt. Die Evaluation dieses Projektes und damit auch die Kosten-Nutzen-Analyse wurde vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen gefördert (Ziegenhain & Fegert, 2009; Ziegenhain et al., 2010). Das Projekt entstand in einer gemeinsamen Initiative der vier Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen. Ziel dieses gemeinsam geförderten Modells war es, Angebote von Jugend- und Gesundheitshilfe im Frühbereich systematisch miteinander zu koordinieren und passgenaue und lückenlose Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten. Das Projekt wurde modellhaft in insgesamt acht Standorten in den vier Bundesländern durchgeführt (Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier). Die vier Länder haben im Rahmen dieses Projektes die Entwicklung und Erprobung von Vernetzungsstrukturen eng begleitet und mit weitergehenden Maßnahmen, Förderrichtlinien oder durch gesetzliche Verankerung den Weg für die landesweite Umsetzung geebnet.

Neben diesen und anderen Bundes- und Länderinitiativen – so wurden mittlerweile in allen sechzehn Bundes-

ländern Kinderschutzgesetze verabschiedet und ein Bundeskinderschutzgesetz entworfen – entstehen zunehmend auch Initiativen auf kommunaler Ebene.

Diese erfreuliche Entwicklung war vor wenigen Jahren so nicht abzusehen. Dass fachliches Engagement und lokale Initiativen auf der einen Seite, politische Steuerung und Unterstützung durch Bund und Länder auf der anderen Seite zunehmend ineinandergreifen, stimmt optimistisch und lässt hoffen, dass Frühe Hilfen systematisch und nachhaltig in bestehende Regelstrukturen integriert werden. Allerdings braucht es dafür gute Begründungen und einen fachlichen ebenso wie einen gesellschaftlichen Konsens jenseits und unabhängig von aktuellen politischen Initiativen und Kampagnen. Zudem braucht es sicher auch einen gesellschaftlichen Konsens darüber, dass Kinder ein zentrales Gut sind und es sich lohnt, in ihr Wohlbefinden und ihre Entwicklung zu investieren.

Immer wieder wird auf die Notwendigkeit verwiesen, politische und fachliche Entscheidungsträger davon zu überzeugen, dass Frühe Hilfen notwendig und sinnvoll sind. Tatsächlich belegen eine Reihe von Studien die positiven Effekte Früher Hilfen. Die ersten Ergebnisse der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen geförderten Studien in Deutschland liegen vor. Insbesondere amerikanische Studien belegten auch positive Langzeiteffekte. Viele Länder haben in den vergangenen Jahren in die frühe Förderung und Versorgung von Kindern investiert, um spätere Folgekosten im Zusammenhang mit unzureichender Bildung und damit verbundenen Problemen für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen, psychischen Problemen, delinquentem Verhalten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen.

In Zeiten knapper Kassen spielen ökonomische Überlegungen und Begrenzungen keine geringe Rolle bei der

Entscheidung für eine Investition in Frühe Hilfen. Dass Frühe Hilfen sich rechnen, ist ein zentrales Argument, das die nachhaltige Investition in Frühe Hilfen entscheidend begründen und vorantreiben kann. Uta Meier-Gräwe und Inga Wagenknecht legen mit dieser Expertise die erste deutsche Kosten-Nutzen-Analyse zu Frühen Hilfen vor und zeigen eindrücklich, wie positiv die Rendite bei einer frühen Investition in Kinder gegenüber den Folgekosten im Lebenslauf bei fehlender früher Unterstützung ausfallen kann.

Als wir zu Beginn des Projektes »Guter Start ins Kinderleben« an Uta Meier-Gräwe als von uns präferierte Expertin mit der Bitte um diese Expertise herangetreten sind, hat sie ohne Zögern zugestimmt und dieses nicht geplante Projekt in ihren engen Zeitplan eingebaut. Sie und Inga Wagenknecht engagierten sich im Projekt, nahmen an Runden Tischen an den Modellstandorten teil und beteiligten sich an Veranstaltungen. Die Konzeption der Expertise entstand gemeinsam mit der Praxis, insbesondere am Modellstandort Ludwigshafen. Wir bedanken uns sehr herzlich für diese hervorragende Expertise. Sie ist ein zentraler Beitrag für die Frühen Hilfen in Deutschland.

JÖRG FEGERT
UTE ZIEGENHAIN

Klinik für Kinder und
Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

MECHTHILD PAUL
ILONA RENNER

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen (NZFH)

1

ZUSAMMENFASSUNG

Die Sensibilität und Aufmerksamkeit für das Thema Kindeswohlgefährdung ist in den letzten Jahren in Deutschland deutlich gestiegen. Vielerorts sind Programme und Projekte zur Verbesserung des Kinderschutzes entstanden, in denen die Vernetzung und Kooperation zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe gestärkt und Angebote für junge Familien ausgebaut wurden.

Gleichwohl werden präventive, niedrighschwellige Angebote gegenüber den Pflichtaufgaben in der Kinder- und Jugendhilfe faktisch immer noch als nachrangig behandelt, insbesondere bei prekärer kommunaler Haushaltslage.

Die vorliegende Studie weist nach, wie verhängnisvoll diese Finanzierungspraxis für die betroffenen Individuen und die Gesellschaft insgesamt ist: Die Arbeit enthält zunächst eine Kostenanalyse Früher Hilfen, die im Rahmen des Projekts »Guter Start ins Kinderleben« erstellt wurde. Diese analysiert die Ausgaben, welche durch konkrete Maßnahmen des Kinderschutzes am Projektstandort Ludwigshafen entstanden sind. Insbesondere im Bereich der Jugendhilfe und im Gesundheitswesen waren zunächst zusätzliche Ressourcen notwendig, um die Vernetzung und Kooperation zwischen den Akteuren aufzubauen und sicherzustellen, die Risikoeinschätzung im Krankenhaus zu finanzieren und die Familien mit angemessenen Hilfen zu unterstützen. Darüber hinaus mussten die beteiligten Personen im Kinderschutz geschult und für passgenaue Hilfen weitergebildet werden. Zudem wurde im Jugendamt eine Stelle »Fachdienst Guter Start ins Kinderleben« als Ansprechpartner für die Familien und die Akteure im Netz Früher Hilfen eingerichtet. Die Kosten betragen nach den Auswertungen dieser Studie 7.274 Euro pro Fall, bei dem eine erhöhte Risikobelastung festgestellt wurde. Bei über 60% der Fälle lagen die Kosten unter 1.000 Euro. Hinzu kommen Kosten, die durch das Screening insgesamt verursacht werden.

Betrachtet man jedoch die Kosten, die entstehen, wenn ein Kind von Vernachlässigung und/oder Misshandlungen betroffen ist, zeigt sich, wie vergleichsweise minimal

die Kosten der Prävention gegenüber den Folgekosten einer Kindeswohlgefährdung sind. Zur Darstellung dieser Folgekosten wurden – basierend auf vorhandenen Forschungsarbeiten und Expertengesprächen – vier verschiedene Szenarien gebildet (zwei moderate, zwei pessimistische Szenarien) und die Kosten berechnet. Diese zeichnen fallbezogen die Folgen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Lebenslauf nach und verdeutlichen, welche kumulativen Kosten hierdurch kurz- und langfristig entstehen. Solche Kosten werden insbesondere in den Bereichen der tertiär-präventiven/interventiven Jugendhilfe, für kurative Angebote (Behandlung von Folgeerkrankungen z. B. psychische Störungen) sowie durch Delinquenz und Wertschöpfungsverluste im Erwerbssystem (Arbeitslosigkeit, Wertschöpfungsverluste durch geringe Qualifikation) erwartet.

Kontrastiert man die Folgekosten mit den Kosten Früher Hilfen, so zeigt sich, dass diese im moderaten Szenario 60-mal und beim pessimistischen Szenario 159-mal höher liegen als die Kosten der Prävention. Da sich die Präventionskosten ausschließlich auf die Frühen Hilfen beziehen, d. h. auf Hilfen von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr der Kinder, wurden in einer ergänzenden Berechnung auch Kosten dargestellt, die den weiteren Lebenslauf mitbetrachten und dort entstehende (geschätzte) Aufwendungen berücksichtigen. Hier wird deutlich, dass auch unter Einbeziehung dieser zusätzlichen Ausgaben der Nutzen eindeutig positiv bleibt. Denn das Verhältnis der Kosten Früher Hilfen beträgt gegenüber den Kosten von Kindeswohlgefährdung unter den getroffenen Annahmen bei dem moderaten Szenario 1:13 und 1:34 beim pessimistischen Szenario.

Die erzielten Befunde der Studie sprechen – bei aller noch notwendigen begleitenden Evaluation über längere Zeiträume – für einen entschiedenen Paradigmenwechsel in den Finanzierungsstrukturen von Gesundheitswesen und Jugendhilfe: Gelingt es, kindliche Entwicklungsrisiken durch Frühe Hilfen zu erkennen, einen guten Zugang zu (gefährdeten) Familien herzustellen, Unterstützung und

Hilfen im Sinne eines guten »Übergangsmanagements« anzubieten und damit eine mögliche Kindesvernachlässigung und Misshandlungen zu verhindern, ist das für das Wohlergehen der Kinder, aber auch für die Gesellschaft unermesslich und führt somit zu einer »doppelten Dividende«.

Das derzeitige Wissen und der Forschungsstand in diesem Bereich verweisen bereits heute darauf, dass Frühe Hilfen als eine sinnvoll angelegte Zukunftsinvestition für die betroffenen Kinder und für die Gesellschaft insgesamt begriffen werden müssen. Die derzeitige Finanzierung mit Schwerpunkt in den späteren Lebensjahren sollte deshalb durch eine konsequente Umsteuerung zugunsten einer passgenauen Unterstützung von Geburt an verändert werden.

2

EINFÜHRUNG

Im Zuge der seit 2005 intensiv geführten Debatte um einen verbesserten Kinderschutz sind in vielen Kommunen Programme entstanden, die zum Teil ganz unterschiedlich ausgestaltet sind, jedoch ein Ziel verfolgen: Durch Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen sollen Risiken für Kindesvernachlässigung und -misshandlung möglichst früh erkannt werden, um eine Problemzuspitzung und eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu verhindern. Das entspricht dem Leitgedanken der Prävention. Präventionsprogramme haben jedoch – oft unter Hinweis auf fehlende finanzielle Mittel – wenig Chancen auf Verstetigung. So stellt sich bei der Weiterführung von erfolgreichen Projekten und Programmen dann häufig die Frage einer auf Dauer gestellten Finanzierung. Insbesondere bei einer insgesamt angespannten Kassenlage der öffentlichen Haushalte haben Angebote der Prävention als »Luxusgut« gegenüber den Pflichtaufgaben derzeit wenig Chancen auf Förderung.

Dass Leistungen in diesem Bereich nicht nur Kosten verursachen, sondern einen »Output« erbringen und als Investitionen zu betrachten sind, die sich langfristig auszahlen, wird häufig nicht beachtet.

Ökonomische Analysen bezogen sich lange Zeit fast ausschließlich auf die Frage: Wie können Kosten, insbesondere in den kostenintensiven Bereichen der Jugendhilfe (z. B. der Heimerziehung), eingespart werden? Erst seit kurzem – insbesondere mit der durch PISA ausgelösten Bildungsdebatte – hat ein verändertes Verständnis von Ausgaben und Kosten für familienunterstützende Leistungen eingesetzt. Denn Angebote früher Förderung und Bildung tragen – so das Ergebnis vorhandener Studien – dazu bei, die Entwicklungschancen von Kindern erheblich zu verbessern und Kosten des Sozial-, Gesundheits- und Justizsystems im weiteren Lebenslauf dieser Kinder einzusparen. Die Renditen fallen dabei umso höher aus, je früher die Kinder erreicht werden und sind insbesondere für Kinder aus benachteiligten Familien bedeutsam (vgl. Heckman, Masterov 2007). Das Kosten-Nutzen-Verhältnis frühkindlicher Bildung beträgt nach einer

Untersuchung der Bertelsmann Stiftung für Deutschland 1:2,7, d. h. die zu Beginn eingesetzten Kosten lösen volkswirtschaftlichen Nutzen in fast dreifacher Höhe aus (vgl. Bertelsmann Stiftung 2007). Die Kosten unzureichender Bildung heute geborener Kinder werden sich nach Angabe einer weiteren Studie der Bertelsmann Stiftung im Lebenslauf von 80 Jahren auf 2,8 Billionen Euro summieren (Bertelsmann 2009).

Im Bereich der Frühen Hilfen weisen internationale Untersuchungen ebenfalls auf ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis hin. Ein Beispiel ist die Studie »Investing in our Children« (vgl. Karoly et al. 1998), welche die Kosten und den Nutzen des Home Visiting Program »Elmira PEIP« untersucht hat. Hier konnte gezeigt werden, dass den zu Beginn entstandenen Kosten von 6.000 US-Dollar Einsparungen in Höhe von 24.000 US-Dollar pro Familie gegenüberstanden.

In Deutschland fehlt es derzeit noch an vergleichbaren Untersuchungen. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Programm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« geförderten Modellprojekte werden zwei Untersuchungen zu den Kosten und dem Nutzen Früher Hilfen erstellt – die vorliegende Arbeit, die im Projekt »Guter Start ins Kinderleben« entstanden ist und eine Kosten-Nutzen-Analyse, die innerhalb des Projekts »Pro Kind« durchgeführt wird¹.

Die vorliegende Studie bezieht sich auf eine Analyse der Kosten Früher Hilfen am Beispiel des Modellstandortes Ludwigshafen. Diesen errechneten Kosten werden Folgekosten gegenübergestellt, die durch Kindeswohlgefährdung verursacht werden.

3

KOSTEN UND NUTZEN FRÜHER HILFEN – EIN ÜBERBLICK

Die Bedeutung der frühen Kindheit	14
»Je früher desto besser« – auch aus ökonomischer Sicht?	15
Kostendaten der Statistik	20
Zur Wirkung Früher Hilfen	24

Das Wohl des Kindes zu schützen, Eltern in Fragen der Erziehung zu beraten und zu unterstützen und Kinder in ihrer Entwicklung umfassend zu fördern, ist Aufgabe und alltägliche Praxis der Jugendhilfe. Mit dem Ziel, den Kinderschutz zu verbessern und den verstärkten Aufbau von Frühwarnsystemen und Frühen Hilfen zu forcieren, hat sich somit der Auftrag für die Jugendhilfe im Prinzip nicht verändert, die Tätigkeiten jedoch – je nach Intensität und Ausgestaltung der Maßnahmen – sehr wohl. Ein Beispiel ist der Aufbau verstärkter Kooperationen und der Vernetzung zwischen Jugendhilfe- und Gesundheitssystem, aber auch die Implementierung neuer Angebote, die den Bedarfen von Säuglingen und jungen Familien entsprechen, wie beispielsweise die entwicklungspsychologische Beratung. Und auch bei den Kooperationspartnern sind neue Aufgaben hinzugekommen oder es hat eine veränderte Wahrnehmung dieser Aufgaben stattgefunden. In finanzieller Hinsicht entstehen durch den Ausbau des frühen, präventiven Bereichs zusätzliche Ausgaben. Bei insgesamt knappen finanziellen Ressourcen konkurrieren diese mit alternativen Verwendungszwecken und bedürfen einer Legitimation, die den Mitteleinsatz für eine Maßnahme durch Effektivitäts- und Effizienzbelege nachweislich begründet.

Frühe Hilfen beziehen ihre Legitimation aus der Plausibilität des Präventionsgedankens: Vorbeugen ist besser als Heilen. Bei Kindler und Sann heißt es: »Frühe Hilfen versuchen [...] das Entstehen von Kindeswohlgefährdung im engeren Sinne² dadurch zu verhindern, dass sie bei Gefährdungslagen im weiteren Sinne möglichst früh wirksame Hilfen anbieten« (Kindler, Sann 2007: 43).

Hinter dieser Strategie steht der Gedanke, »dass Vernachlässigungen und Misshandlungen in den meisten Fällen Endpunkte einer von den Eltern nicht gewollten, verhängnisvollen Entwicklung sind, an deren Anfang vielfältige Überforderungen stehen« (ebd.). In den folgenden Kapiteln sollen diese Aspekte näher betrachtet und die Kosten-Nutzen-Relevanz Früher Hilfen in einem ersten Überblick dargestellt werden.

DIE BEDEUTUNG DER FRÜHEN KINDHEIT

»Vorbeugen ist besser als Heilen«, so lautet der Leitgedanke der Prävention. Bezogen auf die Prävention im Kinderschutz bedeutet das: Je früher Risiken erkannt und Benachteiligungen aufgefangen werden, desto eher können Gefährdungen des Kindeswohls, deren Folgen und dadurch entstehende gesellschaftliche Folgekosten vermindert werden.

Zusätzliche Bedeutung erhält dieser früh-präventive Ansatz über die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und Neurobiologie, die den Stellenwert der frühen Kindheit betonen.

Die frühe Kindheit stellt aus entwicklungspsychologischer Sicht eine der wichtigsten Phasen dar – die Gehirnstrukturen sind in dieser Zeit zur extrem raschen Nutzung von Informationen aus der Umgebung in der Lage und werden in Abhängigkeit von Umwelterfahrungen bereits in dieser Entwicklungsstufe verändert und ausdifferenziert. Zudem kommt dieser Periode eine entscheidende Bedeutung als Basis für die weitere Entwicklung zu. »Einzelnen Altersperioden lassen sich jeweils bestimmte Entwicklungsaufgaben zuordnen, deren erfolgreiche Bewältigung die Grundlagen für die Bewältigung der nachfolgenden Entwicklungsaufgaben legen. [...] Daraus ergibt sich ein kumulativer Effekt für die Entwicklungsergebnisse: Je erfolgreicher die einzelnen Entwicklungsaufgaben gemeistert wurden, desto günstiger sind die Bedingungen für die nachfolgenden Bewältigungen. Das gleiche gilt umgekehrt auch: Je unvollständiger ihre Meisterung ohne nachträgliche Kompensation, desto ungünstiger die Bedingungen für die nachfolgenden Bewältigungen« (Holodynsky 2007: 40).

Die Eltern nehmen hier als primäre Bezugspersonen eine Schlüsselfunktion ein, indem sie ihre Kinder über Fürsorge-, Erziehungs- und Bildungsleistungen in der erfolgreichen Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben unterstützen. Die Bereiche Pflege/Betreuung und Bildung/Erziehung finden dabei im Säuglings- und Kleinkindalter häufig parallel statt und stehen zudem in einem engen Verhältnis zueinander, da die Aufnahme-fähigkeit für Lern- und Bildungsangebote eines Kindes in

erster Linie durch die bestehenden Beziehungsstrukturen und die »Interaktionsdichte zwischen Bezugsperson und Kind« bestimmt wird (vgl. hierzu Holodynski 2007). Die Qualität der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind wird dementsprechend nicht nur für die aktuelle Befindlichkeit des Säuglings und Kleinkindes, sondern auch als Voraussetzung für seine positive Entwicklung insgesamt gesehen (vgl. Ziegenhain 2003). Dies zeigen auch Untersuchungen der Mannheimer Risikokinderstudie. Dort konnte belegt werden, dass abgelehnte und vernachlässigte Kinder bereits im Alter von drei Monaten häufig dysphorisch waren, sie wiesen Aufmerksamkeitsstörungen und Essprobleme auf (Esser 2002), im Alter von acht und elf Jahren zeigten sich bei den Kindern deutlich geringere kognitive Fähigkeiten und schlechtere Schulleistungen, zudem wurden häufiger emotionale und Verhaltensprobleme gegenüber nicht abgelehnten Kindern festgestellt (Laucht et al. 2000).

Eine auf Basis der Mannheimer Risikokinderstudie vom Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) durchgeführte Untersuchung zeigt, dass der Einfluss der Qualität der elterlichen Fürsorge nicht nur die Ausbildung kognitiver und nicht-kognitiver Fähigkeiten beeinflusst, sie zeigt auch, dass dieser Einfluss im Entwicklungsverlauf unterschiedlich stark ist – der Zusammenhang ist im Vorschulalter am größten und sinkt dann zunehmend ab (vgl. Blomeyer et al. 2009). Dies weist wiederum auf die besondere Bedeutung der frühen Jahre hin.

Das Säuglingsalter stellt jedoch nicht nur eine bedeutende Phase für die Entwicklung eines Kindes dar, es handelt sich zudem um eine Phase besonderer Vulnerabilität, die durch abrupte Übergänge von dezenten Hinweisen zur akuten Gefährdung geprägt ist, z. B. der Gefahr des Austrocknens bei mangelnder Flüssigkeitszufuhr (Ostler, Ziegenhain 2007). 42% der infolge von Kindesvernachlässigung und -misshandlung getöteten Kinder waren nach Angabe des U.S. Department of Health and Human Services unter einem Jahr alt, 77% der Kinder waren jünger als vier Jahre (U.S. Department of Health and Human Services 2009). Das Risiko von Kindeswohlgefährdungen ist dabei insbesondere durch die Kumulation von elterlichen, sozialen und ökonomischen Risikofaktoren erhöht, wie z. B. psychische Erkrankungen, Partnerschaftskonflikte oder niedriges Einkommen (Kindler 2009).

Gelingt es nicht, frühe Risiken zu erkennen und eine Gefährdung des Kindeswohls zu verhindern, sind die Folgen für die Kinder immens. Abgesehen von dem Schmerz und dem Leid, das diese Kinder erfahren, sind sie auch von langfristigen Folgen betroffen – die Entwicklung, sowohl die kognitive als auch die Entwicklung der Sprache und der Motorik dieser Kinder ist häufig verzögert, Verhaltensstörungen und psychische Störungen sind deutlich erhöht.

Aus ökonomischer Sicht entstehen hierdurch Kosten, die neben den Systemen »Kinder- und Jugendhilfe« und »Gesundheit« auch die Bereiche »Justiz« und »Bildung/ Erwerbsbeteiligung« betreffen. Denn es sind sowohl direkte Kosten von Kindesvernachlässigung und Misshandlung zu berücksichtigen, die vorrangig in der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und dem Justizwesen im Rahmen von Inobhutnahmen, Behandlungen von Verletzungen und nicht zuletzt bei den Familiengerichten entstehen. Zudem sind es aber auch indirekte Kosten, d. h. Kosten, die nicht unmittelbar nach der Kindeswohlgefährdung eintreten, die jedoch indirekt als Folgen der Vernachlässigung und/oder Misshandlung zu sehen sind und im Lebenslauf in Form erhöhter Krankheitsrisiken, insbesondere psychischer Erkrankungen, geminderter Erwerbsbeteiligung oder gesteigerter Delinquenzraten zum Ausdruck kommen. Auf der ökonomischen Seite entstehen hierdurch Kosten, die sich im Sozial-, Gesundheits- und Justizhaushalt niederschlagen.

»JE FRÜHER DESTO BESSER« – AUCH AUS ÖKONOMISCHER SICHT?

Die Förderung und Herstellung einer möglichst positiven, unterstützenden Umgebung für das Aufwachsen eines Kindes erscheint auf der Grundlage der im letzten Abschnitt dargestellten Zusammenhänge als wesentlicher Faktor für den Entwicklungsprozess insgesamt. Vor dem Hintergrund der immensen Schädigungswirkung von Kindesvernachlässigung und Misshandlung kommt der Prävention hier eine entscheidende Rolle zu.

Dass eine möglichst frühe Förderung trotz der damit verbundenen zusätzlichen Ausgaben für Kinder unter drei Jahren auch aus ökonomischer Sicht anzustreben ist, wird für den Bereich der frühkindlichen Bildung und

Betreuung bereits seit längerer Zeit diskutiert. Ausgaben werden hier nicht als Kosten, sondern als Investitionen in das Humanvermögen einer Gesellschaft betrachtet, die sich langfristig auszahlen.

Spätestens seit der PISA-Studie ist bekannt, welchen Einfluss die soziale Herkunft auf die Bildungschancen von Kindern ausübt. Mit der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts wird zudem der Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und Gesundheit dargestellt. Kinder aus benachteiligten Herkunftsfamilien verbringen mehr Zeit vor dem Fernseher, leiden verstärkt an Übergewicht und Adipositas und zeigen signifikant häufiger Verhaltensauffälligkeiten als Kinder aus sozial besser gestellten Familien (Rieck 2008). Die Kosten, die der Gesellschaft infolge dieser nicht aufgefangenen Benachteiligungen – u. a. durch schulische Nachqualifizierungen und die Berufsförderung im sog. »Übergangssystem« zwischen Schule und Berufsausbildung sowie durch höhere Krankheitskosten im weiteren Lebenslauf – entstehen, übersteigen die derzeitigen Aufwendungen im Frühbereich um ein Vielfaches (vgl. u. a. Bertelsmann Stiftung 2008). Durch eine bessere Förderung in den ersten Lebensjahren soll diesem Zusammenhang entgegengewirkt und das kostenintensive Behandeln von Folgeerscheinungen durch eine früh einsetzende Hilfe vermindert werden.

Wie sich die Förderung in unterschiedlichen Lebensphasen in finanzieller Hinsicht auswirkt, hat der Nobelpreisträger für Ökonomie James Heckman für den

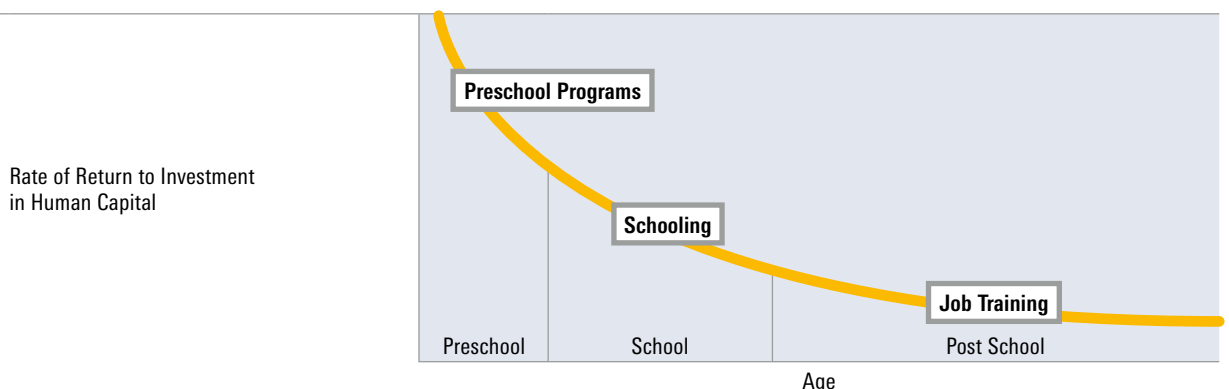
Bildungsbereich bereits eindrücklich aufgezeigt, indem er die Bildungsförderung in der Lebenslaufperspektive aus ökonomischer Sicht dargestellt hat.

Das von ihm entwickelte ökonomische Modell gründet sich auf empirische Evidenz von Studien zu Bildungsinvestitionen in verschiedenen Lebensphasen und in verschiedenen Bildungsschichten. Es wird über zwei Kernannahmen modelliert: Dass einzelne Entwicklungsstufen aufeinander aufbauen und einmal erreichte Fähigkeiten die Rentabilität späterer Investitionen erhöhen – »*Together, dynamic complementarity and self-productivity produce multiplier effects which are the mechanisms through which skills beget skills and abilities beget abilities*« (Cunha, Heckman 2007: 35). Zudem werden kognitive und nicht-kognitive Fähigkeiten in einem untrennbaren Zusammenhang zueinander betrachtet. So weist eine neuere US-amerikanische Studie darauf hin, dass die aus guten selbstregulatorischen Fähigkeiten abgeleitete Selbstdisziplin eines Individuums für den akademischen Erfolg offenkundig sogar eine größere Rolle spielt als seine Intelligenz (Duckworth/Seligman 2005 in Pfeiffer, Reuß 2008).

Im Ergebnis verdeutlicht Heckman in seiner Arbeit, welche Bedeutung der Zeitpunkt der Förderung auf die Effektivität und damit auf die Effizienz der eingesetzten Programme hat. Denn seine Berechnungen zeigen, dass Investitionen in kind- und familienunterstützende Programme die größte Rendite erbringen, wenn diese dem

Abbildung 01

RENDITE DURCH INVESTITIONEN IN DAS HUMANKAPITAL



Quelle: Cunha, Heckman 2007

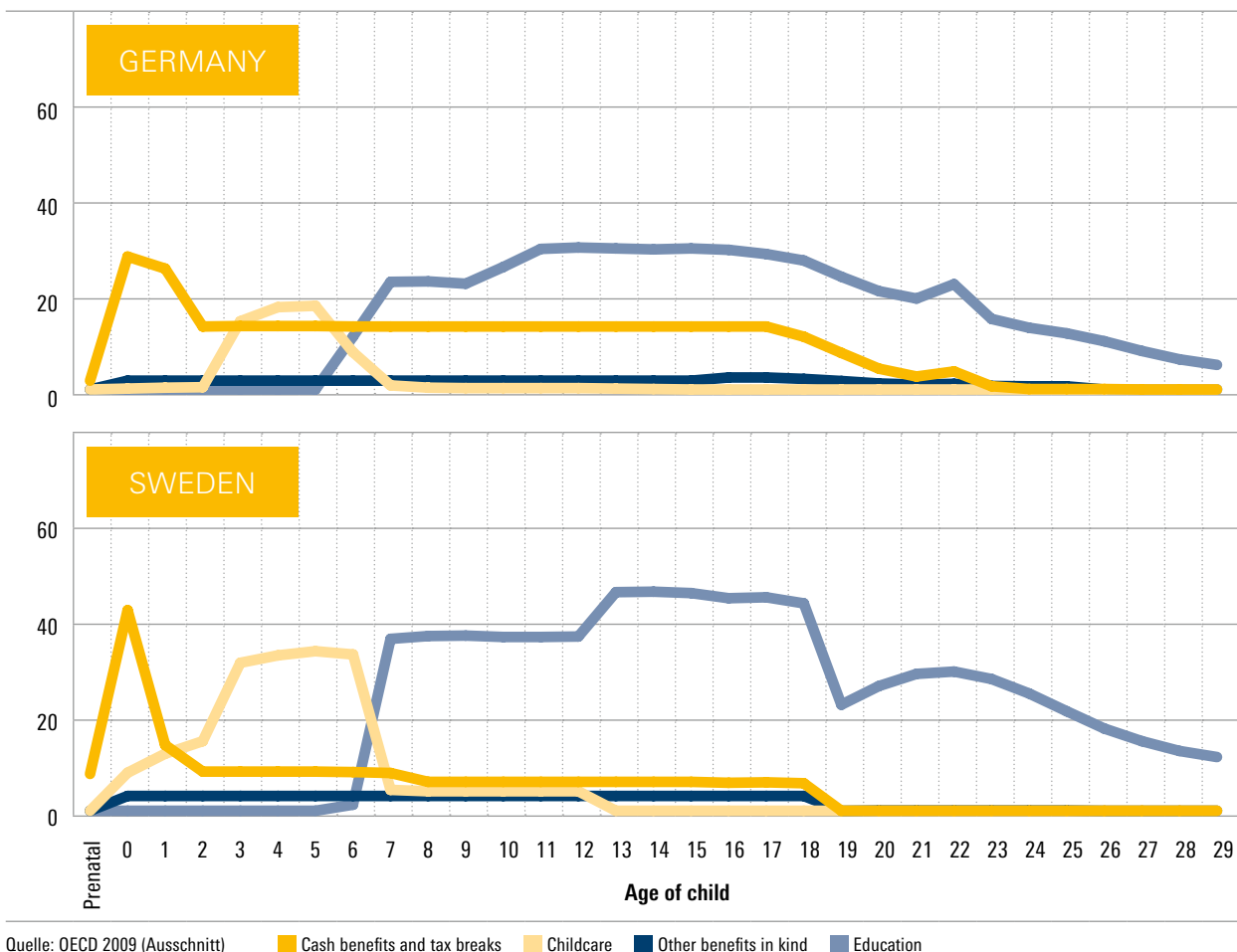
Schulbesuch deutlich vorgelagert sind (vgl. Abbildung 01). Die Erträge sind zudem bei Kindern aus benachteiligten Herkunftsfamilien deutlich höher als bei Kindern aus bildungsnahen Familien.

Für Deutschland beschreibt Ludger Wößmann die Situation wie folgt: »Betrachtet man die Struktur der öffentlichen Bildungsfinanzierung in Deutschland im Licht dieser Lebenszyklusperspektive, so muss konstatiert werden, dass sie sowohl einer gerechtigkeits- als auch einer effizienzfördernden Ausrichtung tendenziell zuwiderläuft. Im internationalen Vergleich sind die öffentlichen Bildungsinvestitionen in Deutschland im frühkindlichen und Grundschulbereich relativ gering, im Tertiärbereich relativ hoch« (Wößmann 2008: 229). Zu ähnlichen Ergeb-

nissen gelangt eine Untersuchung der OECD, welche die öffentlichen Ausgaben für Transfer- und Sozialleistungen der einzelnen Länder im Kindheitsverlauf untersucht hat. Deutschland zeigt hier eine Ausgabenverteilung, die einer umgekehrten U-Kurve gleicht. D. h. die Ausgaben sind zu Beginn gering, nehmen dann, mit einem Höchststand im Alter zwischen 10 und 15 Jahren zu, und sinken danach wieder ab. Deutliche Unterschiede in der Finanzierung sind zwischen den OECD-Ländern bereits in der frühen Phase der Kindheit zu sehen, wie das Beispiel Schweden verdeutlicht. Hier werden zu Beginn deutlich mehr Mittel aufgewendet, die sich auch hinsichtlich ihrer Ausrichtung unterscheiden und bereits zu diesem Zeitpunkt aus einem Mix von finanziellen Leistungen und Kinderbetreuung bestehen (siehe Abbildung 02).

DURCHSCHNITTliche LEISTUNG FÜR KINDER NACH ALTER DES KINDES (BEI MITTLEREN HAUSHALTSEINKOMMEN), 2003

Abbildung 02



Die Kosten unzureichender Bildung heute geborener Kinder werden sich nach einer von Wößmann und Piopiunik durchgeführten Berechnung auf 2,8 Billionen Euro im Lebenslauf dieser Kinder summieren (Bertelsmann Stiftung 2009).

Ein Umdenken findet derzeit auch in Deutschland statt, ablesbar z. B. am Vorhaben des Ausbaus von Betreuungsangeboten für unter Dreijährige. Diese Plätze werden jedoch vorrangig von Kindern aus gut gebildeten Herkunftsfamilien genutzt (Geier, Riedel 2008). Untersuchungen zur Nutzung von Kindertagesstätten in der Schweiz dokumentieren zudem, dass der Anteil von Kindern aus benachteiligten Herkunftsfamilien und Familien mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren und Jahrzehnten sogar gesunken ist. In der Stadt Genf ließen beispielsweise im Jahr 1964 lediglich 11% der Familien aus dem oberen und mittleren Kader ihre Kinder in einer Krippe betreuen, 1997 war die Zahl auf 41% gestiegen. Der Anteil von Arbeiterfamilien sank im gleichen Zeitraum von 60 auf 26% (Lanfranchi 2010). »Im Wesentlichen dürften [diese Diskrepanzen] mit Angebot- und Nachfrage-Mechanismen zu tun haben und mit der damit gekoppelten Schwierigkeit, für weniger begüterte und kommunikativ weniger

schlagfertige Eltern die begehrten und spärlich vorhandenen Krippenplätze zu ergattern« (Lanfranchi 2010: 107).

Die erste und wichtigste Sozialisationsinstanz bleibt jedoch für Kinder weiterhin die Familie. Förderung, Erziehung und Bildung finden zuerst in der Familie statt. Die kindliche Entwicklung ist in diesem Sinne unteilbar, d. h. der Aufbau des Humanvermögens beginnt biographisch deutlich vor dem Kita- und Schulbesuch.

Bereits der fünfte Familienbericht des Bundesfamilienministeriums wies darauf hin, dass »im Lebenszyklus ... die familiäre und schulische Sozialisation stets der Erwerbstätigkeit voraus[geht]. Nur mit dem Sozialisationserfolg von Familie und Schule wird effiziente Wirtschaft möglich [...]. Die Familie ist der bevorzugte Ort der Entstehung und Erhaltung von Humanvermögen« (BMFS 1995: 27f.). Humanvermögen wird dabei verstanden als »die Gesamtheit der Kompetenzen der Menschen« (ebd.). Im Gegensatz zum Humankapital ist der Begriff Humanvermögen nicht auf die Fachkompetenzen beschränkt, die in der Arbeitswelt zur Einkommenserzielung eingesetzt werden, sondern bezieht zugleich die sog. »Daseinskompetenzen«

Abbildung 03

ÜBERBLICK ÜBER ENTWICKLUNGSABHÄNGIGE VERHALTENS- UND PSYCHISCHE SYMPTOME ALS FOLGE VON KINDESMISSHANDLUNG

Vorschulalter	Schulalter	Adoleszenz
<ul style="list-style-type: none"> • Übermäßiges Vertrauen in fremde Personen 		
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsrückstände (motorisch, kognitiv, emotional, sozial) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsrückstände (motorisch, kognitiv, emotional, sozial) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen • Ängstliches Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen • Ängstliches Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen • Ängstliches Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Symptome • Aggressives/hyperaktives Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Symptome • Aggressives/hyperaktives Verhalten • Fehlendes Selbstvertrauen • Suizidalität • Soziale Isolation • Schulschwierigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie/Bulimie/Adipositas • Selbstentwertung • Aggressives Verhalten • Depression • Davonlaufen • Suizidalität
	<ul style="list-style-type: none"> • Vergehen gegen das Gesetz • Psychosomatische Beschwerden (z. B. chronische Kopf-, Bauchschmerzen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergehen gegen das Gesetz • Psychosomatische Beschwerden (z. B. chronische Kopf-, Bauchschmerzen) • Substanzgebundenes Suchtverhalten • Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen

Quelle: Moggi 2005 nach AGKM 1992

ein, die die Lebensführung als Ganzes betreffen. Bildung von Anfang an in diesem weit gefassten Sinne beginnt mit diesen Daseinskompetenzen, die in der Familie erlernt werden und einen kompetenten Umgang mit Belastungen und Stressoren im Lebenslauf ermöglichen. Das bestätigt auch die jüngste Forschung zur Bedeutung nicht-kognitiver Fähigkeiten (Cunha, Heckman 2007). D. h. schulische, aber auch sozialpädagogische Hilfs- und Unterstützungsangebote müssen nicht nur früher beginnen, sie müssen auch um die Dimension der »Alltagskompetenzen« erweitert werden (Meier-Gräwe 2007).

Soziale und ökonomische Benachteiligungen von Familien wirken sich aber nicht nur auf die Bildungschancen und Gesundheitsrisiken von Kindern aus. Treten Risiken kumulativ auf und können diese nicht durch vorhandene Ressourcen abgemildert werden, erhöht sich das Risiko für Kindeswohlgefährdungen deutlich.

Die Folgen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung sind besonders schwerwiegend und weitreichend. Vor allem psychische Erkrankungen, Störungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung sowie bei der kognitiven Leistungsfähigkeit werden hier in Abhängigkeit des Zeitpunkts und der Dauer der Gefährdung, deren Intensität und der Form der Vernachlässigung und/oder Misshandlung in Studien benannt. Entwicklungsbezogen werden die folgenden Symptome als Folge von Kindesmisshandlung genannt (vgl. Abbildung 03).

Eine Modellrechnung des Kreises Marburg-Biedenkopf zeigt beispielhaft auf, welche Kosten allein durch psychische Störungen im Jugendalter entstehen. Einbezogen wurden ein sechsmonatiger Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (Tagespflegesatz = 378,50 Euro) und eine stationäre Unterbringung für 24 Monate in einer Jugendhilfeeinrichtung (durchschnittlicher Tagespflegesatz = 170 Euro + monatliches Taschengeld = 29 Euro + monatliche Bekleidungspauschale = 45 Euro). Zur Bewältigung der Entwicklungsprobleme erhält der/die Jugendliche zudem einen Betreuungshelfer/Betreuungshelferin (8.400 Euro für 2 Jahre) (vgl. Abbildung 04).

Insgesamt entstehen infolge psychischer Störungen eines jungen Menschen nach dieser Modellrechnung Kosten in Höhe von 203.541 Euro.

KOSTEN BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN EINES JUNGEN MENSCHEN BIS ZUM 18. LEBENSJAHR (MODELLRECHNUNG)

Hilfeart	Kosten in Euro
Klinikaufenthalt (6 Monate)	69.265
Betreuungshelfer (24 Monate)	8.400
Bekleidungspauschale (45 Euro/Monat)	1.080
Taschengeld (29 Euro/Monat)	696
Stationäre Unterbringung §35a (24 Monate)	124.100
Gesamtkosten bis zum 18. Lebensjahr	203.541

Quelle: Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf. (Ausschnitt, eigene Darstellung)

Abbildung 04

Welche Kosten mit Kindesvernachlässigung und/oder Misshandlung verbunden sind, lässt sich anhand von Ergebnissen aus dem englischsprachigen Raum verdeutlichen. So errechneten Wang und Holton bezogen auf das Jahr 2007 Kosten von 103,8 Milliarden US-Dollar, die in den USA jährlich infolge von Kindesvernachlässigung und -misshandlung aufgewendet werden müssen, und zwar in Form von direkten Kosten im Bereich der Jugendhilfe, Justiz und dem Gesundheitssystem und indirekten Kosten, z. B. besondere Sonderpädagogikangebote, Jugendkriminalität, Kriminalität im Erwachsenenalter und Produktivitätsverluste (vgl. Abbildung 05). Die differenzierte Betrachtung von direkten und indirekten Kosten infolge von Kindesvernachlässigung und -misshandlung macht darüber hinaus deutlich, dass zwei Drittel der Kosten indirekte Kosten darstellen, die den Langzeitfolgen von Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen im Kindesalter zuzuordnen sind (Prevent Child Abuse America 2007).

In Australien werden die Kosten, die allein für den Kinderschutz und die Fremdunterbringung aufgebracht werden müssen, mit 2 Milliarden Dollar für das Jahr 2007 – 2008 angegeben (Australien Institute of Family Studies 2009).

Nationale Analysen, welche die Kosten von Kindeswohlvernachlässigungen und Misshandlungen in dieser Form

Abbildung 05

GESCHÄTZTE KOSTEN DURCH KINDESVERNACHLÄSSIGUNG UND -MISSHANDLUNG IN DEN USA

Direkte Kosten	Geschätzte jährliche Kosten in US-Dollar (2007)
Krankenhausaufenthalte	6.625.959.263
Gesundheitssystem/Psychische Erkrankungen	1.080.706.049
Jugendhilfesystem/Kinderschutz	25.361.329.051
Justizsystem/Strafverfolgung bei Kindeswohlgefährdung	33.307.770
Summe direkte Kosten	33.101.302.133
Indirekte Kosten	
Sonderschulpädagogik	2.410.306.242
Jugenddelinquenz	7.174.814.134
Psychische Erkrankungen und medizinische Versorgung	67.863.457
Erwachsenenstrafsystem	27.979.811.982
Wertschöpfungsverluste/Einkommen	33.019.919.544
Summe indirekte Kosten	70.652.715.359
Gesamtkosten	103.754.017.492

Quelle: Prevent Child Abuse America 2007. Eigene Darstellung

für Deutschland schätzen, sind aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit derzeit nicht vorhanden und nicht durchführbar (eine ausführliche Darstellung zur Datenlage im Bereich Kindeswohl wird im Kapitel 6 vorgenommen). Bekannt sind zum jetzigen Zeitpunkt lediglich einzelne Datenbausteine, die Auskunft über die Kosten in verschiedenen Ausgabenbereichen geben und die Schwerpunktsetzungen erkennen lassen.

KOSTENDATEN DER STATISTIK

Betrachtet man die Daten zu den Ausgaben im Gesundheitssystem und in der Kinder- und Jugendhilfe, so zeigt sich ein ähnliches Bild wie im Bildungsbereich: Die Prävention und Frühintervention erfährt aus Finan-

zierungssicht einen geringen Stellenwert, die Kosten interventiver und kurativer Maßnahmen sind demgegenüber immens und steigen stetig an. Hinzu kommen die Kosten langfristiger Folgen, z. B. im Justiz- und Sozialhaushalt durch verminderte Erwerbspotentiale und höherer Straffälligkeitsquoten. Der an der Frankfurter Universitätskinderklinik bis 1998 tätige Kinderneurologe Gert Jacobi weist zudem auf die immensen Kosten schwerer Misshandlungsfälle (u. a. Schütteltrauma) hin, die durch oft monatelange Aufenthalte in der Akutklinik und daran anschließende Rehabilitationskliniken entstehen (Jacobi 2005).

Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz beliefen sich im Jahr 2008 auf 10.703 Millionen Euro, darunter 6.113 Millionen für die Gesundheitsförderung und

1.271 Millionen für die Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, online).

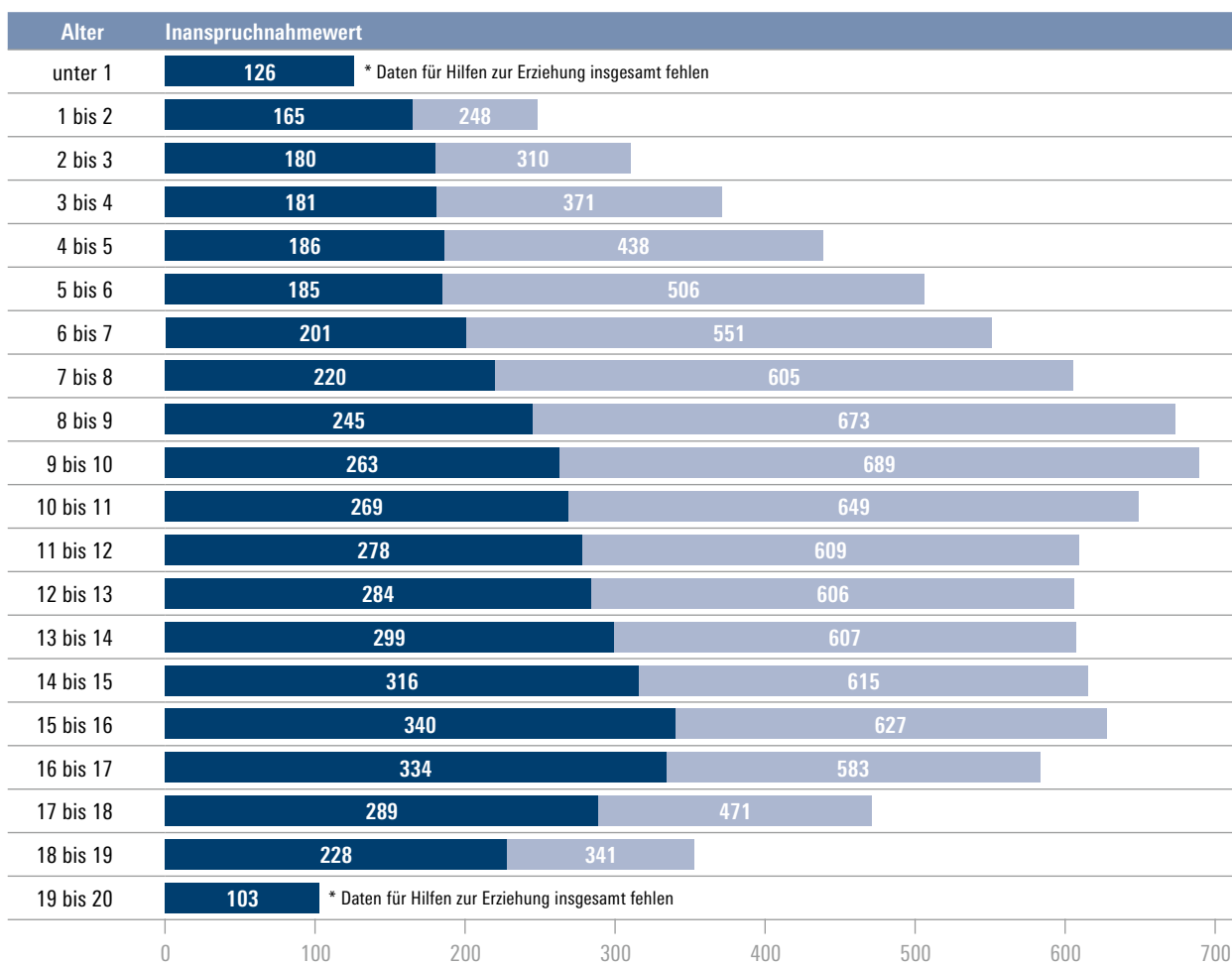
Demgegenüber mussten im Jahr 2008 allein für den Bereich »Psychische und Verhaltensstörungen« laut der Krankheitskostenrechnung 28.654 Millionen Euro aufgebracht werden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, online). Hier wird deutlich, welche Kostendimensionen einerseits für die Prävention aufgewendet werden und welche Kosten andererseits in dem kurativen Bereich anfallen.

Die Kinder- und Jugendhilfestatistik gibt zwar keine Auskunft über die Gesamtkosten, die bei Kindesmisshand-

lung und -vernachlässigung entstehen (vgl. hierzu Kapitel 6). Deutlich wird jedoch, dass trotz der gestiegenen Aufmerksamkeit im Kinderschutz, die sich u. a. in gestiegenen Fällen von Inobhutnahmen und einem deutlichen Anstieg der Hilfen für unter Sechsjährige widerspiegelt (Rauschenbach, Pothmann 2008), Kinder unter drei Jahren weiterhin seltener durch die Angebote der Hilfen zur Erziehung erreicht werden (siehe Abbildung 06). Zudem haben niedrigschwellige Angebote, die einen präventiven Charakter besitzen, z. B. die »Allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie« mit 0,5%, eine minimale Bedeutung an den Ausgaben der Kinder- und Jugendhilfe (Statistisches Bundesamt 2009a).

INANSPRUCHNAHME VON HILFEN ZUR ERZIEHUNG NACH ALTERSJAHREN (Deutschl.; 2007; Aufsummierung andauernder u. beendeter Hilfen; pro 10.000 der altersentspr. Bevölkerung)

Abbildung 06



Quelle: Pothmann, Fendrich 2009

■ Hilfen zur Erziehung ohne Erziehungsberatung ■ Hilfen zur Erziehung insgesamt (einschl. Erziehungsberatung)

D. h. ein Großteil der Hilfen setzt erst mit Beginn des Kindergarten- oder Schulbesuchs ein. Zudem handelt es sich dann häufig um kostenintensive, familienersetzende Hilfen, denen oftmals weitere Hilfen vorangegangen sind.

So zeigt die Kinder- und Jugendhilfestatistik, bezogen auf die Hilfen außerhalb des Elternhauses, einen deutlichen Schwerpunkt dieser Hilfeform bei den Neun- bis Achtzehnjährigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2007a).

Abbildung 07

HILFEN ZUR ERZIEHUNG AUSSERHALB DES ELTERNHAUSES. HILFEN FÜR JUNGE MENSCHEN AM 31.12.2005 NACH DAUER DER HILFE

	Ins- gesamt	Davon mit einer bisherigen Dauer der Hilfe von ... bis unter ... Monaten (Jahren)									Bisherige durchschnittliche Dauer in Monaten
		Monate			Jahre						
		unter 3	3-6	6-12	1-2	2-3	3-5	5-7	7-10	10 und mehr	
Insgesamt	131005	9571	11850	16550	25354	16460	19714	11518	10007	9981	42
Alter											
unter 1	1034	380	351	303	x	x	x	x	x	x	4
1 bis 3	3684	418	476	870	1351	569	x	x	x	x	14
3 bis 6	8599	680	693	1194	1899	1607	2128	398	x	x	26
6 bis 9	14543	1146	1631	1826	2742	1687	2547	2136	828	x	33
9 bis 12	22629	1467	2219	2932	4759	2910	3262	2068	2343	669	37
12 bis 15	29032	2063	2467	3395	5309	3406	4344	2575	2690	2783	45
15 bis 18	37801	2922	3287	4831	6912	4409	4973	3009	2985	4473	47
18 bis 21	12472	472	697	1154	2262	1758	2177	1125	990	1837	56
21 und älter	1211	23	29	45	120	114	283	207	171	219	76
Altersgruppe											
unter 18	117322	9076	11124	15351	22972	14588	17254	10186	8846	7925	40
18 und älter	13683	495	726	1199	2382	1872	2460	1332	1161	2056	58

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a (Ausschnitt)

HILFEN AUSSERHALB DES ELTERNHAUSES. HILFEN FÜR JUNGE MENSCHEN AM
31.12.2005 NACH ART DER HILFE UND UNTERBRINGUNGSFORM

	Ins- gesamt	Erziehung in einer Tagesgruppe		Vollzeitpflege in einer anderen Familie			Heimerziehung; sonstige betreute Wohnform			Intensive sozial- pädagogische Einzel- betreuung	
		zu- sammen	darunter Unterbringung in einer Tagesgruppe in einer Einrichtung	zu- sammen	davon Unterbringung bei/in		zu- sammen	davon Unterbringung in			
					Großeltern/ Verwandten	Pflege- familie		einem Heim	einer Wohn- gemein- schaft	eigener Wohnung	
Insgesamt	131005	16543	15574	50364	8118	42246	61806	53624	5986	2196	2292
Alter											
unter 1	1034	16	10	813	40	773	205	191	14	x	x
1 bis 3	3684	111	58	3050	242	2808	523	490	33	x	x
3 bis 6	8599	278	219	6901	760	6141	1420	1360	60	x	x
6 bis 9	14543	2799	2643	8324	1119	7205	3420	3265	155	x	x
9 bis 12	22629	6954	6630	8635	1376	7259	6994	6728	266	x	46
12 bis 15	29032	4844	4593	9805	1804	8001	14093	13307	763	23	290
15 bis 18	37801	1478	1376	9989	2281	7708	25200	21313	3135	752	1134
18 bis 21	12472	55	40	2638	471	2167	9032	6302	1411	1319	747
21 und älter	1211	8	5	209	25	184	919	668	149	102	75
Altersgruppe											
unter 18	117322	16480	15529	47517	7622	39895	51855	46654	4426	775	1470
18 und älter	13683	63	45	2847	496	2351	9951	6970	1560	1421	822
Staatsangehörigkeit											
deutsch	121304	14883	14007	47825	7627	40198	56622	49246	5462	1914	1974
nicht deutsch	9701	1660	1567	2539	491	2048	5184	4378	524	282	318

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a (Ausschnitt)

Abbildung 08

Auch hier dominiert eine Finanzierung, die bislang kaum durch frühe, präventive Angebote geprägt ist und mit hohen Kosten im Bereich der interventiven bzw. tertiärpräventiven Maßnahmen einhergeht.

Vor dem Hintergrund der in den vorigen Kapiteln dargestellten Befunde, wonach auch im Kinderschutz zu erwarten ist, dass Angebote um so effektiver und damit auch im wirtschaftlichen Sinne effizienter sind, je früher sie die Kinder und ihre Eltern erreichen, erscheint aus ökonomischer Sicht ein Umsteuern der bisherigen Finanzierungspraxis notwendig. Das bedeutet zwar, wie der Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik zutreffend feststellt, dass zu Beginn mehr Geld in diesen Bereich investiert werden muss, da »mehr Hilfen auch mehr Geld kosten« (Pothmann, Schilling 2006). Gelingt es jedoch durch die aufgebauten Maßnahmen, die gesetzten Ziele im Kinderschutz zu erreichen, wird langfristig eine deutliche Verminderung von Folgekosten erwartet.

ZUR WIRKUNG FRÜHER HILFEN

Zur Beantwortung der Frage, ob eine Maßnahme ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist, ist in einem ersten Schritt zu prüfen, welche Wirkung durch diese Maßnahme erzielt wird. »Eine Kosten-Nutzen-Analyse in der Jugendhilfe hat festzustellen, inwieweit eine entsprechende Maßnahme effektiv hinsichtlich ihrer Zielsetzung und effizient hinsichtlich der eingesetzten Mittel ist« (Roos 2005: 77). Leider hat in Deutschland bisher kaum Forschung zur Effektivität der Sozialen Arbeit stattgefunden. Informationen zur Effektivität des bisherigen Vorgehens im Kinderschutz liegen deshalb nicht vor und die Evaluation der derzeitigen Bemühungen zum Aufbau von Frühwarnsystemen und Frühen Hilfen befindet sich noch in der Umsetzung, so dass Ergebnisse zur Effektivität dieser Maßnahmen erst in einigen Jahren zur Verfügung stehen werden.

Um Hinweise auf die Wirkung von Maßnahmen im Kinderschutz zu bekommen, ist derzeit also nur der Blick auf die internationale Forschung möglich, die in diesem Bereich bereits einige Analysen vorgelegt hat. Kindler berichtet von 20 vorhandenen Studien, welche die Verän-

derung der Misshandlungs- und Vernachlässigungsraten direkt gemessen, und von ca. 50 vorhandenen Studien, die auch Veränderungen von dynamischen Risikofaktoren für Misshandlung und Vernachlässigung betrachtet haben (Kindler 2006). Im Ergebnis stellt er fest, »dass praktisch bedeutsame positive Ergebnisse tatsächlich erzielt werden können« (Kindler 2006: 30). Diese seien jedoch schwerer zu erreichen als in anderen Bereichen der Prävention. Erfolgreiche Programme zeichneten sich dabei gegenüber weniger erfolgreichen Programmen u. a. durch eine längere Begleitung der Familien, aber auch durch einen gelingenden Zugang und Förderung der aktiven Teilnahmebereitschaft der Eltern aus (Kindler 2006). Die Betrachtung speziell bindungsorientierter Programme zeigt, dass nachweislich Verbesserungen des elterlichen Feinfühligkeitsverhaltens erreicht werden (Gloger-Tippelt 2007). In Hochrisikofamilien können diese jedoch immer nur ein Bestandteil neben anderen flankierenden Maßnahmen sein (Ziegenhain 2007).

Frühe Hilfen dürfen jedoch nicht mit der Hoffnung der »Problemlösung« gleichgesetzt werden, denn »auch Präventionsprogramme sind in ihren Wirkungsmöglichkeiten begrenzt« (BJK 2007) und können im besten Fall die Anzahl von Kindeswohlgefährdungen verringern helfen, sie können jedoch das Vorkommen von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen nicht insgesamt verhindern.

4

INTERNATIONALE KOSTEN-NUTZEN-BETRACHTUNGEN

Internationale Studien welche die finanziellen Auswirkungen von Vernachlässigung und Misshandlung betrachtet haben, liegen derzeit beispielsweise aus den USA vor. Auf der Grundlage der von Olds durchgeführten Studie des »Home Visiting Program« Elmira PEIP konnte gezeigt werden, dass den Kosten von 6.000 US-Dollar, die zu Beginn des Programms aufgewendet wurden, Einsparungen in Höhe von 24.000 US-Dollar gegenüberstanden, d. h. das Programm weist eine Kosten-Nutzen-Relation von 1:4 auf (Karoly et al. 1998).

Da die Evaluation zum Zeitpunkt des 15. Lebensjahrs der Kinder stattgefunden hat, konnten hier keine Daten zu lebenslaufrelevanten Ersparnissen des Staates, etwa durch Sozialhilfewegfall, zusätzliche Steuereinnahmen o. ä. einbezogen werden. Folglich ist davon auszugehen, dass aufgrund des Betrachtungszeitraums eher eine Unterschätzung des Nutzens vorliegt und sich die Kosten-Nutzen-Relation in einer Lebenslaufperspektive noch weiter in Richtung des Nutzens verschieben wird.

Unter der Überschrift »Pay now or pay (more) later« veröffentlichten das Colorado Department of Public Health and Environment und der Colorado Children's Trust Fund eine Studie, die die Kosten von Kindesvernachlässigung und -misshandlung den Kosten eines »Home visitation services« für Hochrisikofamilien gegenüberstellt. Hier konnte gezeigt werden, dass dem Staat Colorado Kosten von 402 Millionen US-Dollar infolge von Misshandlung und Vernachlässigung entstehen. Für das Präventionsprogramm müsste hingegen nur ein Betrag von 24 Millionen US-Dollar bereitgestellt werden (Colorado Department of Public Health and Environment).

Ähnliche Ergebnisse wurden von Caldwell 1992 für Michigan geschätzt – hier wurden 823 Millionen US-Dollar jährliche Kosten infolge von Vernachlässigung und Misshandlung berechnet, denen 43 Millionen US-Dollar Präventionskosten gegenüberstehen würden. Diese Studie schließt mit der Aussage, dass auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen nicht vollständig verhindert werden können, die Investition in Prävention bereits bei mäßiger Verringerungsrate (Effektivität) wirtschaftlich außerordentlich effizient ist (Caldwell 1992).

5

ÖKONOMISCHE BETRACHTUNGEN IN DER SOZIALEN ARBEIT

Wirtschaftliche Überlegungen wurden und werden in der Sozialen Arbeit, die durch die Prinzipien der Wohltätigkeit und Gemeinnützigkeit geprägt ist, kritisch diskutiert. »Soziale Arbeit war und ist vorrangig sachzielorientiert, das heißt ihr Beweggrund ist nicht wirtschaftlicher ..., sondern überwiegend ›altruistischer‹ oder ›moralisch-weltanschaulicher‹ Natur« (Buestrich, Wohlfahrt 2008: 17). Doch auch die Soziale Arbeit hat zunehmend in einem Spannungsverhältnis zwischen Professionalisierung und Kostendruck einerseits und sozialem Anspruch und ethischen Vorstellungen andererseits zu agieren und so haben auch hier seit den 1990er Jahren ökonomische Betrachtungen an Bedeutung gewonnen.

Die Gefahr, dass Entscheidungen in der Sozialen Arbeit auf der Grundlage einer einfachen Kosten-Nutzen-Abwägung gefällt werden, ist sicher nicht gegeben. Doch vor dem Hintergrund knapper finanzieller Mittel bedarf auch die Soziale Arbeit einer Legitimation, d. h. sie muss aufzeigen, dass ihre Maßnahmen effektiv sind.

Ein ökonomischer Zugang bietet aber auch eine Chance, und zwar die »Soziale Arbeit als produktive Leistung mit einem legitimen Anspruch auf Teile des Sozialprodukts, aus denen sie sich finanziert, darzustellen. Daß dieser Anspruch nicht nur politisch-moralisch, sondern auch ökonomisch begründet ist, lässt sich zeigen, wenn auch in der sozialen Arbeit die input- durch eine outputorientierte Betrachtung abgelöst wird« (Finis Siegler 1997: 165f.).

Bisher dominierte die inputorientierte Betrachtung, die analysiert hat, welche Mittel für welchen Bereich ausgegeben werden. Die Diskussion wurde deshalb oft von der Frage dominiert: Wie können Kosten im kostenintensiven Bereich der Sozialen Dienste verringert werden?

Dass die Soziale Arbeit nicht nur Kosten verursacht, sondern einen Nutzen erbringt, d. h. eine Leistung darstellt, die im wirtschaftlichen Sinne als »Output« zu bezeichnen ist, wurde lange Zeit nicht berücksichtigt.

Im Zuge der Debatte zur »Zukunft des Humanvermögens« und der mit PISA in Gang gesetzten Bildungsdiskussion gerät auch die Betrachtung des Nutzens, den private Haushalte/Familien und die Institutionen für Kinder durch ihre Leistungen erbringen, in den Fokus. Das belegen die zahlreichen Veröffentlichungen, die gerade in diesem Bereich entstehen, z. B. Studien von der Bertelsmann Stiftung (Bertelsmann Stiftung 2007).

Leistungen für und von Familien erfahren über die Betrachtung ihres Nutzens nun zunehmend Beachtung und erhalten einen besonderen Stellenwert – auch bei der Förderung von Maßnahmen.

Familienbezogene Leistungen sollten sich nun nicht ausschließlich über ihren Nutzen begründen. Auch hier findet eine kritische Auseinandersetzung über eine neue »Ökonomisierung der Familienpolitik« statt (vgl. hierzu Evers, Heinze 2008). Doch sie benennt auch die Chance von ökonomischen Betrachtungen: Gerade gegen Argumentationen, die eine ausgebaute Sozialpolitik als Hindernis für eine angemessene wirtschaftliche Entwicklung ansehen, ist es wichtig, den ökonomischen Wert der Sozialpolitik zu betonen« (Rothgang, Preuss 2008: 44).

6

DIE KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE UND IHRE ANWENDUNG IM BEREICH FRÜHER HILFEN

Die Methode der Kosten-Nutzen-Analyse	30
Kosten Früher Hilfen	30
Kostenbereiche des »Guten Starts ins Kinderleben« in Ludwigshafen	31
Nutzen Früher Hilfen	32
Bereiche, in denen ein positiver Nutzen erwartet wird	32
Datenlage im Bereich Kindeswohlgefährdung und Frühe Hilfen	34

Eine Kosten-Nutzen-Analyse Früher Hilfen hat zu verdeutlichen, ob der Nutzen – hier durch Verringerung von Kindeswohlgefährdungen und damit einhergehender Einsparungen von direkten und indirekten Folgekosten – die Kosten der Prävention und Frühintervention im Kinderschutz übersteigt. Im Folgenden werden zuerst die Methode der Kosten-Nutzen-Analyse kurz erläutert, die Begriffe »Kosten« und »Nutzen« im Zusammenhang der Frühen Hilfen definiert sowie die Verfügbarkeit von Daten für die Analyse dargestellt. Daran schließt sich die Beschreibung des Vorgehens für die Kosten-Nutzen-Berechnung an.

DIE METHODE DER KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE

Die Kosten-Nutzen-Analyse ist ein »auf der Wohlfahrtsökonomik beruhendes, v. a. in öffentlichen Haushaltswissenschaften angewendetes Verfahren zur vergleichenden Bewertung von Objekten oder Handlungsalternativen, insbes. öffentlicher Infrastruktur- Investitionsvorhaben« (Hadelor 2000: 1846).

Sie stellt ein Bewertungsverfahren dar, das im Nicht-Marktssektor die Grundlage für ökonomisch rationale Entscheidungen bildet. Sie kann in der Sozialen Arbeit u. a. zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Projekten angewendet werden und kann zur Entscheidungsfindung bei mehreren alternativen Projekten beitragen (Finis Siegler 1997). Dabei werden Kosten und Nutzen einer Maßnahme oder eines Projektes monetär bewertet und gegenübergestellt.

Im Bereich »Gesundheit« ist die Gesundheitsökonomie längst eine etablierte Disziplin und Kosten-Nutzen-Analysen stellen ein gängiges Instrument zur Bewertung von Präventionsmaßnahmen, medizinischen Methoden und Arzneimitteln dar. Im Bereich der Jugendhilfe wurde national bisher nur eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt. Klaus Roos entwickelte 2001 ein Modell für die Wirkweise von Jugendhilfemaßnahmen und modellierte daraus eine Kosten-Nutzen-Analyse, die er beispielhaft für den Bereich der Heimerziehung durchführte (vgl. Roos 2005). Als Datengrundlage dieser Effizienzstudie dienten die Ergebnisse der JES-Studie (Jugendhilfeeffektivitätsstudie) des Caritas-Verbandes (Schmidt, Schneider 2002) und der JULE-Studie (Baur, Thiersch 1998).

KOSTEN FRÜHER HILFEN

Frühe Hilfen werden nach der Begriffsbestimmung des Wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) als »... lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen [definiert]. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungscompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten« (NZFH, online). Die hier erbrachten Leistungen sind überwiegend im Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfesystem angesiedelt (z. B. Familienhebammen, Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe; hinzu kommen weitere Leistungserbringer, wie die Schwangerschaftsberatungs- und Frühförderstellen) (NZFH 2008).

Die Kosten, die im Rahmen der Frühen Hilfen entstehen, sind damit vorrangig in den zwei Systemen »Gesundheit« und »Kinder- und Jugendhilfe« zu betrachten und beziehen sich auf zusätzliche Leistungen sowie auf Ressourcen für die Vernetzung und Kooperation. Zu unterscheiden sind hier zudem die unterschiedlichen Professionen und Akteure innerhalb der Systeme, z. B. Hebammen, Ärzte/Ärztinnen sowie die Träger in der Kinder- und Jugendhilfe. In dem Netzwerk Frühe Hilfen sind somit sehr unterschiedliche gesetzliche Regelungen und Zuständigkeiten zu berücksichtigen und damit auch verschiedene Geldgeber und Finanzierungsbedingungen, die für die Kostenberechnung von Bedeutung sind. Einen guten Überblick liefert hierzu die ebenfalls im Projekt »Guter Start ins Kinderleben« entstandene Expertise »Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen« des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (vgl. Meysen, Schönecker 2009).

Meysen und Schönecker weisen auf die Probleme bei der Finanzierung Früher Hilfen hin, die sich aus getrennten Zuständigkeiten zwischen Jugendämtern, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungen ergeben, sowie aus der Trennung von gesundheits- und familienbezogenen

Leistungen, wie auch zwischen Leistungen, die vor oder nach der Geburt angeboten werden.

Die Finanzierungsverantwortung für den Kinderschutz liegt bei den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe, d. h. den Kreisen und kreisfreien Städten. Eine Beteiligung bei der Finanzierung von einzelnen Leistungen kann seitens der Länder stattfinden. Ebenfalls zu berücksichtigen sind Eigenmittel der freien Träger. Die Verpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe bezieht sich jedoch auf Hilfen nach der Geburt. »Die Leistungen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII adressieren grundsätzlich nur an Kinder, Jugendliche, junge Volljährige, Eltern und andere Bezugspersonen von Kindern, nicht aber an Schwangere und Ungeborene« (Meysen, Schönecker 2009: 94). Hier sind es insbesondere die Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, die eine eindeutige Zuständigkeit seitens des Gesetzes erfahren und in allen eine Schwangerschaft unmittelbar und mittelbar berührenden Fragen informieren und beraten (§2 Abs. 1 SchKG).

Auf der Seite des Gesundheitswesens sind es die Gesundheitsämter, Gynäkologen/Gynäkologinnen, Hebammen, Ärzte/Ärztinnen der Geburtshilflichen Kliniken sowie der Bereich der Pädiatrie und Frühförderung. Zu den Gesundheitsämtern heißt es in der Expertise: »Ob und ggf. wie die Gesundheitsämter ihrer gesetzlichen Aufgabe nachkommen, mit anderen mit der Gesundheitsförderung befassten Stellen im Kinderschutz zusammenzuwirken, hängt aufgrund der sehr offen gehaltenen, an allgemeine Zielvorgaben erinnernden Aufgabenkataloge weitgehend an den politisch motivierten Entscheidungen eines jeden Landkreises« (Meysen, Schönecker 2009: 107). Die Leistungen während der Schwangerschaft, der Entbindung und nach der Geburt werden von den Krankenkassen getragen, sofern der Patient/die Patientin in der gesetzlichen Krankenkasse versichert ist. Psychosoziale Aspekte finden sich im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Schwangeren und jungen Müttern jedoch kaum in den Beschreibungen der Leistungsinhalte und können so auch nicht abgerechnet werden. Ebenso wenig können die im Kinderschutz notwendige Kooperation und Beratung, also z. B. ein Engagement bei Fallkonferenzen oder Arbeitskreisen im Kinderschutz von Ärzten/Ärztinnen und Hebammen, geltend gemacht werden.³ Hebammen,

die als »Brückenbogen« zur Jugendhilfe den Zugang und das Vertrauen zu den Familien hergestellt haben, können ihre Unterstützung insgesamt in der Regel lediglich acht Wochen anbieten. Eine darüber hinaus gehende Leistung ist nur auf ärztliche Anweisung abrechenbar. Das Fazit der Expertise lautet deshalb zusammengefasst: »Zu wenig Zeit, sich psychosozialen Problemen anzunehmen« (Meysen, Schönecker 2009: 113).

Zur Betrachtung der Kosten Früher Hilfen sind demnach die Ausgaben für Leistungen der verschiedenen Akteure und die Kosten der Vernetzung einzubeziehen. Da die Umsetzung der Frühen Hilfen lokal sehr unterschiedlich ausgestaltet ist, wird nun die Umsetzung in dem betrachteten Standort vorgestellt und die Kostenbereiche, die hier zu berücksichtigen sind, aufgezeigt.

KOSTENBEREICHE DES »GUTEN STARTS INS KINDERLEBEN« IN LUDWIGSHAFEN

Das vorrangige Ziel im Projekt »Guter Start ins Kinderleben« war es, die Vernetzung zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und denen der Kinder- und Jugendhilfe auszubauen und einen frühen Zugang zu den Familien bzw. Müttern mit erhöhtem Unterstützungsbedarf von Beginn an zu erreichen. Daraus entstanden ist u. a. eine enge Zusammenarbeit zwischen dem St. Marienkrankenhaus und dem Jugendhilfeträger der Stadt Ludwigshafen, eine Clearingstelle zur anonymisierten Fallbesprechung, an der auch weitere Institutionen und Akteure, z. B. Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Sozialpädiatrischen Zentrums sowie die Hebammen teilnehmen und die Vernetzung durch die sog. Runden Tische.

In Zusammenarbeit mit dem DJI wurde zudem ein Erhebungsbogen, der seit August 2007 zur standardisierten Risikoeinschätzung im St. Marienkrankenhaus verwendet wird, eingeführt. Nach den Ampelfarben »grün«, »gelb« und »rot« erfolgt eine Bewertung des Unterstützungsbedarfs der Mutter. Liegt ein Unterstützungsbedarf vor, erfolgt ein sog. vertiefendes Gespräch mit einer Familienhebamme des Krankenhauses. Hierbei wird der Mutter eine speziell ausgebildete Hebamme vermittelt, die für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten bereitgestellt

werden kann. In der Clearingstelle werden alle laufenden Fälle in dem interdisziplinär besetzten Team anonymisiert besprochen. Am Ende der Hebammennachsorge findet zudem eine abschließende Bewertung statt, hier werden ggf. weitere Hilfeangebote (z. B. ambulante Jugendhilfe) besprochen (siehe hierzu Filsinger et al. 2008). Im Jugendamt steht seit März 2008 ein Fachdienst zur Verfügung, bei dem die Aufgabenwahrnehmung für die Frühen Hilfen zusammengeführt ist. Dadurch wurde eine zentrale Anlaufstelle im Netzwerk »Frühe Hilfen« mit verlässlichen Ansprechpartnern geschaffen.

Die Kosten Früher Hilfen entstehen somit durch die erweiterte Aufgabenwahrnehmung im Krankenhaus (Screening, erweiterte Hebammennachsorge), durch die aufgewendeten Zeitressourcen für die Vernetzung und Kooperation (z. B. anonymisierte Fallbesprechung) und im Rahmen der Unterstützung der Familien durch die Kinder- und Jugendhilfe (Aufgabenwahrnehmung des Fachdienst »Guter Start ins Kinderleben«, Angebote der Kinder- und Jugendhilfe).

NUTZEN FRÜHER HILFEN

Auch bei der Bestimmung des Nutzens ist zuerst festzulegen, wie dieser definiert ist. In der Ökonomie wird der Nutzen als »wirtschaftlicher Wert« beschrieben. Dieser bemisst sich an der »Fähigkeit eines Gutes, ein bestimmtes Bedürfnis des konsumierenden Haushalts befriedigen zu können« (Gabler Wirtschaftslexikon, online). Innerhalb der Sozialen Arbeit lässt sich diese Definition jedoch nicht einfach übertragen, da sich die Soziale Arbeit durch sog. »unechte Tauschbeziehungen« auszeichnet, bei denen der Konsument und der Geldgeber der Leistung nicht übereinstimmen. Zudem ist diese durch das Vorhandensein mehrerer potentieller »Nutznieser« geprägt (Finis Siegler 1997). So kann die Nutzenperspektive in der Sozialen Arbeit auf die Klienten, die Bürger gerichtet sein, aber auch auf die des Staates, der Sozialarbeiter/ Sozialarbeiterinnen und -pädagogen/-pädagoginnen oder der gesamten Gesellschaft. Denn die Soziale Arbeit liefert nicht nur einen Beitrag für den Klienten, der einen Nutzen über die individuelle Problemlösung erzielt, sondern auch für die Gesellschaft, »da es sich bei der Sozialen Arbeit um eine meritorische Dienstleistung mit privaten

Nutzen und gesellschaftlichen Zusatznutzen handelt« (Finis Siegler 1997: 136). Dieser gesamtgesellschaftliche Nutzen soll in der vorliegenden Arbeit betrachtet werden.

Als zweite Abgrenzung ist dann zu fragen, in welchen Bereichen ein Nutzen für die Gesellschaft zum Tragen kommt und in der Analyse berücksichtigt werden kann.

Der Nutzen Früher Hilfen leitet sich aus deren Ziel ab, den »präventive[n] Schutz der Kinder vor einer möglichen späteren Vernachlässigung und/oder Misshandlung [zu erhöhen]« und damit Gefährdungen des Kindeswohls und deren gravierende Folgen zu verhindern bzw. abzuwenden (NZFH 2008).

Der Nutzen besteht dementsprechend in der Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen und der **Vermeidung negativer Folgen** und bemisst sich an deren **ökonomischen (Folge)-Kosten**⁴. Im Folgenden werden die Begriffe »Nutzen« und »Folgekosten« synonym verwendet.

BEREICHE, IN DENEN EIN POSITIVER NUTZEN ERWARTET WIRD

In diesem Kapitel werden einzelne Studien zu den Folgen von Kindesvernachlässigung und misshandlung vorgestellt und damit ein erster Überblick gegeben.

Zu den Folgen von Vernachlässigung und/oder Misshandlung sind eine Reihe von Studien vorhanden. Dabei handelt es sich sowohl um prospektive Längsschnittstudien als auch um retrospektive Studien. Zumeist werden einzelne Bereiche untersucht, z. B. die Folgen für die physische und psychische Gesundheit, die kognitiven Fähigkeiten und das Sozialverhalten, wie auch die Folgen bei unterschiedlichen Formen von Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch). Bezogen auf die Bereiche (physische und psychische) Gesundheit, schulische Leistungsfähigkeit und kriminelle Handlungen lassen sich u. a. folgende Studienergebnisse benennen:

Die Folgen von Kindeswohlgefährdungen auf die **Gesundheit** wurden u. a. in der sog. Adverse Childhood Experiences (ACE) Study untersucht, die den Zusam-

menhang von Misshandlungserfahrungen und weiteren Belastungsfaktoren (z. B. Partnerschaftsgewalt, Substanzabhängigkeit eines Elternteils) in der Kindheit und der Gesundheit im Erwachsenenalter geprüft hat. Hier zeigte sich, dass das kumulative Auftreten dieser Risiken mit einem erhöhten Gesundheitsrisikoverhalten einhergeht und ein deutlicher Zusammenhang insbesondere mit der Krankheit Diabetes mellitus, Krebserkrankungen sowie Depressionen und suizidalem Verhalten besteht (Felitti et al. 1998). Eine Studie, die im Rahmen der Zusammenarbeit des »Consortium for Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect (LONGSCAN)« entstanden ist, hat die Risikofaktoren, die bei Felitti et al. in Bezug auf die Gesundheit im Erwachsenenalter untersucht wurden, bei Kindern analysiert und ermittelt, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen bereits in diesem Alter festzustellen sind. Allein das Vorhandensein eines Belastungsfaktors verdoppelt das Risiko für einen insgesamt schlechten Gesundheitszustand. Das Vorhandensein von vier Belastungsfaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung sogar um das Dreifache (Flaherty et al. 2006).

Der Zusammenhang von kindlicher Misshandlung und **psychischen Störungen** wurde u. a. in einer Längsschnittstudie von Silverman et al. untersucht. Hier wurden insbesondere die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter in den Blick genommen und verdeutlicht, dass im Alter von 21 Jahren sowohl bei den männlichen wie auch bei den weiblichen Personen, die von Kindesmisshandlung betroffen waren, häufiger eine bzw. mehrere Störungen nach DSM-III-R (u. a. Depressionen, Phobien, Alkoholabhängigkeit) vorlagen als bei nicht misshandelten Personen (Silverman et al. 1996). Auf Geschlechterunterschiede bezüglich des Auftretens von psychischen Erkrankungen weist die Studie von MacMillan et al. hin. Diese untersuchte in einer retrospektiven Studie den Einfluss kindlicher Misshandlung und sexuellen Missbrauchs auf das Vorkommen verschiedener psychischer Störungen u. a. Depressionen, Angststörungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Auch hier wurde ein deutlicher Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei den Betroffenen nachgewiesen. Die Unterschiede bei den männlichen und weiblichen Betroffenen zeigten sich in der Form, dass weibliche Personen prozentual häufiger betroffen waren und es wurde ein signifikanter Zusammenhang bei allen untersuchten Störungen (Depressionen, Angststörungen, Alkohol- und

Drogenabhängigkeit, antisoziales Verhalten) nachgewiesen (MacMillan et al. 2001).

Der Zusammenhang zwischen **schulischer Leistung** und Kindesvernachlässigung und Misshandlung wurde u. a. von Eckenrode et al. untersucht. Es wurden die Testergebnisse, Noten, Klassenwiederholungen sowie Verweise und Beurlaubungen von Kindern mit Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungserfahrungen mit einer Kontrollgruppe innerhalb einer Kohorte von Schulkindern verglichen. Im Ergebnis zeigte sich, dass von Misshandlung und/oder Vernachlässigung betroffene Kinder schlechtere Noten aufweisen, in Tests schlechter abschneiden, häufiger eine Klasse wiederholen und häufiger der Schule verwiesen werden. Zudem wurde der Zusammenhang dieser Indikatoren mit der Form der Misshandlung bzw. Vernachlässigung untersucht. Hier konnte nachgewiesen werden, dass Kinder, die vernachlässigt wurden sowie Kinder, die Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen erlitten haben, den geringsten Schulerfolg aufweisen. Bei Kindern, die ausschließlich Misshandlungserfahrungen aufwiesen, ist hingegen der Zusammenhang zu Schulverweisen und Beurlaubungen besonders deutlich (Eckenrode et al. 1993).

Eine Studie aus Neuseeland betrachtete den Zusammenhang von körperlicher Misshandlungserfahrung und **kriminellen Handlungen** sowie Substanzmissbrauch und psychische Störungen im Jugendalter (vgl. Fergusson, Lynskey 1997). Im Ergebnis zeigte sich eine signifikante Zunahme aller genannten Auffälligkeiten bei Kindern mit Misshandlungserfahrungen um das 1,5- bis 3,9-fache. Zudem wurde ein Dosisseffekt nachgewiesen, d. h. je häufiger und stärker die Misshandlungen waren, desto deutlicher waren die genannten Auffälligkeiten. Im Weiteren wurden die Ergebnisse gegen sog. »confounding covariates« getestet, um den Einfluss weiterer Faktoren (hier: sozioökonomische Faktoren) auf das Ergebnis auszuschließen. Es wurde jedoch weiterhin ein signifikanter Zusammenhang zwischen frühen Misshandlungserfahrungen und späteren Folgen belegt. Die Folgen traten in der Gruppe der misshandelten Jugendlichen 1,1 bis 3,3-mal häufiger auf als in der Gruppe der Nicht-Misshandelten.

In Deutschland liegen nur wenige Arbeiten vor, welche die Folgen von Kindeswohlgefährdungen betrachten.

Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie wurden die Auswirkungen von Ablehnung und Vernachlässigung im Säuglingsalter auf die Entwicklung der Kinder untersucht. Bereits im Alter von drei Monaten waren in der Gruppe der abgelehnten und vernachlässigten Kinder Auffälligkeiten im Verhalten erhöht – diese waren häufiger dysphorisch (schrien länger und häufiger), zeigten vermehrt Aufmerksamkeitsstörungen und Essprobleme und waren weniger an einen Tagesrhythmus zu gewöhnen. In der weiteren Entwicklung zeigten sie geringere kognitive Fähigkeiten und schlechtere Schulleistungen als die Kinder der Vergleichsgruppe. Besonders deutlich waren die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (u. a. dissoziale und emotionale Störungen) (Esser 2002).

Eine Untersuchung von Münster et al. dokumentiert eine Fallhebung in 16 Jugendämtern. Hier wurden Fälle untersucht, bei denen zwischen 1996 und dem ersten Halbjahr 1997 Jugendamtsmitarbeitende in vormundschaftlichen oder familiengerichtlichen Verfahren mitgewirkt hatten, in denen es um eine Gefährdung des Kindeswohls ging. Auch hier wurde nach den Folgen von Kindeswohlgefährdung gefragt. Es zeigte sich, dass von den schulpflichtigen Kindern (ohne Grundschüler- und Berufsschüler) zum Zeitpunkt der Meldung an das Gericht 32% eine Hauptschule, 5% ein Gymnasium und 35% eine Sonderschule besuchten. »Diese Verteilung steht dem Bundesdurchschnitt diametral entgegen« (Münster et al. 2000: 85). Trotz des Anspruchs auf einen Kindergartenplatz besuchten lediglich 53,4% der Drei- bis Sechsjährigen einen Kindergarten. Etwas höher war der Anteil der Sechs- bis Neunjährigen, die neben der Schule auch eine weitere Tagesbetreuung erhielten – dieser lag bei 67,4%. Von den Jugendamtsmitarbeitern/-mitarbeiterinnen wurden am häufigsten Verhaltensauffälligkeiten und eine verzögerte intellektuelle Entwicklung festgestellt. Unter den Verhaltensauffälligkeiten wurde am häufigsten mangelndes Sozialverhalten (65,2%) genannt. Zudem wurden Distanzlosigkeit (41,9%), Aggressivität (41,4%) und Delinquenz (18,2%) festgestellt (Münster et al. 2000).

Grundsätzlich können zwei Arten von Folgen unterschieden werden: **direkte und indirekte Folgen**. Daraus resultieren **direkte und indirekte Folgekosten**, d. h. Kosten die unmittelbar infolge einer Vernachlässigung und/oder Misshandlung entstehen – z. B. Behandlungskosten in

Krankenhäusern und Arztpraxen – und Kosten, die nicht unmittelbar mit der Kindeswohlgefährdung auftreten, jedoch dieser zuzuordnen sind. Hierzu zählen z. B. Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten und damit einhergehende Produktivitätsverluste.

Bezogen auf die beteiligten Systeme lassen sich zusammenfassend die folgenden direkten und indirekten Folgekosten benennen:

Ebene Gesundheitssystem

- Direkte Behandlungskosten durch Misshandlung und Vernachlässigung (u. a. körperlichen Verletzungen und Mangelerscheinungen, Schütteltraumata)
- Indirekte, langfristige Kosten durch Folgeerkrankungen (u. a. psychische Störungen, Suchtkrankheiten, erhöhtes Gesundheitsrisikoverhalten)

Ebene Kinder- und Jugendhilfe

- Direkte und indirekte, langfristige Kosten durch Kinderschutzmaßnahmen (Inobhutnahmen, Hilfen nach dem KJHG)

Ebene Bildung und Erwerbsbeteiligung

- Langfristige Kosten durch Vernachlässigungs- und Misshandlungsfolgen (u. a. verminderte kognitive Fähigkeiten und Schulleistungen, Störungen der Sprache, Schulabbruch, Schulversagen)

Ebene Justizsystem

- Direkte Kosten bei Kinderschutzfällen (Einschaltung des Familiengerichts)
- Indirekte, langfristige Kosten durch erhöhte Strafbarkeit, aggressives und kriminelles Verhalten.

DATENLAGE IM BEREICH KINDESWOHLGEFÄHRDUNG UND FRÜHE HILFEN

In den Empfehlungen der Kommission des 13. Kinder- und Jugendberichts werden eine »systematische Evaluation bestehender Programme« Früher Hilfen als erforderlich bezeichnet und ein »bundesweites Register zur Kindesmisshandlung und -vernachlässigung« als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung genannt (BMFSFJ 2009).

Derzeit fehlt jedoch in Deutschland eine breite Wissensgrundlage zum Themengebiet: In Deutschland wurden und werden bisher insgesamt kaum **Daten zum Thema Kindeswohl** erhoben, insbesondere fehlt es an Daten zum Ausmaß des Phänomens »Kindeswohlgefährdung«, zur Wirkung bisheriger Maßnahmen im Kinderschutz, wie auch zur Entwicklung von betroffenen Kindern (Kindler 2007).

Bereits der zehnte Kinder- und Jugendbericht wies auf das Fehlen von Daten zu Kindesvernachlässigung und -misshandlung hin. Hier heißt es: »Über das Ausmaß und den Schweregrad von Gewalt gegen Kinder ist empirisch wenig bekannt« (BMFSFJ 1998: 109). Und der Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik schreibt: »In Deutschland gibt es statt einer verlässlichen empirischen Dauerbeobachtung großzügige und restriktive Schätzungen« (Pothmann 2006: 3).

Und weiter heißt es: »Die Definitionen und Begrifflichkeiten gehen wild durcheinander. Die in den Blick genommenen Gewaltformen sind nicht die gleichen. Die Erhebungsverfahren der Basisdaten für die Schätzungen divergieren. Und letztlich werden z. T. ganz unterschiedliche Altersgruppen als Basis für die Berechnungen zum Ausgangspunkt gemacht« (Pothmann 2006: 3). Die vorhandenen Statistiken bilden jeweils nur einen Ausschnitt des Ganzen oder liefern aufgrund methodischer Einschränkungen keine aussagekräftigen Daten. So gibt die Erhebung von Missbrauchs- und Misshandlungsfällen in der polizeilichen Kriminalstatistik lediglich Auskunft über angezeigte Fälle. Die Kinder- und Jugendhilfestatistik bietet ebenfalls kaum Hinweise zum Ausmaß an Kindesvernachlässigung und -misshandlung in Deutschland, da Informationen zu Fällen und inhaltlichen Fallbedingungen nicht erfragt werden. Den einzigen Hinweis, den die Statistik zum Bereich Kindeswohl liefert, ist die Angabe zu Inobhutnahmen. Hier werden Interventionsmaßnahmen zum akuten Schutz von Kindern aufgeführt.

Eine international anerkannte Möglichkeit zur Schätzung von Misshandlungsfällen ist die Erfassung von Verletzungen und Misshandlungen in medizinischen Einrichtungen. Ärzte/Ärztinnen befinden sich hier jedoch durch die Regelungen des SGB V, welche die Ärzte/Ärztinnen bei drittverursachten Gesundheitsschäden dazu zwingt,

Angaben über Ursachen und mögliche Verursacher zu machen, in einem Konflikt zwischen Meldepflicht und Vertrauensverhältnis. Kommen sie der Meldepflicht nach, können sie ihre Leistungen abrechnen und gefährden dadurch unter Umständen den Behandlungserfolg. Kommen sie der Pflicht nicht nach, um das Vertrauensverhältnis nicht zu verlieren, können sie die Leistungen jedoch nicht entsprechend abrechnen (vgl. Fegert 2008).

Verhindert wird dadurch auch eine Erfassung der Kosten im Zusammenhang von Vernachlässigung und Misshandlung. »Die Tatsache, dass im Gesundheitssystem Misshandlungs- und Vernachlässigungsdiagnosen quasi nicht vorkommen, führt auch dazu, dass es keine Kostenregelung im Sinne von DRGs, Fallpauschalen oder Ähnlichem für diese schwierigen Fälle gibt. Finanziell arbeiten Kinderärztinnen und -ärzte und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater also bei diesen hochkomplexen Fällen in einer Art Niemandsland bzw. unter dem Deckmantel anderer psychiatrischer oder somatischer Diagnosen« (Fegert 2008: 138).

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass in Deutschland ein großer Mangel an Daten zum Themengebiet Kindeswohlgefährdung vorherrscht, insbesondere fehlt es an aussagekräftigen Evaluationsdaten sowie an Statistiken im Bereich Kindesvernachlässigung und -misshandlung.

In Bezug auf die **Frühen Hilfen** fehlt es aufgrund der bisher kurzen Laufzeit der Programme insbesondere noch an Daten, die über die langfristigen Auswirkungen Auskunft geben können. Hierzu bedarf es einer längsschnittlich angelegten Evaluation der Maßnahmen.

Neben diesen Einschränkungen, die sich aus der mangelnden Datenlage ergeben, sind auch Einschränkungen zu benennen, die dadurch entstehen, dass nicht alle Folgen von Vernachlässigung und Misshandlungserfahrungen, wie Schmerz und Verlust von Lebensqualität, abgebildet werden können.

Das Vorhandensein bzw. Fehlen von Daten beeinflusst auch das Vorgehen bei der Berechnung der Kosten und des Nutzens Früher Hilfen. Die Bedingungen und das daraus abgeleitete Vorgehen werden im Folgenden erläutert.

7

VORGEHEN BEI DER KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE

Die Kosten-Nutzen-Analyse wurde begleitend zum Projekt »Guter Start ins Kinderleben« erstellt. Die Kosten konnten so fallbezogen bei den beteiligten Stellen (St. Marienkrankenhaus, Jugendamt Ludwigshafen) erfasst werden.

Da die bisherige Laufzeit der Programme Früher Hilfen noch sehr kurz ist, liegen jedoch noch keine Daten über die langfristige Wirkung der Maßnahmen vor. Hier bedarf es einer langfristig angelegten Forschung über mehrere Jahre.

Bei der Erstellung der Kosten-Nutzen-Analysen wurden deshalb Ergebnisse aus vorhandenen Arbeiten recherchiert, auf deren Grundlage fehlende Daten geschätzt werden konnten. Diese wurden für die vorliegende Analyse insbesondere aus internationalen Studien sowie durch Expertenbefragungen generiert.

Da, wie im letzten Kapitel beschrieben, über das Ausmaß von Kindeswohlgefährdungen in Deutschland keine belastbaren Daten vorhanden sind, es an Daten über die Entwicklung dieser Kinder und die Wirkung bisheriger Maßnahmen fehlt und die Evaluation der neu aufgebauten Programme Früher Hilfen noch nicht abgeschlossen ist, wurde in dieser Arbeit eine einzelfallbezogene Dar-

stellung durchgeführt und ein Vorgehen gewählt, bei dem die Kosten der Frühen Hilfen ermittelt und einer später im Lebenslauf einsetzenden Unterstützung gegenübergestellt werden.

Eine Hochrechnung der Gesamtkosten und des Nutzens müsste sich zum jetzigen Zeitpunkt auf Schätzungen und Annahmen beziehen, die eine geringe Verlässlichkeit aufweisen, so dass die Ergebnisse mit einer großen Unsicherheit behaftet wären. Bei dem gewählten Vorgehen wurde deshalb auf diese Darstellung verzichtet.

Es wurden die Kosten der **Frühen Hilfen** standortbezogen erhoben und **pro Fall** berechnet. Auf der anderen Seite wurden die (Folge-) Kosten berechnet, die der Gesellschaft entstehen, wenn der Zugang zu Familien und Kindern, die in Risikobedingungen aufwachsen, nicht in der frühen Kindheit gelingt und eine Unterstützung erst im späteren Lebensverlauf einsetzt. In diesem Zusammenhang wurden Studien zu den Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung recherchiert. Auf der Basis dieser Daten und unter Einbeziehung von Expertenbefragungen wurden dann **vier unterschiedliche Lebenslaufsznarien bei Kindeswohlgefährdung** modelliert und die Folgekosten berechnet, die unter den getroffenen Annahmen entstehen (Abbildung 09).

VORGEHEN BEI DER ERMITTLUNG DER KOSTEN UND DES NUTZENS

Abbildung 09

	Ermittlung der Kosten	Ermittlung des Nutzens
Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelfallbezogene Erfassung der Kosten, die im Rahmen der Frühen Hilfen (von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr) bei vorhandenem Risiko pro Fall aufgewendet werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung von Lebenslaufsznarien, die auf der Grundlage von Studien und Expertenbefragungen zu den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung modelliert werden
Erfasste Bereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten, die durch die Vernetzung/Kooperation entstehen • Kosten, die im Krankenhaus durch die Aufgabenwahrnehmung im Kinderschutz entstehen (Screening, erweiterte Hebammennachsorge) • Kosten der Kinder- und Jugendhilfe (zusätzliche Kosten der Aufgabenwahrnehmung des Fachdienstes »Guter Start ins Kinderleben«, Angebote und Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgekosten durch Kindesvernachlässigung und -misshandlung im Lebenslauf (u. a. Kinderschutzmaßnahmen der Jugendhilfe, erhöhte Kosten im Gesundheitssystem, Kosten durch Straffälligkeit und geringe berufliche Qualifikation)
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Berechnung der durchschnittlichen Kosten pro Fall 	<ul style="list-style-type: none"> • Berechnung der Folgekosten von Kindeswohlgefährdung in vier unterschiedlichen Fallszenarien

Mit diesem Vorgehen sollen die Kosten und die Kostendimensionen, die mit den Frühen Hilfen einerseits und einer im Lebensverlauf später einsetzenden Unterstützung von Risikofamilien andererseits verbunden sind, in der Gegenüberstellung verdeutlicht werden.

Eine Aussage über die Effizienz der Kinderschutzmaßnahmen kann damit noch nicht getroffen werden. Erst die Evaluation der Maßnahmen kann, wenn sie langfristig angelegt ist, die Frage der Wirkung Früher Hilfen und ihrer Effizienz prüfen. Eine Vorstellung von der Dimension und dem finanziellen Gewicht, das hier zum Tragen kommt, kann jedoch aufgezeigt werden.

Das Vorgehen bei der Berechnung der Kosten Früher Hilfen sowie der Folgekosten von Kindeswohlgefährdung wird nachfolgend detailliert erläutert.

8

KOSTEN FRÜHER HILFEN – AUSWERTUNG DER STANDORTDATEN

Beschreibung der untersuchten Stichproben	40
Kosten der Vernetzung und Kooperation	41
Kosten im Gesundheitssystem	42
Kosten im Kinder- und Jugendhilfesystem	43
Auswertung der Gesamtkosten Früher Hilfen	44

Die Kosten Früher Hilfen wurden am Standort Ludwigshafen fallbezogen erhoben. Die Kostenbereiche, die bei der Berechnung zu berücksichtigen sind, wurden im Kapitel 6 dargestellt. Hierzu gehören die Kosten, die durch die Vernetzung und Kooperation entstehen, Kosten, die im Rahmen der erweiterten Aufgabenwahrnehmung im Krankenhaus anfallen (u. a. im Rahmen des Screenings und der erweiterten Hebammennachsorge) sowie die Ausgaben, die durch Maßnahmen der Jugendhilfe entstehen.

Kosten, die nicht pro Fall ausgewiesen werden können, da eine Abgrenzung nicht möglich oder zu aufwendig ist, wurden in fallübergreifenden Fragebögen ermittelt und für den Einzelfall berechnet. Kosten, die sich nicht auf den Einzelfall beziehen, z. B. Kosten durch Weiterbildung und die Teilnahme an den sog. Runden Tischen, wurden nicht berücksichtigt.

Die Daten beziehen sich auf eine halbjährige Stichprobe von 39 Kindern, die im Zeitraum zwischen 01.04.2008 und 30.09.2008 im St. Marienkrankenhaus geboren wurden und eine erhöhte Risikobelastung aufwiesen.

Im St. Marienkrankenhaus wird der sog. »Ludwigshafener peripartale Erhebungsbogen (LupE)« zur Erhebung des Unterstützungsbedarfes von Familien eingesetzt. Mit Hilfe dieses Screeningbogens werden verschiedene Risiken wie Armut, ungewollte Schwangerschaft, soziale, sprachliche Isolation und fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen betrachtet. Eine Beurteilung der Risikobelastung erfolgt nach den Ampelfarben »grün = Hebamme möglich«, »gelb = Hebamme empfohlen«, »rot = Familienhebamme, hohe Belastung«.

Die Kostenberechnung wurde bezogen auf die sog. »roten« Fälle durchgeführt und bezieht sich auf Leistungen, die durch das St. Marienkrankenhaus und die Jugendhilfe erbracht wurden. Leistungen anderer Stellen konnten nicht eingeschlossen werden (bspw. vorgeburtliche Angebote wie die Schwangerschafts[konflikt]beratung).

Die Kosten und ihre Berechnung werden in den folgenden Kapiteln getrennt für das Gesundheitssystem und die Jugendhilfe dargestellt, sowie bezogen auf die interdisziplinäre Vernetzung. Vor der Darstellung der Kosten erfolgt im nächsten Kapitel die Beschreibung der Stichprobe.

BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHTEN STICHPROBEN

Die untersuchte Stichprobe bezieht sich auf die im Erhebungszeitraum im St. Marienkrankenhaus gescreenten »roten« Fälle. Insgesamt werden im St. Marienkrankenhaus ca. 1400 Kinder pro Jahr geboren. Davon werden 8% als Fälle mit erhöhtem Risiko gescreent⁵. Bei 40% dieser »roten« Fälle findet eine Überleitung an das Jugendamt statt (ca. 45 Fälle pro Jahr).

Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Halbjahresstichprobe handelt, ist die Fallzahl hier kleiner. Zudem konnten nicht alle gescreenten Fälle einbezogen werden, wenn diese in die Verantwortung eines anderen Jugendamts fielen oder die erweiterte Nachsorge von der Mutter abgelehnt wurde.

HÄUFIGKEIT AUSGEWÄHLTER RISIKEN IN DER UNTERSUCHTEN STICHPROBE (39 FÄLLE)

	Häufigkeit	%
Unerwünschte Schwangerschaft	13	33
Allein erziehend	21	54
Schwere Konflikte in der Partnerschaft	7	18
Familie bereits beim Jugendamt bekannt	12	31
Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlung	7	18
Nikotinkonsum > 20 Zigaretten am Tag	10	26
Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluss)	22	56
Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen	8	21
Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen (Frühgeburtlichkeit, Mehrlinge, angeborene/neonatale Erkrankungen)	10	26
Sonstiges	9	23

Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 10

Die untersuchte Stichprobe hat insgesamt einen Umfang von 39 Fällen. Bei 21 der 39 Fälle hat eine Überleitung an die Jugendhilfe stattgefunden⁶.

Die Auswertung der Screeningbögen weist als häufigste Risiken die folgenden aus (vgl. auch Abbildung 10):

- Beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, fehlender Schulabschluss
- Die alleinige Sorge für das Kind
- Das Vorliegen einer unerwünschten Schwangerschaft

Die Falldauer betrug bei Fällen ohne Jugendamtskontakt im Durchschnitt 5 Monate, bei Fällen mit Jugendamtskontakt 11 Monate. Die Falldauer variiert jedoch insbesondere bei den Fällen mit Jugendamtskontakt erheblich und liegt zwischen zwei Monaten und einer über die Frühen Hilfen hinausgehenden Hilfestellung (d. h. länger als bis zum dritten Lebensjahr).

Die vermittelten Angebote und Hilfen sind dementsprechend – nach Bedarfslage der Familie – sehr unterschiedlich und reichen von offenen, niedrigschwelligen Angeboten, über Beratungsangebote bis zu einer intensiven Erziehungshilfe.

Eine Hebammennachsorge erfolgte bei 31 Fällen. Eine Überleitung hat in 12 Fällen zum Elterncafé und in zwei Fällen zu speziellen Eltern-Kind-Programmen (»Gemeinsam wachsen«) stattgefunden⁸. Wenn eine Überleitung zur Jugendhilfe erfolgt ist, waren die häufigsten Angebote Beratungsangebote nach §16 (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie), §18 (Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und des Umgangsrechts), §27 und §28 (Hilfe zur Erziehung, Erziehungsberatung). Danach folgten ambulante Hilfe nach §§27 und 31 (Sozialpädagogische Familienhilfe) und in drei Fällen bedurfte es einer stationären Hilfe (Mutter-Kind-Einrichtung [§19], Erziehungsstelle mit anschließender Vollzeitpflege).

KOSTEN DER VERNETZUNG UND KOOPERATION

Die Vernetzung und Kooperation ist ein Schlüsselement der Frühen Hilfen und stellte im Projekt »Guter

Start ins Kinderleben« von Beginn an ein zentrales Ziel dar. In der Projektbeschreibung heißt es hierzu: »Ziel ist die Entwicklung eines Modells interdisziplinärer Vernetzung für die Unterstützung und Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern zur Prävention von Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung« (BMFSFJ 2006). In Ludwigshafen wurde eine Clearingstelle zur anonymisierten Fallberatung aufgebaut, Runde Tische installiert und die Kooperationen mit weiteren kinderschutzrelevanten Partnern ausgebaut und intensiviert.

Die Auswertung der vernetzungsbezogenen Daten zeigt, dass von den beteiligten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des St. Marienkrankenhauses und des Jugendamts folgende Zeitressourcen für die Vernetzung und Kooperation aufgewendet wurden:

ZEITEN FÜR DIE VERNETZUNG UND KOOPERATION

	Stunden	Pro
Anonyme Fallbesprechung	27	Monat ⁹
Kontakte mit der jeweils betreuenden Hebamme, ggf. Kinderärzten/-ärztinnen, Frauenärzten/-ärztinnen und Psychologen/Psychologinnen	1,3	Fall ¹⁰
Vermittlung von weiteren Angeboten z. B. Schuldnerberatung, Schreiambulanz, Elterncafé		
Überleitung der Familien vom St. Marienkrankenhaus an die Jugendhilfe und gemeinsame Fallabschlüsse		
Teilnahme an Runden Tischen	8	Monat
Auf- und Ausbau des Netzes Früher Hilfen und von Kooperationsstrukturen	20	Monat
Zugehörige Sekretariatsaufgaben (St. Marienkrankenhaus)	24	Monat

Quelle: Eigene Berechnungen

Da bei der vorliegenden Kosten-Nutzen-Analyse ein fallbezogenes Vorgehen gewählt wurde, werden bei der Kos-

Abbildung 11

tenberechnung jedoch nur die zeitlichen Ressourcen dargestellt, die fallbezogen abgebildet werden können.

Die Kosten der Vernetzung und Kooperation wurden somit aus den Stunden berechnet, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes und des St. Marienkrankenhauses im Rahmen der anonymen Fallbesprechung, für Kontakte zu weiteren Stellen und für die Vermittlung von Angeboten sowie bei der Überleitung und beim Fallabschluss (inklusive Sekretariatsaufgaben) geleistet wurden.

Zur Berechnung der Kosten wurden jeweils die Stundensätze der beteiligten Akteure zugrunde gelegt (Stundensätzen von Hebammen¹¹, Ärzten/Ärztinnen¹² und Fachkräften¹³ der Jugendhilfe).

Durchschnittlich fallen nach dieser Berechnung für die Vernetzung und Kooperation Kosten in Höhe von **287 Euro** pro Fall an.

An diesen Daten wird deutlich, welche Relevanz die Vernetzung und Kooperation auch quantitativ innerhalb der Frühen Hilfen hat. Kooperationen und Vernetzung brauchen Zeit. Die Zeitressourcen, die hier aufgewendet werden, sind jedoch – außer bei institutionalisierten Kooperationen wie z. B. den Clearinggesprächen – kaum von außen sichtbar, wodurch sie bei der Finanzierung häufig nicht berücksichtigt werden. So wurde auch durch die Projektbeteiligten betont, dass die notwendigen Zeiten für die Kooperation und Vernetzung zum Teil nach der regulären Arbeitszeit geleistet wurden. Gerade beim Aufbau der Netze Früher Hilfen sind zusätzliche Ressourcen notwendig, um den Ausbau von Kooperationen voranzubringen und Strukturen zu etablieren.

KOSTEN IM GESUNDHEITSSYSTEM

Im Projekt der Frühen Hilfen in Ludwigshafen ist insbesondere mit dem St. Marienkrankenhaus eine enge Kooperation entstanden. In der Geburtsklinik des Krankenhauses wurde ein Screeningbogen zur Risikoeinschätzung eingeführt und es wird eine erweiterte Hebammennachsorge angeboten. Die Kosten, die durch Leistungen des Gesundheitssystems im Rahmen der Frühen Hilfen

entstehen, beziehen sich somit auf die Wahrnehmung der Risikoerkennung und Hilfevereinbarung, die erweiterte Hebammennachsorge sowie die bereits beschriebenen Zeitressourcen zur Vernetzung und Kooperation (vgl. Kapitel 6). Nicht berücksichtigt wurden die Kosten, die für das Screening der »grünen« und »gelben« Fälle aufgewendet wurden¹⁴.

Die notwendigen Zeitressourcen wurden einzelfallbezogen ermittelt. Folgende Zeitbedarfe sind durchschnittlich pro Fall zu berücksichtigen:

DURCHSCHNITTLICHE ZEITAUFWENDUNGEN FÜR DIE FRÜHEN HILFEN PRO FALL IM ST. MARIENKRANKENHAUS (ohne die Zeitbedarfe für die Vernetzung und Kooperation)

	Zeit pro Fall
Anlegen des Anhaltsbogens	5 Minuten
Risikoeinschätzung	47 Minuten
Vereinbarung mit Familie schließen ¹⁵	31 Minuten
Erweiterte Hebammennachsorge	11 Stunden*

*Bezogen auf die Fälle, bei denen eine erweiterte Nachsorge stattgefunden hat;
Quelle: Eigene Berechnungen

Zum Zeitpunkt der Erhebung bestanden bei der Abrechnung der erweiterten Hebammennachsorge jedoch noch Unsicherheiten, da diese nicht von den Krankenkassen getragen wird, so dass die Nachsorge vielfach unentgeltlich von den Hebammen geleistet wurde. Dies betrifft 24 Fälle. Lediglich bei 7 Fällen wurde eine erweiterte Nachsorge abgerechnet. Die Kosten der Hebammennachsorge würden vor diesem Hintergrund deutlich unterschätzt werden. Deshalb wurde auch für die Fälle, bei denen keine Abrechnung erfolgt ist, eine Nachsorge von 11 Stunden pro Fall unterstellt und berechnet. Seit 01.01.2010 kann ein Vertrag zwischen dem St. Marienkrankenhaus und den Hebammen geschlossen werden, der die Abrechnung und Vergütung der Hebammennachsorge im Rahmen des Programms »Guter Start ins Kinderleben« regelt.

Abbildung 12

Zur Berechnung der Kosten wurde für die erweiterte Hebammennachsorge der Stundensatz zugrunde gelegt, der laut der vertraglichen Regelungen dem St. Marienkrankenhaus an eine »Viva familia« fortgebildete Hebamme gezahlt wird. Dieser beträgt 35 Euro pro Stunde.

Da die Risikoeinschätzung, Anamnese und Dokumentation sowohl von Hebammen als auch von Ärzten/Ärztinnen des St. Marienkrankenhauss vorgenommen wird, wurde zur Berechnung dieser Kosten ein Mittelwert errechnet, der sich aus dem genannten Stundensatz einer Hebamme und dem Stundensatz eines Klinikarztes/einer Klinikärztin zusammensetzt.

Pro Fall betragen die Kosten, die im St. Marienkrankenhaus durch die Risikoeinschätzung und erweiterte Hebammennachsorge entstanden sind, durchschnittlich **365 Euro** (ohne Kosten der Vernetzung und Kooperation).

Hinzu kommen Kosten, die durch die erweiterte Erhebung der Krankengeschichte, Dokumentation und Ressourcenabschätzung mit dem Ludwigshafener peripartalem Erhebungsbogen (LupE) insgesamt entstehen, sowie ggf. einer zusätzlichen individuellen Beratung bei geringem Risiko (»gelbe« Fälle). Diese Kosten werden im St. Marienkrankenhaus pro Jahr mit 11.750 Euro beziffert.

KOSTEN IM KINDER- UND JUGENDHILFESYSTEM

An dieser Stelle werden die Kosten dargestellt, die im Rahmen von Hilfeangeboten der Kinder- und Jugendhilfe entstanden sind. Die Angaben beziehen sich sowohl auf Angebote des öffentlichen Trägers wie auch der freien Jugendhilfe. Die Kosten konnten im Jugendamt wiederum fallbezogen für die betrachtete Stichprobe ermittelt werden. Eigenmittel der freien Träger konnten nicht berücksichtigt werden.

Im Jugendamt der Stadt Ludwigshafen wurde der sog. »Fachdienst Guter Start ins Kinderleben« aufgebaut, der die Aufgaben wahrnimmt, die im Rahmen der Frühen Hilfen im Jugendamt anfallen. Hierzu zählen neben den Aufgaben des Sozialen Dienstes speziell für die jungen

Familien auch die bereits beschriebenen Aufgaben der Vernetzung und Kooperation (anonyme Fallbesprechung, Teilnahme an Runden Tischen, Ausbau des Netzes Früher Hilfen). An dieser Stelle werden die Kosten dargestellt, die im Hilfeprozess für die 21 Familien mit Jugendamtskontakt durch die Jugendhilfe aufgewendet wurden.

Bei Betrachtung der Hilfeformen, welche die Familien mit Jugendamtskontakt seitens der Jugendhilfe erhalten haben, zeigt sich, dass insgesamt die niedrigschwelligen Angebote den Schwerpunkt bilden. Die häufigsten Angebote in der untersuchten Stichprobe waren Beratungsangebote wie Ehe- und Lebensberatung, Entwicklungspsychologische Beratung (EPB), Schwangerschafts-, Migrations- und Schuldnerberatung – diese wurden bei 95% der Familien angeboten und durchgeführt. Aber auch die Vermittlung einer Wohnung und von handwerklichen Diensten ist hier zu nennen. Bei sechs Familien hat zusätzlich auch eine ambulante Hilfe nach §31 bzw. §27 stattgefunden. Insgesamt haben sieben Familien eine ambulante Hilfe nach §31 bzw. §27 erhalten. Aber auch stationäre Hilfen wurden durchgeführt. In drei Fällen war eine stationäre Hilfe notwendig, hierbei handelte es sich einmal um eine Erziehungsstelle mit anschließender Vollzeitpflege und in den weiteren zwei Fällen wurde eine Mutter-Kind-Einrichtung in Anspruch genommen. Auch hier stellen die stationären Hilfen die kostenintensivsten Hilfeformen dar.

ANZAHL VON ANGEBOTEN UND HILFEN DER JUGENDHILFE IM RAHMEN DER FRÜHEN HILFEN

Hilfeform	Anzahl Fälle	in Prozent der Fälle mit Jugendamtskontakt
Ambulante Hilfen (§§31 und 27)	7	33
Stationäre Hilfen (§§19, 33, 34)	3	14
Beratungsangebote (§§16, 18, 27 und 28)	20	95
Ambulante Hilfen + Beratungsangebote	6	29

Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 13

Die Kosten der jeweiligen Hilfen wurden beim Jugendamt Ludwigshafen erfasst. Der Stundensatz für eine Fachleistungsstunde wurde mit einem Durchschnittssatz von 42 Euro berechnet.

Bei der Betrachtung der Kosten der Jugendhilfe sind neben den Kosten für die »face-to-face«- Kontakte, die direkt mit den Familien stattfinden, zusätzliche Zeitressourcen zu berücksichtigen, sog. »Overhead-Kosten«, z. B. für die Dokumentation und für Teambesprechungen. Diese Zeiten werden den freien Trägern in Ludwigshafen zusätzlich in pauschalierter Form vergütet und sind somit in der Kostenrechnung bereits enthalten. Da bei Hilfeangeboten, die von Jugendamtsmitarbeitenden geleistet werden, die »Overhead-Stunden« nicht explizit ausgewiesen werden, sind diese in der Berechnung jedoch nicht erfasst.

AUSWERTUNG DER GESAMTKOSTEN FRÜHER HILFEN

Zur Berechnung der Gesamtkosten wurden die Kosten, die in den drei Bereichen »Vernetzung und Kooperation«, »Gesundheit« und »Kinder- und Jugendhilfe« entstanden sind, zusammengeführt und die Durchschnittskosten pro Fall berechnet.

Insgesamt wurden in den betrachteten Bereichen im Rahmen der untersuchten Stichprobe **283.690 Euro** aufgewendet. Bei einer Anzahl von 39 Fällen sind dementsprechend durchschnittliche Kosten in Höhe von **7.274 Euro/Fall**¹⁶ entstanden. Die Fälle und die Kosten pro Fall sind jedoch sehr heterogen, so liegen die maximalen Kosten pro Fall bei 64.220 Euro, die minimalen Kosten betragen 526 Euro. Wie die Verteilung der Fallkosten in der Stichprobe ausfällt, zeigt Abbildung 14. Hier wird deutlich, dass eine Vielzahl der Fälle Kosten von unter 1.000 Euro verursacht hat, dies ist bei 62% der untersuchten Stichproben der Fall und 79% liegen unter 5.000 Euro.

In Abhängigkeit vom konkreten Unterstützungs- und Hilfebedarf liegen demnach sehr unterschiedliche Kosten vor. Ist die Belastung gering und eine Überleitung an die Jugendhilfe nicht notwendig, sind die Kosten geringer als bei Familien mit einer hohen Belastung und einem Bedarf nach einer längeren Unterstützung. So belaufen sich die Kosten pro Fall ohne Jugendamtskontakt durchschnittlich lediglich auf **700 Euro**.

Da sich die Kosten auf die Frühen Hilfen beziehen und damit auf den Zeitraum von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr, können bisher keine Aussagen darüber getroffen werden, ob und in welchem Umfang weitere Hilfen im Lebenslauf dieser Kinder notwendig werden. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit waren bis auf zwei Fälle, bei denen eine langjährige Unterstützung notwendig sein wird, alle Fälle abgeschlossen.

Weitere im Lebenslauf entstehende Kosten können durch die bisher kurze Laufzeit der Projekte und den Mangel an Studien zu Langzeiteffekten präventiver Kinderschutzprogramme nur geschätzt werden. Um eine Gegenüberstellung der Kosten Früher Hilfen und der Folgekosten bei Kindeswohlgefährdung in der Lebenslaufperspektive

Abbildung 14

ANZAHL FÄLLE NACH FALLKOSTEN

Kosten in Euro	Anzahl der Fälle
500-1.000	24
1.000-2.000	5
2.000-5.000	2
5.000-10.000	1
10.000-20.000	1
20.000-30.000	3
30.000-40.000	1
über 40.000	2

Quelle: Eigene Berechnung

Insgesamt wurden für die in diesem Kapitel dargestellten Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe 258.259 Euro aufgewendet. Im nächsten Kapitel werden nun die Gesamtkosten der Frühen Hilfen für die untersuchte Stichprobe dargestellt.

darstellen zu können, wurden deshalb in einem **Szenario** »Frühe Hilfen« zusätzlich zu den vorhandenen erfassten Kostendaten weitere Kosten im Lebenslauf geschätzt und abgebildet.

Im nächsten Kapitel wird jedoch zuerst das Vorgehen bei der Nutzenberechnung dargestellt.

9

**NUTZEN FRÜHER HILFEN – FOLGEKOSTEN
VON KINDESVERNACHLÄSSIGUNG
UND -MISSHANDLUNG**

Zur Berechnung der Folgekosten kann – wie in Kapitel 7 dargestellt wurde – derzeit ausschließlich auf vorhandene Daten zurückgegriffen werden, die über die Folgen von Kindeswohlgefährdung Auskunft geben. Zur Berechnung des Nutzens wurden deshalb Fallszenarien entwickelt, anhand derer die Folgen und Folgekosten von Kindesvernachlässigung und -misshandlung dargestellt und berechnet wurden.

Studien, die über die **direkten Folgen und Folgekosten** Auskunft geben, stehen kaum zur Verfügung. Durch Expertenbefragungen können fehlende Daten generiert werden (vgl. Schöffski 2008). Hier konnten Angaben aus Expertengesprächen genutzt werden, die im Projektverlauf u. a. mit dem Jugendamt Gießen und der Frühförderstelle Gießen durchgeführt worden sind.

Dabei standen insbesondere die folgenden Fragen im Mittelpunkt:

- Wie alt sind die Kinder bei Bekanntwerden der Kindeswohlgefährdung?
- Welche Folgen (Verhaltensauffälligkeiten, Retardierungen) werden von den Mitarbeitenden bei Kindern festgestellt, die von Kindeswohlgefährdung betroffen waren?
- Welche Hilfen erhalten die Familien?
- Wie gestaltet sich die Unterstützung im Hilfeverlauf?

Zusätzlich wurden vorhandene Analysen in diesem Bereich herangezogen, insbesondere eine Untersuchung von Münder et al., die auf einer Aktenanalysen bei Jugendämtern zum Thema Kindeswohlgefährdung beruht.

Dass Kindeswohlgefährdung mit weitreichenden **indirekten Folgen** verbunden ist, wurde bereits in Kapitel 6 anhand von einzelnen Studien aufgezeigt. Welche indirekten Folgen als evident gelten können, hat eine im Jahr 2009 veröffentlichte Studie untersucht und für retrospektive und prospektive Studien kontrastiert (vgl. Gilbert et al. 2009).

Im Ergebnis zeigt sich in den **prospektiven Studien** ein mittlerer bzw. starker Zusammenhang mit dem Bildungserfolg, mit gering qualifizierter Beschäftigung, Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend, posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen, Alkoholproblemen, Übergewicht und straffälligem Verhalten. In den **retrospektiven Studien** wird ein mittlerer oder starker Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend, posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen, Alkohol- und Drogenproblemen, Promiskuität und Teenagerschwangerschaft sowie straffälligem Verhalten nachgewiesen (vgl. Abbildung 15).

Auf der Grundlage dieser Informationen und Daten wurden vier unterschiedliche Lebenslaufsznarien bei Kindeswohlgefährdung modelliert und die daraus entstehenden Folgekosten berechnet.

Abbildung 15

EVIDENZ FÜR DAS AUFTRETEN VON VERNACHLÄSSIGUNGS- UND MISSHANDLUNGSFOLGEN. ERGEBNIS DER VERGLEICHENDEN UNTERSUCHUNG VON RETROSPEKTIVEN UND PROSPEKTIVEN STUDIEN

	Prospektive Studien	Retrospektive Studien
Bildung und Erwerbstätigkeit		
Geringer Bildungserfolg	mittlerer Effekt	schwacher Effekt
Gering qualifizierte Erwerbstätigkeit		fehlt
Psychische Gesundheit		
Verhaltensprobleme in der Kindheit und Jugend	starker Effekt	starker Effekt
Posttraumatische Belastungsstörung		
Depressionen	mittlerer Effekt	
Suizidversuch		
Selbstverletzendes Verhalten	schwacher Effekt	schwacher Effekt
Alkoholmissbrauch	mittlerer Effekt	starker Effekt
Drogenmissbrauch, -abhängigkeit	schwacher Effekt	
Physische Gesundheit		
Teenagerschwangerschaft	inkonsistent	starker Effekt
Chronische Erkrankung im Erwachsenenalter	kein Effekt	schwacher Effekt
Übergewicht	starker Effekt	
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	fehlt	mittlerer Effekt
Aggression, Gewalttätigkeit, Kriminalität		
Straffälliges Verhalten	starker Effekt	starker Effekt

Quelle: Gilbert et al. 2009 (Ausschnitt, eigenen Darstellung)

10

ANNAHMEN ZUR ERSTELLUNG DER SZENARIEN

In den Expertenbefragungen wurde herausgestellt, dass eine Kindeswohlgefährdung häufig erst über die Wahrnehmung der Folgen einer Gefährdung, z. B. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, beim Jugendamt bekannt wird und zwar, wenn die Kinder in die Institutionen (Kita, Frühförderstellen, Schule) kommen. Dies wird auch in der Studie von Mündler et al. bestätigt. Hier heißt es: »In der Praxis ist es [...] nur selten so, dass schon zu einem Zeitpunkt, an dem noch keine schädigenden Folgen für den Minderjährigen eingetreten ist, bereits Maßnahmen zur Abwendung einer Gefährdung getroffen werden. In der Regel ist es umgekehrt, dass von Fehlentwicklungen der Kinder und Jugendlichen Rückschlüsse auf die Tatsache einer Kindeswohlgefährdung gezogen werden, die Folgen einer Kindeswohlgefährdung – die es eigentlich zu verhindern galt, werden zum Beleg dafür, dass eine Gefährdung vorliegt ...« (Mündler et al. 2000: 105).

In den Szenarien Kindeswohlgefährdung wurde deshalb erstens ein Fallbeginn mit Eintritt in die Kita und zweitens ein Fallbeginn mit Eintritt in die Schule bzw. mit der Schuleingangsuntersuchung angenommen.

Grundsätzlich wurde des Weiteren davon ausgegangen,

- dass die Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung umso schwerer und weitreichender sind, je länger die Gefährdung bestanden hat,
- dass Maßnahmen, die zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen und deren Folgen eingesetzt werden, umso wirksamer sind, je früher sie die Kinder erreichen und
- dass Kindeswohlgefährdung Folgen für die psychische und physische Gesundheit und den Schulerfolg hat sowie aggressives, kriminelles Verhalten begünstigt (vgl. Kapitel 9).

Unter diesen Annahmen wurden vier unterschiedliche Szenarien bei Kindeswohlgefährdung modelliert. Dabei wurden zwei moderate Szenarien mit einem Fallbeginn im Alter von drei Jahren und zwei pessimistische Szenarien mit einem Fallbeginn ab sechs Jahren dargestellt. Im moderaten Verlauf wurde von vorhandenen Beeinträchtigungen durch Kindeswohlgefährdung ausgegangen, die im dritten Lebensjahr zu einer Hilfeaufnahme führen. Hier wurde unterstellt, dass durch intensive Förder- und Unterstützungsmaßnahmen eine Stabilisierung der

familialen Situation erreicht werden kann. Die bereits bestehenden Folgen der Kindeswohlgefährdung können jedoch nicht vollständig durch entsprechende Maßnahmen kompensiert werden, so dass Beeinträchtigungen durch die Kindeswohlgefährdung im Lebenslauf bestehen bleiben.

Im pessimistischen Szenario wurde von einem Hilfebeginn mit sechs Jahren ausgegangen. Aufgrund verfestigter familiärer Problemlagen und den späten Zugang zu der Familie ist eine Stabilisierung der Situation nicht möglich. Zudem wurde angenommen, dass die lang anhaltende Kindeswohlgefährdung massive Folgen für die Entwicklung des Kindes hat, die z. T. irreversibel sind.

Um zusätzlich zu den Kosten der Frühen Hilfen, die sich auf die Zeit von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr beziehen, auch die im weiteren Lebenslauf entstehenden Kosten einbeziehen zu können, wurde zudem ein Szenario Frühe Hilfen erstellt, das einen biografischen Verlauf unter der Bedingung eines »guten Starts ins Kinderleben« repräsentiert. Hier wurde davon ausgegangen, dass durch das Vorhandensein Früher Hilfen eine Kindeswohlgefährdung verhindert werden kann und somit in diesem Fall keine Folgekosten im Lebenslauf zu berücksichtigen sind. Da jedoch grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass Kinder, die unter benachteiligten, risikobehafteten Bedingungen aufwachsen, auch über die frühe Kindheit hinaus Hilfen und Förderangebote benötigen, die aufeinander abgestimmt sein müssen, damit bereits erreichte Erfolge nicht wieder zunichte gemacht werden, wird zusätzlich zu den Frühen Hilfen angenommen, dass die Familie weitere vernetzte Unterstützungs- und Hilfeangebote erhält. Insbesondere die Übergänge im Lebenslauf stellen wiederum kritische und zugleich weichenstellende Phasen in der Entwicklung eines Kindes dar, so dass im LebenslaufszENARIO neben den berechneten Kosten der Frühen Hilfen (vgl. Kapitel 6) weitere Hilfen und Förderangebote angenommen werden. Unter diesen Bedingungen wird ein positiver Entwicklungsverlauf des Kindes modelliert.

Im Folgenden werden die vier Szenarien unter der Annahme von Kindeswohlgefährdung (Kita ①, Kita ②, Schule ①, Schule ②) detailliert dargestellt. Es werden die Annahmen formuliert und aufgezeigt, welche Maßnahmen in den verschiedenen Fällen aus den Annahmen

ANNAHMEN IN DEN LEBENSLAUFSZENARIOEN

Szenario	Annahmen
Kita ① Kita ②	moderates Szenario → Hilfebeginn im Alter von drei Jahren
Schule ① Schule ②	pessimistisches Szenario → Hilfebeginn im Alter von sechs Jahren
Frühe Hilfen	Szenario unter der Annahme Früher Hilfen und weiterer Angebote im Lebenslauf zur Unterstützung der Familie

Quelle: Eigene Darstellung

resultieren (notwendige Hilfen, Angebote) und welche Kosten im Lebenslauf insgesamt entstehen.

Das Szenario Frühe Hilfen wird in gleicher Weise dargestellt. In der Gegenüberstellung der vier Szenarien mit dem Szenario Frühe Hilfen kann daraufhin verdeutlicht

werden, welche Kosten im Lebenslauf eines Kindes unter der Annahme einer Kindeswohlgefährdung entstehen und welche Kosten demgegenüber entstehen, wenn durch Frühe Hilfen und vernetzte Hilfe- und Unterstützungsleistungen eine Kindeswohlgefährdung verhindert werden kann.

Abbildung 16

11

DARSTELLUNG DER LEBENSLAUFSZENARIEN UNTER DER ANNAHME FRÜHER HILFEN UND BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Die Lebenslaufszzenarien werden im Folgenden entlang der Entwicklung von der Geburt bis zum 67sten Lebensjahr dargestellt.

SZENARIO FRÜHE HILFEN

Alter	Annahmen	Maßnahmen
0 bis 3	Unterstützungsbedarf der Familie wird bereits in der Geburtsklinik wahrgenommen. Es wird eine erweiterte Hebammennachsorge und die Aufnahme in die Frühen Hilfen von Beginn an unterstützt.	Frühe Hilfen (siehe Kapitel 8: Auswertung der Kosten Früher Hilfen)
	Das Kind besucht ab dem ersten Lebensjahr eine Krippe	2 Jahre Krippenbesuch
3 bis 6	Bei Erziehungsschwierigkeiten werden Beratungsangebote der Erziehungsberatung in Anspruch genommen.	Beratung durch die Erziehungsberatungsstelle
6 bis 12	Das Kind besucht die Grundschule.	
13 bis 16	Der Realschulabschluss wird mit 16 Jahren erreicht.	
17 bis 21	Der Einstieg in die Duale Ausbildung gelingt. Im Anschluss wird eine Tätigkeit als Fachangestellte/r ¹⁷ ausgeübt.	
22 bis 67	Tätigkeit als Fachangestellte/r	

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 17

Abbildung 18

MODERATES SZENARIO KITA ①

Alter	Annahmen	Maßnahmen
0 bis 3	Kein Zugang zu der Familie	Keine Unterstützung, Hilfen
3 bis 6	Bei Aufnahme in die Kita werden beim Kind Defizite in der Sprache und der Kognition wahrgenommen. Die Mutter verfügt über eingeschränkte Erziehungs- und Alltagskompetenzen und wirkt schnell überfordert. Die Kita vermittelt den Kontakt zu einer Erziehungsberatungsstelle. Das Jugendamt wird hinzugezogen. Zusätzlich wird eine logopädische Behandlung angeboten. Eine Vernetzung der Angebote findet nicht statt.	Logopädische Behandlung, 50 Std. Sprachtherapie Erziehungsberatung, 2 Jahre SPFH keine Vernetzung der Angebote
6 bis 12	Mit Beginn der Pubertät treten Schulschwierigkeiten und aggressives Verhalten des Kindes gegenüber seinen Mitschülern auf. Es wird erneut das Jugendamt hinzugezogen und eine SPFH vereinbart.	SPFH 40 Std. pro Monat für zwei Jahre
13 bis 16	In der Adoleszenz kommt es zu einer straffälligen Handlung – die Jugendgerichtshilfe wird eingeschaltet und ein sozialer Trainingskurs wird vereinbart. Der Hauptschulabschluss wird mit 16 Jahren erreicht. Der Berufseinstieg ist aufgrund der geringen schulischen Bildung nicht erfolgreich. Es folgt eine Berufsfördermaßnahme.	Sozialer Trainingskurs 1 Jahr Berufsvorbereitung (BvB)
17 bis 21	Der Berufseinstieg misslingt weiterhin. Daraufhin wird eine weitere Fördermaßnahme der Agentur für Arbeit angeregt. Bedingt durch den geringen Qualifikationsgrad ist der Weg in den ersten Ausbildungsmarkt nicht erreichbar. Es werden verschiedene Tätigkeiten als angelernte/r Arbeitnehmer/in ausgeübt. Die Erwerbsbiografie ist durch wiederkehrende Phasen der Erwerbslosigkeit geprägt.	1 Jahr Ausbildungsförderung, Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation
22 bis 30	Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation
31 bis 50	Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit
51 bis 67	Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit

Quelle: Eigene Darstellung

MODERATES SZENARIO KITA 2

Alter	Annahmen	Maßnahmen
0 bis 3	Kein Zugang zu der Familie	Keine Unterstützung, Hilfen
3 bis 6	Bei Aufnahme in die Kita werden Entwicklungsverzögerungen des Kindes wahrgenommen, das Kind erhält Maßnahmen der Frühförderung.	Kontinuierliche spielpädagogische Einzelförderung zu Hause mit Elternberatung für 1,5 Jahre
	Da ein deutlicher Unterstützungsbedarf seitens der Eltern bei der Erziehung besteht, wird eine SPFH installiert.	SPFH 40 Std. pro Monat für 2 Jahre
6 bis 12	Die schulische Leistungsfähigkeit des Kindes ist unterdurchschnittlich, weitere Förderangebote im Anschluss an die Frühförderung stehen nicht zur Verfügung. Das Kind besucht eine Hauptschule. In der Pubertät treten erneut Erziehungsprobleme und Konflikte in der Familie auf. Es wird eine SPFH aufgenommen.	SPFH 40 Std. pro Monat für ein Jahr
13 bis 16	Die SPFH wird für ein weiteres Jahr fortgeführt.	SPFH 40 Std. pro Monat für ein Jahr
	Der Hauptschulabschluss wird mit 16 Jahren erreicht. Der Berufseinstieg ist aufgrund der geringen schulischen Bildung nicht erfolgreich. Es folgt eine Berufsfördermaßnahme.	1 Jahr Berufsvorbereitung (BvB)
17 bis 21	Der Berufseinstieg misslingt weiterhin. Es folgt eine weitere Fördermaßnahme der Agentur für Arbeit. Bedingt durch den geringen Qualifikationsgrad kann dann lediglich eine Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in ausgeübt werden.	1 Jahr Ausbildungsförderung, Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation
	Im Alter von 20 Jahren treten verstärkt Ängste bei der/dem Jugendlichen auf, die eine therapeutische Behandlung erforderlich machen.	Psychotherapeutische Behandlung über 2,5 Jahre
22 bis 30	Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation
31 bis 50	Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit
	Behandlung der psychischen Störung	Psychotherapeutische Behandlung über 3 Jahre
51 bis 67	Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 19

Abbildung 20

PESSIMISTISCHES SZENARIO SCHULE ①

Alter	Annahmen	Maßnahmen
0 bis 3	Kein Zugang zu der Familie	Keine Unterstützung, Hilfen
3 bis 6	Kein Zugang zu der Familie	Keine Unterstützung, Hilfen
6 bis 12	Bei der Schuleingangsuntersuchung wird bei einem Kind eine retardierte Entwicklung festgestellt. Zudem liegt ein deutliches Übergewicht vor. Da eine Regelbeschulung nicht möglich ist, wird das Kind in eine Schule für sozial-emotionales Lernen, die eine Betreuung in einer Tagesgruppe beinhaltet, eingeschult. Zusätzlich erhält die Familie eine SPFH, da die Erziehungs- und Fürsorgefähigkeiten der Eltern deutlich eingeschränkt sind. Die Kontaktaufnahme zum Hausarzt wird angeregt, eine Vernetzung mit gesundheitsbezogenen Diensten und Angeboten zur Stärkung der Alltagskompetenzen findet jedoch nicht statt.	Tagesgruppe, SPFH, Arztkontakte Adipositas, jedoch keine Vernetzung von gesundheitsbezogenen und jugendhilfebezogenen Diensten
	In der Adoleszenz kommt es zu verstärkten Auseinandersetzungen innerhalb der Familie. Ein Verbleib in der Familie ist nicht möglich – der/die Jugendliche wird in stationärer Jugendhilfe aufgenommen.	Stationäre Jugendhilfe ab dem 12. Lebensjahr
13 bis 16	Verbleib in stationärer Jugendhilfe, Wechsel in eine Einrichtung mit angeschlossener Berufsförderung	Stationäre Jugendhilfe
17 bis 21	Die Maßnahmen zur Ausbildungsförderung haben keinen Erfolg, so dass die Erwerbstätigkeit in ungelernter Tätigkeit ausgeübt wird. Diese Tätigkeiten sind durch geringe Kontinuität im Arbeitsverhältnis geprägt.	Stationäre Jugendhilfe, anschließend betreutes Wohnen bis zum 21. Lebensjahr Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation
22 bis 30	Tätigkeit als ungelernte/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit
31 bis 50	Tätigkeit als angelernte/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 3 Jahre Arbeitslosigkeit
	Aufgrund des lebenslangen Übergewichts kommt es zu Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus)	Behandlung Diabetes mellitus
51 bis 67	Vorzeitigen Berufsunfähigkeit durch die Diabeteserkrankung und daraus resultierende Folgeerkrankungen	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 1 Jahre Arbeitslosigkeit Behandlung Diabetes mellitus und von Folgeerkrankungen Berufsunfähigkeit im Alter von 61 Jahren

Quelle: Eigene Darstellung

PESSIMISTISCHES SZENARIO SCHULE 2

Alter	Annahmen	Maßnahmen
0 bis 3	Kein Zugang zu der Familie	Keine Unterstützung, Hilfen
3 bis 6	Kein Zugang zu der Familie	Keine Unterstützung, Hilfen
6 bis 12	Mit dem Besuch der Schule werden bei einem Kind erstmals Verhaltensauffälligkeiten wahrgenommen – es wirkt sehr zurückhaltend, hat wenig Kontakt zu seinen Mitschülern/Mitschülerinnen und zeigt Anzeichen von Verwahrlosung. Der Kontakt zu den Eltern und zum Jugendamt wird aufgenommen. Die vom Jugendamt angebotenen Hilfen werden von der Familie nach kurzer Zeit wieder abgebrochen.	SPFH (10 Std.)
	Im Alter von 12 Jahren wird das Kind in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Dort wird eine Essstörung und eine depressive Störung diagnostiziert. Im Anschluss wird der/die Jugendliche in stationärer Jugendhilfe untergebracht. Nach einem halben Jahr kehrt der junge Mensch in die Familie zurück.	Stationäre psychiatrische Behandlung Stationäre Jugendhilfe für ein halbes Jahr
13 bis 16	Im Alter von 14 Jahren kommt es erneut zu einer Aufnahme in der psychiatrischen Klinik und einer anschließenden stationären Jugendhilfe. Die Rückführung in die Familie gelingt nicht. Mit 16 Jahren erreicht die/der Jugendliche den Förderabschluss	Stationäre psychiatrische Behandlung Stationäre Jugendhilfe ab dem 14. Lebensjahr
	Verbleib in der stationären Jugendhilfe, Übergang in betreutes Wohnen	Stationäre Jugendhilfe, anschließend betreutes Wohnen bis 21. Lebensjahr
17 bis 21	Im Anschluss an die Förderschule besucht der/die Jugendliche eine Berufsfachschule. Da die berufliche Integration nicht gelingt, folgen weitere Maßnahmen der Ausbildungsförderung.	Berufsfachschule Ausbildungsförderung
	Die Maßnahmen haben keinen Erfolg, so dass die Erwerbstätigkeit in einer ungelerten Tätigkeit ausgeübt wird. Diese ist durch geringe Kontinuität im Arbeitsverhältnis geprägt.	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation
	Die psychische Gesundheit ist durch depressive Episoden lebenslang beeinträchtigt.	Behandlung Depression
22 bis 30	Tätigkeit als ungelernete/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit.	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit Behandlung Depression
31 bis 50	Tätigkeit als ungelernete/r Arbeitnehmer/in, Arbeitslosigkeit.	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 3 Jahre Arbeitslosigkeit Behandlung Depression
51 bis 67	Aufgrund der psychischen Erkrankung erfolgt eine Frühberentung im Alter von 54 Jahren.	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, ein Jahr Arbeitslosigkeit Behandlung Depression Berufsunfähigkeit im Alter von 54 Jahren

Abbildung 21

Quelle: Eigene Darstellung

12

DATEN ZUR BERECHNUNG DER ANNAHMEN IN DEN LEBENSLAUFSZENARIEN

- 59 Berechnung der Kosten im Lebenslaufszenario Frühe Hilfen
- 59 Berechnung der Folgekosten bei Kindeswohlgefährdung

In diesem Teil der Arbeit sollen die Daten dargestellt werden, welche die Grundlage zur Berechnung der Lebenslaufszenerarien bilden.

BERECHNUNG DER KOSTEN IM LEBENS-LAUF-SZENERARIO FRÜHE HILFEN

JUGENDHILFE

Die Kosten der Jugendhilfe wurden anhand der Daten des Jugendamts Ludwigshafen ermittelt. Es wurden neben den Kosten, die in den ersten drei Jahren im Rahmen der Frühen Hilfen entstehen (vgl. Kapitel 8), zusätzliche niedrigschwellige Angebote wie Beratungsangebote und Förder- und Betreuungsangebote für das Kind im biografischen Verlauf angenommen und die Kosten hierfür einbezogen.

GESUNDHEITSWESEN

Die Kosten des Gesundheitswesens sind bereits in der Berechnung der Kosten Früher Hilfen enthalten (vgl. Kapitel 8).

ERWERBSTÄTIGKEIT

Im **Szenario Frühe Hilfen** wird ein Realschulabschluss unterstellt. Durch den erreichten Abschluss ist der direkte Weg in das Duale Ausbildungssystem und den Beruf möglich. Es wird ein Einkommen als Fachangestellte/r erzielt (vgl. Abbildung 26). Fördermaßnahmen und Wertschöpfungsverluste sind in diesem Fall nicht zu berechnen.

BERECHNUNG DER FOLGEKOSTEN BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

JUGENDHILFE

Die Datenverfügbarkeit im Bereich Kindeswohlgefährdung ist – wie in Kapitel 6 dargestellt wurde – trotz einer vorhandenen Kinder- und Jugendhilfestatistik sehr beschränkt. Zudem werden die erfassten Daten nicht fallbezogen ausgewiesen, so dass Informationen über Hilfeverläufe und deren Kosten bei Kindeswohlgefährdung nicht in der Statistik aufgeführt sind. Die Lebenslaufszenerarien wurden mithilfe von Expertengesprächen und anhand vorhandener Studien erstellt. Die relevanten Kostendaten

wurden für die unterschiedlichen Hilfen (SPFH, stationäre Jugendhilfe, sozialer Trainingskurs etc.) beim Jugendamt Ludwigshafen erfragt.

GESUNDHEITSWESEN

Frühförderung und Logopädie

Die Kosten für Leistungen der Frühförderung und der logopädischen Behandlung wurden in Zusammenarbeit mit einer Frühförderstelle ermittelt, da für diesen Bereich keine Daten zur Verfügung stehen, die über die Kosten der Frühförderung fallbezogen Auskunft geben.

Der Mangel an Daten ist in diesem Bereich auch vor dem Hintergrund der Finanzierungsstrukturen in der Frühförderung zu sehen. Hierzu heißt es in einem Bericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik: »Rechnet man die gesamten Ausgaben beider Leistungsträger, der Sozialhilfe und der GKV, zusammen, so liegen diese (einschließlich der Leistungen für jugendliche SPZ-Patient/innen) im Jahr 2006 in einer Größenordnung von 1 Mrd. Euro. Welcher Anteil dieser Ausgaben aber genau auf die Frühförderung entfällt, bleibt unklar. Die Gesamthöhe der Ausgaben fällt einerseits zu hoch aus, da sie auch Leistungen der Krankenversicherung für Patient/innen der SPZ nach der Einschulung umfasst. Sie fällt andererseits etwas zu niedrig aus, weil die Ausgaben der Jugendhilfe für die Frühförderung nicht darin enthalten sind und weitere Ausgaben der GKV für Heilmittel im Bereich der Frühförderung hinzu kommen. Da eine genaue Abgrenzung dieser Daten im Hinblick auf die Leistungen der Frühförderung nicht möglich ist, können die auf diese Leistungen entfallenden Ausgaben nicht näher beziffert werden; an dieser Stelle besteht ein Bedarf an detaillierteren Informationen« (Engel et al. 2008: 18f.).

Bei der Berechnung wurde von einer vorhandenen Entwicklungsverzögerung infolge von Kindeswohlgefährdung ausgegangen. Bei einer Behandlung über 1,5 Jahre durch kontinuierliche spielpädagogische Einzelförderung mit Elternberatung sind hier Kosten in Höhe von **3.160 Euro** einzurechnen (vgl. Szenario Kita ②).

In dem Szenario Kita ① wurde aufgrund einer Sprachstörung eine logopädische Behandlung berechnet. Die Gesamtverordnungsmenge liegt laut Heilmittelkatalog im Regelfall bei bis zu 60 Einheiten. Im Szenario wurden

50 Einheiten unterstellt. Der Preis für eine Einzelstunde beträgt **31,95 Euro**. Inklusive Erstbefund entstehen durch die logopädische Behandlung Kosten in Höhe von **1.700 Euro** (Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2009).

Adipositas

Drei Studien konnten zu diesem Thema recherchiert werden – eine 1996 erschienene Studie von Schneider, eine 2003 veröffentlichte Studie von Sander und Bergmann sowie eine im Jahr 2006 von Lengerke et al. publizierte Untersuchung. Sie geben Auskunft über die Erkrankung und die damit einhergehenden direkten und indirekten Kosten. Die ersten beiden Studien wurden mittels Top-down Ansatz berechnet, die Kostendaten der letzten Studie wurden im Bottom-up Ansatz ermittelt. Die Kosten der Adipositas und deren Begleiterkrankungen werden bei Sander mit 2,709 bis 5,682 Millionen Euro pro Jahr beziffert. In der Studie von Lengerke liegen die direkten Kosten pro Versorgungsnutzer mit starker Adipositas bei 2.965 Euro pro Jahr. Eine weitere Untersuchung von Brenner et al. hat altersbezogen die Behandlungskosten von Dauerpatienten in Arztpraxen untersucht. Es liegen jedoch keine Studien vor, die über die Kosten der Adipositas im Lebenslauf Auskunft geben.

Für die Berechnung der Behandlungskosten der Adipositas wurde die Studie von Brenner et al. verwendet, da nur hier die Kosten bezogen auf das Kindesalter angegeben sind. Mit Hilfe dieser Studie konnten die Kosten der ambulanten Betreuung pro Jahr berechnet werden. Diese belaufen sich bezogen auf das Preisniveau von 2008 im Kindesalter auf **245 Euro** (Brenner et al. 2000). Da hier jedoch nur die Kosten der ambulanten Behandlung in Arztpraxen eingegangen sind, muss davon ausgegangen werden, dass die Kosten in diesem Fall jedoch eher unterschätzt werden. Bei der Berechnung der Gesamtkosten wurde davon ausgegangen, dass eine Behandlung der Adipositas ausschließlich zwischen dem sechsten und siebten Lebensjahr auf Anregung des Sozialen Dienstes stattfindet. Bezogen auf den weiteren Verlauf wurde davon ausgegangen, dass keine weitere Behandlung der Adipositas erfolgt und lebenslang ein Übergewicht vorliegt.

Da eine Adipositaserkrankung häufig Folgeerkrankungen nach sich zieht, wurden hierzu die relevanten

Informationen recherchiert und die damit verbundenen Kosten berechnet. Der Gesundheitsbericht nennt insbesondere die folgenden Begleiterkrankungen: Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Schlaganfall, orthopädische Komplikationen (vgl. Benecke, Vogel 2005). Bei der Berechnung wurde von einer auftretenden Diabeteserkrankung im Alter von 50 Jahren ausgegangen. Zur Berechnung der hierdurch entstehenden Kosten wurden wiederum Studien recherchiert (Liebl et al. 2001; Köster et al. 2005). Die Kosten wurden anhand der sog. KoDiM-Studie berechnet (vgl. Köster et al. 2005), welche die Kosten von Diabetes mellitus durch einen Vergleich der durchschnittlichen Kosten von Nicht-Diabetikern und Diabetikern berechnet hat. In der Studie wurden sowohl direkte wie auch indirekte Kosten ermittelt. Die Kosten betragen nach dieser Untersuchung 2.507 Euro im Basisjahr 2001 (3.044 Euro bezogen auf das Preisniveau von 2008) (Köster et al. 2005). Die Behandlung der Grunderkrankung ohne Begleiterkrankungen wurde mit Kosten in Höhe von 542 Euro angegeben (658 Euro bezogen auf das Preisniveau von 2008). Da keine Daten über die Kosten pro Diabetespatienten im Lebenslauf zur Verfügung stehen, wurden die vorhandenen Daten im Lebenslauf fortgeschrieben und angenommen, dass im Alter von 50 Jahren eine Diabeteserkrankung auftritt, die die ersten zehn Jahre ohne Begleiterkrankungen verläuft und damit jährliche Kosten in Höhe von **658 Euro** verursacht. Da Begleiterkrankungen im Alter zunehmen (vgl. Köster et al.), wurde angenommen, dass im Alter von 60 Jahren Begleiterkrankungen auftreten, die auf der Basis der KoDiM-Studie mit jährlichen Kosten in Höhe von **3.044 Euro** berechnet wurden. Weiterhin wurde angenommen, dass mit dem Auftreten der Begleiterkrankung eine Frühberentung im Alter von 61 Jahren einhergeht, so dass Wertschöpfungsverluste in Höhe von ca. **92.000 Euro** entstehen. Die Kosten zusätzlicher Rentenzahlungen wurden nicht berücksichtigt.

Psychische Erkrankungen

In Studien zu den Folgen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung werden eine Vielzahl an psychischen Erkrankungen als Folge benannt. Hierzu zählen u. a. Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Angststörungen sowie komorbide Störungen (z. B. Essstörungen und Substanzmissbrauch).

Im Szenario Kita ② wurde angenommen, dass im Alter von 20 Jahren eine psychische Störung auftritt und eine therapeutische Behandlung von 2,5 Jahren (100 Stunden) erfolgt. Diese wird laut Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung (Stand 01.01.2010) mit 81,14 Euro pro Stunde vergütet (Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2010).

Im Szenario Schule ② wurde eine depressive Erkrankung und Essstörung mit Beginn in der Jugend einbezogen.

Die Berechnung der damit verbundenen Folgekosten wurde im Fall der Essstörung mittels verfügbarer Daten des Statistischen Bundesamts berechnet. Die Krankenhausstatistik weist eine durchschnittliche Verweildauer von Patienten mit der Diagnose »F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren« im Jahr 2007 von 27,2 Tagen aus (Statistisches Bundesamt 2007b).

Die Kosten je Pflegetag betragen laut Statistisches Bundesamt im Jahr 2001 216,30 Euro (Statistisches Bundesamt 2003). Bezogen auf das Preisniveau im Jahr 2008 entstehen durch die angenommene stationäre Behandlung im Szenario Schule ② Kosten in Höhe von **7.142 Euro**.

Zur Berechnung der Folgekosten, die im Zusammenhang mit der Behandlung **depressiver Störungen** entstehen, wurden vorhandene Studien zum Themengebiet herangezogen. Hier sind national insbesondere zwei Arbeiten zu nennen, zum einen eine 2004 erschienene Studie von Salize et al. sowie die 2005 im Rahmen des Projekts »European Study of Epidemiology of Mental Disorders« veröffentlichte Studie von Friemel et al.. In der Studie von Friemel et al. wurden 131 Personen einbezogen, die eine Diagnose nach DSM-IV aufwiesen. Die Patienten wurden nach Leistungen befragt, die sie aufgrund der depressiven Erkrankung in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen hatten. In der Studie von Salize et al. wurden Patienten aus Hausarzt- und nervenärztlich-psychiatrischen Fachpraxen einbezogen. Hier wurden die Kosten getrennt für zwei Patientengruppen untersucht. In der ersten Gruppe wurden Patienten einbezogen, die eine Behandlung aufgrund einer »depressive Störung« in Anspruch nahmen, bei der zweiten Gruppe wurde eine depressive Episode nach ICD-10-Kriterien festgestellt.

Die direkten Kosten je Patient betragen nach der European Study of Epidemiology of Mental Disorders bei Patienten, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nahmen, 1.225 Euro (ohne private Zuzahlungen, Basis 2002). Die Studie von Salize et al. weist Ausgaben in Höhe von 2.073 Euro pro Patient mit depressiver Störung aus (Gruppe 1) und 2.541 Euro bei der Gruppe der nach ICD-10-Kriterien diagnostizierten Patienten (Gruppe 2) (**3.085 Euro** bezogen auf das Preisniveau 2008).

Da beide Studien keine Hinweise über die Kosten einer Depression im Lebenslauf geben, mussten hierzu weitere Daten recherchiert werden. Zum Verlauf der Depression heißt es im Gesundheitsbericht der Bundesregierung: »Bei nicht durch Medikamente beeinflusstem Verlauf erleiden ca. 25% der Patienten nach einer Ersterkrankung innerhalb von sechs Monaten einen Rückfall. Nach zwei Jahren sind dies immerhin 30 bis 50% und nach fünf Jahren haben fast 75% der Patienten mindestens eine neue depressive Phase erlebt. Zudem werden mit steigender Episodenzahl die episodensfreien Zwischenzeiten kürzer. **Im Verlauf von 20 Jahren erleidet ein Patient durchschnittlich fünf bis sechs depressive Episoden.** Ca. 5 bis 10% erleben im weiteren Verlauf auch manische Phasen (übersteigerter Antrieb, Selbstüberschätzung). Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur das Wiedererkrankungsrisiko, sondern die Episoden nehmen meist auch an Schwere zu« (vgl. Statistisches Bundesamt 1998).

Für die Berechnung der Folgekosten unter der Annahme einer depressiven Störung (Szenario Schule ②) wurden auf dieser Grundlage und unter Verwendung der Studie von Salize et al. die Kosten einer depressiven Erkrankung im Lebenslauf berechnet. Der Studie von Salize wird Vorrang eingeräumt, da in dieser Arbeit die Kosten für Patienten mit einer depressiven Episode (nach ICD-10) ausgewiesen sind. Die im Lebenslauf entstehenden Kosten einer depressiven Störung sind bei einem Beginn im Alter von 20 Jahren und einen episodenhaften Verlauf mit sechs bis sieben depressiven Episoden in 20 Jahren mit **37.017 Euro** (Preisniveau 2008) zu berechnen. Zusätzlich zu den direkten Kosten entstehen auch indirekte Kosten in Form von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen. 60-80% der Gesamtkosten der Depression entstehen durch den Verlust von Arbeitsproduktivität

(Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz 2004 online).

Der Gesundheitsbericht aus dem Jahr 1998 liefert unter der Überschrift »Arbeitsunfähigkeit, Berentungen« folgende Daten: »Im Jahr 1993 wurden im Bereich der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt ca. 282.000 Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) mit ca. 10,9 Mio. AU-Tagen aufgrund depressiver Erkrankungen registriert (hierin einbezogen sind die ICD 9-Nr. 296, 301, 309, 311 und 40% der unter Nr. 300 registrierten Fälle). Das entspricht ungefähr 2,2% aller AU-Tage. Für Frauen wurden ca. doppelt so viele AU-Fälle je 100.000 Pflichtmitglieder ausgewiesen wie für Männer (1285 versus 592 Fälle je 100.000 Pflichtmitglieder). Die Statistik der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) weist für die o.g. ICD 9-Nummern für den Bereich der AOK West jeweils mehr als doppelt so viele AU-Fälle bezogen auf die Pflichtmitglieder aus wie für den Bereich der AOK Ost (AOK West: Männer 748, Frauen 1.670; AOK Ost: Männer 314, Frauen 782 AU-Fälle je 100.000 Pflichtmitglieder). Depressionsbedingte AU dauert im Mittel deutlich länger (rund zweieinhalbmal) als AU aufgrund anderer Krankheiten« (Statistisches Bundesamt 1998 online). Ein aktueller Bericht zur Arbeitsunfähigkeit bei AOK-Versicherten bestätigt diese Daten und verweist zudem auf einen stetigen Anstieg psychischer Störungen. Nach dieser Erhebung nehmen psychische Störungen im Jahr 2009 bei den Ausfalltagen Platz drei ein (Institut für betriebliche Gesundheitsförderung 2010).

»Depressive Erkrankungen haben einen erheblichen Anteil an den Gründen für eine vorzeitige Berentung. 1995 wurden 18.629 Frühberentungen (7.146 Männer, 11.483 Frauen) aufgrund depressiver Erkrankungen für die o.g. ICD 9-Nummern bewilligt. Das entspricht ca. 6,3% aller 297.164 Frühberentungen im Jahr 1995. Das mittlere Berentungsalter lag zwischen 50 und 54 Jahren« (Statistisches Bundesamt 1998 online).

Auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten wurde von einer Frühberentung im Alter von 54 Jahren ausgegangen. Die indirekten Kosten wurden über den Verlust von Erwerbseinkommen und den daraus entstehenden Wertschöpfungsverlusten berechnet. Die zusätzlich bis zum Eintritt in das reguläre Rentenalter entstehenden Rentenzahlungen wurden nicht einbezogen.

Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden die Kosten durch Ausfälle von Erwerbstätigkeitstagen während der Erwerbszeit. Diese werden nicht pro Kopf ausgewiesen und können deshalb nicht in die Berechnung eingehen.

BILDUNG UND ERWERBSTÄTIGKEIT

Die Folgen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung für die Ausbildung kognitiver Fähigkeiten, den Schulerfolg und die Erwerbsbeteiligung wurden im Kapitel 6 dargestellt. Die dort beschriebenen Defizite im Bereich der schulischen Leistungen sowie die Beeinträchtigungen im Erwerbspotential werden im Berechnungsmodell in einem moderaten und einem pessimistischen Szenario berechnet. In den moderaten Annahmen Kita ① und ② wurde davon ausgegangen, dass vorhandene kognitive Beeinträchtigungen früh erkannt werden und durch die eingesetzten Maßnahmen (Frühförderung, logopädische Behandlung, Unterstützung der Familie durch die Jugendhilfe) die Fähigkeiten und die Lernbedingungen soweit verbessert werden können, dass ein Hauptschulabschluss und eine Berufstätigkeit in einem angelernten Beruf ausgeübt werden können. Im pessimistischen Fall (Szenarien Schule ① und ②) wurde angenommen, dass die Beeinträchtigungen erst spät wahrgenommen werden und eine Beschulung in einer Förderschule notwendig ist.

Aufbauend auf diesen Grundannahmen wurden die Szenarien weitergeführt, indem typische qualifikationsbezogene Erwerbsbiografien zugrunde gelegt wurden. Die hierfür notwendigen Informationen zum Berufseinstieg, zur Erwerbstätigkeit und Erwerbslosigkeit sowie zum Einkommen bei unterschiedlichen Qualifikationsniveaus wurden den nationalen Bildungsberichten (vgl. Klieme 2008, Avenarius 2006) und internationalen Analysen (vgl. OECD 2008) entnommen.

Berufseinstieg

Bezogen auf den Berufseinstieg verweist der nationale Bildungsbericht auf eine zunehmende Bedeutung des Übergangssystems bei der Ausbildung unterhalb des Hochschulbereichs.

Insbesondere für Jugendliche mit niedriger schulischer Qualifikation ist das Übergangssystem von Bedeutung, da sie zumeist keine Chance auf einen Ausbildungsplatz im Dualen System erhalten (vgl. Abbildung 22). Als Be-

VERTEILUNG DER NEUZUGÄNGE AUF DIE DREI SEKTOREN DES BERUFLICHEN AUSBILDUNGSSYSTEMS 2006 NACH SCHULISCHER VORBILDUNG (IN %)

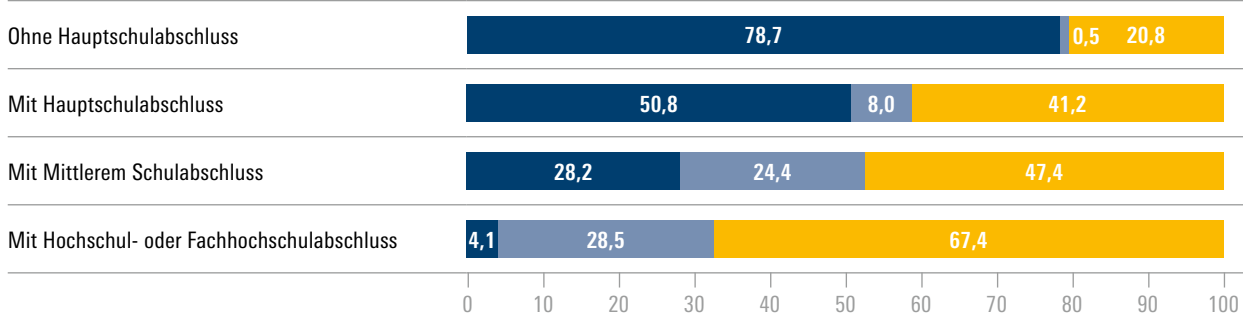


Abbildung 22

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Bundesagentur für Arbeit in Klieme 2008: 158

gründung werden ein Ungleichgewicht und Passungsprobleme zwischen der Angebots- und Nachfrageseite benannt (Klieme 2008).

Eine 2006 veröffentlichte Untersuchung des Bundesinstituts für Berufsbildung (vgl. BIBB Übergangsstudie 2006) nennt als Determinanten der Ausbildungslosigkeit bei Jugendlichen neben dem Schulabschluss die Bildung der Eltern, Migrationshintergrund, das Geschlecht oder das Vorhandensein von eigenen Kindern (Beicht, Ulrich 2008). Hier wird deutlich, dass der bei PISA und weiteren Studien aufgezeigte Zusammenhang von Herkunft und Bildung auch beim Berufseinstieg weiterhin wirksam bleibt.

Junge Frauen haben häufig bessere Chancen, da sie über bessere Noten verfügen. Ein Hindernis stellt für sie jedoch insbesondere das Vorhandensein von Kindern dar. Die Angebote des Übergangssystems sind sehr vielfältig. Zahlenmäßig kommt den Berufsfachschulen, die keinen beruflichen Abschluss vermitteln, berufsvorbereitenden Maßnahmen der BA und Berufsschulen für Schüler ohne Ausbildungsvertrag die größte Bedeutung zu (Klieme 2008).

Die Kosten, die pro Teilnehmer im Übergangssystem entstehen, variieren je nach Angebot. Im Bildungsbericht aus dem Jahr 2008 sind diese ausgewiesen (siehe Abbildung 23).

TEILNEHMER UND ÖFFENTLICHE AUSGABEN IN AUSGEWÄHLTEN MASSNAHMEN DES ÜBERGANGSSYSTEMS 2005 UND 2006

Abbildung 23

Maßnahmen	2005			2006		
	Ausgaben in Euro	Teilnehmer Anzahl	Ausgaben je Teilnehmer/Jahr in Euro	Ausgaben in Euro	Teilnehmer Anzahl	Ausgaben je Teilnehmer/Jahr in Euro
BvB	770.758.104	115.724	6.600	680.889.135	110.778	6.146
EQJ	40.150.561	18.751	2.441	69.423.027	22.793	3.046
Berufsfachschulen (1-/2-jährige, BVJ und BGJ)	193.409.700	333.465	5.800	1.900.201.800	327.621	5.800

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Bildungsbericht 2006 in Klieme 2008: 166

Die Studie »Volkswirtschaftliche Potenziale am Übergang von der Schule in die Arbeitswelt«, die im Jahr 2008 von der Bertelsmann Stiftung herausgegeben wurde, hat die Kosten je Teilnehmer bezogen auf die Maßnahmen für Schüler in der schulischen Berufsvorbereitung, Teilnehmer an BvB-Maßnahmen (soweit nicht an beruflichen Schulen unterrichtet), Teilnehmer an der Einstiegsqualifizierung, Teilnehmer am Ausbildungsplatzprogramm Ost und geförderte Jugendliche im Rahmen der Berufsausbildung Benachteiligter der BA berechnet und beziffert die Kosten dieser Programme im Durchschnitt auf 10.050 Euro pro Teilnehmer (Bertelsmann Stiftung 2008).

Hinzu kommen Kosten durch Einkommensverluste und Arbeitslosigkeit sowie entgangene Wertschöpfungspotentiale (da Personen mit geringerer Qualifizierung weniger Einkommen erzielen als Personen mit höherem Qualifikationsniveau).

Beschäftigungsquoten

»Die Beschäftigungsquoten steigen mit zunehmendem Bildungsstand« (OECD 2008: 154). So sind laut des Berichts der OECD die Anzahl der Erwerbslosen sowie die Anzahl an Personen, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen, bei den Absolventen des Tertiärbereichs geringer als bei Personen mit einem Abschluss im Sekundarbereich II. Noch größer sind die Unterschiede im Erwerbsstatus, wenn Personen keinen Sekundarabschluss II erreicht haben. Diese Unterschiede nehmen im Alter weiter zu

und sind zwischen Männern und Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen ausgeprägter (OECD 2008).

Der nationale Bildungsbericht 2008 weist auf Basis des Mikrozensus die unten stehenden Daten zum Erwerbsstatus aus (siehe Abbildung 24).

Finanzielle Leistungen während der Arbeitslosigkeit

Das Arbeitslosengeld beträgt 60% des pauschalierten Nettoentgeltes (Leistungsentgeltes) beziehungsweise 67% bei Vorhandensein von Kindern (vgl. Bundesagentur für Arbeit online)

Die Regelleistung beim Arbeitslosengeld II beträgt seit dem 01.07.2009 bundeseinheitlich 359 Euro. Laut der Statistik der Bundesagentur für Arbeit betrug die durchschnittliche Geldleistung pro Bedarfsgemeinschaft inklusive Sozialversicherungsleistungen und Leistungen für Unterkunft und Heizung **853,47 Euro** (Stand November 2009) (Bundesagentur für Arbeit 2009).

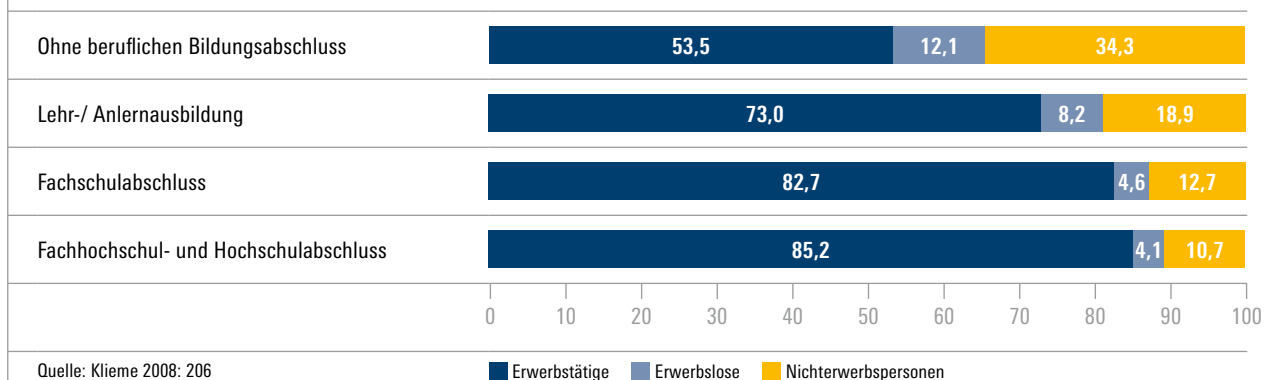
Einkommen

Daten zum Einkommen unterschieden nach Bildungsabschlüssen finden sich im Bildungsbericht aus dem Jahr 2006 (siehe Abbildung 25).

Hier zeigt sich, dass das Einkommen mit steigendem Ausbildungsniveau zunimmt, und zwar liegen die Einkom-

Abbildung 24

ANTEIL ERWERBSTÄTIGER, ERWERBSLOSER UND NICHTERWERBSPERSONEN AN DER BEVÖLKERUNG VON 25 BIS UNTER 65 JAHREN 2006 NACH BERUFLICHEM BILDUNGSABSCHLUSS UND ALTERSGRUPPEN (IN %)



ABSOLUTES UND RELATIVES BRUTTO-MONATSEINKOMMEN* (MEDIAN) VOLLZEITBESCHÄFTIGTER ARBEITNEHMER/INNEN ZWISCHEN 17 UND 65 JAHREN IN OST- UND WESTDEUTSCHLAND IM JAHR 2004 NACH BERUFLICHEM QUALIFIKATIONSNIVEAU (in Euro)

Qualifikationsniveau	Geschlecht	Region	Brutto-Monatseinkommen (Median) im Jahr ... 2004	
			in Euro	in % des Bruttoeinkommens mit Berufsausbildung
Ohne abgeschlossene Berufsausbildung	Insgesamt	West	2.100	82
		Ost	1.400	77
		Deutschland	2.000	82
	Männer	West	2.400	86
		Ost	1.500	76
		Deutschland	2.300	88
	Frauen	West	1.640	75
		Ost	1.280	80
		Deutschland	1.640	78
Mit abgeschlossener Berufsausbildung	Insgesamt	West	2.550	100
		Ost	1.820	100
		Deutschland	2.445	100
	Männer	West	2.800	100
		Ost	1.970	100
		Deutschland	2.600	100
	Frauen	West	2.200	100
		Ost	1.600	100
		Deutschland	2.100	100
Fachhochschulabschluss	Insgesamt	West	3.622	142
		Ost	2.550	140
		Deutschland	3.400	139
	Männer	West	4.000	143
		Ost	3.200	162
		Deutschland	4.000	154
	Frauen	West	2.900	132
		Ost	2.230	139
		Deutschland	2.730	130
Universitätsabschluss	Insgesamt	West	3.722	146
		Ost	3.000	165
		Deutschland	3.700	151
	Männer	West	4.000	143
		Ost	3.200	162
		Deutschland	3.924	151
	Frauen	West	3.453	157
		Ost	2.703	169
		Deutschland	3.225	154

Abbildung 25

* Grundlage bilden die Brutto-Monatsgehälter vollzeiterwerbstätiger Arbeitnehmer/innen im Alter zwischen 17 und 65 Jahren. Unter dem Begriff Berufsausbildung wurden zusammengefasst: Lehre, Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens, Fachschulen, Beamtenausbildung sowie sonstige Ausbildung. Die Gruppe der Personen mit Universitätsabschluss umfasst Absolventinnen/Absolventen von Technischen Hochschulen sowie inländischen oder ausländischen Universitäten. Gewichtet mit Standardhochrechnungsfaktoren. Eigene Berechnung auf Basis des SOEP 1984 (n=5.670), 1994 (n=5.467), 2004 (n=8.173). Quelle: Avenarius 2006 (Auszug).

Abbildung 26

HÖHE DES BRUTTOJAHRESVERDIENSTES IN EURO NACH ART DER TÄTIGKEIT IM JAHR 2008

Arbeitnehmer/in in leitender Stellung	80.981
Herausgehobene Fachkräfte	50.706
Fachangestellte/er	34.923
Angelernte Arbeitnehmer/innen	28.670
Ungelernte Arbeitnehmer/innen	23.378

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009b

men von Absolventen und Absolventinnen der Fachhochschulen und Hochschulen um 39% bzw. 51% über dem Einkommen bei abgeschlossener Berufsausbildung. Ohne abgeschlossene Berufsausbildung liegt es 18% darunter (Avenarius 2006).

Zudem hat das Qualifikationsniveau einen entscheidenden Einfluss auf den Verdienst. So zeigen sich deutliche Unterschiede sowohl zwischen angelernten und ungelerten Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen, wie auch zwischen Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen in leitender und herausgehobener Stellung. Je besser ein Arbeitnehmer/eine Arbeitnehmerin qualifiziert und je größer die Verantwortungsübernahme ist, desto höher sind die Verdienste (vgl. Abbildung 26).

Von diesem Bruttoeinkommen entfallen je nach Einkommenshöhe zwischen 16,7% und 21% auf Steuern, 39,8% (inklusive Arbeitgeberanteil, ohne Unfallversicherung) auf Sozialversicherungsbeiträge¹⁸. Der Rest ist als Nettoeinkommen dem Individualnutzen zuzuordnen¹⁹.

Aus der dargestellten unterschiedlichen schulischen und beruflichen Qualifikation resultieren Einkommensunterschiede, die auch in unterschiedlichen Beiträgen zur Sozialversicherung und Steuerabgaben zum Tragen kommen. Der gesellschaftliche Nutzen der Bildung ergibt sich aus diesen Beiträgen und den Steuerabgaben. Je höher der Bildungsabschluss ist, desto größer ist der Nutzen für die Gesellschaft. Die unterschiedlichen Nutzenbeiträge wer-

Abbildung 27

GESELLSCHAFTLICHER NUTZEN VON BILDUNG, BERECHNUNG BEI UNTERSCHIEDLICHEN QUALIFIKATIONSNIVEAUS

Qualifikation	Euro pro Jahr				
	Einkommen	Sozialversicherungsabgaben (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil)	Steuern	Wertschöpfung für die Gesellschaft	Wertschöpfungsverlust
Fachangestellter	34923	13899	7229	21128	
angelernter Arbeitnehmer	28670	11411	5390	16801	-4328
ungelernter Arbeitnehmer	23378	9304	3834	13138	-7990

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009b, eigene Berechnung

den, wie in Abbildung 27 dargestellt, bei der Berechnung der Szenarien herangezogen.

D. h., dass neben den Kosten, die durch die beschriebenen Maßnahmen und Transferzahlungen bei Arbeitslosigkeit entstehen, zusätzlich auch Kosten durch geringere Wertschöpfungspotentiale berechnet werden müssen, die durch die geringere Qualifizierung und damit einhergehende geringere Steuerabgaben und Sozialversicherungsbeiträge entstehen. Als Bezugswert wurde das Einkommen eines/r Fachangestellten²⁰ herangezogen. Wird aufgrund eines geringeren Qualifikationsniveaus ein niedrigeres Einkommen erzielt, wurden die Steuer- und Beitragsverluste, die der Gesellschaft hierdurch entstehen, berechnet und als sog. »Wertschöpfungsverlust« zusätzlich zu den Kosten ausgewiesen. In Abbildung 27 sind die Daten zur Berechnung der Wertschöpfungsverluste dargestellt.

ANTISOZIALES VERHALTEN

Antisoziales Verhalten wird in der Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV als »Störungen des Sozialverhaltens« bezeichnet. Die Kriterien beziehen sich im DSM-VI Klassifikationssystem auf das Vorhandensein von aggressivem Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, Zerstörung von Eigentum, Betrug oder Diebstahl, schwere Regelverstöße, z. B. häufiges Schule schwänzen vor dem 13. Lebensjahr. Zudem tritt häufig eine Komorbidität mit anderen Störungen auf. Hierzu zählen insbesondere hyperkinetische, psychische und emotionale Störungen (Laucht 2001).

Zur Erklärung der Entstehung und des Verlaufs antisozialen Verhaltens ist v. a. das Modell von Moffitt zu nennen, das zwischen einem auf das Jugendalter beschränkten und einem im Lebenslauf persistenten Verlauf aggressiven Verhaltens mit Beginn in der frühen Kindheit unterscheidet. Während der erste, weniger aggressive und zeitlich begrenzte Typ insbesondere im Zusammenhang der speziellen Entwicklungsanforderungen während der Adoleszenz erklärt wird, kommt es beim zweiten Typ zu einem Zusammentreffen von biologischen und sozialen Risikofaktoren, welche die Entwicklung eines persistenten Verlaufs begünstigen. Zu den biologischen Faktoren zählen u. a. ein schwieriges Temperament des Kindes, Regulationsstörungen und Beeinträchtigungen von Kog-

nitition und Sprache. Werden diese nicht durch das soziale Umfeld aufgefangen, sondern durch soziale Risiken wie inkonsistentes, strenges Erziehungsverhalten der Eltern sowie fehlende Sozialkontakte und Ablehnung durch Gleichaltrige verstärkt, begünstigt dies den beschriebenen persistenten Verlauf (Moffitt 1993). Zwar ist ein Teil der Faktoren auch bei der jugendtypischen Form zu finden, dort treten diese jedoch nicht kumulativ auf. Die Kumulation von Risiken scheint somit für die Entwicklung delinquenten Verhaltens ausschlaggebend zu sein (Lösel, Bender 2005). Zudem betonen Lösel und Bender, dass »Delinquenz [...] nicht als statisch zu sehen [ist], sondern als mehr oder weniger flexibles Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren im Laufe der Entwicklung« (Lösel, Bender 2005: 616).

Als Risikofaktoren werden neben Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung auch hier biologische Faktoren, schulische Faktoren, die Peer-Group und Persönlichkeitsmerkmale des Kindes genannt (Lösel, Bliesener 2003). Protektiven Einfluss üben hingegen »eine sichere Bindung an eine Bezugsperson (in Multi-problem-Familien eventuell Verwandte, Lehrer, Erzieher)«, »Erfolg in der Schule« und »das Gefühl von Sinn und Struktur im eigenen Leben« aus (Lösel, Bliesener 2003: 19).

Zur Delinquenzentwicklung heißt es bei den Autoren: »Gleichwohl gilt, dass ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen mit hohem Risiko später nicht längerfristig straffällig wird. Nach Robins (1978) oder Moffitt et al. (1996) entwickelt etwa die Hälfte der Kinder mit schwerwiegenden Verhaltensstörungen später keine ernsthafte Delinquenz. Auch andere Untersuchungen zeigen, dass ein erheblicher Teil der »Hochrisiko-Kinder« später nicht gravierend auffällig wird oder eine deviante Karriere rasch wieder aufgibt (Lösel, Bender 2005). Das heißt, es besteht sowohl Stabilität als auch Flexibilität in der Entwicklung« (Lösel, Bliesener 2003:18).

Die genannten Untersuchungen wurden als Grundlage zur Berechnung des Faktors »Antisoziales Verhalten« im Szenario Kita 1 einbezogen. Darüber hinaus wurden statistische Daten herangezogen, die über die Art der Delikte sowie die Häufigkeit begangener Straftaten Auskunft geben.

Das »Hellfeld« begangener Straftaten wird jährlich in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) ausgegeben. Da die Statistik jedoch Straftaten lediglich für ein Kalenderjahr ausweist, müssen weitere Analysen herangezogen werden, die in Form von Längsschnittdaten Aufschluss über die im Lebenslauf begangenen Straftaten von Jugendlichen Auskunft geben. Hierzu stehen verschiedene Untersuchungen des Landeskriminalamts Nordrhein-Westfalen, des Bayerischen Landeskriminalamts, des Landeskriminalamts Sachsen und eine Analyse der PKS von Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung, die auf der Grundlage der PKS-Daten und weiterer Individualanalysen den Verlauf delinquenten Verhaltens bei Jugendlichen insbesondere mit dem Fokus im Bereich sogenannter »Intensivtäter« betrachtet haben. Die Analysen weisen darauf hin, dass der größte Anteil der Jugendlichen keine zweite Straftat begeht. Circa 1/5 bis 1/3 der Jugendlichen begeht mehrere Straftaten (zwei bis vier Straftaten). Der Anteil an Intensivtätern (mehr als 5 Straftaten) ist mit 5 bis 15% gering (vgl. Thomas, Stelly 2008; Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2005).

Zu den häufigsten Delikten zählen bei Jugendlichen (14- bis unter 18-jährige) laut der Polizeilichen Kriminalstatistik Körperverletzungen, danach folgen Ladendiebstähle und Sachbeschädigung (BKA 2009).

Auf der Grundlage der dargestellten Untersuchungen und Statistiken wurde bei der Modellierung der Szenarien in einem Fall delinquentes Verhalten angenommen, dass sich in einer Körperverletzung äußert. Es wurde ein nicht persistenter Verlauf delinquenten Verhaltens angenommen. Aufgrund der Jugendhilfemaßnahmen wurde hier von einem episodenhaften Verlauf ausgegangen, bei dem die Straffälligkeit auf das Jugendalter beschränkt ist.

Die strafrechtlichen Maßnahmen wurden mit Bezug auf das Jugendgerichtsgesetz modelliert, das an dem Erziehungsgedanken ausgerichtet ist. Hierzu heißt es bei Lösel und Bender: »Anstelle von weiterer Strafverfolgung wird seit den 1980er Jahren vermehrt auf außerjustizielle Verfahren im Sinne des sog. Diversionsgedanken gesetzt. Diese sind in ihrer Eingriffsintensität unterschiedlich und umfassen nach §10 JGG insbesondere Arbeitsanweisungen (z. B. gemeinnützige Tätigkeit), Betreuungsanweisungen, den Täter-Opfer-Ausgleich und soziale Trainingskurse« (Lösel, Bender 2005: 628). Im Szenario wurden deshalb die Kosten eines sozialen Trainingskurses berechnet.

Anhand der dargestellten Kostendaten werden im Folgenden die Gesamtkosten, die in den unterschiedlichen Szenarien entstehen, berechnet (vgl. Kapitel 13-14).

13

**AUSWERTUNG DES SZENARIOS
»FRÜHE HILFEN«**

Abbildung 28

SZENARIO FRÜHE HILFEN

Alter	Maßnahmen	Kosten in Euro
0 bis 3	Frühe Hilfen (siehe Kapitel 8: Auswertung der Kosten Früher Hilfen)	7.274
	Besuch einer Krippe vom ersten bis zum dritten Lebensjahr ²¹	26.201
3 bis 6	Beratung durch eine Erziehungsberatungsstelle (insg. 15 Std.) Besuch des Kindergartens ²²	630
6 bis 12	Besuch einer Grund- bzw. Realschule, keine besondere Förderung notwendig	0
13 bis 16	Besuch einer Realschule, keine besondere Förderung notwendig	0
17 bis 21	Erwerbstätigkeit als Fachangestellte/r	0 ²³
22 bis 30	Erwerbstätigkeit als Fachangestellte/r	0
31 bis 50	Erwerbstätigkeit als Fachangestellte/r	0
51 bis 67	Erwerbstätigkeit als Fachangestellte/r	0
Summe		Summe: 34.105

Quelle: Eigene Berechnung

14

**AUSWERTUNG DER VIER
LEBENS LAUFSZENARIEN BEI
KINDESWOHLGEFÄHRDUNG**

Abbildung 29

MODERATES SZENARIO KITA ①

Alter	Maßnahmen	Kosten in Euro
0 bis 3	Keine Unterstützung, Hilfen	0
	Logopädische Behandlung, 50 Stunden Sprachtherapie	1.700
3 bis 6	Erziehungsberatung (10 Stunden), 2 Jahre SPFH	40.740
	keine Vernetzung mit weiteren Angeboten	
6 bis 12	SPFH 40 Std. pro Monat für 2 Jahre	40.320
13 bis 16	Sozialer Trainingskurs	1.000
	1 Jahr Berufsvorbereitung (BvB)	6.146
17 bis 21	1 Jahr Ausbildungsförderung	10.050
	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation	34.112
22 bis 30	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation	38.950
31 bis 50	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation + 2 Jahre Arbeitslosigkeit	131.985
51 bis 67	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation + 2 Jahre Arbeitslosigkeit	119.002
		Summe: 424.005

Quelle: Eigene Berechnung

MODERATES SZENARIO KITA 2

Alter	Maßnahmen	Kosten in Euro
0 bis 3	Keine Unterstützung, Hilfen	0
3 bis 6	Kontinuierliche Spielpädagogische Einzelförderung zu Hause mit Elternberatung für 1,5 Jahre	3.160
	SPFH 40 Std. pro Monat für 2 Jahre	40.320
6 bis 12	SPFH 40 Std. pro Monat für 1 Jahr	20.160
13 bis 16	SPFH 40 Std. pro Monat für 1 Jahr	20.160
	1 Jahr Berufsvorbereitung (BvB)	6.146
17 bis 21	1 Jahr Ausbildungsförderung	10.050
	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation	34.112
22 bis 30	Psychotherapeutische Behandlung für 2,5 Jahre	8.114
	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation	38.950
31 bis 50	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit	131.985
	Psychotherapeutische Behandlung für 3 Jahre	9.737
51 bis 67	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit	119.002
		Summe: 441.896

Quelle: Eigene Berechnung

Abbildung 30

Abbildung 31

PESSIMISTISCHES SZENARIO SCHULE ①

Alter	Maßnahmen	Kosten in Euro
0 bis 3	Keine Unterstützung, Hilfen	0
3 bis 6	Keine Unterstützung, Hilfen	0
	Tagesgruppe, SPFH	167.630
6 bis 12	Arztkontakte Adipositas	490
	Stationäre Jugendhilfe ab dem 12. Lebensjahr	60.386
13 bis 16	Stationäre Jugendhilfe mit angeschlossener Berufsförderung	237.211
	Stationäre Jugendhilfe, anschließend betreutes Wohnen bis zum 21. Lebensjahr	207.726
17 bis 21	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation	45.098
22 bis 30	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit	102.690
	Behandlung Diabetes mellitus	658
31 bis 50	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 3 Jahre Arbeitslosigkeit	205.970
	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, ein Jahr Arbeitslosigkeit, Berufsunfähigkeit im Alter von 61 Jahren	187.259
51 bis 67	Behandlung Diabetes mellitus und der Folgeerkrankungen	27.884
		Summe: 1.243.002

Quelle: Eigene Berechnung

PESSIMISTISCHES SZENARIO SCHULE 2

Alter	Maßnahmen	Kosten in Euro
0 bis 3	Keine Unterstützung, Hilfen	0
3 bis 6	Keine Unterstützung, Hilfen	0
	SPFH (10 Std.)	420
6 bis 12	Stationäre psychiatrische Behandlung	7.142
	Stationäre Jugendhilfe für ein halbes Jahr	25.533
13 bis 16	Stationäre psychiatrische Behandlung	7.142
	Stationäre Jugendhilfe ab dem 14. Lebensjahr	153.198
	Stationäre Jugendhilfe, anschließend betreutes Wohnen bis zum 21. Lebensjahr	250.330
17 bis 21	2 Jahre Berufsfachschule, Ausbildungsförderung	17.746
	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation	45.098
	Behandlung Depression	3.085
22 bis 30	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 2 Jahre Arbeitslosigkeit	102.690
	Behandlung Depression	6.170
31 bis 50	Behandlung Depression	15.424
	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, 3 Jahre Arbeitslosigkeit	205.970
51 bis 67	Wertschöpfungsverlust durch geringe berufliche Qualifikation, ein Jahr Arbeitslosigkeit Berufsunfähigkeit im Alter von 54 Jahren	223.298
	Behandlung Depression	12.339
Summe:		1.075.585

Abbildung 32

Quelle: Eigene Berechnung

15

KOSTEN UND NUTZEN FRÜHER HILFEN

Betrachtet man die fallbezogenen Kosten Früher Hilfen, so wird deutlich, dass die Kosten, die im Rahmen der Prävention aufgewendet werden müssen, im Durchschnitt mit 7.274 Euro gering sind und in den meisten Fällen sogar unter 1.000 Euro liegen.

Die Kosten bei vorliegender Kindeswohlgefährdung liegen deutlich höher. Bereits in den Szenarien Kita ① und ②, in denen von einem Hilfebeginn im dritten Lebensjahr ausgegangen wurde, liegen die berechneten Kosten mit einem Wert von 424.004 Euro bzw. 441.895 Euro um das 60-fache über dem Durchschnittswert der Frühen

Hilfen. In den Szenarien Schule ① und ② liegen die Kosten noch deutlich höher – und zwar bei 1,16 Millionen Euro. Hier ergibt sich ein Kostenverhältnis von 1:159.

Werden wie im Beispiel des Szenarios »Frühe Hilfen« weitere Hilfeangebote im Lebenslauf berücksichtigt, entstehen geschätzte Kosten in Höhe von 34.105 Euro. Doch auch dieser Betrag liegt deutlich unter den Folgekosten von Kindeswohlgefährdung. Diese liegen in den Szenarien Kita 13-mal und im pessimistischen Szenario Schule sogar 34-mal höher als die Kosten Früher Hilfen (vgl. Abbildungen 33 und 34)²⁴.

KOSTEN FRÜHER HILFEN UNTER EINBEZIEHUNG WEITERER LEBENSLAUF-BEZOGENER HILFEN (SZENARIO »FRÜHE HILFEN«) UND SPÄTER IM LEBENSLAUF EINSETZENDER HILFEN

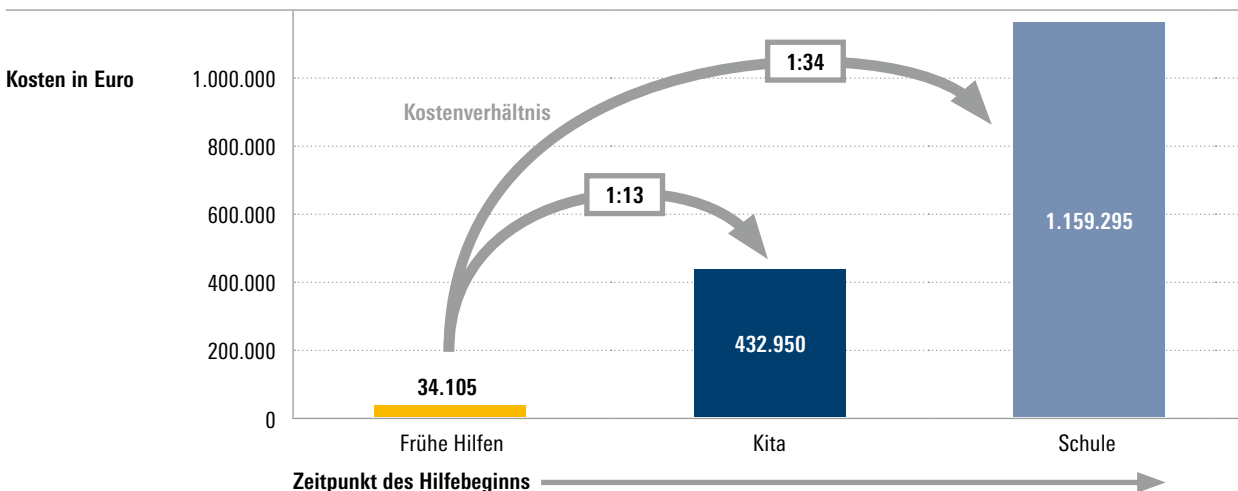
Abbildung 33

	Durchschnittliche Kosten pro Fall	Verhältnis
Szenario Frühe Hilfen	34.105 Euro	
Szenarien Kita ① und ②	432.950 Euro	1:13
Szenarien Schule ① und ②	1.159.295 Euro	1:34

Quelle: Eigene Berechnung

KOSTEN IM LEBENSLAUF NACH DEM ZEITPUNKT DES HILFEBEGINNS

Abbildung 34



Quelle: Eigene Darstellung

Vorhandene Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass durch Investitionen in der frühen Lebensphase Folgekosten im späteren Lebenslauf vermieden werden können. Diese Folgekosten sind, wie die Berechnungen in den moderaten und pessimistischen Szenarien verdeutlichen, gegenüber den Kosten Früher Hilfen immens.

So zeigt sich bei den Szenarien Kita ① und ② ein treppenförmiger Verlauf, der durch mäßige Kosten im Kindesalter und steigende Kosten in den späteren Lebensjahren gekennzeichnet ist. Diese Kosten begründen sich aus Maßnahmen der Jugendhilfe, Nachqualifizierungsmaßnahmen des Übergangssystems, dem niedrigeren Qualifikationsniveau und den daraus resultierenden geringeren Erwerbspotentialen.

In den Szenarien Schule ① und ② fallen zu Beginn keine Kosten an. Durch intensive interventive Maßnahmen der Jugendhilfe steigen die Kosten jedoch im Kindes- und Jugend-

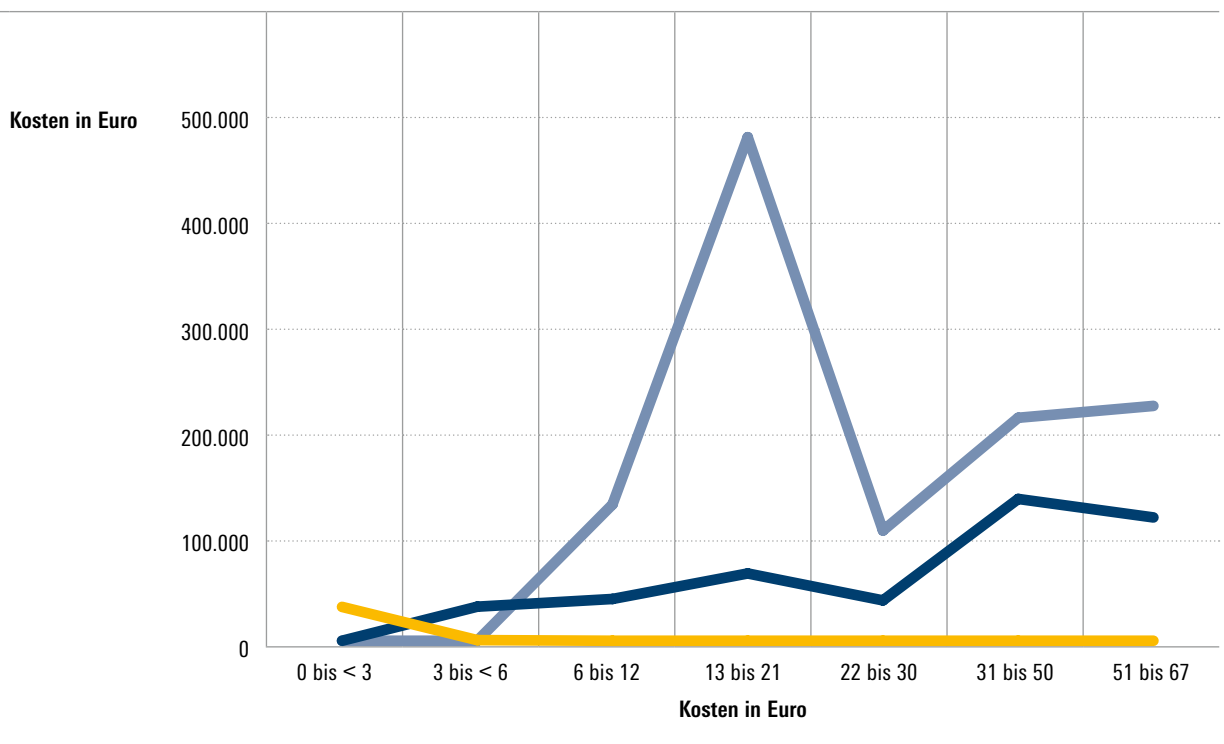
alter deutlich an und haben einen zweiten Schwerpunkt in der späten Lebensphase durch Folgekrankheiten und verringerte Wertschöpfungspotentiale (vgl. Abbildung 35).

In der Zusammenchau der Ergebnisse wird deutlich, dass die Folgekosten von Kindeswohlgefährdung um ein Vielfaches über den Kosten der Prävention liegen und insbesondere in der langfristigen Perspektive hohe Kosteneinsparungen erwartet werden, die durch geringere Ausgaben, z. B. im Gesundheitsbereich und in der Jugendhilfe sowie höhere Einnahmen durch Steuer- und Sozialversicherungsbeiträge begründet sind²⁵.

Abgesehen von dieser langfristigen und übergreifenden Betrachtung zeigt bereits der Vergleich der Kosten, die im Rahmen der Frühen Hilfen in Ludwigshafen aufgebracht werden mussten, mit den Gesamtausgaben der Kinder- und Jugendhilfe der Stadt, wie gering die Kosten der Frühen Hilfen sind: So betragen im Jahr 2009 die Gesamt-

Abbildung 35

KOSTEN FRÜHER HILFEN SOWIE FOLGEKOSTEN BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG IN DER LEBENSVERLAUFSPERSPEKTIVE



Quelle: Eigene Darstellung

■ Frühe Hilfen ■ Kita ① und ② ■ Schule ① und ②

kosten für die SPFH nach §31 **2,4 Millionen Euro**, die Kosten der **Heimerziehung und des betreuten Wohnens 11,5 Millionen** und Hilfen für junge Volljährige **1,4 Millionen Euro**. Die Kosten der Frühen Hilfen betragen hingegen nach den hier vorgenommenen Berechnungen bei einer Geburtenzahl von 1400 Kindern und einem Anteil von 8% »roter« Fälle²⁶ lediglich **625.727 Euro**²⁷.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass trotz der Einschränkungen, die aus der derzeitigen Datenverfügbarkeit resultieren, bereits heute auf der Grundlage der vorhandenen Daten von einem eindeutig positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis Früher Hilfen ausgegangen werden kann: Denn bei berechneten Gesamtkosten in Höhe von etwa 630.000 Euro, die für die Frühen Hilfen **pro Geburtenjahrgang** investiert werden müssen, und berechneten Folgekosten in Höhe von 400.000 bis 1,16 Millionen Euro, die **pro Fall** bei Kindeswohlgefährdung im Lebenslauf eines Kindes entstehen, ist erkennbar, dass durch Frühe Hilfen hohe Einsparpotentiale zu erwarten sind. Frühe Hilfen müssen deshalb als eine sinnvoll angelegte Zukunftsinvestition für die betroffenen Kinder wie für die Gesellschaft insgesamt begriffen werden.

16

DISKUSSION UND AUSBLICK

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, welche Kosten durch Maßnahmen Früher Hilfen am Beispiel der Stadt Ludwigshafen entstehen, und wie hoch demgegenüber die Folgekosten durch Kindesvernachlässigung und Misshandlung liegen. Da die Arbeit begleitend zur Umsetzung des Programms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« im Projekt »Guter Start ins Kinderleben« durchgeführt wurde, bleibt jedoch die Frage, welche Effektivität die Hilfen aufweisen, bisher noch offen.

Durch das gewählte Vorgehen können jedoch bereits zu einem frühen Datum Hinweise zur ökonomischen Bedeutung Früher Hilfen gegeben werden, die für die Entscheidungsträger gerade zu diesem Zeitpunkt besonders notwendig sind.

Bei Schöffski und Greiner heißt es hierzu: »Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Zuge des Gesamtprozesses [...] stattfinden: »ex-ante«, d. h. vor der Einführung, zur Steuerung und Planung, »ex-post«, d. h. nach der Einführung, zur Erfolgskontrolle. Dabei besteht das Dilemma darin, dass die zur Verfügung stehenden Daten gerade zu dem Zeitpunkt besonders knapp und unsicher sind, wenn eine Beurteilung zum Zeitpunkt der Einführung einer Methode besonders dringlich ist. Wird die Neuerung schon in voller Breite praktiziert, stehen dagegen sichere Daten zur Verfügung, aber die Bewertung ist nicht mehr unbedingt notwendig, da die Entscheidungen über die Einführung, den Preis und andere relevante Parameter bereits gefallen sind. Zu kritisieren ist, dass ökonomische Evaluationen daher leicht zu Rechtfertigungsverfahren degenerieren« (Greiner, Schöffski 2008:167).

Auch die vorliegende Arbeit ist in diesem Spannungsfeld entstanden. Die Daten über die Kosten Früher Hilfen konnten in der vorliegenden Studie bereits erfasst und dargestellt werden. Langfristige Untersuchungen stehen jedoch noch aus und können derzeit nur über aktuell vorliegende Wissens- und Forschungsbefunde geschätzt werden.

Es besteht deshalb weiterhin die dringende Notwendigkeit, die Datenlage zu verbessern und ein Dokumentationssystem einzuführen, das die bestehenden Lücken

schließt, damit zukünftig eine Datengrundlage vorhanden ist, die eine belastbare Basis zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes darstellt. Denn nur wenn Verbesserungen und Misserfolge im Kinderschutz sichtbar gemacht werden und die derzeitige »Blindflugsituation« (Kindler 2007) aufgelöst wird, kann ein funktionierendes, effektives und effizientes Kinderschutzsystem aufgebaut werden.

Bereits im »Ulmer Aufruf zum Kinderschutz« heißt es: »Dringend benötigt werden längsschnittlich und interdisziplinär angelegte Studien, die die Entwicklungskonsequenzen früher Kindeswohlgefährdung sowie von Interventionen untersuchen und längerfristig einschätzen, und zwar unter entwicklungspsychologischen, pädagogischen, psychiatrischen oder gesundheitlichen ebenso wie unter gesundheitsökonomischen Aspekten« (Ulmer Aufruf zum Kinderschutz in: Ziegenhain, Fegert 2009).

Zukünftige Arbeiten sollten zudem zwei weitere – bisher nicht betrachtete Bereiche – miteinbeziehen:

Zum einen die Frage nach der Bedeutung von Frühen Hilfen bei den sog. »gelben« Fällen. Denn auch bei geringerer Risikobelastung können Hilfen zum Wohl des Kindes indiziert sein, insbesondere wenn der Begriff »Kindeswohl« weiter gefasst wird. Denn Risiken wie Armut und psychische Erkrankungen in einer Familie gelten nicht nur als Risiko für Kindesvernachlässigung und -misshandlung, sondern stellen insgesamt ein Risiko für die Entwicklungsmöglichkeiten und Bildungschancen eines Kindes dar. Eine Erweiterung der Hilfen auch für diese Familien wird in Ludwigshafen inzwischen ebenfalls angeboten und könnte in weiteren Untersuchungen miteinbezogen werden.

Zweitens fehlt es bisher an Betrachtungen, die an der Lebenslaufperspektive von Kindern orientiert sind, statt an einzelnen Angebotsformen wie den Frühen Hilfen, der Kita und der Schule. Erzielte Erfolge können nur nachhaltig sein, wenn eine Unterstützung nicht auf eine bestimmte Altersstufe begrenzt ist und eine gute Vernetzung auch mit den nachfolgenden Institutionen besteht.

In einer auf Nachhaltigkeit angelegten Perspektive sollten Frühe Hilfen deshalb als Ansatzpunkt eines das Wohl

des Kindes fördernden, ganzheitlichen Präventionsnetzwerkes betrachtet werden. Hier bedarf es einer guten Kooperation zwischen allen Beteiligten mit dem Ziel, ein integriertes Gesamtkonzept der kurzen Wege zu entwickeln (Meier-Gräwe 2009). Denn Frühe Hilfen können dazu beitragen, Risiken zu erkennen, bevor Entwicklungsverzögerungen und Schädigungen eingetreten sind. Sie ermöglichen einen sonst schwer herstellbaren Zugang zu den Familien und helfen Eltern, den oftmals als schwierig, z. T. überfordernd empfundenen Übergang zur Elternschaft zu unterstützen und tragen so dazu bei, den Kinderschutz und das Kindeswohl zu verbessern. Außerdem ergeben sich – ausgehend von Frühen Hilfen – gute Chancen für den Aufbau eines erfolgreichen Präventionsnetzwerkes kommunaler Dienste, der den Kindern und

ihren Familien, aber auch der Gesellschaft zugutekommt und sich zudem langfristig auszahlt.

Um die Finanzierung dieser Hilfen sicherzustellen, die als zentral für die weitere Entwicklung eines Kindes gelten können, bedarf es jedoch einer Umsteuerung der derzeitigen Finanzierungspraxis, die ihren Schwerpunkt in der frühen Kindheit haben muss. Neben den bereits aufgezeigten Forschungsbemühungen sollten deshalb auch Untersuchungen zum Finanzierungsbedarf und möglichen Finanzierungsinstrumenten durchgeführt werden. Das könnte aufbauend auf bereits entwickelten innovativen Finanzierungsmodellen aus dem Bereich der frühkindlichen Bildung und Betreuung (Färber 2008) erfolgen, die für die Frühen Hilfen modifiziert werden müssten.

ENDNOTE

(1) vgl. <http://www.stiftung-pro-kind.de>.

(2) Bei Kindeswohlgefährdung im engeren Sinne kann sozialwissenschaftlich zwischen Kindesvernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch unterschieden werden. Kindeswohlgefährdung im weiteren Sinne beschreibt das Vorliegen von Risikofaktoren, denen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine negative Entwicklung des Kindes zugeschrieben wird (vgl. Kindler, Sann 2007).

(3) In Rheinland-Pfalz wird mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zum Schutz des Kindeswohls und Kindergesundheits im März 2008 der Aufbau und die Arbeit lokaler Netzwerke finanziell unterstützt (vgl. <http://masgff.rlp.de/fileadmin/masgff/familie/LKindSchuG.pdf>).

(4) Der sog. intangible Nutzen, d. h. der monetär nicht bewertbare Nutzen (z. B. Vermeidung von Schmerz) kann nicht abgebildet werden.

(5) 55% »grüne« Fälle, 37% »gelbe« Fälle

(6) D. h. der Anteil an Fällen mit Jugendamtskontakt ist in der untersuchten Stichprobe höher als im Durchschnitt.

(7) Die Kosten-Nutzen-Betrachtung bezieht sich auf den Zeitraum der Frühen Hilfen, d. h. von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr.

(8) Da bei der Berechnung nicht alle beteiligten Stellen miteinbezogen werden konnten, konnten die Kosten für diese Angebote nicht erfasst werden.

(9) Summe der Stunden aller jeweils beteiligten Personen des Jugendamtes und des St. Marienkrankenhauses.

(10) Bezieht sich nur auf die Zeiten, die von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des St. Marienkrankenhauses erbracht wurden. Im Jugendamt werden diese sog.

»Overhead-Aufgaben« als Teil der Arbeit des Sozialen Dienstes nicht explizit erfasst und können nicht detailliert ausgewiesen werden.

- (11) Hebammenvergütung: Die Vergütung der Programmhebammen, die einen Vertrag mit dem St. Marienkrankenhaus schließen, liegt – je nach Qualifikation – zwischen 31 und 42 Euro. Zur Berechnung wurde der Satz für eine »Viva familia« fortgebildete Hebamme zugrunde gelegt. Dieser beträgt 35 Euro.
- (12) Gehalt eines Klinikarztes/einer Klinikärztin: Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern in der Fassung vom 1. Januar 2009 (vgl. http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere_themen/tarifpolitik/vka/Final_TV-Aerzte-VKA.pdf). Entgeltgruppe III/ Stufe 2 (Oberarzt, nach dreijähriger oberärztlicher Tätigkeit) inklusive Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung.
- (13) Durchschnittliche Kosten einer Fachleistungsstunde nach Angabe des Jugendamts Ludwigshafen/Stadt.
- (14) Eine Erweiterung der Angebote für Familien mit geringem Risiko (»gelbe« Fälle) wäre jedoch im Sinne der Gesundheitsförderung der Kinder – auch jenseits von Kindeswohlgefährdung – anzustreben.
- (15) Die für die Gewinnung der Familien notwendigen Zeitbedarfe sind sehr heterogen und liegen zwischen zehn Minuten und ca. drei Stunden.
- (16) Die Kosten pro Fall werden jedoch überschätzt, da in der Stichprobe der Anteil an Fällen mit Jugendamtskontakt höher ist als im Ludwigshafener Durchschnitt. D.h. es sind mehr Fälle (54% gegenüber 40%) in der Stichprobe enthalten, die eine kostenintensivere Begleitung erhalten haben, als Fälle ohne Überleitung zum Jugendamt.
- (17) »Arbeitnehmer/-innen mit schwierigen Fachtätigkeiten, für deren Ausübung i. d. R. eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Teil verbunden mit Berufserfahrung erforderlich ist« (Statistisches Bundesamt 2007c), z. B. medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte/r, Fachangestellte/r für Bürokommunikation.
- (18) bei einem Krankenversicherungsbeitrag von 14,9%, Arbeitslosenversicherungsbeitrag von 2,8%, Pflegeversicherungsbeitrag in Höhe von 2,2% bei kinderlosen Versicherten, Rentenversicherung von 19,9% (Stand 2009).
- (19) Der Individualnutzen wird bei der Nutzenberechnung nicht einbezogen.
- (20) »Arbeitnehmer/-innen mit schwierigen Fachtätigkeiten, für deren Ausübung i. d. R. eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Teil verbunden mit Berufserfahrung erforderlich ist« (Statistisches Bundesamt 2007c), u. a. medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte/r, Fachangestellte/r für Bürokommunikation.
- (21) Platzkosten für einen ganztägigen Krippenplatz bezogen auf das Preisniveau 2008 (Bertelsmann Stiftung 2007: 94)
- (22) Wird aufgrund der allgemeinen Förderung für alle Kinder nicht berechnet.
- (23) Da im Szenario »Frühe Hilfen« keine Folgekosten zu berücksichtigen sind, betragen die Kosten hier 0 Euro. Mit der durchgängigen Tätigkeit als Fachangestellte/r wird jedoch ein Einkommen erzielt, das zu einer positiven Wertschöpfung und einem Nutzen für die Gesellschaft führt (vgl. Abbildung 27: Gesellschaftlicher Nutzen von Bildung, Berechnung bei unterschiedlichen Qualifikationsniveaus).
- (24) Um den Nutzen nicht zu überschätzen, werden bei ökonomischen Analysen über sog. Sensitivitätsanalyse alternative Gesamtergebnisse ermittelt, indem die geschätzten Werte variiert werden (vgl. Greiner, Schöffski 2008). Wird dies beim Szenario Frühe Hilfen umgesetzt und die Kosten in einer konservativen Schätzung um 100% erhöht, verschiebt sich das Kostenverhältnis von 1:13 und 1:34 auf 1:6 beim moderaten und 1:17 beim pessimistischen Szenario. D. h. auch bei konservativer Kostenschätzung über den Lebenslauf hinweg ist das Ergebnis positiv.
- (25) Die hier gewählte Lebensverlaufsperspektive macht deutlich, dass Erfolge und damit verbundene Einsparungen in erster Linie nicht kurzfristig, sondern mittel- und langfristig zu erwarten sind. Die Beurteilung der Effektivität und Effizienz der Programme wird somit zu einem frühen Zeitpunkt geringer ausfallen als zu einem späteren. Bei der Evaluation der jetzt gestarteten, noch sehr jungen Programme sollte deshalb diese langfristige Perspektive mitgedacht werden, weil der Nutzen Früher Hilfen nur über längere Zeiträume realistisch eingeschätzt werden kann.
- (26) von denen 40% an die Jugendhilfe weitergeleitet werden
- (27) Hinzu kommen Kosten, die durch die erweiterte Erhebung der Krankengeschichte, Dokumentation und Ressourcenabschätzung mit dem Ludwigshafener peripartalem Erhebungsbogen (LupE) insgesamt entstehen. Diese Kosten werden im St. Marienkrankenhaus pro Jahr mit 11.750 Euro beziffert. Des Weiteren sind in der Berechnung nicht die Kosten weiterer Stellen (z. B. Schwangerschaftsberatungsstellen) und Overhead-Kosten des öffentlichen Jugendhilfeträgers enthalten.

17**ABBILDUNGSNACHWEIS UND
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

ABBILDUNGSNACHWEIS

Abbildung 01: Rendite durch Investitionen in das Humankapital	16	von 25 bis unter 65 Jahren im Jahr 2006 nach beruflichem Bildungsabschluss und Altersgruppen (in %)	64
Abbildung 02: Durchschnittliche Leistungen für Kinder nach Alter des Kindes (bei mittleren Haushaltseinkommen), 2003	17	Abbildung 25: Absolutes und relatives Brutto-Monatseinkommen* (Median) vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer/innen zwischen 17 und 65 Jahren in Ost- und Westdeutschland im Jahr 2004 nach beruflichem Qualifikationsniveau (in Euro)	65
Abbildung 03: Überblick über entwicklungsabhängige Verhaltensauffälligkeiten, psychische und psychosomatische Symptome als Folge von Kindesmisshandlung	18	Abbildung 26: Höhe des Bruttojahresverdienstes in Euro nach Art der Tätigkeit im Jahr 2008	66
Abbildung 04: Kosten bei psychischen Störungen eines jungen Menschen bis zum 18. Lebensjahr (Modellrechnung)	19	Abbildung 27: Gesellschaftlicher Nutzen von Bildung, Berechnung bei unterschiedlichen Qualifikationsniveaus	66
Abbildung 05: Geschätzte Kosten durch Kindesvernachlässigung und -misshandlung in den USA	20	Abbildung 28: Szenario Frühe Hilfen	70
Abbildung 06: Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung nach Altersjahren (Deutschl.; 2007; Aufsummierung andauernder u. beendeter Hilfen; pro 10.000 der altersentspr. Bevölkerung)	21	Abbildung 29: Moderates Szenario Kita ①	72
Abbildung 07: Hilfen zur Erziehung außerhalb des Elternhauses. Hilfen für junge Menschen am 31.12.2005 nach Dauer der Hilfe	22	Abbildung 30: Moderates Szenario Kita ②	73
Abbildung 08: Hilfen außerhalb des Elternhauses. Hilfen für junge Menschen am 31.12.2005 nach Art der Hilfe und Unterbringungsform	23	Abbildung 31: Pessimistisches Szenario Schule ①	74
Abbildung 09: Vorgehen bei der Ermittlung der Kosten und des Nutzens	37	Abbildung 32: Pessimistisches Szenario Schule ②	75
Abbildung 10: Häufigkeit ausgewählter Risiken in der untersuchten Stichprobe (39 Fälle)	40	Abbildung 33: Kosten Früher Hilfen unter Einbeziehung weiterer lebenslaufbezogener Hilfen (Szenario »Frühe Hilfen«) und später im Lebenslauf einsetzender Hilfen	77
Abbildung 11: Zeiten für die Vernetzung und Kooperation	41	Abbildung 34: Kosten im Lebenslauf nach dem Zeitpunkt des Hilfebeginns	77
Abbildung 12: Durchschnittliche Zeitaufwendungen für die Frühen Hilfen pro Fall im St. Marienkrankenhaus (ohne die Zeitbedarfe für die Vernetzung und Kooperation)	42	Abbildung 35: Kosten Früher Hilfen sowie Folgekosten bei Kindeswohlgefährdung in der Lebensverlaufsperspektive	78
Abbildung 13: Anzahl von Angeboten und Hilfen der Jugendhilfe im Rahmen der Frühen Hilfen	43		
Abbildung 14: Anzahl Fälle nach Fallkosten	44		
Abbildung 15: Evidenz für das Auftreten von Vernachlässigungs- und Misshandlungsfolgen. Ergebnis der vergleichenden Untersuchung von retrospektiven und prospektiven Studien	48		
Abbildung 16: Annahmen in den Lebenslaufsszenarien	51		
Abbildung 17: Szenario Frühe Hilfen	53		
Abbildung 18: Moderates Szenario Kita ①	54		
Abbildung 19: Moderates Szenario Kita ②	55		
Abbildung 20: Pessimistisches Szenario Schule ①	56		
Abbildung 21: Pessimistisches Szenario Schule ②	57		
Abbildung 22: Verteilung der Neuzugänge auf die drei Sektoren des beruflichen Ausbildungssystems 2006 nach schulischer Vorbildung (in %)	63		
Abbildung 23: Teilnehmer und öffentliche Ausgaben in ausgewählten Maßnahmen des Übergangssystems 2005 und 2006	63		
Abbildung 24: Anteil Erwerbstätiger, Erwerbsloser und Nichterwerbspersonen an der Bevölkerung			

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BA	Bundesagentur für Arbeit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DJI	Deutsches Jugendinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
JGG	Jugendgerichtsgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
SGB	Sozialgesetzbuch
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum

18

LITERATUR

A

Australien Institute of Family Studies, National Child Protection Clearinghouse (2009): *The economic costs of child abuse and neglect*. Online verfügbar unter <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/sheets/rs2/rs2.pdf> (09.09.2009)

Avenarius, H. (2006): *Bildung in Deutschland*. Ein indikatorergestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld: Bertelsmann

Baur, D.; Thiersch, H. (Hrsg.) (1998): *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung*. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen; Forschungsprojekt Jule. Stuttgart: Kohlhammer

Beicht, U.; Ulrich, J. G. (2008): *Welche Jugendlichen bleiben ohne Berufsausbildung?* Analyse wichtiger Einflussfaktoren unter besonderer Berücksichtigung der Bildungsbiografie. BIBB Report 6/08. Online verfügbar unter http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a12_bibbreport_2008_06.pdf (03.04.2009)

B

Benecke, A.; Vogel, H. (2005): *Übergewicht und Adipositas*. Geänd. Aufl. Berlin: Robert Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 16).

Bertelsmann Stiftung (2009): *Was unzureichende Bildung kostet*. Eine Berechnung der Folgekosten durch entgangenes Wirtschaftswachstum. Online verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_30242_30243_2.pdf (15.12.2009)

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2008): *Volkswirtschaftliche Potenziale am Übergang von der Schule in die Arbeitswelt*. Online verfügbar unter <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-C0AFC722-EAE7D516/bst/Gesamtbericht%20Langfassung.pdf> (16.03.2009)

Bertelsmann Stiftung (2007): *Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland*. Eine ökonomische Bewertung langfristiger Bildungseffekte bei Krippenkindern. Online verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F0A-A2B8F45B/bst/xcms_bst_dms_23966_25002_2.pdf (11.04.2008)

BKA (Hrsg.) (2009): *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland*. Berichtsjahr 2008. Wiesbaden

BKJ (Bundesjugendkuratorium) (2007): *Schutz vor Kindeswohlgefährdung*. Anmerkungen zur aktuellen Debatte. Online verfügbar unter http://www.bundesjugendkuratorium.de/pdf/2007-2009/bjk_2007_stellungnahme_schutz_vor_kindeswohlgefahrdung.pdf (05.06.2010)

Blomeyer, D.; Coneus, K.; Laucht, M.; Pfeiffer, F. (2009): Initial Risk Matrix, Home Resources, Ability Development and Children's Achievement. In: *Journal of the European Economic Association*, Jg. 7, S. 638–648

BMFSFJ (Hrsg.) (2009): *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. 13. Kinder- und Jugendbericht. 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin

BMFSFJ (2006): *Projekt Guter Start ins Kinderleben*. Pressemitteilung vom 03.11.2006. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/familie,did=86602.html>. (04.05.2009)

BMFSFJ (Hrsg.) (1998): *Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfe in Deutschland*. Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bonn

BMFS (1995): *Familie und Familienpolitik im geeinten Deutschland*. Zukunft des Humanvermögens. Fünfter Familienbericht. Bonn

Brenner, G.; Koch, H.; Kerek-Bodden, H.; Heuer, J. (2000): *Was kostet welche Krankheit*. Morbiditäts- und Kostenbelastung durch chronisch kranke Dauerpatienten in Arztpraxen. In: *Der Allgemeinarzt*, H. 16, S. 1204–1210

Buestrich, M.; Wohlfahrt, N. (2008): *Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): *Wandel der Sozialen Arbeit*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 12–13/2008.

Bundesagentur für Arbeit (2009): *Leistungen für Arbeitsuchende nach dem SGB II*. Berichtsmonat November 2009. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII-Nav.html> (30.03.2010)

Bundesagentur für Arbeit: *Arbeitslosengeld*. Online verfügbar unter http://www.arbeitsagentur.de/nn_25650/Navigation/zentral/Buerger/Arbeitslos/Alg/Alg-Nav.html (29.12.2009)

C

Caldwell, R. A. (1992): *The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigans experience*. Michigan Childrens trust fund, Lansing, MI. Online verfügbar unter <http://www.msu.edu/user/bob/cost.html> (12.03.2008)

Colorado Department of Public Health and Environment: *Child abuse and neglect*. Section 2: Prevention of Child Abuse and Neglect. Online verfügbar unter <http://www.cdphe.state.co.us/ps/cctf/canmanual/PreventionCAN.pdf> (12.06.2008)

Cunha, F.; Heckman, J. (2007): *The technology of skill formation*. In: *American Economic Review*, H. 2, S. 31–47.

D

Duckworth, A. L.; Seligman, M. E. P. (2005): *Self-Discipline outdoes IQ in Predicting Academic Performance*. *Psychological Science*, H. 16, S. 939–944

E

Eckenrode J.; Laird M.; Doris J. (1993): *School Performance and Disciplinary Problems among Abused and Neglected Children*. In: *Developmental Psychology*, Jg. 29, S. 53–62

Engel, H.; Engels, D.; Pfeiffer, F. (2008): *Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder*. Abschlussbericht. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. Köln

Esser, G. (2002): *Ablehnung und Vernachlässigung von Säuglingen*. In: Zenz, W. M.; Bächer, K.; Blum-Maurice, R. (Hrsg.): *Die vergessenen Kinder*. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: Papy Rossa. S. 103–111

Evers, A.; Heinze, R. G. (Hrsg.) (2008): *Sozialpolitik*. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden

F

Färber, G. (2008): *Die Finanzierung frühkindlicher Bildung und Betreuung – staatlich versus privat?* In: Apolte, T.; Funcke, A. (Hrsg.): *Frühkindliche Bildung und Betreuung*. Reformen aus ökonomischer, pädagogischer und psychologischer Perspektive. Baden-Baden: Nomos. S.195–214

Fegert, J. M. (2008): *Kinderschutz aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht*. In: *Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, H. 4, S. 136–139

Felitti, Vincent J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V. (1998): *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults*. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. In: *American Journal of Preventive Medicine*, Jg. 14, H. 4, S. 245–258

- Fergusson, D. M.; Lynskey, M. T. (1997): *Physical Punishment*. Maltreatment during Childhood and Adjustment in Young Adulthood. In: Child Abuse and Neglect, Jg. 21, S. 617–630
- Finis Sieglar, B. (1997): *Ökonomik sozialer Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Filsinger, B.; Bechtold, I.; Gehrman, J. (2008): *Die geburtshilfliche Anamnese als Schlüssel für frühe individuelle Hilfe*. Das Präventionsprojekt am Ludwigshafener St. Marien- und St. Annastift. In: Frauenarzt, Jg. 49, H. 6, S. 528–530
- Flaherty, E. G.; Thompson, R.; Litrownik, A. J.; Theodore, A.; English, D. J.; Black, M. M.; Wike, T.; Whimper, L.; Runyan, D. K.; Dubowitz, H. (2006): *Effect of early childhood adversity on health*. In: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Jg. 160, S. 1232–1238
- Friemel, S.; Bernert S.; Angermeyer M. C.; König H.-H. (2005): *Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland*. Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Projekt. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 32, S. 113–121
- bekämpfen. Online verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_de.pdf (21.11.2009)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Krankheitskosten in Mio. Euro für Deutschland*. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_94/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_120/D.946/14493 (20.11.2009)
- Gilbert, R.; Widom, C.; Browne, K.; Fergusson, D.; Webb, E.; Janson, S. (2009): *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. In: The Lancet, Jg. 373, S. 68–81
- Gloger-Tippelt, G. (2007): *Präventive Programme zur Stärkung elterlicher Beziehungskompetenzen*. Beitrag der Bindungsforschung. In Ziegenhain, U.; Fegert, J. M. (Hrsg.): *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München/Basel: Reinhardt, S. 128–141
- Greiner, W.; Schöffski, O. (2008): *Grundprinzipien einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung*. In: Schöffski, O. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. 3., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer, S. 167–191

G

- Gabler Wirtschaftslexikon. Online verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/nutzen.html> (08.10.2009)
- Geier, B.; Riedel, B. (2008): *Ungleichheiten der Inanspruchnahme öffentlicher frühpädagogischer Angebote*. Einflussfaktoren und Restriktionen elterlicher Betreuungsentscheidungen. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. Sonderheft 11/08, S. 11–28
- Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission (2004): *Maßnahmen gegen Depressionen*. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen

H

- Hadeler, T. (Hrsg.) (2000): V – Z. 15., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl., ungekürzte Wiedergabe der Orig.-Ausg. 2000. Wiesbaden: Gabler (Gabler Wirtschafts-Lexikon / Schriftl.).
- Heckman, J. J.; Masterov, D. (2007): *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. In: Review of Agricultural Economics, Jg. 29, S. 446–493
- Holodinsky, M. (2007): *Bildungsbedeutung von Eltern, Familien und anderen Bezugspersonen für Kinder*. Expertise im Auftrag der Enquetekommission »Chancen für Kinder«. Rahmenbedingungen und Steuerungsmöglichkeiten für ein optimales Betreuungs- und Bildungsangebot in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag NRW.

I

Institut für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (2010): *Rheinlandbericht 2009*. Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten im Rheinland. Online verfügbar unter http://www.bgf-institut.de/uploads/media/Rheinlandbericht_2009_01.pdf (11.07.2010)

J

Jacobi, G. (2005): *Physische Schädigungen durch Vernachlässigung und Misshandlung in früher Kindheit*. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes: Traumatische Erfahrungen in der Kindheit – langfristige Folgen und Chancen der Verarbeitung in der Pflegefamilie. Tagungsdokumentation der 15. Jahrestagung der Stiftung zum Wohl des Pflegekindes am 14. Juni 2004 in Münster. Idstein: Schulz-Kirchner.

K

Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2010): *Regionale Euro-Gebührenordnung – Stand: 01.01.2010*. Online verfügbar unter: <http://www.kvhb.de/pdf/abrechnung/regionale-gebuehrenordnung.pdf> (24.03.2010)

Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2009): *Vertragspreise über die Abgabe stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen*. Online verfügbar unter <http://www.kvhb.de/pdf/gp/pk-preisliste-sprachtherapie.pdf> (24.03.2010)

Karoly, L. A.; Greenwood, P.; Everingham, S. S.; Hoube, J.; Kilburn, M. R.; Rydell, C. P.; Sanders, M.; Cheisa, J. (1998): Investing in our children. What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood intervention. Santa Monica: Rand

Kindler, H. (2009): *Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen?* In: Meysen, T.; Schönecker, L.; Kindler, H. (Hrsg.): *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa, S. 173–227

Kindler H. (2007): *Kinderschutz in Deutschland stärken*. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis. Eine Expertise im Auftrag des Informationszentrums Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung. München: DJI-Arbeitspapier

Kindler, H.; Sann, A. (2007): *Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung*. In: *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, H. 2, S. 42–45

Kindler, H. (2006): *Frühe Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Ein internationaler Forschungsüberblick*. In: *Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV*, H. 1. S. 23–47

Klieme, E. (2008): *Bildung in Deutschland 2008*. Ein Indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I. Bielefeld: Bertelsmann

Köster, I.; Ferber, L. von; Hauner H. (2005): *Die Kosten des Diabetes mellitus*. Ergebnisse der KoDiM-Studie. Online verfügbar unter http://www.pmv-forschungsgruppe.de/pdf/02_forschung/c_ergebnis_kodim.pdf (29.01.2009)

Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf (Hrsg.) (2010): *Junge Menschen in Not? Psychische Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern*. Materialien zur Jugendhilfe und Sozialplanung des Landkreises Marburg-Biedenkopf. Marburg

L

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (Juni 2005): *Junge Mehrfachtatverdächtige in NRW*. Eine Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik 1994–2003. Kriminalistisch-Kriminologische Forschungsstelle. (Forschungsberichte Nr. 1/2005)

- Lanfranchi, A. (2010): *Familienergänzende Betreuung*. In: Stamm, M.; Edelmann, D.: Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. Was kann die Schweiz lernen? Zürich: Rüegg Verlag, S. 93–117
- Laucht, M. (2001): *Antisoziales Verhalten im Jugendalter: Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen*. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg. 29, H. 4, S. 297–311
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H. (2000): *Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Jg. 29, H. 4, S. 284–292
- Lengerke, T. von; Reitmeir, P.; John, J. (2006): *Direkte medizinische Kosten der (starken) Adipositas*. Ein Bottom-up Vergleich über- vs. normalgewichtiger Erwachsener in der KORA Studienregion. In: Gesundheitswesen, Jg. 68, S. 110–115.
- Liebl, A.; Neiß, A.; Spannheimer, A.; Reitberger, U.; Wagner, T.; Görtz, A. (2001): *Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland*. Ergebnisse der CODE-2 Studie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 126, S. 585–589
- Lösel, F.; Bender, D. (2005): *Jugenddelinquenz*. In: Schlottke, Peter F.; Graumann, Carl F.; Birbaumer, Niels. (Hrsg.): Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie, S. 605–653. (Enzyklopädie der Psychologie Themenbereich D, Bd. 5).
- Lösel, F.; Bliesener, T. (2003): *Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen*. Untersuchungen von kognitiven und sozialen Bedingungen. Neuwied: Luchterhand.
- M**
- MacMillan, H. L.; Fleming, J. E.; Streiner, D. L.; Lin, E.; Boyle, M. H.; Jamieson, E.; Duku, E. K.; Walsh, C. A.; Wong, M. Y.-Y.; Beardslee, W. R. (2001): *Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample*. In: American Journal of Psychiatry, Jg. 158, S.1878–1883
- Meier-Gräwe, U. (2009): *Armutsprävention im Sozialraum – ein Schlüssel zur Verringerung von Bildungsarmut*. In: Sozialer Fortschritt, H. 2-3, S.29–36
- Meier-Gräwe, U. (2007): *Gedeihen trotz widriger Umstände!? Förderung von Resilienz bei armen Kindern und Jugendlichen*. In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Interdisziplinäre Fachzeitschrift, H. 1, S. 70–89
- Meysen, T.; Schönecker, L. (2009): *Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben*. Der rechtliche Rahmen. In: Meysen, T.; Schönecker, L.; Kindler, H. (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim: Juventa, S. 25–158
- Moffitt, T. (1993): *Adolescence-Limited and Lifecourse-Persistent Antisocial Behavior*. A Developmental Taxonomy. In: Psychological Review. Jg. 100, H. 4, S. 674–701
- Moggi, F. (2005): *Folgen von Kindesmisshandlung*. Ein Überblick. In: Deegener, G.; Körner, W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 94–103
- Münder, J.; Mutke, B.; Schone, R. (2000): *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz*. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum
- N**
- NZFH (2009): *Begriffsbestimmung »Frühe Hilfen«*. Online verfügbar unter <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung> (01.09.2009)

NZFH (Hrsg.) (2008): *Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern*. Köln. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/pdf.php?id=0315aac876afcc3fb3ccc50239710f15> (02.10.2009)

O

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2009): *Doing better for children*. Paris: OECD.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development); Centre for Educational Research and Innovation (2008): *Bildung auf einen Blick 2008*. Bielefeld: Bertelsmann.

Ostler, T.; Ziegenhain, U.: *Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung*. Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich. In: Ziegenhain, U., Fegert, J. M. (Hrsg.): *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München/Basel: Reinhardt, S. 67–83

P

Pfeiffer, F.; Reuß, K. (2008): *Ungleichheit und die differentiellen Erträge frühkindlicher Bildungsinvestitionen im Lebenszyklus*. ZWE Discussion Paper No. 08–001.

Pothmann, J.; Fendrich, S. (2009): *Hilfen zur Erziehung – zur Struktur der Maßnahmen*. In: Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe. Jg. 12, H. 1

Pothmann, J.; Schilling, M. (2006): *Auch darüber muss gesprochen werden – mehr Hilfen kosten mehr Geld*. In: Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe. Jg. 9, Sonderausgabe.

Pothmann, J. (2006): *Wie viele Kinder müssen vor ihren Eltern geschützt werden?* In Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe. Jg. 9, Sonderausgabe

Prevent Child Abuse America (2007): *Total Estimated Cost of Child Abuse and Neglect in the United States*. Chicago, Illinois. Online verfügbar unter http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/cost_analysis.pdf?docID=144 (23.07.2008)

R

Rauschenbach, T.; Pothmann, J. (2008) : *Im Lichte von »KICK«, im Schatten von »Kevin«*. In: Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik: Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe. Jg. 11, H. 3

Rieck, A. (2008): *Erkennen – Bewerten – Handeln Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Inst.

Roos, K. (2005): *Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen*. Frankfurt am Main: Lang

Rothgang, H.; Preuss, M. (2008): *Ökonomisierung der Sozialpolitik? Neue Begründungsmuster sozialstaatlicher Tätigkeit in der Gesundheits- und Familienpolitik*. In: Evers, A.; Heinze, R. G. (Hrsg.): *Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. S. 31–48

S

Salize, H. J.; Stamm, K.; Schubert, M.; Bergmann, F.; Härter, M.; Berger, M.; Gaebel, W.; Schneider, F. (2004): *Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Behandlung in Deutschland*. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 31, S. 147–156

Sander, B.; Bergmann, R. (2003): *Economic burden of obesity and its complications in Germany*. In: *The European Journal of Health Economics*, H.4, S. 248–253

Schilling, M. (2002): *Die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik*. Dissertation. Dortmund

Schmidt, M.; Schneider, K. (2002): *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 219)

Schneider, R. (1996): *Relevanz und Kosten der Adipositas in Deutschland*. In: Ernährungs-Umschau. Jg. 43. S. 369–374

Schöffski, O. (Hrsg.) (2008): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer.

Silverman, A. B.; Reinherz, H. Z.; Giaconia R. M. (1996): *The Long-Term Sequelae of Child and Adolescent Abuse*. A Longitudinal Community Study. In: Child Abuse and Neglect, Jg. 20, S. 709–723.

Statistisches Bundesamt (2009a): *Statistik der Kinder- und Jugendhilfe*. Ausgaben und Einnahmen 2007. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009b): *Verdienste und Arbeitskosten 2008*. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2007a): *Statistik der Kinder- und Jugendhilfe*. Hilfen, zur Erziehung außerhalb des Elternhauses. Hilfen am 31.12.2005. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2007b): *Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern*. Online verfügbar unter www.gbe.de (16.10.2009)

Statistisches Bundesamt (2007c): *Vierteljährliche Verdiensterhebung*. Fachliche Spezifikation zur Liefervereinbarung für die Datenlieferungen im XML-Format DatML/RAW. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2003): *Kostennachweis der Krankenhäuser 2001*. Fachserie 12. Reihe 6.3. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): *Gesundheitsberichterstattung für Deutschland*. Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de> (11.11.2009)

T

Thomas, J; Stelly, W. (2008): *Kriminologische Verlaufsforschung zu Jugendkriminalität*. Entwicklungen und Befunde. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, H. 2, S. 199–206

U

Ulmer Aufruf zum Kinderschutz in: Ziegenhain, U.; Fegert, J. M. (Hrsg.) (2007): *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München/Basel: Reinhardt. S. 207–211

U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families (2009): *Child Maltreatment 2007*. Online verfügbar unter <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm07/cm07.pdf> (08.09.2009)

W

Wößmann, L. (2008): *Die Bildungsfinanzierung in Deutschland im Licht der Lebenszyklusperspektive*. Gerechtigkeit im Widerstreit mit Effizienz? In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, H. 2, S. 214–233

Z

Ziegenhain, U. (2007): *Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen*. Chancen für präventive Hilfen im Kinderschutz. In: Ziegenhain, U.; Fegert, J. M. (Hrsg.): *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München/Basel: Reinhardt, S. 119–127

Ziegenhain, U. (2003): *Die Bedeutung der frühen Bindung für das Aufwachsen der Kinder*. In: Kongressmaterialien «Riskante Kindheiten – Herausforderungen für die Jugendhilfe» 22. bis 24. September 2003, Dortmund

IMPRESSUM

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

ISBN-Nummer: 978-3-942816-02-1

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Telefon: 0221 8992 0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Autorinnen:

Uta Meier-Gräwe
Inga Wagenknecht

Redaktion:

Ilona Renner, unter Mitarbeit von Kristin Caumanns

Konzept und Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

Druck:

Warlich, Meckenheim

Auflage:

1.3.05.11

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird vom NZFH kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin
oder den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestelladressen:

Fax: 0221 8992 257
E-Mail: order@bzga.de
Post: BZgA, 51101 Köln
Die aktuelle Publikationsliste und Informationen zu
weiteren Materialien finden Sie unter: www.fruehehilfen.de

Bestellnummer: 16000122

