



Studie: Evaluation des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes (SächsKiSchG) vom 11. Juni 2010



Inhalt

1 Hintergrund der Studie	4
1.1 Evaluationsfragen und Studiendesign	4
1.2 Aufbau des Berichts	6
2 Zur Einordnung des SächsKiSchG	7
2.1 Regelungsbereiche	7
2.2 Einbettung in das Sächsische Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz	7
2.3 Rahmensetzung durch das Bundeskinderschutzgesetz	8
2.4 Strukturen und Prozesse für den Kinderschutz in ausgewählten Bundesländern	9
2.4.1 Nordrhein-Westfalen	9
2.4.2 Hessen	10
2.4.3 Rheinland-Pfalz	11
2.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit	11
3 Kindergesundheit und Kindeswohlgefährdung in Sachsen	13
3.1 Regionale Versorgungsinfrastruktur	13
3.2 Aktuelle Situation der Kindergesundheit	14
3.2.1 Gesundheitszustand im Zeitverlauf	14
3.2.2 Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsdienstleistungen im Zeitverlauf	15
3.3 Kindeswohlgefährdung	17
3.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit	19
4 Das Einladungs- und Erinnerungsverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen in Sachsen	20
4.1 Organisation des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens	20
4.1.1 Kosten	22
4.1.2 Datenschutz	22
4.2 Entwicklung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen	24
4.2.1 Gesamtquoten	27
4.2.2 Meldungen der KVS an die Gesundheitsämter	28
4.2.3 Falsch positive Einladungen, Erinnerungen und Weiterleitungen an die Gesundheitsämter	29
4.2.4 Aktivitäten der Gesundheitsämter	31
4.2.5 Regionale Unterschiede	33
4.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit	36
5 Einschätzungen zum Einladungs- und Erinnerungsverfahren	37
5.1 Eltern	37
5.2 Ärzte	42
5.3 Gesundheitsämter	44
5.4 Netzwerkkoordinatoren	45
5.5 Jugendämter	46
5.6 Exkurs: Aktivitäten nach § 26 Abs. 3 SGB V	46
5.7 Zusammenfassung und Zwischenfazit	47
6 Die Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen in Sachsen	48
6.1 Überblick über die lokalen Netzwerke	48
6.2 Effektivität der Netzwerke	50
6.3 Beispielhafte Darstellung der Akteursstrukturen in vier ausgewählten Netzwerken	52
6.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit	57

7	Synopse der Befunde	58
7.1	Zentrale Aufwandsdimensionen	58
7.2	Zentrale Nutzendimensionen	58
7.3	Einschätzungen von Optionen zur Weiterentwicklung des SächsKiSchG	59
8	Handlungsempfehlungen	61
9	Datengrundlagen und Methodik für die Berechnung der Untersuchungsquoten	63
10	Endnoten	66
11	Abbildungen	69
12	Tabellen	70

1 Hintergrund der Studie

Fälle von massiver Kindesmisshandlung mit Todesfolge, wie sie z. B. 2006 in Bremen und kurz darauf in Sachsen öffentlich wurden, haben bei aller Unterschiedlichkeit der Hintergründe die Gemeinsamkeit, dass bereits an verschiedenen Stellen im Sozial- und Gesundheitssystem die familiären Gefährdungssituationen und Risiken bekannt waren, es aber an einem systematischen, abgestimmten Verfahren mangelte, die Informationen abzugleichen und zu prüfen.^{1/2} In der Folge wurde eine bundesweite Debatte über die Versäumnisse des

Kinder- und Jugendschutzes geführt. Parallel wurde mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes zum 01.01.2012 die Verantwortungsgemeinschaft zum frühzeitigen Erkennen von Gefährdungen und Risiken für Kinder und Jugendliche gestärkt.

In Sachsen wurde im Jahr 2010 das Sächsische Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG) verabschiedet. Das Gesetz beschreibt die Bildung lokaler Netzwerke und die Früherkennungsuntersuchungen als zent-

rale Instrumente, um Gefährdungssituationen frühzeitig erkennen und einer Eskalation vorbeugen zu können.³ Neben dem frühzeitigen Erkennen von Kindeswohlgefährdungen bietet eine erhöhte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen auch die Möglichkeit, die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung der Kinder bereits in frühen Lebensjahren weiter zu stärken und frühzeitig Entwicklungsstörungen entgegen zu wirken.

1.1 Evaluationsfragen und Studiendesign

Nach einer ersten Zwischenevaluation im Jahr 2011⁴ hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) die Prognos AG mit der Evaluation der Umsetzung des SächsKiSchG beauftragt. Erwartet werden quantitative und qualitative Aussagen zu den Auswirkungen sowie Empfehlungen zum Weiterentwicklungsbedarf der im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen. Konkrete Fragestellungen betreffen:

- I die Entwicklung der **Teilnahmequoten** an den Früherkennungsuntersuchungen seit Inkrafttreten der Einführung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens,
- I die Anzahl und Nachverfolgung erfasster **Verdachtsfälle**,
- I die Optimierung **datentechnischer Abläufe** unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Belange,
- I die Einschätzung konkreter **Weiterentwicklungsoptionen** wie der Ausweitung des Verfahrens auf die U9 bzw. die Einführung einer Teilnahmeverpflichtung an den Früherkennungsuntersuchungen und die Einbeziehung von Maßnahmen nach § 26 Abs. 3 SGB V,
- I die Entwicklung der **lokalen Netzwerke** gem. § 1 SächsKiSchG, insbesondere unter dem Aspekt der Einbindung von Institutionen aus dem Gesundheitsbereich.

In der Evaluation soll weiterhin auf die Verknüpfung der in Sachsen ergriffenen Maßnahmen mit Maßnahmen zur Umsetzung des **Bundeskinderschutzgesetzes** sowie auf mittlerweile erfolgte Evaluierungen entsprecher **Gesetze anderer Länder** Bezug genommen werden.

Bei der Operationalisierung der Evaluationsfragen sollen sowohl quantitative als auch qualitative Informationen zum Tragen kommen.

Primäre Aufwandsdimensionen sind beispielsweise

- I Öffentliche Kosten
- I Zusätzlicher Aufwand bei Gesundheitsämtern und Ärzten
- I Zusätzlicher Aufwand im SMS.

Sekundäre Aufwandsdimensionen sind beispielsweise

- I Kosten der Ärzte (Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses)
- I Kosten der Eltern (Zeitaufwand durch Kontaktaufnahme mit Ärzten, GÄ etc.)
- I Netzwerkaktivitäten

Der **Nutzen** des SächsKiSchG besteht vor allem in der **Beseitigung der Risiken für das Wohl von Kindern** (§ 1 Abs. 1 SächsKiSchG). Dieses Hauptziel wird durch mehrere im Gesetz benannte sowie daraus abgeleitete Modalziele konkretisiert. Die folgende Übersicht führt diese Modalziele auf und ordnet ihnen Beobachtungsbereiche zu, anhand derer die Zielerreichung beobachtet, ggf. auch gemessen werden kann. Sie stellt eine zentrale Grundlage für die durchgeführten Arbeiten dar.

Tabelle 1-1: Modalziele und deren Beobachtungsmöglichkeiten

Modalziele	Beobachtungsbereiche
1. Die Förderung von Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern zur Vermeidung von Überforderung und Fehlverhalten und zur Bewältigung besonderer Belastungen von Eltern und Kindern	
2. Der Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Miss-handlung	- Aufgedeckte bzw. vermiedene Fälle der Kindeswohlgefährdung
3. Die Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen	- Steigerung der Teilnahmequoten an den U4, U5, U6, U7, U7a, U8 vor und nach Einführung des Meldeverfahrens - Rückgang der Zahl verspäteter / ausgebliebener Untersuchungen - Rückgang der Mehrfachverweigerung
4. Senkung von Gesundheitsdefiziten bei Kindern	- Steigerung der Impfquoten bezogen auf die Empfehlungen der STIKO - Steigerung frühzeitig festgestellter Entwicklungsstörungen
5. Intensivierung der Arzt-Patient-Beziehung	- Regelmäßigerer Kontakt zu Familien - Einstellung der Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen
6. Entlastung der Eltern	- Akzeptanz des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens - Erinnerungsfunktion - Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchung
7. Intensivierung der Netzwerktätigkeit	- Erhöhung der Effizienz bei der Zielgruppenerreichung von Hilfsangeboten für Familien
8. Verbesserung der Abstimmung mit anderen Schutz- und Fördermaßnahmen	- Synergieeffekte mit anderen Maßnahmen zur Förderung der Kindergesundheit und zum Kinderschutz (bspw. Maßnahmen der Frühen Hilfen)

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen wurden sechs aufeinander aufbauende Untersuchungsschritte umgesetzt:

1. Dokumenten- und Datenanalyse zum Einladungs- und Erinnerungsverfahren

- Darlegung von Strukturen und Prozessen des Einladungswesens
- Differenzierte Berechnung von Teilnahmequoten sowie Verdachtsfällen

2. Literatur- und Datenanalyse zur Kindergesundheit und zum Kinderschutz

- Aufbereitung aktueller Daten zur Kindergesundheit
- Herstellung von Bezügen zu anderen Maßnahmen des Kinderschutzes in Sachsen

- Aufzeigen von Gestaltungsoptionen eines Einladungsverfahrens im Ländervergleich

3. Fachgespräche und Befragungen

- Durchführung und Auswertung von Fachgesprächen mit Jugend- und Gesundheitsämtern, Ärzten, Elternvertretern, Netzwerkmanagern zur Wirkung des SächsKiSchG
- Durchführung und Auswertung einer onlinegestützten Befragung der genannten Gruppen

- Klärung (datenschutz-)rechtlicher Fragen

4. Netzwerkanalyse

- Durchführung und Auswertung von Fachgesprächen sowie einer onlinegestützten Befragung von Netzwerkmanagern

- Identifizierung der Schlüsselakteure in den Netzwerken

- Bewertung des Entwicklungsstandes der Netzwerke

5. Aufwand-Nutzen-Einschätzungen

- Gegenüberstellung und Bewertung von Aufwands- und Nutzenaspekten des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

6. Empfehlungen

- Zusammenführung der Ergebnisse
- Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Netzwerktätigkeit und des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

1.2 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse der dargestellten Arbeitsschritte:

- Die wesentlichen Regelungen des SächsKiSchG werden nachfolgend in Kapitel 2 beschrieben und in den Kontext des Sächsischen Handlungskonzepts für präventiven Kinderschutz und das Bundeskinderschutzgesetz gesetzt. Weitere Gestaltungsoptionen werden mit der Darstellung von Strukturen und Prozessen für den Kinderschutz in ausgewählten anderen Bundesländern aufgezeigt.
- In Kapitel 3 werden aktuelle Daten zur Kindergesundheit in Sachsen aufbereitet.
- Kapitel 4 zeigt die im Rahmen des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens erreichten Untersuchungsquoten.
- Kapitel 5 erläutert auf Grundlage der Befragungen die Einschätzungen von Eltern, Ärzten, Jugend- und Gesundheitsämtern sowie Netzwerkmanagern zu den Früherkennungsuntersuchungen und zum Einladungs- und Erinnerungsverfahren.
- Kapitel 6 befasst sich mit der durchgeführten Netzwerkanalyse.
- Kapitel 7 führt die Ergebnisse im Rahmen einer Aufwand-Nutzen-Betrachtung zusammen.
- Abschließend werden aus den Befunden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2 Zur Einordnung des SächsKiSchG

2.1 Regelungsbereiche

Die wesentlichen Zielsetzungen des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes vom 11. Juni 2010 sind die Gesundheitsförderung und die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung. Zu den zentralen Maßnahmen gehören

- das **Einladungs- und Erinnerungsverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U8** sowie
- die **Bildung Lokaler Netzwerke**.

Das **Einladungs- und Erinnerungsverfahren (EEV) zu den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U8** durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) dient dazu, die Teilnahme an den Untersuchungen zu erhöhen und damit die gesundheitliche Vorsorge und das gesunde Aufwachsen von Kindern zu fördern sowie vor Kindeswohlgefährdung zu schützen (§ 1 Abs. 4 SächsKiSchG). Es richtet sich an alle Kinder mit Hauptwohnsitz im Freistaat Sachsen bis zu einem Alter von vier Jahren.

Den Ärzten, die Früherkennungsuntersuchungen durchführen, obliegt eine Meldepflicht: Sie

sind verpflichtet, der KVS innerhalb von sieben Kalendertagen nach Durchführung der Untersuchung kindbezogene Daten zu übermitteln (§ 2 Abs. 2 SächsKiSchG). Liegt der KVS nach Ablauf des für die jeweilige Untersuchungsstufe maßgebenden Untersuchungszeitraumes keine Mitteilung über die Teilnahme des Kindes an der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung vor, versendet die KVS ein Erinnerungsschreiben. Ist auch zwei Wochen nach Versand der Erinnerung nicht bekannt, ob eine Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung erfolgt ist, wird das zuständige Gesundheitsamt informiert (§ 2 Abs. 4 SächsKiSchG). Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, den gesetzlichen Vertretern des Kindes gesundheitliche Aufklärung und Beratung anzubieten, für die Durchführung der Untersuchung geeignete Ärzte zu benennen oder die U-Untersuchung mit Einverständnis der Eltern selbst durchzuführen (§ 2 Abs. 5 SächsKiSchG). Werden die Hilfsangebote nicht wahrgenommen und sind dem Gesundheitsamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt, wird das Jugendamt informiert. Die Überprüfung einer möglichen Kindeswohlgefährdung obliegt somit dem Jugendamt.

Ein weiteres zentrales Element des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes ist die **Bildung lokaler Netzwerke**, die von den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe koordiniert werden. Zielsetzungen der Netzwerke sind – neben der Beseitigung von Risiken für das Wohl der Kinder – die Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern zur Vermeidung von Überforderung und Fehlverhalten und zur Bewältigung besonderer Belastungen von Eltern und Kindern (§ 1 Abs. 1 und 2 SächsKiSchG). In den Netzwerken sollen über die Kinder- und Jugendhilfe hinaus alle Einrichtungen und Dienste, die im Rahmen ihrer Aufgaben Risiken für das Kindeswohl feststellen und zu wirksamer Hilfe beitragen können, aktiv eingebunden werden; hierzu zählen insbesondere die Bereiche der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsförderung. Das Landesjugendamt unterstützt die lokalen Netzwerke durch Fachberatung und Fortbildung (§ 1 Abs. 3 SächsKiSchG).

2.2 Einbettung in das Sächsische Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz

Das SächsKiSchG ist Teil des Sächsischen Handlungskonzeptes für präventiven Kinderschutz, das vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz im Jahr 2008 erstellt und 2010 fortgeschrieben wurde. Die Maßnahmen des Handlungskonzeptes sind auf ein möglichst frühzeitiges, präventives Handeln aller Akteure ausgerichtet.

Die Zielsetzungen sind insbesondere

- Eltern in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung gegenüber ihren Kindern zu unterstützen und durch weitere präventive Maßnahmen Kindeswohlgefährdungen vorzubeugen,
- Verantwortliche, deren Aufgabengebiet und Tätigkeitsbereich die Kinder- und Jugendhilfe betrifft, zu stärken,

- Fachkräfte, deren Arbeitsalltag auf Kinder ausgerichtet ist, über ihren Arbeitsbereich hinaus in Kinder- und Jugendschutzaufgaben einzubeziehen und

- die Bevölkerung für das Wohl der in ihrem Umfeld lebenden Kinder zu sensibilisieren.⁵

Das Handlungskonzept ist als Gesamtstrategie zu sehen, mit der durch ein vernetztes professionsübergreifendes Kinderschutznetzwerk und motivationsfördernde Anregungen ein präventiver Kinderschutz ermöglicht werden soll. Das Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz trägt hierzu zum einen durch die **Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen** bei. Zu den Maßnahmen zählen:

- das **Einladungs- und Erinnerungsverfahren** für die Früherkennungsuntersuchungen U4

bis U8, mit dem der KVS die Aufgabe übertragen wird, die Kinder über ihre Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U8 einzuladen und die Teilnahme durch einen Datenabgleich mit den Meldungen der untersuchenden Ärzte zu überprüfen,

- der Aufbau eines zentralen Abgleichsystems bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Überprüfung der Teilnahme an den Untersuchungen,

- die Beratung durch das Gesundheitsamt bei Fernbleiben von den Untersuchungen trotz weiterer Erinnerungen,

- die Mitteilungen von Verdachtsfällen möglicher Kindeswohlgefährdung des Gesundheitsamtes an das Jugendamt sowie

■ eine Datenübermittlungsbefugnis für grundsätzlich schweigeverpflichtete Berufsgruppen wie Ärzte, Hebammen, Entbindungspfleger oder Personen, die mit der Ausbildung, Erziehung oder Betreuung von Kindern und Jugendlichen betraut sind.

Zum anderen trägt das Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz durch die landesgesetzliche Verankerung des Auf- und Ausbaus regionaler Netzwerke zur **Stärkung der Hilfestrukturen auf kommunaler Ebene** bei.

Neben der Umsetzung des SächsKiSchG gehören **weitere Maßnahmen zum Sächsischen Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz**. Dies sind beispielsweise:

■ die **Entwicklung und der Ausbau Früher Hilfen** (z.B. die Förderung der aufsuchenden präventiven Arbeit der Jugendämter im Sinne eines frühzeitigen Informations- und Be-

ratungsangebots für Familien nach der Geburt eines Kindes,

■ die **Unterstützung und Qualifizierung der Arbeit der Netzwerkpartner** (z.B. das Einrichten eines Fortbildungsportals für Mediziner und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, wo diese Informationen und Materialien für das Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bzw. Häusliche Gewalt erhalten⁶),

■ **Hilfen für besondere Zielgruppen** (z.B. Hilfen für Kinder, die Zeugen von Gewalt in der Familie wurden oder Hilfe für Männer mit pädophilen Neigungen) sowie

■ die **Förderung der Öffentlichkeitsarbeit** durch die Übermittlung von Informations- und Motivationsangeboten für Eltern (z.B. Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen oder Erstellung von Informationsmaterial

zu regionalen Ansprechpartnern und Hilfsangeboten), die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung (z.B. durch die Kampagne „Stoppt Gewalt gegen Kinder“) oder Informationen für die Fachöffentlichkeit.⁷

Die Entwicklung und der Ausbau Früher Hilfen bilden einen besonderen Handlungsschwerpunkt im Bereich des präventiven Kinderschutzes und wurden 2012 durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz im **Rahmenkonzept „Frühe Hilfen im Freistaat Sachsen“** gebündelt. Es dient als konzeptionelle Grundlage Früher Hilfen vor Ort und der Umsetzung der Förderprogramme des Landes und des Bundes. Das Rahmenkonzept „Frühe Hilfen im Freistaat Sachsen“ ist damit zugleich das länderspezifische Gesamtkonzept zur Umsetzung der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen (kurz: Bundesinitiative), einem Kernbereich des Bundeskinderschutzgesetzes.“⁸

2.3 Rahmensetzung durch das Bundeskinderschutzgesetz

Am 1. Januar 2012 ist das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG)⁹ in Kraft getreten. Der Kern dieses Gesetzes ist das durch Artikel 1 neu geschaffene „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG). Das KKG regelt, wie Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung informiert werden, und schafft Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz. Zudem regelt das KKG die Beratung und die Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger (z.B. Ärzte und Lehrer) bei Gefährdungen des Kindeswohls.

Das BKISchG dient als rechtliche Grundlage dafür, leicht zugängliche Hilfeangebote für Familien vor und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes flächendeckend und auf einem hohen Niveau einzuführen beziehungsweise zu verstetigen sowie wichtige Akteure im Kinderschutz – wie Jugendämter, Schulen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen und Polizei – zu diesem Zweck in einem Kooperationsnetzwerk zusammen zu führen.

Das System der Frühen Hilfen gehört entsprechend zu den Kernbereichen des Bundeskinderschutzgesetzes. Unter Frühen Hilfen werden die lokalen und regionalen Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für El-

tern und Kinder verstanden. Zielsetzung ist, die 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 Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Die Angebote richten sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung (universelle/primäre Prävention) und darüber hinaus insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen basieren auf multiprofessioneller Kooperation und werden in enger Vernetzung und Kooperation aller wichtigen Akteure im Kinderschutz umgesetzt.¹⁰

Die Frühen Hilfen sollen mit dem Bundesgesetz verstetigt werden: Sie werden mit dem Gesetz erstmals gesetzlich geregelt¹¹. Aufbauend auf den in den Ländern und Kommunen bereits vorhandenen Strukturen soll damit ein bundesweit vergleichbares Angebot für Familien im Bereich Frühe Hilfen geschaffen werden. Hierzu sollen in den Ländern flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt werden, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturellen Fragen

der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen (BKISchG § 3 Abs. 1).

Weitere Regelungsbereiche des Bundeskinderschutzgesetzes sind:

■ mehr Handlungs- und Rechtssicherheit für die Akteure im Kinderschutz,

■ der Ausschluss einschlägig Vorbestrafter von Tätigkeiten in der Kinder- und Jugendhilfe,

■ die Stärkung der Handlungsrechte von Kindern und Jugendlichen sowie

■ verbindliche Standards in der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Länder führen die Bundesgesetze als eigene Angelegenheiten aus (Art. 83 GG). Sie bestimmen daher die Einrichtung von Behörden und das Verwaltungsverfahren selbst (Art. 84 Abs. 1 Satz 1 GG)¹². Vor diesem Hintergrund haben sich auf Länderebene unterschiedliche Regelungen für die Zusammenarbeit im Kinderschutz entwickelt (vgl. Kap. 2.4).

2.4 Strukturen und Prozesse für den Kinderschutz in ausgewählten Bundesländern

Die Bundesländer haben die Möglichkeit, eigene Landesgesetze zum Kinderschutz zu erlassen und diese so den Gegebenheiten im ihrem Bundesland anzupassen. Im Folgenden werden ausgewählte landesgesetzlichen Regelungen im Hinblick auf die Früherkennungsuntersuchungen überblicksartig betrachtet. So können Nutzeneffekte durch die Ausweitung/Begrenzung der U-Untersuchungsstufen gewonnen werden und die Qualitätsmerkmale bezüglich des Ist- bzw. Soll-Zustands geschärft werden.

Die kinderärztlichen Untersuchungen werden als zentrales Instrument zur Verbesserung des Kinderschutzes diskutiert. Die Früherkennungsuntersuchungen sind gesetzlich etabliert (§ 26 Abs. 3 SGB V¹³) und dienen der frühen Identifizierung von Krankheiten oder Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung. Auf der Basis eines gegenseitigen Vertrauensverhältnisses sollen sich zudem Optionen zur Diagnostik der Mutter/Eltern-Kind-Interaktion, des sozialen Hintergrunds oder familiären Notlagen ergeben und damit insbesondere Möglichkeiten zur Identifizierung von Risikogruppen für eine Gefährdung des Kindeswohls.¹⁴

Vor diesem Hintergrund haben die Bundesländer mehrheitlich die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen gesetzlicher Grundlagen etabliert und eine Meldepflicht eingeführt. Im Rahmen des Systems der Frühen Hilfen sind die Früherkennungsuntersuchungen hier ein verbindliches Element.

Im Folgenden werden vergleichend aus den drei Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz Erfahrungen mit dem Meldeverfahren der Früherkennungsuntersuchungen dargestellt. Wie in Sachsen gibt es in den ausgewählten Bundesländern eine Meldepflicht der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Unterschiede bestehen jedoch beispielsweise hinsichtlich der Teilnahmeverpflichtung oder der zuständigen Institution zur Überprüfung der Fälle bei Nichtteilnahme an den Untersuchungen. Wichtiges Kriterium für die Auswahl war zudem, dass in den ausgewählten Bundesländern Evaluationen oder Untersuchungen der Umsetzungsprozesse zur Verfügung stehen.

Nachfolgend werden die jeweiligen Regelungsmodelle in den ausgewählten Bundesländern sowie die Unterschiede zum sächsischen EEV

beschrieben. Zudem wird dargestellt, wie die Maßnahmen eingeschätzt werden

- mit Blick auf die Teilnahmesteigerung und
- in Bezug auf die Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung.

Geprüft wurde zudem, ob es in den Ländern Rahmenvereinbarungen gemäß § 26 III SGB V gibt, es also zu einem Zusammenwirken der Länder und Krankenkassen kommt.¹⁵ In den hier betrachteten Bundesländern liegen jedoch keine Rahmenvereinbarungen mit den Krankenkassen vor.¹⁶ Gleichwohl gibt es Krankenkassen, die Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen einsetzen, bspw. durch eigene Einladungsschreiben oder Bonussysteme. Darauf verweist bspw. die Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit in Nordrhein-Westfalen (vgl. Kapitel 2.4.1).¹⁷

Schließlich werden die Analysen im Hinblick auf ihre Relevanz für die Weiterentwicklung des SächsKiSchG zusammengefasst.

2.4.1 Nordrhein-Westfalen

Meldeverfahren

Die positive Meldepflicht der Kinderärzte über die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 ist ein Baustein des insgesamt 15 Punkte umfassenden „Handlungskonzepts für einen besseren und wirksameren Kinderschutz“ der Landesregierung Nordrhein-Westfalens, das im Jahr 2007 verabschiedet wurde. Das Meldeverfahren ist in der Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO – UTeilnahmeDatVO) vom 10. September 2008 verankert. Zielsetzung ist die Erhöhung der Teilnahmequoten an den freiwilligen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen sowie die Verbesserung des Kinderschutzes in Nordrhein-Westfalen.

Das Meldeverfahren verpflichtet die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen, der beim Landeszentrum Gesundheit (LZG) eingerichteten „Zentralen Stelle Gesunde Kindheit“ inner-

halb von fünf Werktagen mitzuteilen, welche Kinder an den Untersuchungen U5 bis U9 teilgenommen haben. Sofern keine Teilnahmemeldung vorliegt, erinnert die Zentrale Stelle die Personensorgeberechtigten des Kindes spätestens zehn Tage nach Ende des für die Untersuchung festgelegten Toleranzzeitraums daran, die Früherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen oder, falls eine Untersuchung doch bereits stattgefunden hat, den entsprechenden Nachweis zu erbringen (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO – UTeilnahmeDatVO § 2 und 3).

Bei erfolgloser Erinnerung (d.h. kein Untersuchungsnachweis innerhalb von drei Wochen nach Erinnerungsschreiben) informiert die Zentrale Stelle den für den Wohnsitz des Kindes zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe entscheidet in eigener Zuständigkeit, ob gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls vorliegen und Grund besteht sich einzuschalten (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO – UTeilnahmeDatVO § 4).

Vergleich mit dem Einladungs- und Erinnerungsverfahren in Sachsen

Nordrhein-Westfalen hat – anders als Sachsen – kein Landesgesetz erlassen, sondern eine Verordnung mit dem ausschließlichen Regelungsinhalt einer Implementation eines Einladungs- und Kontrollverfahrens zu Früherkennungsuntersuchungen. Im Unterschied zum sächsischen Verfahren werden in Nordrhein-Westfalen zudem nicht die Gesundheitsämter als beratende Instanz eingebunden, sondern (bei erfolgloser Erinnerung) das Jugendamt direkt durch die Zentrale Stelle informiert. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die Zielgruppe, die in NRW Kinder der Altersgruppe von 6 Monaten (U5) bis zum 60. Monat (U9) umfasst, während das EEV in Sachsen die Untersuchungen U4 bis U8 vom 3. bis zum 48. Monat der Kinder umfasst.

Ergebnisse der Evaluation

Die Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit¹⁸ bezieht sich auf den Zeitraum vom vierten Quartal im Jahr 2009 bis zum Ende des ersten Quartals im Jahr 2011. In diesem Zeitraum zeichnet sich bei allen Untersuchungsstufen eine Steigerung der Teilnahmequoten ab. Die Teilnahmequote liegt bei allen Untersuchungen über 90 %, besonders deutlich wird dies bei den späteren Untersuchungsstufen U7a und U9. Während die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen bei früheren Untersuchungen stetig abnahmen, zeigt sich nunmehr eine tendenzielle Annäherung der Quoten im Zeitverlauf.¹⁹ Jedoch weisen die Autoren der Evaluation auch darauf hin, dass die Steigerung auch mit anderen intervenierenden Faktoren zusammenhängen könnte (bspw. mit dem bundesweiten Programm der BZgA

„Ich geh zur U“ von 2004 bis 2010). Der Anstieg der Teilnahmequote könnte zudem auch durch eine verbesserte Datenqualität zustande gekommen sein. So wird davon ausgegangen, dass sich durch die Optimierung der Verfahrensabläufe und der Datenqualität der Meldeämter ein positiver Effekt auf die Teilnahmequote ergibt.

In Bezug auf die Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung gehen die Autoren der Evaluation davon aus, dass einige (wenige) Fälle durch die Intervention aufgedeckt wurden. Von den gesamt 26.371 Kindern, bei denen im Untersuchungszeitraum von Februar bis Oktober 2010 eine Nichtteilnahme an der Früherkennungsuntersuchung registriert wurde, wurden – ausschließlich über die Meldung des LZG – in vier Fällen Indizien für eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 8a SGB

VIII gefunden. Hochgerechnet auf alle Jugendämter und einen 12-Monats-Zeitraum wird in NRW von einer durchschnittlichen Aufdeckung von rd. 11 Kindeswohlgefährdungsfällen ausgegangen.

Rolle der Krankenkassen

Im Rahmen der Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit wird darauf verwiesen, dass – zusätzlich zum Einladungsverfahren – einige Krankenkassen ebenfalls Maßnahmen wie Einladungsschreiben oder Bonussysteme entwickelt haben. Angemerkt wird, dass hier eine stärkere Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren sinnvoll wäre, um sowohl Kosten durch mehrfach versandte Informationsunterlagen zu sparen als auch einer Verwirrung der Bürger entgegen zu wirken.²⁰

2.4.2 Hessen

Meldeverfahren

Am 14. Dezember 2007 wurde von der Hessischen Landesregierung das Hessische Kindergesundheitsschutz-Gesetz (KiGesSchG HE) erlassen. Danach ist seit dem 1. Januar 2008 für alle in Hessen gemeldeten Kinder die Teilnahme an den U-Untersuchungen U1 bis U9 verbindlich vorgeschrieben.²¹ Für die Überprüfung, ob die Untersuchungen U4 bis U9 durchgeführt worden sind, ist der Bereich Kindervorsorgeuntersuchungen des Hessischen Kindervorsorgezentrums (HKVZ) zuständig. Einen Monat vor Beginn des Untersuchungszeitraumes werden die Eltern zu den anstehenden U-Untersuchungen ihres Kindes eingeladen. Wird deren Einladung nicht Folge geleistet und kein Nachweis über den Besuch der U-Untersuchung durch den Arzt erbracht, wird das zuständige Jugendamt informiert.²² Im Rahmen des Kindergesundheitsschutz-Gesetzes ist zudem die Teilnahme an empfohlenen Schutzimpfungen verankert: Es besteht eine Teilnahmepflicht, wenn das Kind eine Gemeinschaftseinrichtung besucht.²³

Vergleich mit dem Einladungs- und Erinnerungsverfahren in Sachsen

Gleichwohl das Gesetz vor dem Hintergrund von Versäumnissen im Kinderschutz erlassen wurde, ist die Identifikation von Kinderwohlgefährdung im Gesetz nicht explizit vermerkt: Das Gesetz befasst sich ausschließlich mit den Früherkennungsuntersuchungen und formuliert als Zielsetzung zuvorderst die Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge.

Ein wesentlicher Unterschied zum Einladungs- und Erinnerungsverfahren in Sachsen ist die Teilnahmeverpflichtung. Im Unterschied zum sächsischen Verfahren werden in Hessen außerdem nicht die Gesundheitsämter als beratende Instanz eingebunden, sondern es wird – vergleichbar mit Nordrhein-Westfalen – das Jugendamt direkt durch das Hessische Kindervorsorgezentrum informiert, wenn keine Teilnahme stattfindet. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die Zielgruppe, die in Hessen mit den Untersuchungen U1 bis U9 weiter gefasst ist als in Sachsen.

Ergebnisse der Evaluation

Die Akzeptanz und die Auswirkungen der verpflichtenden U-Untersuchungen wurden vom Hessischen Kindervorsorgezentrum anhand von Daten der Jahre 2008 bis 2011 untersucht. Danach zeigt sich für 2011 eine Teilnahmequote an den U-Untersuchungen in einer Spanne von 96,7 % (U8) bis 98,9 % (U5).²⁴ Die Teilnahmequote konnte somit durch die Umsetzung des KiGesSchG HE von zuvor 80 % bis 85 % auf durchschnittlich 98 % gesteigert werden. Zudem werden eine gestiegene Akzeptanz und das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Teilnahme an den U-Untersuchungen daran festgemacht, dass die Untersuchungen U7a, U8 und U9 zu einem höheren Anteil innerhalb des regulären Untersuchungszeitraumes durchgeführt wurden (2009: 59,6 %, 2011: 64,4 %). Durch die erhöhte Teilnahme werden ein vermehrter Arztkontakt und damit die Möglichkeit einer intensiveren Arzt-Patienten-Bindung und Be-

ratungsmöglichkeiten bezüglich Impfungen oder Hilfsangeboten konstatiert.

Ob mit dem Gesetz auch ein verbesserter Kinderschutz erreicht werden konnte, wurde nicht untersucht: Es liegen keine Aussagen zur Ermittlung von Fällen von Kindeswohlgefährdung vor. Der Bericht liefert auch keine Hinweise auf (ggf. weiterhin) fehlerhafte Meldedatenübermittlung und mangelhafte Meldepraxis der hessischen Kinderärzte, die als Hauptfehlerquellen des Verfahrens angesehen werden.²⁵

2.4.3 Rheinland-Pfalz

Meldeverfahren

In Rheinland-Pfalz regelt das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit vom 7. März 2008 (LKindSchG) die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9.²⁶ Zu den Vorsorgeuntersuchungen U4 bis U9 (sowie J1) ihrer Kinder werden alle Eltern in Rheinland-Pfalz durch das Zentrum für Kindervorsorge am Universitätsklinikum Homburg im Auftrag der Zentralen Stelle Landeskinderschutz eingeladen. Dem Anschreiben an die Eltern ist ein Rückmeldeformular beigelegt, das bei der Untersuchung beim Kinder- oder Hausarzt abgegeben werden muss, und mit dem der Arzt die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung an die Zentrale Stelle rückmeldet. Die Rückmeldung muss innerhalb von drei Arbeitstagen erfolgen. Wird die Untersuchung trotz Erinnerung nicht wahrgenommen, werden die Gesundheitsämter unterrichtet, die die Eltern zur Wahrnehmung der Untersuchung motivieren sollen.²⁷ Bleibt diese Intervention erfolglos, wird das Jugendamt informiert mit dem Auftrag zu prüfen, ob ein Hilfebedarf für die Familie besteht.

Mit der gesetzlich verankerten Zielsetzung einer Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen soll zuvorderst die Kindergesundheit gefördert werden. Daneben formuliert das Landesgesetz das Ziel des Kin-

deschutzes durch die Gewährleistung niedrigschwelliger Angebote, die Sicherstellung erforderlicher Hilfen und den Aufbau lokaler Netzwerke.²⁸

Vergleich mit dem Einladungs- und Erinnerungsverfahren in Sachsen

Im Vergleich zu Sachsen ist in Rheinland-Pfalz die gesetzlich verankerte Meldepflicht der U-Untersuchungen U4 bis U9 etwas weiter gefasst.²⁹ Vergleichbar ist das Erinnerungsverfahren mit einer Einbindung der Gesundheitsämter geregelt, die die Aufgabe haben, die Eltern zur Teilnahme an den Untersuchungen zu motivieren. Die Gesundheitsämter sind ebenso wie in Sachsen nicht für die Überprüfung der Kindeswohlgefährdung zuständig, sondern die Jugendämter.

Ergebnisse der Evaluation

Nach den Ergebnissen der Evaluation des rheinlandpfälzischen Landeskinderschutzgesetzes für das Berichtsjahr 2011 konnte nach dem Versand von Erinnerungs- und Einladungsschreiben für die U4 bis U9 eine Inanspruchnahmequote von 95,2 % erreicht werden. Durch die nachgehende Intervention der Gesundheitsämter wurde die Teilnahme für alle eingeladenen Untersuchungen weiter auf 99,2 % erhöht.³⁰ Zum Vergleich: Zuvor lagen die Teilnahmera-

ten für die Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr bei 95% und gingen bis zur U 9 im fünften Lebensjahr sukzessive bis auf 80% zurück.³¹ Feststellen ließ sich auch, dass die Zahl der Meldungen an die Gesundheitsämter gegenüber 2009 gesunken ist, was auf die verbesserte Inanspruchnahme der Kinderuntersuchungen und ein reibungsloseres Funktionieren des Meldeverfahrens zurückgeführt wird.

Hinsichtlich der Bedeutung des verbindlichen Einladungswesens für die Vorbeugung von Kindeswohlgefährdung wird dargestellt, dass in knapp 3 % der dem Jugendamt gemeldeten Fälle im Zuge der nachfolgenden Intervention eine Gefährdung erkannt wurde (44 Fälle in 2011). Dabei handelte es sich insbesondere um Risikofamilien, die bereits im Kontakt mit dem Jugendamt standen. Daher wird die Wirkung des Gesetzes auf den Schutz des Kindeswohls in der Evaluation kontrovers diskutiert: Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Kinder- und Jugendhilfe bereits über gute Zugänge zu Familien mit Kleinkindern und Säuglingen insbesondere in Problemlagen verfügen. Unterstrichen wird jedoch die Notwendigkeit der personellen und fachlich qualifizierten Ausstattung der Jugendämter.³²

2.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Einordnung des SächsKiSchG in das Handlungskonzept

Das Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz setzt als Gesamtstrategie den übergeordneten Rahmen für ein aktivierendes Kinderschutzsystem in Sachsen. Das SächsKiSchG trägt dazu bei, indem es die **rechtlichen Rahmenbedingungen** für das EEV und die Arbeit der lokalen Netzwerke definiert. Damit schafft es die konkrete landesrechtliche Grundlage für die Umsetzung dieses Teils des Handlungskonzeptes und trägt zur **Stärkung der Hilfestrukturen auf kommunaler Ebene** bei.

Synergieeffekte mit dem Bundeskinderschutzgesetz

Anknüpfungspunkte zum SächsKiSchG hat das Bundesgesetz vor allem hinsichtlich der Bildung lokaler Netzwerke. Mit dem § 3 des KKG

„Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz“ werden im Bundesgesetz die Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen in den Ländern geregelt. Die Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes harmonisieren mit dem SächsKiSchG: Hier wird verbindlich festgelegt, dass die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Bildung der lokalen Netzwerke organisieren. Eine zentrale Stellung in diesen Netzwerken wird zudem dem Gesundheitswesen zugeteilt (§ 1 Abs. 1 und 2 SächsKiSchG). Auf das Einladungs- und Erinnerungswesen bezüglich der Kindervorsorgeuntersuchungen U4 bis U8 geht das Bundesgesetz nicht explizit ein.

Ländervergleich

In den drei zum Vergleich herangezogenen Ländern wurden unterschiedliche Landeskinderschutzgesetze verabschiedet, wobei je-

weils die Erhöhung der Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen zentraler Bestandteil dieser Gesetze ist. Der Vergleich der landesrechtlichen Regelungen zeigt, dass die einzelnen Bundesländer unterschiedliche Verfahrenswege für die Meldung und Datenweitergabe durch das Gesundheitssystem an die Jugendämter gewählt haben. Dies ist möglich, da den Ländern die Befugnis zusteht, bereichsspezifisch datenschutzrechtliche Regelungen für die Gesundheitshilfe zu treffen. So sind in den Bundesländern Sachsen und Rheinland-Pfalz die Gesundheitsämter ein relevantes Bindeglied im Einladungs- und Erinnerungsverfahren. Unterschiede zwischen den Ländern bestehen zudem in dem Spektrum der U-Untersuchungen, denen das Meldeverfahren gilt, und das bspw. in Hessen am größten ist (vgl. Tabelle 2-1).

Tabelle 2-1: Vergleich der landesgesetzlichen Regelungen der Früherkennungsuntersuchungen in Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz

Bundesländer	Einladungsverfahren Früherkennungsuntersuchungen	Meldepflicht	Teilnahmepflicht	Überprüfung der Fälle bei Nichtteilnahme	Überprüfung Kindeswohlgefährdung
Sachsen	U4 bis U8	ja	nein	Gesundheitsamt	Jugendamt
Nordrhein-Westfalen	U5 bis U9	ja	nein	Jugendamt	Jugendamt
Hessen	U1 bis U9	ja	ja	Jugendamt	Jugendamt
Rheinland-Pfalz	U4 bis U9 (sowie J1)	ja	nein	Gesundheitsamt	Jugendamt

Quelle: Jeweilige landesgesetzliche Regelungen; eigene Darstellung Prognos AG.

Unabhängig von den unterschiedlichen landesgesetzlichen Regelungen, die die Einladungs- und Erinnerungsverfahren festlegen, zeigt sich, dass diese (ausgehend von einem bereits hohen Niveau von rund 80 %) zu einer Erhöhung der Teilnahmequote an den U-Untersuchungen auf über 90 % geführt hat. So wird in Rheinland-Pfalz eine vergleichbare Teilnahmequote von rund 99 % wie in Hessen erreicht, dem Bundesland mit Teilnahmepflicht an den U-Untersuchungen.

Das Einladungsverfahren ist insofern positiv zu bewerten, als dass es eine Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, bspw. aus Gründen des Vergessens oder der verspäteten Terminfindung, reduziert. Positiv wird zudem hervorgehoben, dass es durch die erhöhte Teilnahme zu vermehrten Arztkontakten mit der Möglichkeit einer intensiveren Arzt-Patienten-Bindung, vermehrten Beratungsmöglichkeiten, bspw. bezüglich Impfungen, den Umgang mit Belastungssituationen oder von Informationen über vorhandene Hilfsangebote, kommt. Damit wird die Zielsetzung der Verbesserung des Gesundheitsschutzes von Kindern gut erreicht.

In Bezug auf die Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung wird den Einladungs- und Erinnerungsverfahren ein eher geringer Effekt beigemessen. Vielmehr wird der Aufbau der Verwaltungsstrukturen und der Einladungs- und Erinnerungsverfahren mit der Zielsetzung des Schutzes vor Kindeswohlgefährdung angesichts der geringen Zahl der Aufdeckung von Gefährdungslagen von Kindern in Frage gestellt. Im Hinblick auf die Verbesserung des Kinderschutzes richtet sich der Fokus vielmehr auf den weiteren Ausbau der lokalen Netzwerke „Frühe Hilfen“. Hierzu gehören bspw. auch der Ausbau der präventiven Elternarbeit oder die Förderung von Familienzentren.

Aus dem Ländervergleich ergeben sich folgende Ansatzpunkte für die künftige Ausgestaltung des SächsKiSchG:

- Bei der Betrachtung der Teilnahmen an den U-Untersuchungen ist Hessen mit einer Teilnahmequote von rund 99 % ein Spitzenreiter. Hier konnten die Untersuchungen zudem zu einem hohen Anteil innerhalb des regulären Untersuchungszeitraumes durchgeführt werden.³³ Dies dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass in Hessen der Zeitpunkt der Einladung an den U-Untersuchungen – der Versand der Einladung erfolgt jeweils im Monat vor Beginn des Untersuchungszeitraumes – deutlich näher am Untersuchungszeitraum liegt als in Sachsen. Mit der Verkürzung der Einladungsfristen sind in Sachsen somit positive Effekte auf die Teilnahme an den Untersuchungen (insbesondere die Teilnahme innerhalb des regulären Untersuchungszeitraumes) zu erwarten.
- In allen drei im Vergleich betrachteten Bundesländern bezieht das Einladungsverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen auch die Untersuchung U9 mit ein, die zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat des Kindes stattfinden soll. Vor dem Hintergrund, dass die Untersuchungsquoten der Kinder mit dem Alter der Kinder sinken (vgl. bspw. auch Kap. 4.2), trägt das EEV daher gerade bei den späteren Untersuchungszeiträumen zu einer messbar höheren Teilnahmequote bei. Im Hinblick auf das primäre Ziel der Gesundheitsförderung erscheint eine Ausweitung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens auf die U9 daher sinnvoll. Dabei sollte konkret darauf hingewiesen werden, dass die Schulaufnahmeuntersuchung (die je nach Zeitpunkt des Schuleintritts des Kindes etwa in den gleichen Zeitraum der U-Untersuchung fällt) nicht die U9 ersetzt.

- Die Bundesländer Hessen und Nordrhein-Westfalen haben ein Gesetz bzw. eine Verordnung erlassen, das sich ausschließlich mit dem Verfahren der Früherkennungsuntersuchungen befasst. Anders als in Sachsen ist das Ziel der Vermeidung von Gefährdungslagen von Kindern hier nicht gesetzlich verankert. Vielmehr können die positiven Aspekte der Früherkennungsuntersuchungen im Hinblick auf die Gesundheitsförderung stärker in der Außendarstellung des Gesetzes in den Vordergrund rücken. Eine solche Blickrichtung könnte der Stärkung der Beratungsaufgaben der Gesundheitsämter hinsichtlich der Gesundheitsförderung dienen und das Einladungssystem nicht mit dem Ziel des Kinderschutzes „belasten“, insbes. vor dem Hintergrund, dass dem EEV geringe Effekte auf die Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung beigemessen werden (vgl. Kapitel 5).

3 Kindergesundheit und Kindeswohlgefährdung in Sachsen

Die Förderung der Kindergesundheit und die Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen sind die zentralen Ziele des SächsKiSchG. Um die Wirkung des Gesetzes auf die gesundheitliche Situation von Kindern einordnen zu können, wird im Folgenden ein Überblick über die Entwicklung zentraler Indikatoren in Sachsen gegeben. Grundlage hierfür ist die Gesundheitsberichterstattung, die für den Freistaat Sachsen vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz erstellt wird. Auf dieser Basis werden Indikatoren zur regionalen Versorgungsinfrastruktur, zum Gesundheitszustand und zur Inanspruchnahme präventiver Leistungen über einen Zeit-

raum von etwa 10 Jahren dargestellt. Mit der Verwendung dieser Indikatoren wird die Anschlussfähigkeit des folgenden Kapitels an andere Berichte zur gesundheitlichen Lage in Sachsen sichergestellt, unter anderem auch zur Zwischenevaluation des SächsKiSchG vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.³⁴

Es sei allerdings vorangestellt, dass die Ableitung kausaler Zusammenhänge zwischen der Einführung des SächsKiSchG und den Veränderungen der aufgeführten Indikatoren im Zeitverlauf aus inhaltlichen und methodischen Gründen nicht möglich ist. Insbesondere liegt der Einführungszeitpunkt des Gesetzes – und

damit auch des EEVs – noch nicht lange genug zurück, um eindeutige Effekte belegen zu können. Zudem werden einige der Indikatoren beispielsweise im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung zeitverzögert erfasst.³⁵

Für den Bereich der Kindeswohlgefährdung stützen sich die folgenden Auswertungen auf die Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe zu den Gefährdungseinschätzungen als auch zu den vorläufigen Schutzmaßnahmen. Mit Blick auf die Ableitung kausaler Zusammenhänge gelten dieselben Einschränkungen, wie beim Thema Kindergesundheit.

3.1 Regionale Versorgungsinfrastruktur

Die Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen erfolgt überwiegend durch niedergelassene Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte. Ärzte der Gesundheitsämter führen die Früherkennungsuntersuchungen lediglich in Ausnahmefällen durch. Die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten könnte daher die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen signifikant beeinflussen.

Um Aussagen über die regionale Versorgungsdichte zu machen, wird im Folgenden nur auf die niedergelassenen Ärzte³⁶ eingegangen, im Speziellen auf die Allgemeinmediziner und die Kinder- und Jugendärzte, da diese zu den ersten Ansprechpartnern bei gesundheitlichen Fragen für Kinder gehören.

Die Dichte der niedergelassenen Ärzte beträgt im sächsischen Durchschnitt 157 pro 100.000 Einwohner. In den 13 Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens variiert die Ärztedichte jedoch stark. Die meisten Ärzte gab es 2012 in Leipzig Stadt (209,4 pro 100.000 Einwohner), die wenigsten in Mittelsachsen (123,9 pro 100.000 Einwohner) (Tabelle 3-1).

In den städtisch geprägten Kreisen Leipzig (Stadt), Dresden (Stadt) und Chemnitz (Stadt) beträgt die Dichte an Kinder- und Jugendmediziner ca. 90 pro 100.000 Einwohner unter 15 Jahren, in den übrigen Kreisen – mit der Ausnahme von Meißen (71,8) – durchgängig weniger als 70 Kinder- und Jugendmediziner pro 100.000 Einwohner unter 15 Jahren (Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1: Ärzte in Niederlassung (einschließlich Ärzte in Einrichtungen gemäß § 311 SGB V und Angestellte, Teilzeitangestellte, Praxisassistenten) am 31. Dezember 2012 nach Kreisfreien Städten und Landkreisen sowie ausgewählten Fachgebieten je 100.000 Einwohner

Kreis	Insgesamt	darunter (Auswahl)	
		Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt (einschließlich Innere Medizin/Allgemein- medizin (Hausarzt))	Kinder- und Jugendmedizin (Bevölkerung unter 15 Jahre)
Leipzig, Stadt	209,4	48,7	91,1
Dresden, Stadt	196,5	40,4	92,2
Chemnitz, Stadt	187,8	51,3	88,8
Vogtlandkreis	147,0	52,6	68,6
Meißen	144,9	45,6	71,8
Zwickau	144,7	50,7	66,7
Leipzig	142,7	49,3	63,3
Bautzen	138,4	51,9	59,5
Görlitz	135,0	52,9	61,4
Nordsachsen	133,7	49,8	63,3
Erzgebirgskreis	130,3	49,5	63,3
Sächsische Schweiz- Ostergebirge	129,0	43,9	69,9
Mittelsachsen	123,9	45,3	66,8
Sachsen	157,0	48,1	73,8

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen (2012): Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker im Freistaat Sachsen 2012, A IV 1 – j/12.

Wird untersucht, zu welchem Anteil die Allgemeinmediziner und zu welchem Anteil die Kinder- und Jugendärzte die U-Untersuchungen durchführen, stellt man fest, dass unabhängig

von der Kinderärztdichte der Anteil der Kinder- und Jugendärzte an den U-Untersuchungen sehr hoch ist. In Kernstädten, wo die Dichte an Kinder- und Jugendärzten besonders hoch

ist, liegt der Anteil bei 96 bis 98 %. Im verdichteten Umland beträgt der Anteil der Kinder- und Jugendärzte 79 bis 96 %, im ländlichen Umland und im ländlichen Raum 87 bis 94 %.³⁷

3.2 Aktuelle Situation der Kindergesundheit

Im Folgenden werden Indikatoren zur Kindergesundheit in Sachsen auf Basis der Schulaufnahmeuntersuchungen (Befunde bei

Schulaufnahmeuntersuchungen, Impfquoten, Inanspruchnahme der Früherkennungsun-

tersuchungen) und der Untersuchungen zur Zahngesundheit (Gebisszustand) dargestellt.

3.2.1 Gesundheitszustand im Zeitverlauf

Die häufigsten gesundheitlichen Befunde der Schulaufnahmeuntersuchungen im Schuljahr 2012/13 bezogen sich auf Sprachstörungen, gefolgt von Störungen der Feinmotorik und einer herabgesetzten Sehschärfe. Im Zeitverlauf (Schuljahr 2005/06 bis 2012/13) ist insbesondere eine kontinuierliche Zunahme der Sprachstörungen um fast 15 Prozentpunkte festzustellen. Eine leichtere Zunahme der Befunde gab es auch bei Störungen der Feinmotorik (6 Prozentpunkte), bei Störungen der visuellen Wahrnehmung (5 Prozentpunkte) und bei Schäden an Extremitäten/Gelenken (knapp 5 Prozentpunkte). Auffällig ist bei allen Befunden, die einen stetigen Anstieg über den Zeitraum vorweisen, dass vom Schuljahr 2007/08 auf 2008/09 die deutlichsten Sprünge zu verzeichnen sind. Hier liegen möglicherweise auch methodische Ursachen zugrunde.

Einen relativ stabilen Verlauf weisen die Befunde von emotionalpsychosozialen Verhaltensauffälligkeiten, Haltungsschwäche, gewichtsbezogenen Krankheiten (starkes Untergewicht, Übergewicht und Adipositas), Wirbelsäulenerkrankungen (Kyphose-Skoliose-Morbus Scheuermann), Lernproblemen und von Problemen des Sehens (Schielen und Stereosehen) auf.

Eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Schuljahr 2005/06 gab es beim Befund des Sigmatismus (Lispeln) (4 Prozentpunkte) und bei Atopien (Allergien) (1 Prozentpunkt). Die stärksten Veränderungen sind auch hier vom Schuljahr 2008/09 auf 2009/10 zu verzeichnen, also vor der Einführung des EEVs.

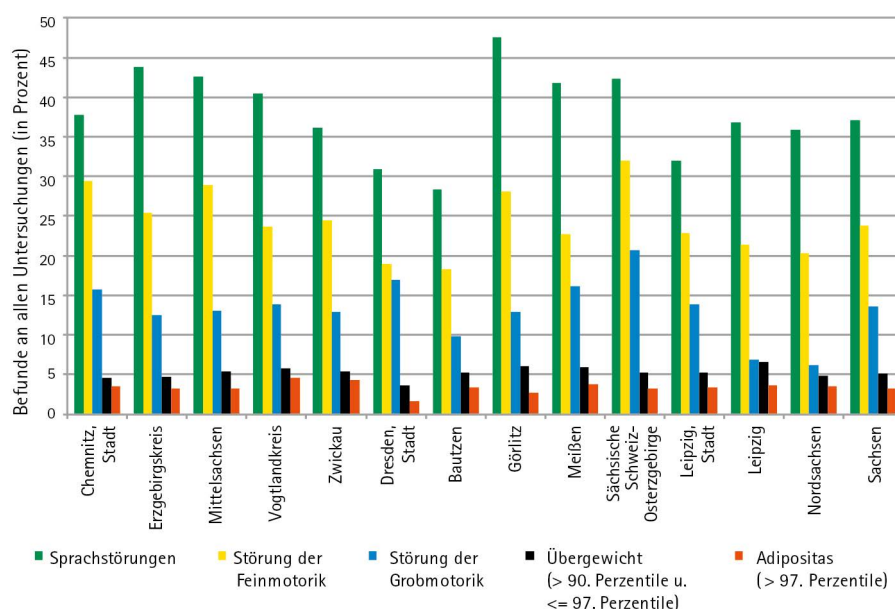
Regional differenziert zeigt sich für ausgewählte Befunde im Schuljahr 2012/13 grundsätzlich ein ähnliches Verteilungsmuster der Befunde, wobei die Häufigkeit der Diagnosen zwischen den Landkreisen bzw. Kreisfreien Städten variiert (Abbildung 3-1). Am seltensten wurden für Kinder in Dresden (Stadt) und Bautzen entsprechende Diagnosen gestellt;

für die einbezogenen Krankheiten und Störungen liegen dort die niedrigsten Anteile an allen Schulaufnahmeuntersuchungen vor.

Im Zeitverlauf zeigt sich beispielsweise: Als einzige der untersuchten Krankheiten und Störungen sind die Befunde von Sprachstörungen in allen Landkreisen und Kreisfreien Städten seit 2007 gestiegen. In den Landkreisen Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Nordsachsen und Leipzig haben sich die Befunde dabei sogar mehr als verdoppelt.

Die Quoten der fein- und grobmotorischen Störungen haben ebenfalls in den meisten Kreisen zugenommen. Einzig in Dresden (Stadt) waren die Quoten sowohl bei feinmotorischen als auch bei motorischen Störungen in der Tendenz rückläufig. Der Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, der 2007 noch zu den Kreisen mit den geringsten Quoten gehörte, weist 2012 die höchste Quote bei beiden motorischen Störungen auf.

Abbildung 3-1: Ausgewählte Befunde bei Schulaufnahmeuntersuchungen in Sachsen im Schuljahr 2011/2012 nach kreisfreien Städten und Landkreisen



Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz: Schulaufnahmeuntersuchungen. Prognos-Darstellung.

3.2.2 Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsdienstleistungen im Zeitverlauf

Die Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsdienstleistungen von Kindern sind ein wichtiger Indikator für gesundheitsrelevantes Verhalten und somit ein weiterer Indikator für die Kindergesundheit.

Impfungen

Die Impfquoten in Sachsen lagen im Schuljahr 2012/13 zwischen 90 und 100 %. Unterdurchschnittlich sind lediglich die Hepatitis B-Impfung (89,5 %) und die zweite Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung (MMR-2) (knapp 72% jeweils). Allerdings zeigen sich im Zeitverlauf sowohl bei Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis und Diphtherie als auch der ersten Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung (MMR-1) seit dem Schuljahr 2008/09 leicht rückläufige Impfquoten (-0,3 bis -0,8 Prozentpunkte). Am deutlichsten ist dieser Rückgang bei Hepatitis B mit 4,6 Prozentpunkten.

Die regionalen Unterschiede sind gering: Es zeigt sich, dass die Impfquote der ersten Impfung von Masern-Mumps-Röteln in allen Kreisen relativ hoch ist. Die Kreise Dresden (Stadt) und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge weisen im letzten Betrachtungsjahr (Schuljahr 2012/13) jedoch einen starken Rückgang auf. Die höchsten MMR-1-Impfquoten haben die Kreise Bautzen und Leipzig.

Auch bei der Impfquote von MMR-2 ist eine positive Entwicklung zwischen 2008 und 2012 in allen Kreisen zu verzeichnen. Der Landkreis Meißen nimmt dabei 2012 den Spitzenplatz ein. Hervorzuheben ist zudem der Erzgebirgskreis, der in den fünf Betrachtungsjahren eine Steigerung von rund 20 Prozentpunkten verzeichnet. Im Freistaat Sachsen betrug die Steigerung im selben Zeitraum rund 10 Prozentpunkte.

Kariesprophylaxe

Die Ergebnisse der Zahnuntersuchungen für Kinder zeigen ein positives Bild. 75 % der Kinder im Vorschulalter und 60 % der Schüler allgemein bildender Schulen haben im Schuljahr 2012/2013 naturgesunde Zähne (Abbildung 3-2). Auffällig ist ein Anstieg der naturgesunden Zähne zum Schuljahr 2005/06. Der Anteil sanierungsbedürftiger oder bereits sanierter Zähne ist seit Jahren kontinuierlich rückläufig.

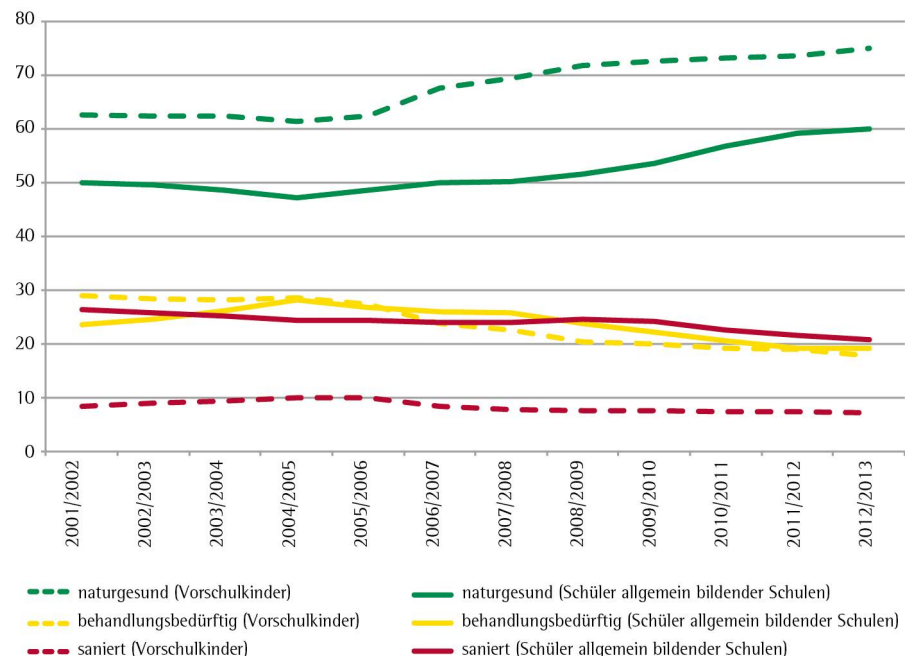
Kreise mit hohen Anteilen an Schülern mit naturgesunden Zähnen sind die Stadt Dresden (Vorschule/allgemein bildende Schule), Bautzen und Zwickau (allgemein bildende Schule), Mittelsachsen und der Erzgebirgskreis (Vorschule).

Verhältnismäßig viele Kinder mit schlechten Zähnen gibt es in den Kreisen Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Stadt Chemnitz, Görlitz und Nordsachsen. Jedoch sind in den meisten Kreisen die Anteile an Kindern mit naturgesunden Zähnen am Steigen. Im Vogtlandkreis

fällt auf, dass der Anteil sanierungsbedürftiger Zähne bei den Schülern allgemein bildender Schulen zwischen 2011 und 2012 sprunghaft von 11,4 % auf 28,4 % gestiegen ist.

Im Vogtlandkreis, in Mittelsachsen und im Kreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge ist der Anteil an bereits sanierten Zähnen am größten. Im Erzgebirgskreis, im Kreis Zwickau, im Kreis Bautzen und in der Stadt Leipzig sind die Anteile sanierter Zähne hingegen sehr niedrig.

Abbildung 3-2: Kariesprophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen in Sachsen im Schuljahr 2001/2002 bis 2012/2013



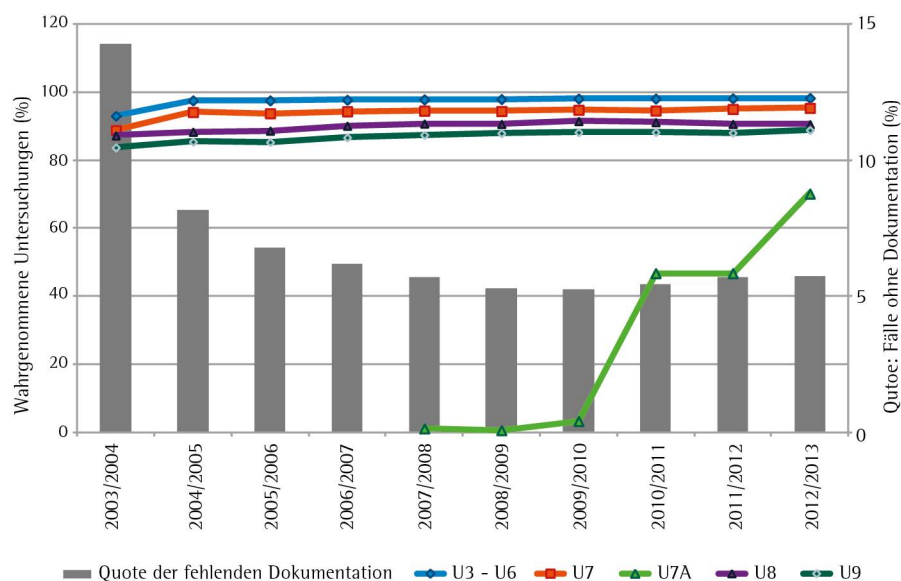
Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Prognos-Darstellung.

Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen

Bei der Schulaufnahmeuntersuchung werden neben den bereits dargestellten Befunden auch Statistiken zu den U-Untersuchungen geführt, die im Vorsorgeheft dokumentiert sind. Diese Daten werden in diesem Abschnitt genauer beschrieben, ohne den Analysen des EEVs vorgreifen zu wollen (vgl. hierzu Kapitel 4.2).

Die Inanspruchnahme bei Früherkennungsuntersuchungen U3-U6 liegt seit zehn Jahren über 97 % (Abbildung 3-3). Die U7 hat eine Quote von 95,3 % (Schuljahr 2012/1013), danach folgen die U8 mit 90,5 % und die U9 mit 88,8. Die U7a wurde im Schuljahr 2006/07 eingeführt. Ihre Inanspruchnahme steigt seither deutlich an, erreichte aber im Schuljahr 2012/13 erst 70,1 %. Die Anzahl der Fälle ohne Dokumentation steigt seit dem Schuljahr 2008/09 wieder leicht an (Abbildung 3-3, rechte Skala).

Abbildung 3-3: Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Schulanfänger in Sachsen im Schuljahr 2003/2004 bis 2012/2013



Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz: Schulaufnahmeuntersuchung. Prognos-Darstellung [Gesundheitsberichterstattung.xls].

In der regionalen Betrachtung fällt auf, dass Leipzig Stadt bei allen U-Untersuchungen stark unterdurchschnittliche Teilnahmequoten aufweist. Bei den U7a-Untersuchungen haben es bisher nur die Kreise Leipzig und Nordsachsen geschafft, die 80 %-Marke zu überschreiten. Schlusslicht bei der U7a-Untersuchung bilden der Erzgebirgskreis (60,1 %), Leipzig Stadt (63,3 %) und der Vogtlandkreis (65,1 %).

Die Dokumentation fehlte im Schuljahr 2012/13 am häufigsten in Leipzig. Dort ist auch eine Zunahme der Quote der fehlenden Dokumentation im betrachteten Zeitraum feststellbar.

3.3 Kindeswohlgefährdung

Neben der Förderung der Kindergesundheit ist die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung in Sachsen ein zentrales Ziel des SächsKiSchG. Um die Wirkungen des Gesetzes in dieser Hinsicht einordnen zu können, gilt es im Folgenden, Informationen zu Kindeswohlgefährdungen in Sachsen im Zeitverlauf und im Ländervergleich darzustellen.

Seit 2012 werden jährlich Erhebungen zur Gefährdungseinschätzung von Jugendämtern nach § 8a Abs. 1 SGB VIII durchgeführt.³⁸ Die Gesamtzahl der Gefährdungseinschätzungen von Jugendämtern liegt 2013 demnach bei 5.641 Fällen, denen die Jugendämter nachgegangen sind. Davon wurde in 2.350 Fällen im Ergebnis eine manifeste oder latente Kindeswohlgefährdung festgestellt.

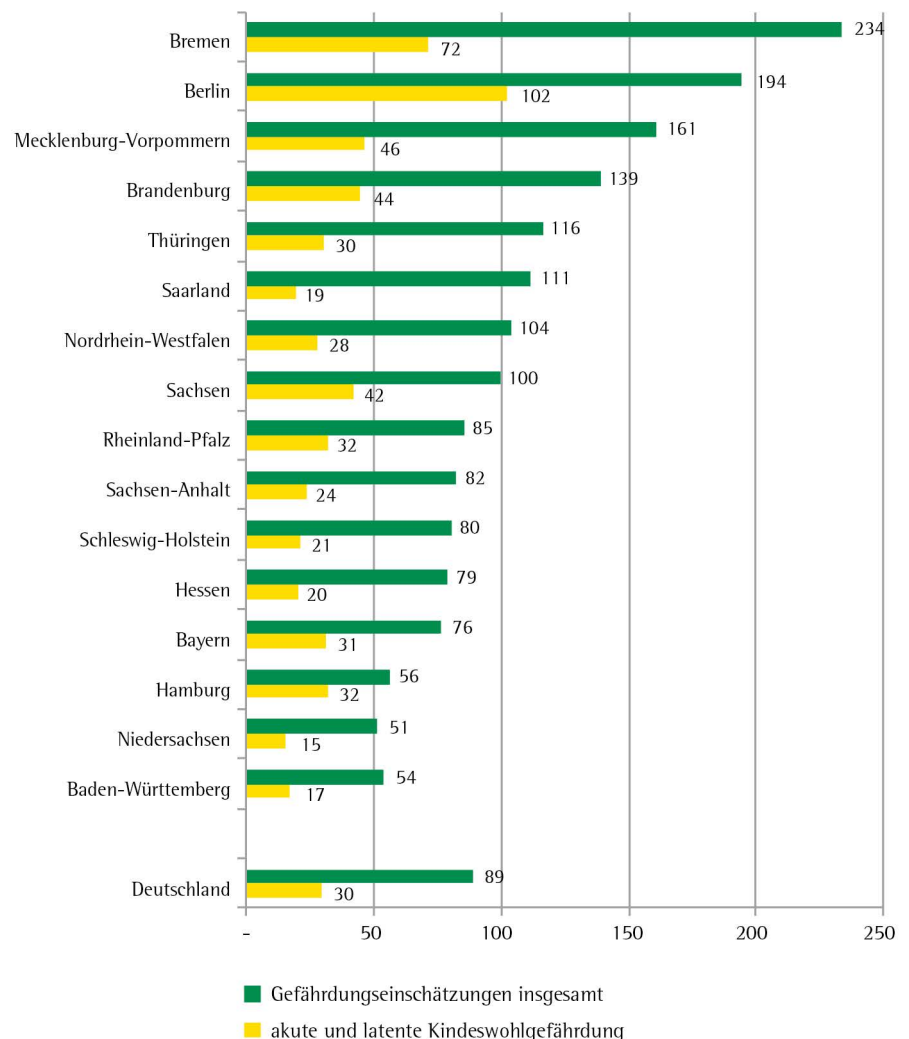
In Relation zur Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren ergibt sich eine Kennziffer von 100 Gefährdungseinschätzungen je 10.000, denen die Jugendämter nachgegangen sind. Damit liegt Sachsen über dem Bundesdurchschnitt von 89 und im Ländervergleich auf Rang 9 (Abbildung 3-4).

Mit 42 Gefährdungseinschätzungen je 10.000 Kindern und Jugendlichen, bei denen im Ergebnis eine manifeste oder latente Kindeswohlgefährdung festgestellt worden ist liegt Sachsen ebenfalls über dem bundesweiten Durchschnitt (30).

Abbildung 3-5 stellt die Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter pro 10.000 Kindern und Jugendlichen auf Kreisebene dar. Dabei fällt auf, dass die Unterschiede deutlich stärker ausfallen als im Bundesländervergleich. Während Chemnitz mit 218 Gefährdungseinschätzungen nahezu den im Bundesländervergleich höchsten Wert von Bremen erreicht (234), liegen der Erzgebirgskreis, Meißen, Mittelsachsen, Zwickau und Bautzen deutlich unter dem minimalen Wert von Baden-Württemberg von 54 Fällen je 10.000 unter 18-Jährigen.

Mit Blick auf die Gefährdungseinschätzungen bei denen tatsächlich eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung aufgedeckt wurde, zeigen sich ebenfalls regionale Unterschiede. Während im Erzgebirgskreis fast zwei Drittel aller Gefährdungseinschätzungen akute oder latente Kindeswohlgefährdungen aufzeigen, liegt der Wert in Chemnitz nur bei knapp einem Drittel.

Abbildung 3-4: Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter pro 10.000 unter 18-Jährige nach Bundesländern, 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt (2013): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII; Statistisches Bundesamt: Bevölkerung – Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre (Stichtag 31.12.2012). Die Angaben zur Bevölkerung beziehen sich auf das Jahr 2012, da entsprechende Angaben für die unter 18-Jährigen nach Bundesländern für 2013 noch nicht vorliegen.

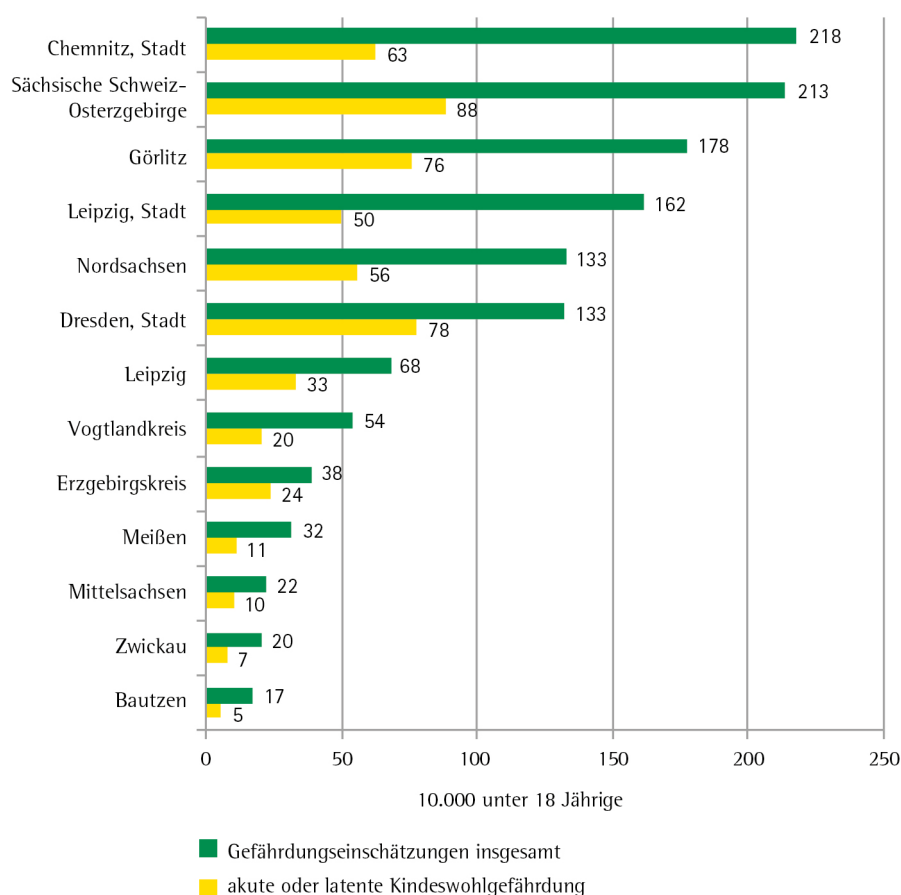
Außerdem werden Inobhutnahmen als eine drastische Schutzmaßnahme gegen Kindeswohlgefährdung dokumentiert.³⁹ In Sachsen wurden 2013 demnach 2.721 Kinder und Jugendliche in Obhut genommen. Das sind 727 mehr als im Jahr 2008. Setzt man die Zahl wiederum ins Verhältnis zu der Bevölkerung bis unter 18 Jahren, ist die Kennziffer von 37 auf 48 je 10.000 angestiegen.⁴⁰ Auch in den meisten anderen Bundesländern hat seit 2008 ein Anstieg der Inobhutnahmen je 10.000 Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren stattgefunden. Ausnahmen stellen dabei Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt

und Thüringen dar. Sachsens Position im Ländervergleich hat sich von Rang 11 auf Rang 15 verschlechtert.

Hinsichtlich der Institution oder Person, die Gefährdungen des Kindeswohls beim Jugendamt bekannt machen, zeigt sich in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ein deutlich höherer Anteil an Gefährdungseinschätzungen, der anonym gemeldet oder der Kategorie Sonstiges zu geordnet wird (28 % Sachsen vs. 17 % Bund). Im Bundesvergleich deutlich geringer fällt der Anteil der Meldungen durch die Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft aus (9 % vs. 19 %). Der Anteil der Gefährdungseinschätzungen, die über die Kategorie Hebamme/Arzt/Klinik/Gesundheitsamt/u.ä. Dienste bekannt gemacht werden liegt in Sachsen insgesamt nur einen Prozentpunkt höher als im Bundesdurchschnitt (8 % vs. 7 %). Bei den akuten Kindeswohlgefährdungen sind es in Sachsen jedoch 12 % der Meldungen, die von Hebamme/Arzt/Klinik/Gesundheitsamt/u.ä. Dienste bekannt gemacht werden, gegenüber 8 % auf Bundesebene. Der Anteil des Sozialen Dienstes/Jugendamtes als meldende Institution liegt in Sachsen bei den latenten Kindeswohlgefährdungen zwei Prozentpunkte unter dem Bundesschnitt.

Betrachtet man die Unterschiede unter den bekanntmachenden Institutionen nach dem Alter der betroffenen Kinder in Sachsen, wird deutlich, dass die Gruppen Hebamme/Arzt/Klinik/Gesundheitsamt/u.ä. Dienste und auch Sozialer Dienst/Jugendamt mit dem Alter deutlich abnehmen. Mit dem Alter steigt hingegen der Anteil der Schule als bekanntmachende Institution deutlich an, insbesondere im Bezug auf latente Kindeswohlgefährdungen.

Abbildung 3-5: Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter pro 10.000 unter 18-Jährige nach Kreisen in Sachsen, 2013



Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen (2014): Kinder- und Jugendhilfe im Freistaat Sachsen – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2013, KV9 – j/13; Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamts (Stichtag 31.12.2012). Die Angaben zur Bevölkerung beziehen sich auf das Jahr 2012, da entsprechende Angaben für die unter 18-Jährigen nach Kreisen für 2013 noch nicht vorliegen.

3.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die vorangegangenen Datenanalysen konnten zeigen, dass sich die gesundheitliche Versorgung in Sachsen, gemessen an der Ärztedichte insgesamt, zwar verbessert hat, allerdings bestehen recht deutliche regionale Unterschiede. Große Unterschiede bestehen insbesondere bei der Versorgungsdichte mit Kinder- und Jugendärzten. Die Spannweite reicht von rund 60 bis zu rund 90 niedergelassenen Ärzten je 100.000 unter 15-Jährigen.

Die Befunde aus den Schulaufnahmeuntersuchungen zeigen eine deutliche Zunahme von diagnostizierten Sprachstörungen und eine für einige Impfungen abnehmende Impfhäufigkeit. Positiv ist hingegen die Entwicklung bezüglich der Mundgesundheit zu bewerten.

Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen, die im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung dokumentiert werden, zeigen einen stetigen Anstieg mit Ausnahme der U8.

Ein weniger gutes Bild zeigen die Zahlen zur Kindeswohlgefährdung: Bei der Zahl der Gefährdungseinschätzungen, denen das Jugendamt jährlich nachgeht, liegt Sachsen im bundesweiten Mittelfeld. Der Anteil der aufgedeckten Kindeswohlgefährdungen durch die Gefährdungseinschätzungen liegt hingegen über dem Durchschnitt und auch bei den Inobhutnahmen weist Sachsen im Ländervergleich hohe Zahlen auf. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die gezeigten regionalen Unterschiede in der Häufigkeit aufgedeckter Kindeswohlgefährdungen zwischen den Kreisen des Freistaates. Auch wenn diese Befunde an sich beunruhigend sind, unterstreichen sie die Bedeutung der Präventionsarbeit.

Insgesamt können keine systematischen Zusammenhänge zwischen der Versorgungsquote mit Kinder- und Jugendmedizinerinnen und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen oder der gesundheitlichen Situation festgestellt werden. Deutliche Veränderungen,

die mit der Einführung des EEV in Verbindung stehen könnten, sind ebenfalls nicht eindeutig identifizierbar. Weder bei den Daten zur Kindergesundheit noch bei den Daten zur Kindeswohlgefährdung zeigen sich eindeutige Veränderungen seit Einführung des Verfahrens im Jahr 2011. Insbesondere bei den Indikatoren, die im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung erhoben werden, treten Veränderungen, die mit dem EEV in Zusammenhang stehen könnten, jedoch zeitverzögert auf und sind womöglich noch nicht vollständig abbildbar.

Der Beitrag, den das EEV zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und zur Aufdeckung von Kindeswohlgefährdungen leistet, wird im Folgenden genauer analysiert.

4 Das Einladungs- und Erinnerungsverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen in Sachsen

4.1 Organisation des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Das SächsKiSchG sieht ein Einladungs- und Erinnerungsverfahren (EEV) vor, um die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bis zum vierten Lebensjahr zu fördern. Das EEV beginnt mit der Früherkennungsuntersuchung U4 im Alter von ca. vier Monaten und endet mit der U8 im Alter von ca. 48 Monaten. Da die vorangehenden Untersuchungen zum Teil bereits im Krankenhaus durchgeführt werden und bereits sehr hohe Teilnahmequoten von fast 100 % aufweisen, sind sie nicht Bestandteil des EEVs. Die Untersuchungen nach der U8 fallen in das Schuleingangsalter (U9) oder in das Schulalter (J1 und J2) und sind nicht ins EEV integriert worden.

Für jede Früherkennungsuntersuchung sind Zeiträume, in denen die Untersuchung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stattfinden soll, definiert. Zudem sind für jeden Untersuchungszeitraum Toleranzzeiträume vorgegeben, in denen die

Tabelle 4-1: Früherkennungsuntersuchungen nach den Richtlinien des G-BA

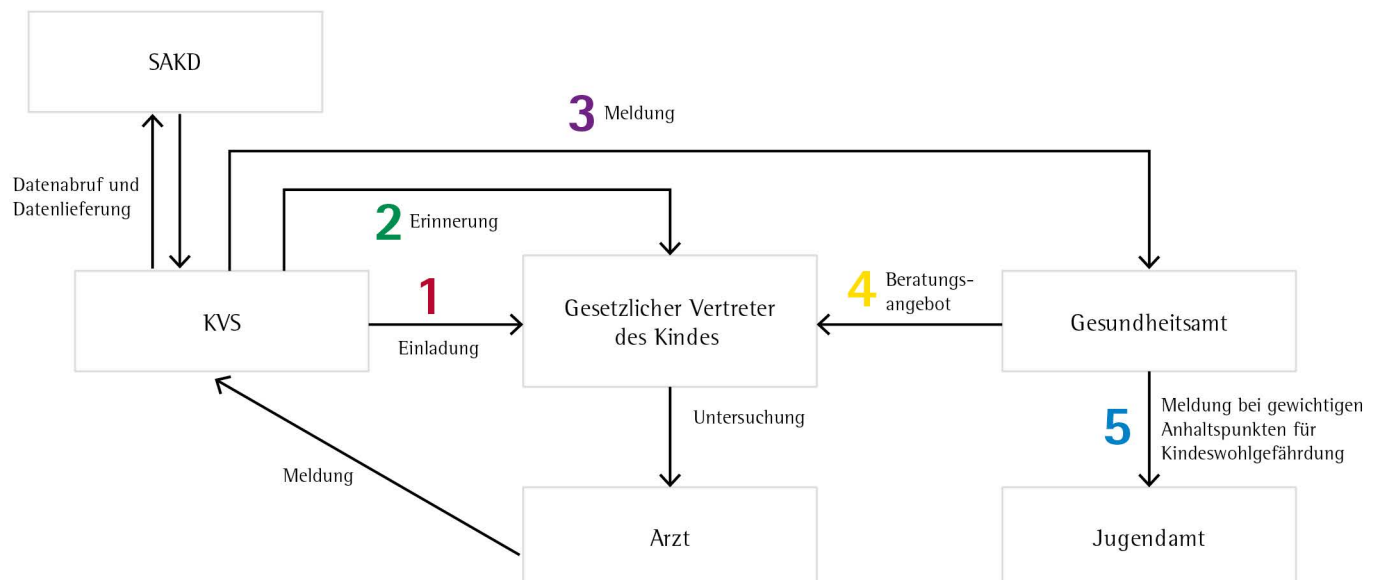
U-Untersuchung	Zeitraum der U-Untersuchung	Toleranzzeitraum
U4	3. – 4. Lebensmonat	2. – 4,5. Lebensmonat
U5	6. – 7. Lebensmonat	5. – 8. Lebensmonat
U6	10. – 12. Lebensmonat	9. – 14. Lebensmonat
U7	21. – 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat
U7a	34. – 36. Lebensmonat	33. – 38. Lebensmonat
U8	46. – 48. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat

Quelle: G-BA. Kinder-Richtlinien, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf (letzter Zugriff am 25.09.2014).

Untersuchung durchgeführt werden kann. Die beiden Zeitspannen für die jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen sind in Tabelle 4-1 dargestellt. Das im SächsKiSchG beschriebene EEV ist mehrstufig angelegt und involviert verschiedene Akteure, die jeweils für bestimm-

te Verfahrensschritte zuständig sind. Der Prozessablauf ist schematisch in Abbildung 4-1 dargestellt.

Abbildung 4-1: Ablauf des Einladungs- und Erinnerungswesens im Freistaat Sachsen



Quelle: Ergänzte Darstellung aus Zwischenevaluation.⁴¹

Stufe 1 bis 3

Der erste Schritt des Verfahrens ist in § 2, Abs. 1 des Sächs-KiSchG geregelt. Die KVS darf demnach bei der Sächsischen Anstalt für Kommunale Datenverarbeitung (SAKD) spätestens vier Wochen vor Beginn des für die jeweilige Untersuchungsstufe maßgebenden Untersuchungszeitraumes folgende Daten aller Kinder, bei denen die genannte Untersuchung ansteht, erheben: Name, Tag und Ort der Geburt, Geschlecht, ggf. Sterbetag und -ort, gegenwärtige und frühere Anschriften, deren Haupt- und Nebenwohnungen und gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Doktorgrad, Anschrift, Sterbetag). Auf Basis der Daten lädt die KVS die gesetzlichen Vertreter eines Kindes zur entsprechenden Früherkennungsuntersuchung ein, wobei insbesondere auf die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchung hingewiesen und zur Teilnahme angeregt wird (§ 2 Abs. 3 SächsKiSchG) (Pfeil 1 in Abbildung 4-1).

Liegt der KVS nach Ablauf des maßgebenden Untersuchungszeitraumes keine Mitteilung über die Teilnahme des Kindes an der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung vor, erinnert sie den gesetzlichen Vertreter des Kindes erneut schriftlich an die festgelegten Toleranzgrenzen der Früherkennungsuntersuchung (§ 2 Abs. 4 SächsKiSchG) (Pfeil 2 in Abbildung 4-1).

Sofern zwei Wochen nach Versand der Erinnerung nicht bekannt ist, dass eine Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung erfolgt ist, teilt die KVS dies dem zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich mit (§ 2 Abs. 4 SächsKiSchG) (Pfeil 3 in Abbildung 4-1).

Im Fall der U4 kommt ein verkürztes Verfahren zum Einsatz. Da die Untersuchungszeiträume der U4 und U5 nah beieinander liegen, wird in diesem Fall lediglich eine Einladung versandt, aber keine Erinnerung mehr.

Die folgende Tabelle stellt die Zeitpunkte der Generierung der Einladungen, Erinnerungen und Meldungen an die Gesundheitsämter durch die KVS den vorgegebenen Untersuchungszeiträumen gegenüber. Es wird deutlich, dass die KVS die Einladungsschreiben bereits etwa 2 Monate vor Beginn des offiziellen Toleranzzeitraumes erstellt. Im Fall der U8 ist es sogar rund 4 Monate früher. Das Gesetz macht hier lediglich die Vorgabe, dass die KVS die Daten bis spätestens vier Wochen vor Beginn des Untersuchungszeitraums bei der SAKD abrufen soll.

Darüber hinaus zeigt Tabelle 4-2, dass die KVS, wie die gesetzliche Vorgabe es verlangt, die Erinnerungen weitestgehend unmittelbar nach Ablauf der Untersuchungszeiträume versendet. Zwischen der Generierung des Erinne-

rungsschreibens und der Generierung der Meldung an das Gesundheitsamt (letzten beiden Spalten von Tabelle 4-2) liegen bei U6, U7a und U8 etwa ein Monat und eine Woche, bei U7 sind es über zwei Monate.

Stufe 4 und 5

Die Gesundheitsämter bieten den gesetzlichen Vertretern der eingeladenen Kinder nach Ablauf des festgelegten Toleranzzeitraumes⁴² gesundheitliche Aufklärung und Beratung an. Es werden die geeigneten Ärzte benannt oder die Untersuchung im Einverständnis der gesetzlichen Vertreter durch das Gesundheitsamt selbst oder durch einen Beauftragten durchgeführt (§ 2, Abs. 5 SächsKiSchG) (Pfeil 4 in Abbildung 4-1).

Werden die Hilfsangebote des Gesundheitsamtes vom gesetzlichen Vertreter nicht wahrgenommen und sind dem Gesundheitsamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls bekannt geworden, ist dies dem zuständigen Jugendamt unverzüglich mitzuteilen (§ 2, Abs. 6 SächsKiSchG) (Pfeil 5 in Abbildung 4-1).

Tabelle 4-2: Zeitpunkte (in Lebensmonaten des Kindes) der Erstellung der Einladungen, Erinnerungen und Meldungen an die Gesundheitsämter durch die KVS im Vergleich zu den vorgegebenen Untersuchungszeiträumen (rote Kontur)

U-Untersuchung	Einladungszeitpunkt*	Beginn Untersuchungszeitraum*	Ablauf Untersuchungszeitraum*	Erinnerungszeitpunkt*	Zeitpunkt Meldung an Gesundheitsamt*
U4	1,0	3,0			
U5	3,5	6,0	7,0	7,2	7,7
U6	7,5	10,0	12,0	12,3	13,6
U7	18,7	21,0	24,0	24,3	26,6
U7a	31,8	34,0	36,0	36,3	37,6
U8	41,7	46,0	48,0	48,3	49,6

Quelle: Informationen der KVS: Konfiguration Mahnwesen Stand 14.01.2014 und GB-A. Kinder-Richtlinien, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf (letzter Zugriff am 25.09.2014).

* jeweils Zeitpunkt der Generierung des Schreibens. Angaben ursprünglich in vollendeten Lebenstagen des Kindes, umgerechnet in Lebensmonate (30,42 Tage/Monat)

4.1.1 Kosten

Nach § 6 des SächsKiSchG erstattet der Freistaat Sachsen den Ärzten die im Zusammenhang mit der vollständigen Übermittlung von Daten entstehenden Kosten durch Zahlung einer Pauschale in Höhe von 3,50 EUR für jedes untersuchte Kind. Für die Untersuchung von nichtversicherten Kindern wird eine Pauschale von 35 EUR je Kind gezahlt.

Den Landkreisen und Kreisfreien Städten werden die mit der Durchführung des EEV entstehenden Kosten durch Zahlung einer Pauschale

in Höhe von 3,50 EUR für die Erinnerung durch die Gesundheitsämter und 35 EUR für die Durchführung einer Untersuchung erstattet.

Laut Verwaltungshaushalt SächsKiSchG 2013 (Stand 14.01.2014) stehen für die Durchführung des EEVs Mittel in Höhe von 1,95 Mio. Euro zur Verfügung, davon sind 1,2 Mio. Euro für die Vergütung der medizinischen Leistungen der Ärzte und Gesundheitsämter vorgesehen.

Die Kosten der SAKD für die Datenabrufe der KVS aus dem Kommunalen Kernmelderegister (KKM) werden seit dem 1. Januar 2013 vom Freistaat Sachsen übernommen und tauchen daher im Verwaltungshaushalt SächsKiSchG nicht mehr auf.⁴³

4.1.2 Datenschutz

Im 14. Tätigkeitsbericht vom 31. März 2009 nimmt der Sächsische Datenschutzbeauftragte (DSB) Stellung zum SächsKiSchG (Fassung vom 15.5.2009).⁴⁴ In dieser Stellungnahme kritisiert er die Grundkonzeption des Gesetzes: Demnach sei der Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung der Eltern durch die Erhebung, Speicherung und Übermittlung der im EEV notwendigen Daten „unverhältnismäßig im engeren Sinne (unangemessen) und daher verfassungswidrig“.⁴⁵ Das EEV in seiner gegenwärtigen Konzeption stelle **eine anlasslose informationelle Totalerfassung** dar.

Unverhältnismäßig ist in der Einschätzung des DSB der Eingriff in die Grundrechte der Eltern, angesichts des nicht bezifferten und voraussichtlich eher geringen Nutzens des Gesetzes. Zwar sei die „Geeignetheit für Primärzwecke (Gesundheitsförderung, Kindeswohlgefährdung) noch nicht völlig ausgeschlossen, aber der vom Gesetzgeber erkennbar in keiner Weise auch nur vage eingeschätzte Eignungsgrad (Wirkungsgrad) erscheint als mutmaßlich sehr gering.“⁴⁶

Seinen Angaben zufolge betreffen die informationellen Grundrechtseingriffe zu 96 % Familien, die im Sinne der Vorgaben an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen – und deren Daten damit anlasslos genutzt und bei der KVS gespeichert werden. Nur 4 % der Betroffenen nehmen demzufolge nicht von sich aus an den Untersuchungen teil.⁴⁷ Selbst in dieser Gruppe sei davon auszugehen, dass mehrheitlich keine Rechtsverletzungen vorliegen. Unter ihnen befänden sich Betroffene, bei denen lediglich die Teilnahme an der Untersuchung nicht gemeldet wurde sowie Betroffene, die nicht teilnahmen, aber keine Fälle von Kindeswohlgefährdungen

darstellen. Unklar sei, wie groß die Gruppe der „Stark-Störer“ sei, bei denen mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen zu rechnen ist. Unklar sei auch, wie viele dieser Fälle dem Jugendamt ohnehin schon bekannt seien.

Letztendlich sei überdies nicht klar, ob das Verfahren in seiner Konzeption grundsätzlich geeignet sei, um seine Ziele mit Blick auf die Identifikation von Fällen der Kindeswohlgefährdung erreichen zu können. Insgesamt fehlen dem DSB Einschätzungen zur Eignung und Wirkungsausmaß des Gesetzes. Damit fehlt aus seiner Sicht die Rechtfertigung für die Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe.

Entwicklungsoptionen

Der DSB sieht insgesamt drei Möglichkeiten, das Gesetz so zu gestalten, dass verfassungsrechtliche Bedenken gemindert oder sogar ausgeräumt werden:

1. **Kopplung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen an den Anspruch auf das Landeserziehungsgeld:** In diesem Fall wäre aus Sicht des DSB ein Nachweis der Teilnahme an den Untersuchungen an das Gesundheitsamt berechtigt. Man wäre „nicht mehr im Bereich der Gefahrenabwehr, sondern dem der Überprüfung des Erfolges der Verwendung einer staatlichen Prävention.“⁴⁸
2. **Beschränkung auf eine intervenierende Tätigkeit des Gesundheitsamtes:** Hier würde auf eine Meldung durch das Gesundheitsamt an das Jugendamt verzichtet werden. Der Mangel an Verhältnismäßigkeit würde gemindert werden.

3. **Beschränkung auf ein Einladungswesen:** Mit dieser Beschränkung würde der Mangel aus Sicht des DSB behoben sein.

Positiv am gegenwärtigen Verfahren bewertet er die **Einbeziehung des Gesundheitsamts** als Zwischenstufe zwischen der KVS und den Jugendämtern. Insbesondere begrüßt er, dass eine Übermittlung von Daten durch das Gesundheitsamt an das jeweilige Jugendamt an die Voraussetzung gebunden wurde, dass „gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes bekannt geworden sind“⁴⁹. Damit wurde ihm zufolge ein Verfahren gewählt, dass zumindest günstiger zu beurteilen ist, als ähnliche Vorhaben in anderen Bundesländern.

Beratung und Datenübermittlung bei Kindeswohlgefährdung – Regelungen nach § 4 KKG und § 5 SächsKiSchG

Im Zuge des Inkrafttretens des BKiSchG und des KKG am 1. Januar 2012 (vgl. Kapitel 2.3) wurde die Informationsweitergabe durch Berufsgeheimnisträger bundesweit normiert. Bis dahin zeigte sich länderübergreifend eine uneinheitliche und damit verwirrende Rechtslage.⁵⁰ Seitdem überschneidet sich § 4 KKG in vielen Fällen mit bestehendem Landesrecht. So ist beispielsweise im Freistaat Sachsen die Datenübermittlung bei Kindeswohlgefährdung in § 5 SächsKiSchG geregelt. Die folgende Übersicht stellt die jeweiligen Regelungsbereiche gegenüber:

Tabelle 4-3: Gegenüberstellung von § 4 KKG und § 5 SächsKiSchG

§ 4 KKG: Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung	§ 5 SächsKiSchG: Datenübermittlung bei Kindeswohlgefährdung
<p>(1) Werden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, 2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung, 3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie 4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, 5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, 6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder 7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen <p>in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.</p> <p>(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.</p> <p>(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.</p>	<p>Werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - einem Arzt, - einer Hebamme, - einem Entbindungspfleger oder - einer Person, die mit der Ausbildung, Erziehung oder Betreuung von Kindern und Jugendlichen innerhalb von Diensten oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe betraut ist, <p>gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt und reichen die eigenen fachlichen Hilfen nicht aus, die Gefährdung abzuwenden, sollen die vorgenannten Personen bei dem gesetzlichen Vertreter auf die Inanspruchnahme von Hilfen des Jugendamtes hinwirken.</p> <p>Ist ein Tätigwerden zur Abwehr der Gefährdung dringend erforderlich und ist der gesetzliche Vertreter nicht in der Lage oder nicht bereit, hieran mitzuwirken, sind die in Satz 1 genannten Personen befugt, dem Jugendamt die vorliegenden Erkenntnisse mitzuteilen; hierauf ist der gesetzliche Vertreter vorab hinzuweisen, es sei denn, dadurch würde der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen gefährdet.</p> <p>Sind die Personen nach Satz 1 außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe tätig, sind sie befugt, zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung oder der erforderlichen und geeigneten Hilfen eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuzuziehen und die dafür notwendigen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Vor einer Übermittlung an die genannte Fachkraft sind die Daten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren.</p>

Formal führt das Inkrafttreten des KKG dazu, dass die landesrechtliche Regelung in weiten Teilen durch die bundesrechtliche Regelung gebrochen wird, insofern das SächsKiSchG nicht vom Bundesrecht abweichen darf (nach Art. 31 GG). Hintergrund ist, dass es sich beim Schutz von persönlichen Daten aus der intimen Privatsphäre um materiell-rechtliche Schutzpflichten und nicht etwa um Regelungen zum Verwaltungsverfahren handelt.⁵¹

In der Praxis wird die Informationsweitergabe bei vermuteter Kindeswohlgefährdung nun für die in § 5 S. 1 SächsKiSchG genannten Personen durch § 4 KKG geregelt. Die einzige Ausnahme besteht für Personen, die mit der Ausbildung, Erziehung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen innerhalb von Diensten oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betraut sind und die nicht Berufsgeheimnisträger nach § 203 StGB sind. Sie werden in § 4 Abs. 1 KKG nicht berücksichtigt; für sie gilt weiterhin § 5 SächsKiSchG.⁵²

Grundsätzlich ergeben sich damit je nach Berufsgruppe verschiedene Regelungen, bzw. Verfahren für die Beratung und Informationsweitergabe bei Kindeswohlgefährdungen. Ob in der Praxis durch die unterschiedlichen Regelungen Probleme entstehen, ist nicht bekannt. § 4 KKG und § 5 SächsKiSchG schlagen wie oben dargestellt sehr ähnliche Verfahren zum Vorgehen beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vor. Unterschiede, die in ihrer Wirkung aber schwer einzuschätzen sind, zeigen sich in datenrechtlichen Detailfragen. So sind z. B. Personen nach § 5 SächsKiSchG berechtigt, unter bestimmten Umständen zur Gefahrenabwehr dem Jugendamt die vorliegenden Erkenntnisse mitzuteilen. Die nach § 4 KKG handelnden Personen dürfen in diesem Fall dem Jugendamt die dafür erforderlichen Daten mitteilen.

Die im Detail uneinheitliche Regelung zwischen den Berufsgruppen könnte zu Schwierigkeiten führen. Geprüft werden sollte, ob die Regelungen zur Beratung und Übermittlung

von Informationen bei Kindeswohlgefährdung für alle von der sächsischen Landesregierung vorgesehenen Personen und Berufsgruppen nach dem Vorbild von § 4 KKG vereinheitlicht werden können.

4.2 Entwicklung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen

Die Teilnahmequoten, die im Folgenden ausgewiesen werden, werden mit den Daten der KVS zum Vollzug des EEVs errechnet. Auf dieser Basis können die Informationen zu der Teilnahme an den Untersuchungen mit den Informationen zu den erfolgten Einladungen und Erinnerungen verknüpft werden. Dies ermöglicht die Darstellung der Teilnahmequoten je Erinnerungsstufe für die jeweiligen Einladungsjahre und bietet damit eine sehr gute Möglichkeit,

die Wirkung des EEVs auf die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen darzustellen.

Für die Dokumentation der durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen in Sachsen stehen grundsätzlich zwei weitere Datenquellen zur Verfügung: die Statistik der Schulaufnahmeuntersuchungen und die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung. Ein unmittelbarer Vergleich der Zahlen

ist aufgrund von unterschiedlichen Grundgesamtheiten, der unterschiedlichen Art der Erfassung der Untersuchungen und unterschiedlichen zeitlichen Betrachtungsebenen jedoch nicht möglich. Die Unterschiede sind in der folgenden Tabelle gegenübergestellt:

Tabelle 4-4: Einordnung der verfügbaren Datenquellen zur Berechnung von Untersuchungsquoten im Rahmen des EEVs

	EEV-Statistik, (KVS)	Abrechnungsstatistik	Schulaufnahmeuntersuchungen
Grundgesamtheit	Erfasst werden alle Kinder mit Wohnsitz in Sachsen über die Abfrage der Meldedaten. Ausgeschlossen werden lediglich Kinder, die einen Sperrvermerk vorweisen (siehe Anhang). Es werden die Zeitpunkte aller versendeten Einladungen und Erinnerungen als auch der Untersuchungen erfasst.	Erfasst wird die Zahl der durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen von gesetzlich versicherten Kindern, die bei Ärzten in Sachsen durchgeführt werden.	Erfasst wird die Anzahl an Kindern, die im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung in Sachsen ihr Untersuchungsheft dabei haben, in dem die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert ist.
Erfassung der Untersuchung	Die Teilnahme an den Untersuchungen wird von den Ärzten mittels eines Meldescheins an die KVS gemeldet. Die Ärzte sind angehalten die Untersuchung zu melden, es besteht aber kein Sanktionssystem. Insbesondere wenn Untersuchungen außerhalb des Untersuchungszeitraums stattfinden, sind die Meldeanreize gering.	Die Erfassung der Untersuchungen geschieht mit der Abrechnung der Untersuchungen. Die Erfassung ist damit deutlich sicherer als im Rahmen der EEV-Statistik.	Die Teilnahme an den Untersuchungen wird über die Dokumentation im Untersuchungsheft erfasst.
Betrachtungszeitraum	Sowohl für die Untersuchung als auch für die versendeten Einladungen und Erinnerungen liegen genaue Zeitpunkte vor.	Der Untersuchungszeitpunkt wird erfasst, an die Zeitpunkte der Einladung und Erinnerungen kann sich nur angenähert werden.	Die Informationen liegen jeweils für eine Schuleingangskohorte nach Schuljahren vor und nicht unmittelbar für den Zeitpunkt der Untersuchung. Rückschlüsse auf den Zeitpunkt von Einladung und Erinnerung sind nur über Annäherungen möglich.

Die Vorteile der KVS-Daten zum EEV bestehen zusammenfassend darin, dass

- alle Kinder mit Wohnsitz in Sachsen erfasst werden,
- sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Kinder erfasst werden,
- Untersuchungen sowohl von Ärzten in Sachsen als auch außerhalb Sachsens gemeldet werden und
- die Quoten in Abhängigkeit des Einladungszeitpunktes für konsistente Kohorten ausgewiesen werden können.

Die Nachteile bestehen darin, dass Verzerrungen möglich sind aufgrund von

- Zu- und Wegzügen aus Sachsen und
 - zwar bei der KVS abgerechnete, aber nicht im Rahmen des EEVs gemeldeten Untersuchungen der Ärzte.
- Da die Vorteile der EEV-Statistik für den Zweck der vorliegenden Untersuchung ihre Nachteile überwiegen, werden im Folgenden die Daten der KVS zur Evaluation des EEVs genutzt, um folgende Teilnahmequoten zu berechnen:
- KVS Quote 1** – Untersuchung nach Einladung: Zahl derjenigen, die eine Einladung

erhalten haben, eine Untersuchung nachgewiesen haben und weder erinnert werden, noch an das Gesundheitsamt gemeldet werden, an allen Eingeladenen

- KVS Quote 2** – Untersuchung nach Einladung & Erinnerung: Zahl derjenigen, die eine Einladung und eine Erinnerung erhalten haben, eine Untersuchung nachgewiesen haben, aber nicht an das Gesundheitsamt gemeldet werden, an allen Eingeladenen
- KVS Quote 3** – Untersuchungsquote: Zahl derjenigen, die die Untersuchung nachgewiesen haben an allen Eingeladenen (inklusive Nachmeldungen)

Die Daten der KVS weisen für jede Einladung bzw. Erinnerung ein Datum auf, so dass auch Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Schreiben erstellt wurden, obwohl die Untersuchung bereits stattgefunden hatte, die Meldung des Arztes zum Zeitpunkt der Generierung des Schreibens aber möglicherweise noch nicht bei der KVS eingetroffen war: Sogenannte **falsch positive Einladungen, Erinnerungen oder Meldungen an die Gesundheitsämter**. Für diese falsch positiven Meldungen werden im Folgenden ebenfalls Ergebnisse ausgewiesen.

■ Quote Fehleinladungen: Anteil derjenigen, deren Untersuchungsdatum vor dem Zeitpunkt der Einladungserstellung liegt, an allen Eingeladenen

■ Quote Fehlerinnerung: Anteil derjenigen, deren Untersuchungsdatum vor dem Zeitpunkt der Erinnerungserstellung liegt, an allen Erinnerten

■ Quote Fehlmeldungen an die Gesundheitsämter: Anteil derjenigen, deren Untersuchungsdatum vor dem Datum der Erstellung der Meldung an das Gesundheitsamt liegt, an allen Meldungen an Gesundheitsamt

Für die Gesundheitsämter können die folgenden Quoten ausgewiesen werden:

■ Gesundheitsämter Quote 1 – Interventionsquote der Gesundheitsämter

- Anteil der beendeten Vorgänge mit mindestens einem Kontakt an allen beendeten Fällen
- Anteil der durch Untersuchung nach Beratungsangebot des Gesundheitsamtes beendeten Fälle an allen beendeten Fällen

■ Gesundheitsämter Quote 2 – Meldequote an die Jugendämter

- Anteil der Meldungen an das Jugendamt nach Beratung durch das Gesundheitsamt an allen beendeten Fällen
- Anteil der Meldungen an das Jugendamt ohne Kontaktaufnahme an allen beendeten Fällen

■ Gesundheitsämter Quote 3 – Abbruchquote: Anteil der abgebrochenen Fälle an allen beendeten Fällen

Die Quoten KVS 1 bis 3 sowie Gesundheitsämter 1 und 2 werden in der folgenden Tabelle im Überblick dargestellt. Die folgenden Kapitel enthalten die entsprechenden Erläuterungen und Differenzierungen. Hinweise zur Datengrundlage und Methodik finden sich im Anhang dieses Berichts.

Tabelle 4-5: Untersuchungsquoten des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

EEV-Stufe	Untersuchungsgruppen												
	U5				U6				U7				U8
	2011	2012	2013		2011	2012	2013		2011	2012	2013		2011
Untersuchungszeiträume*													
KVS	Einladungen	27.836	33.385	33.422	23.901	33.878	33.629	22.879	34.366	34.108	22.597	33.466	33.280
													33.847
	Untersuchungen nach Einladung	19.593	25.801	25.814	14.394	21.897	21.786	10.933	18.834	18.622	10.096	16.424	15.045
	Quote KVS I (%) Untersuchung nach Einladung/Einladungen	70,39 %	77,28 %	77,24 %	60,22 %	64,63 %	64,78 %	47,79 %	54,80 %	54,60 %	44,68 %	49,08 %	45,21 %
	Untersuchungen nach Erinnerung	1.733	2.149	2.200	4.335	8.223	8.058	4.820	10.877	11.161	3.806	9.736	9.538
													9.862
	Quote KVS II (%) Untersuchung nach Einladung und Erinnerung/Einladungen	76,61 %	83,72 %	83,82 %	78,36 %	88,91 %	88,74 %	68,85 %	86,45 %	87,32 %	61,52 %	78,17 %	73,87 %
	Untersuchungen (inkl. Nachmeldungen)	24.672	30.811	31.005	21.468	31.456	31.193	19.721	31.135	31.035	19.136	29.515	28.977
													29.471
	Quote KVS III (%) Untersuchungen insgesamt/Einladungen	88,63 %	92,29 %	92,77 %	89,82 %	92,85 %	92,76 %	86,20 %	90,60 %	90,99 %	84,68 %	88,19 %	87,07 %
GÄ/SMS	Meldungen an GÄ	6.399	5.171	5.113	5.016	3.427	3.346	6.914	4.297	3.860	8.509	6.915	8.317
													8.378
	Quote KVS IV (%) Meldungen GÄ/Einladungen	22,99 %	15,49 %	15,30 %	20,99 %	10,12 %	9,95 %	30,22 %	12,50 %	11,32 %	37,66 %	20,66 %	24,99 %
	beendete Fälle GÄ	3.585	5.365	4.373	1.539	4.221	3.243	1.074	6.543	3.901	2.626	8.148	9.142
	Interventionen/Erinnerungen GÄ	2.465	3.800	3.468	590	3.175	2.905	55	4.266	3.604	1.033	5.500	5.725
													5.849
GÄ/SMS	Quote GÄ I (%)	68,8 %	70,8 %	79,3 %	38,3 %	75,2 %	89,6 %	5,1 %	65,2 %	92,4 %	39,3 %	67,5 %	62,6 %
	Meldungen an JÄ	2	6	5	0	4	6	9	1	5	0	4	2
													4
Quote GÄ II (%)		0,06 %	0,11 %	0,11 %	0,00 %	0,09 %	0,19 %	0,00 %	0,02 %	0,13 %	0,00 %	0,05 %	0,02 %
													0,06 %

*Die Bildung der Untersuchungszeiträume bezieht sich bei den KVS Zahlen auf das Jahr der Einladung, bei den GÄ-Zahlen auf das Jahr der Beendigung des Falls

4.2.1 Gesamtquoten

KVS: Stufe 1 bis 3

Die folgenden Abbildungen stellen für alle U-Stufen die Entwicklung der verschiedenen Teilnahmequoten der Jahre 2011 bis 2013 dar. Auf allen Stufen und Erinnerungsebenen zeigt sich ein erster deutlicher Anstieg vom Einführungsjahr 2011 zu 2012. Im Jahr 2013 wiederum sind nur noch geringe Teilnahmesteigerungen zu verzeichnen, das erreichte Niveau von 2012 wird mehr oder weniger gehalten.

Zudem zeigt die Übersicht, dass die Teilnahmequoten mit dem Alter der Kinder tendenziell abnehmen, sich dieser Effekt aber zwischen 2011 und 2013 abschwächt.

Die Wirkungsweise des EEVs zeigt sich in einer Verschiebung der Quotenverläufe nach oben. Sie verdeutlicht die Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen mit jeder Stufe des Erinnerungssystems: Nach der Einladung liegt die Teilnahmequote (grüne Linie) zwischen 45 % (U8, 2013) und 77 % (U5, 2013) und damit noch auf einem recht niedrigen Niveau. Mit den Erinnerungen steigert sich die Teilnahme erheblich. 2013 lag sie zwischen 73,8 % (U8) und 93,8 % (U5) (gelbe Linie) aller eingeladenen Kinder. Der Anstieg von 2011 auf 2012 fällt insbesondere bei den späteren Früherkennungsuntersuchungen besonders deutlich aus.

Die Untersuchungsquoten insgesamt, worin auch die nachgemeldeten Untersuchungen von Kindern, die zunächst an die Gesundheitsämter gemeldet wurden, enthalten sind, lag im Jahr 2013 für die Früherkennungsuntersuchungen U5 und U6 bei rund 93 % und bei 91 % für die U7. Lediglich die U7a und U8 bleiben unter der 90 %-Grenze (U7a 89,5 %, U8 87 %).

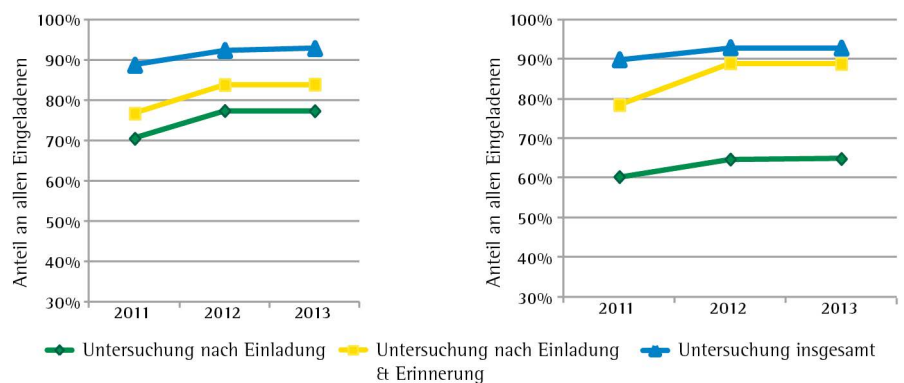
Im Fall der U4 ist die Untersuchungsquote die einzige, die aufgrund des verkürzten EEVs ausgewiesen werden kann (siehe Methodenkapitel). Entgegen der Beobachtung bei den anderen U-Stufen, dass die Inanspruchnahme mit dem Alter der Kinder abnimmt, liegt die Un-

tersuchungsquote der U4 mit 87,7 % 2013 nur über dem Wert der U8, aber unter allen anderen U-Stufen. Gemeinsam mit allen anderen Stufen ist bei der U4 ebenfalls ein deutlicher Anstieg der Teilnahme im Jahr 2012 (84,9 %) gegenüber 2011 (77,7 %) fest zu stellen und nur noch wenig Steigerung im Jahr 2013 (87,7 %).

Eine mögliche Ursache für die geringe Teilnahme nach den Einladungen und eine sehr viel stärkere Teilnahme nach den Erinnerun-

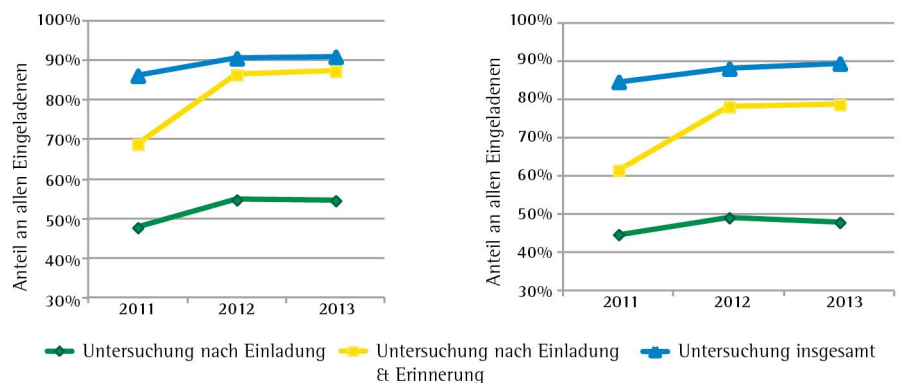
gen könnte mit den Zeitpunkten der Einladungsschreiben und den empfohlenen Untersuchungszeiträumen zusammenhängen. In Tabelle 4-2 wurde deutlich, dass die KVS die Einladungsschreiben bereits rund 2 Monate vor Beginn der Untersuchungszeiträume verschickt. Entsprechend ist vorstellbar, dass viele Eltern die Einladungen mit Blick auf den Untersuchungszeitraum zunächst zur Seite legen und erst mit Erhalt der Erinnerung aktiv werden, um die Untersuchung wahrzunehmen.

Abbildung 4-2: Entwicklung der Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U5 (links) und U6 (rechts), Sachsen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der KVS Statistik Mahnwesen/Untersuchungen nach Geburtsdatum.

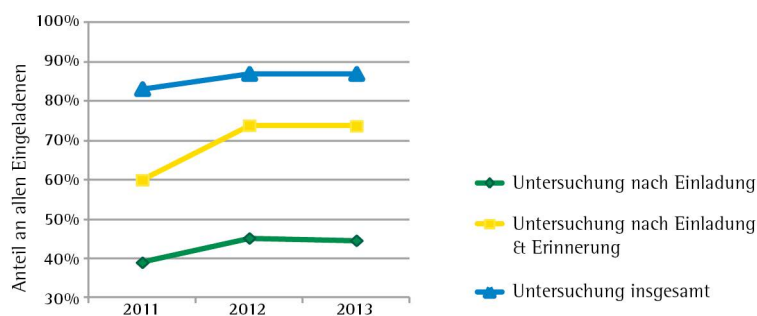
Abbildung 4-3: Entwicklung der Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U7 (links) und U7a (rechts), Sachsen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der KVS Statistik Mahnwesen/Untersuchungen nach Geburtsdatum.

Die Steigerung der Teilnahme nach der Erinnerung, insbesondere bei den späteren Früherkennungsuntersuchungen ab dem Jahr 2012, macht in vielen Fällen ein Aktivwerden der Gesundheitsämter nicht mehr notwendig. Gleichzeitig, zeigt der geringe Abstand zwischen der Teilnahme nach Einladung und Erinnerung und der Teilnahme insgesamt (hellblaue Linie), dass die Eltern, die nach den Erinnerungen nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, auch schwer auf anderen Wegen zu motivieren sind.

Abbildung 4-4: Entwicklung der Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U8, Sachsen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der KVS Statistik Mahnwesen/Untersuchungen nach Geburtsdatum.

4.2.2 Meldungen der KVS an die Gesundheitsämter

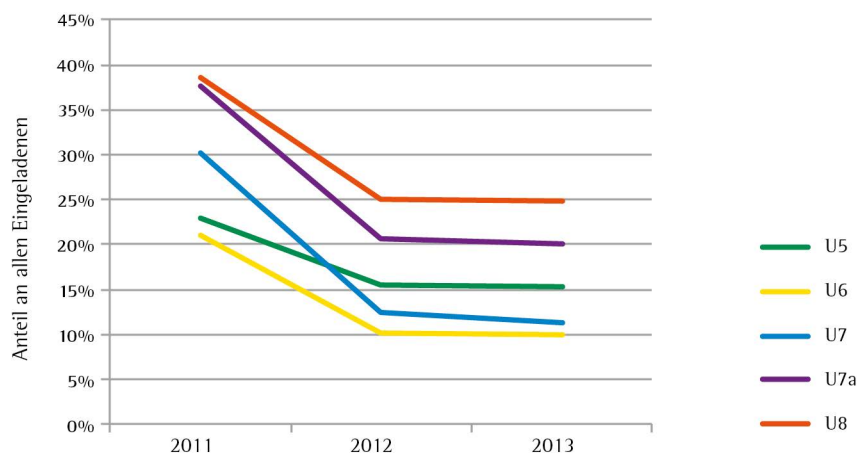
Die dargestellte Untersuchungsquote „insgesamt“ (hellblaue Linie in den Abbildung 4-2 bis Abbildung 4-4) ist als finale Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen zu interpretieren, da sie alle erfolgten Untersuchungen, auch die nachgemeldeten, erfasst. Neben den Einladungen und Erinnerungen der KVS tragen auch die Weiterleitungen der Meldedaten an die Gesundheitsämter im Falle einer nicht erfolgten Untersuchung, und die dann erfolgende Information zum Erreichen dieser Quote bei. Abbildung 4-5 stellt die Meldequote an die Gesundheitsämter an allen eingeladenen Kindern nach U-Stufen für die Jahre 2011 bis 2013 dar.

Analog zu den gezeigten Ergebnisse (in den Abbildung 4-2 bis Abbildung 4-4) ist festzustellen, dass der Anteil der Fälle, die an die Gesundheitsämter gemeldet werden an allen Eingeladenen von 2011 bis 2012 erheblich gesunken und dann auf niedrigem Niveau geblieben.

ben. Auch hier zeigen sich jedoch wieder die Niveauunterschiede nach dem Alter der Kinder: Am höchsten ist die Weiterleitungsquote

an die Gesundheitsämter bei der U8 (27,8 % in 2013), am niedrigsten bei der U5 bzw. U6 (15,3 % bzw. 10 % in 2013).

Abbildung 4-5: Meldequote an die Gesundheitsämter, nach U-Stufen, Sachsen, 2011 - 2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der KVS Statistik Mahnwesen/Untersuchungen nach Geburtsdatum.

4.2.3 Falsch positive Einladungen, Erinnerungen und Weiterleitungen an die Gesundheitsämter

Ein häufiger Kritikpunkt am EEV bezieht sich darauf, dass trotz einer bereits durchgeführten Früherkennungsuntersuchung ein Einladungs- oder Erinnerungsschreiben der KVS oder des Gesundheitsamtes, versandt wird. Zu solchen falsch positiven Einladungen oder Erinnerungen kommt es, wenn die Benachrichtigungen der Ärzte bei der KVS und den Gesundheitsämtern eintreffen, nachdem diese bereits die nächste Erinnerungsstufe in die Wege geleitet haben.

Auf Basis der Statistik der KVS sind Auswertungen zu falsch positiven Einladungen und Erinnerungen grundsätzlich möglich, aller-

dings sind sie mit einer gewissen Unschärfe behaftet (siehe Kapitel 9).

Auswertungen, die überprüfen, ob das Datum der nachgewiesenen Untersuchung vor dem Zeitpunkt der Erstellung der Einladung oder der Erinnerung liegt, zeigen für die Einladungsschreiben fast keine falsch positiven Meldungen an (Tabelle 4-6). Für alle U-Stufen und Jahre liegt der Anteil an Einladungen, die erstellt wurden, obwohl bereits eine Untersuchung nachgewiesen wurde bei unter 0,1 %.

Für die Erinnerungen und die Meldungen an die Gesundheitsämter zeigt sich jedoch ein

deutlich anderes Bild: Der Anteil der falsch positiven Erinnerungen liegt zwischen 12 % (U8, 2012) und 35 % (U5, 2012). Der Anteil der falsch positiven Meldungen an die Gesundheitsämter liegt mit 15 % (U7, 2012) bis 36 % (U5, 2013) noch höher. (Ergebnisse für alle U-Stufen und Jahre, siehe Tabelle 4-6)

Auch wenn ein Teil dieser Ergebnisse auf Leseprobleme des Untersuchungsdatums auf den Meldungen der Ärzte zurückzuführen ist, ist der Anteil doch erheblich und sollte genauer untersucht und behoben werden.

Tabelle 4-6: Falsch positive Meldungen

	Untersuchungsgruppen														
EEV-Stufe	U5			U6			U7			U7a	U8				
	Untersuchungszeiträume*														
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Einladungen	27.836	33.385	33.422	23.901	33.878	33.629	22.879	34.366	34.108	22.597	33.466	34.352	22.101	33.280	33.847
Untersuchungen vor Einladung	11	22	23	9	15	30	4	12	20	9	23	15	4	10	15
	0,04 %	0,07 %	0,07 %	0,04 %	0,04 %	0,09 %	0,02 %	0,03 %	0,06 %	0,04 %	0,07 %	0,04 %	0,02 %	0,03 %	0,04 %
Erinnerungen	8.162	7.391	7.375	9.391	11.744	11.522	11.807	15.302	15.159	12.392	16.830	17.606	13.284	17.999	18.359
Untersuchungen vor Erinnerung	2.395	2.246	2.585	2.574	3.310	3.744	2.141	2.657	3.213	2.001	2.539	3.216	1.891	2.215	3.033
	29,34 %	30,39 %	35,05 %	27,41 %	28,18 %	32,49 %	18,13 %	17,36 %	21,20 %	16,15 %	15,09 %	18,27 %	14,24 %	12,31 %	16,52 %
Meldung an Gesundheits- amt	6.399	5.171	5.113	5.016	3.427	3.346	6.914	4.297	3.860	8.509	6.915	6.864	8.547	8.317	8.378
Untersuchung vor Mel- dung Gesundheitsamt	2.096	2.246	2.585	1.326	706	731	1.510	664	618	1.651	1.180	1.425	1.678	1.357	1.638
	32,76 %	32,93 %	36,12 %	26,44 %	20,60 %	21,85 %	21,84 %	15,45 %	16,01 %	19,4 %	17,06 %	20,76 %	19,63 %	16,32 %	19,55 %

*Die Bildung der Untersuchungszeiträume bezieht sich bei den KVS Zahlen auf das Jahr der Einladung, bei den GÄ-Zahlen auf das Jahr der Beendigung des Falls.

4.2.4 Aktivitäten der Gesundheitsämter

Stufen 4 und 5

Im folgenden Kapitel werden die Aktivitäten der Gesundheitsämter im Rahmen des EEV genauer analysiert. Die Zahl der Fälle, die pro Quartal beim Gesundheitsamt bearbeitet, beziehungsweise dort beendet werden, ist in Abbildung 4-6 dargestellt. Während sich die Meldungen der KVS in Abbildung 4-5 auf das Jahr der ersten Einladung beziehen, ist im Folgenden der Zeitpunkt der Beendigung der Fallbearbeitung entscheidend (siehe Erläuterungen in Kapitel 9).

Der erste steile Anstieg beendeter Fälle bis zum ersten Quartal 2012, insbesondere bei den Untersuchungen U6, U7, U7a und U8, ist mit unterschiedlichen Einführungszeitpunkten des EEVs zu erklären.⁵³ Ab dann sind – mit einigen Schwankungen – tendenziell rückläufige Fallzahlen zu beobachten. Da bei der Betrachtung von absoluten Zahlen auch unterschiedlich starke Jahrgänge Ursache dieser Entwicklungen sein können, werden im Folgenden Quoten in Relation zur Gesamtzahl der beendeten Fälle pro Jahr ausgewiesen.

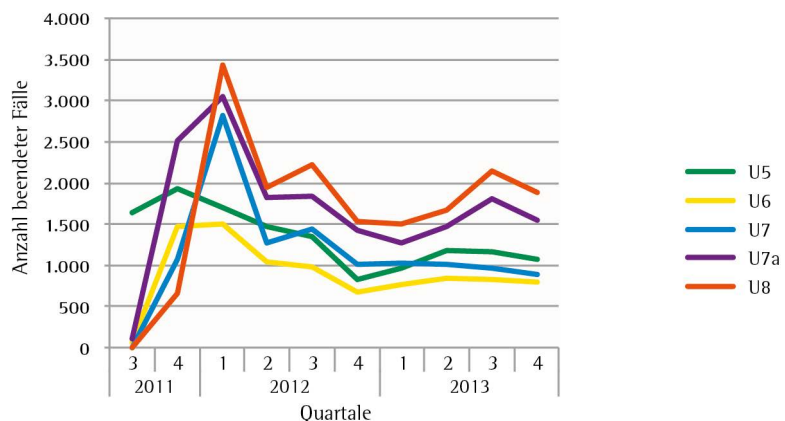
1. Interventionsquote der Gesundheitsämter

Das Gesundheitsamt nimmt frühestens zehn Tage nach Ablauf des Toleranzzeitraums Kontakt mit den gesetzlichen Vertretern auf, für deren Kinder bisher kein Nachweis für die betreffende U-Untersuchung vorliegt. Eine Kontaktaufnahme bleibt nur dann aus, wenn Nachmeldungen der Untersuchung über die KVS eintreffen, bevor die Gesundheitsämter aktiv werden. Abbildung 4-7 zeigt dementsprechend einen hohen Anteil von beendeten Fällen mit mindestens einem Kontakt des Gesundheitsamtes.

Vor dem Hintergrund des Anstiegs der Untersuchungsquoten gemäß KVS-Statistik und dem damit einhergehenden Rückgang der Weiterleitung von Daten an die Gesundheitsämter, scheinen die Fälle, die noch dort gemeldet werden, die „beratungsresistenteren“ zu sein. Der Anteil der Fälle, die sich durch Nachmeldungen von Untersuchungen erledigen und den Einsatz der Gesundheitsämter entbehrlich machen, geht zurück. Über alle U-Stufen hinweg fällt der Anteil der beendeten Fälle durch Nachmeldung von 71,4 % auf 40,4 %.

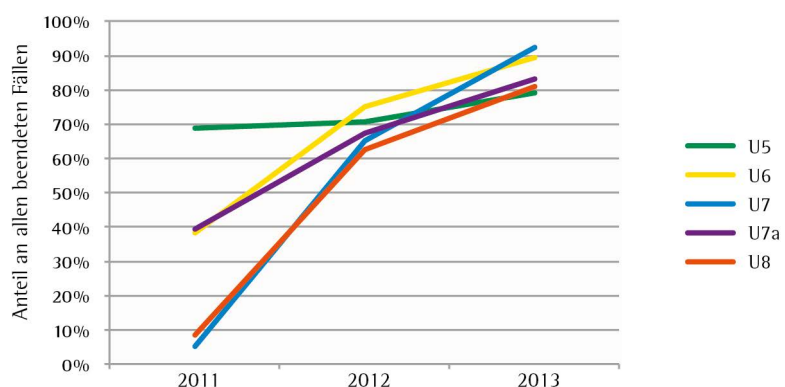
Gleichzeitig steigt hingegen der Anteil der Fälle, bei denen die Untersuchung erst nach dem Beratungsangebot durch das Gesundheitsamt stattgefunden hat (Abbildung 4-8). Dabei lie-

Abbildung 4-6: Entwicklung der **beendeten Fälle** je U-Stufe nach Quartalen, Sachsen, 2011-2013



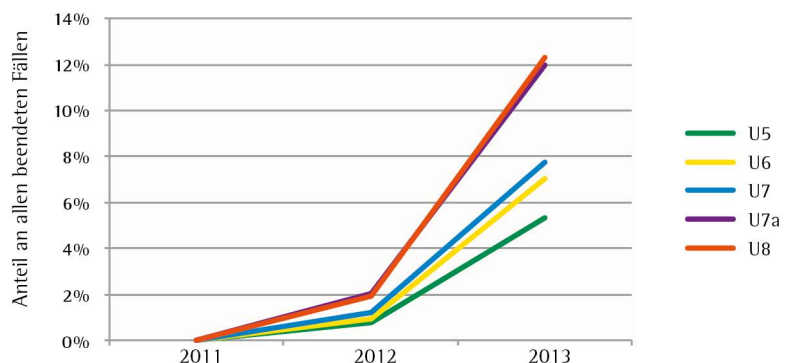
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

Abbildung 4-7: Anteil beendeter Fälle mit **mindestens einem Kontakt des Gesundheitsamtes** an allen beendeten Fällen nach U-Stufe, Sachsen, 2011 – 2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

Abbildung 4-8: Anteil beendeter Fälle durch **Untersuchung nach Beratungsangebot durch das Gesundheitsamt** an allen beendeten Fällen nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

gen die Anteile und auch die Anstiege über den Zeitverlauf insbesondere bei der U5 mit 9,6 % (2013) deutlich niedriger als bei den späteren U-Untersuchungen (U7a und U8) mit 12 % bzw. 12,3 % (2013). Während der Rückgang der Fallzahlen insgesamt, die bei den Gesundheitsämtern ankommen, auf den Erfolg der Einladungen und Erinnerungen der KVS zurückzuführen ist, ist der Anstieg der beendeten Fälle durch Untersuchung nach Beratungsangebot des Gesundheitsamtes, als Erfolg der Arbeit der Gesundheitsämter zu bewerten.

2. Weiterleitung der Gesundheitsämter an die Jugendämter

Auch wenn im Zeitverlauf zunehmend Fälle von den Gesundheits- an die Jugendämter zur weiteren Prüfung weitergeleitet werden, bleibt die absolute Zahl der Fälle gering. Auf eine relative Darstellung wird daher verzichtet.

In der Verlaufsstatistik der Gesundheitsämter wird zwischen Meldungen nach Beratung durch das Gesundheitsamt und Meldungen, weil keine Kontaktaufnahme möglich war, unterschieden. Die Zahl der Meldungen nach Beratung ist dabei deutlich geringer. Im Jahr 2011 wurden 3 Meldungen weitergegeben, 2013 waren es insgesamt 4 (Tabelle 4-7).

Die Zahl der Meldungen ohne vorherige Kontaktaufnahme (Tabelle 4-8) lag 2011 bei 2 und 2013 bei 20 Fällen. In diesen Fällen ist entsprechend die Wahrscheinlichkeit höher, dass sich der Verdacht auf eine konkrete Kindeswohlgefährdung nicht bestätigt. Vielmehr legen die erhöhten Fallzahlen die Vermutung nahe, dass die Gesundheitsämter entsprechend dem EEV sensibler werden und sich häufiger über eine Meldung an das Jugendamt absichern.

3. Abbrüche

Abbildung 4-9 macht deutlich, dass der Anteil der Abbrüche an allen beendeten Fällen in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist. Der Anteil lag für alle U-Stufen gemeinsam 2011 bei 6,9 % und 2013 bei 38,4 %. Besonders stark fällt die Zunahme bei der U7 aus, mit einem Anstieg von 0,6 % auf 48,1 %. Um die Zunahme der Abbrüche bewerten zu können ist der jeweilige Grund entscheidend.

Tabelle 4-7: Meldungen an Jugendamt durch Gesundheitsämter **nach Beratung durch Gesundheitsamt** nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013

U-Untersuchung	2011	2012	2013
U5	0	1	2
U6	0	0	0
U7	0	0	1
U7a	0	2	1
U8	0	0	0

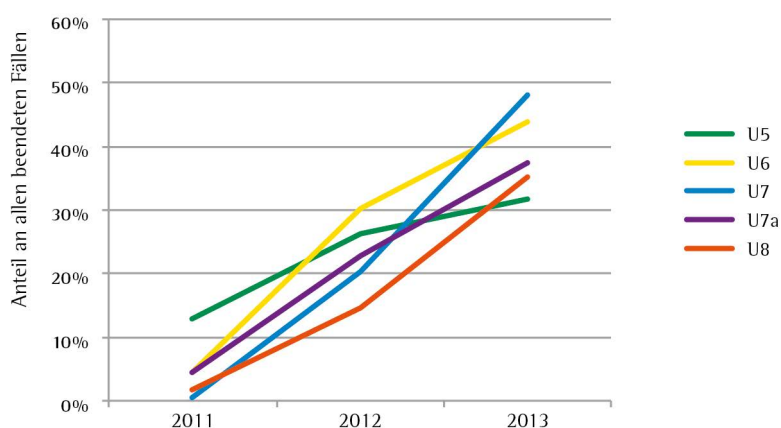
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

Tabelle 4-8: Meldungen an Jugendamt durch Gesundheitsämter **weil keine Kontaktaufnahme möglich** nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013

U-Untersuchung	2011	2012	2013
U5	2	5	5
U6	0	4	5
U7	0	1	4
U7a	0	2	2
U8	0	2	4

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

Abbildung 4-9: Anteil **abgebrochener Fälle** an allen beendeten Fällen nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013



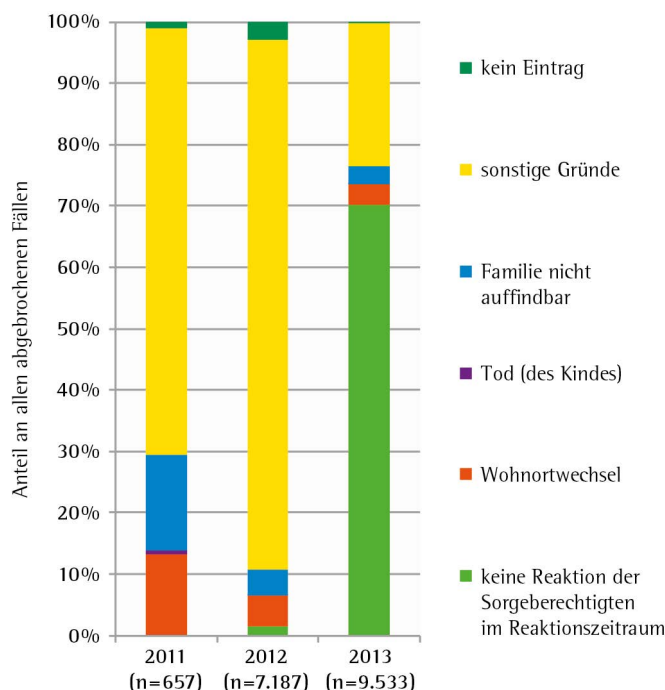
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

Gründe für einen Abbruch können gemäß der Vorgangstatistik der Gesundheitsämter folgende sein (siehe Abbildung 4-10): keine Reaktion der Sorgeberechtigten im Reaktionszeitraum, Wohnortwechsel, Tod (des Kindes), Familie nicht auffindbar, sonstige Gründe und kein Eintrag. Es ist jedoch bei allen Abbrüchen davon auszugehen, dass sichergestellt wurde, dass keine Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen.

Auffällig ist bei allen U-Stufen, dass der Anteil der Abbrüche aufgrund fehlender Reaktion der Sorgeberechtigten von 2012 auf 2013 sehr stark angestiegen ist. Insgesamt lag der Anteil 2012 bei nur 2 %, 2013 dann bereits bei 68 %. Den deutlichsten Rückgang unter den Gründen für einen Verfahrensabbruch hat hingegen die Kategorie sonstige Gründe erfahren von 86 % (2012) auf 22 % (2013). Es liegt nahe, dass diese Kategorie zugunsten der anderen reduziert wurde.

Von der Tendenz sind die Entwicklungen dabei in den einzelnen U-Stufen ähnlich (ohne Abbildung).

Abbildung 4-10: Abgebrochene Fälle nach Grund des Abbruchs, Summe aller U-Stufen, Sachsen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

4.2.5 Regionale Unterschiede

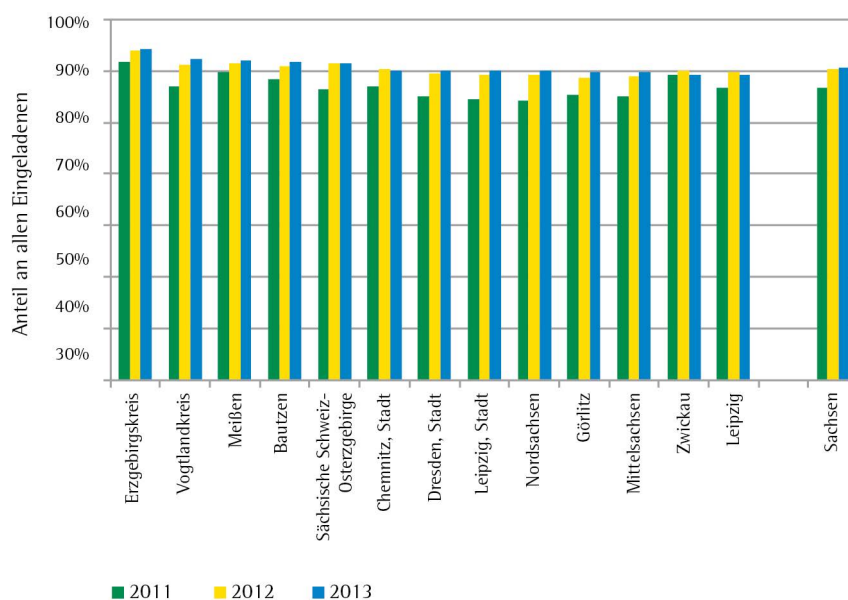
Im Folgenden wird auf regionale Unterschiede der bisher für ganz Sachsen ausgewiesenen Teilnahmequoten eingegangen. Hierfür werden die erreichten Untersuchungsquoten für alle U-Stufen zusammengefasst.

KVS: Stufe 1 bis 3

Insgesamt zeigt Abbildung 4-11, dass sich die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zwischen 2011 und 2013 in allen Kreisen ähnlich entwickelt hat. Die größte Steigerung ist im Jahr 2012 zu verzeichnen. 2013 gibt es gegenüber 2012 nur noch in einzelnen Kreisen weitere Steigerungen.

Der Durchschnitt aller Untersuchungsquoten (KVS Quote 3) schwankt 2013 zwischen den Kreisen von 89,08 % (Leipzig, Land) bis 94,10 % (Erzgebirgskreis). Für Sachsen insgesamt liegt er bei 90,61 %. Besonders starke Quotenanstiege sind in Nordsachsen, Leipzig (Stadt) und im Vogtlandkreis zu verzeichnen mit über 5 Prozentpunkten erreicht worden.

Abbildung 4-11: Entwicklung der Untersuchungsquote (KVS Quote 3) in Summe aller U-Stufen nach Kreisen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der KVS Statistik Mahnwesen/Untersuchungen nach Geburtsdatum.

Bezogen auf die einzelnen Stufen des EEV's zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 4-12): In Sachsen insgesamt liegt die Teilnahmequote nach der Einladung bei 57,7 % (2013). Zwischen den einzelnen Kreisen schwankt diese Quote zwischen 50,9 % (Görlitz) und 67,4 % (Erzgebirgskreis). Nach der Erinnerung steigt die Teilnahmequote in Sachsen auf 82,5 % an. Die regionale Differenzierung zeigt an dieser Stelle Schwankungen zwischen 80 % (Sächsische Schweiz-Osterzgebirge) und 88,5 % (Erzgebirgskreis). Die höchsten Steigerungen sind dabei in Görlitz (+29,2 Prozentpunkte) und in Meißen (+28,65 Prozentpunkte) zu verzeichnen.

Inklusive aller Nachmeldungen steigt die Teilnahmequote in Sachsen auf 90,6 % an. Die regionalen Unterschiede liegen hier, wie schon in Abbildung 4-11) gezeigt werden konnte, zwischen 89,08 % in Nordsachsen und 94,1 % in Chemnitz. Im Vergleich zu dem Zeitpunkt nach der Erinnerung, erhöhen sich die Teilnahmequoten damit um durchschnittlich 8,15 Prozentpunkte.

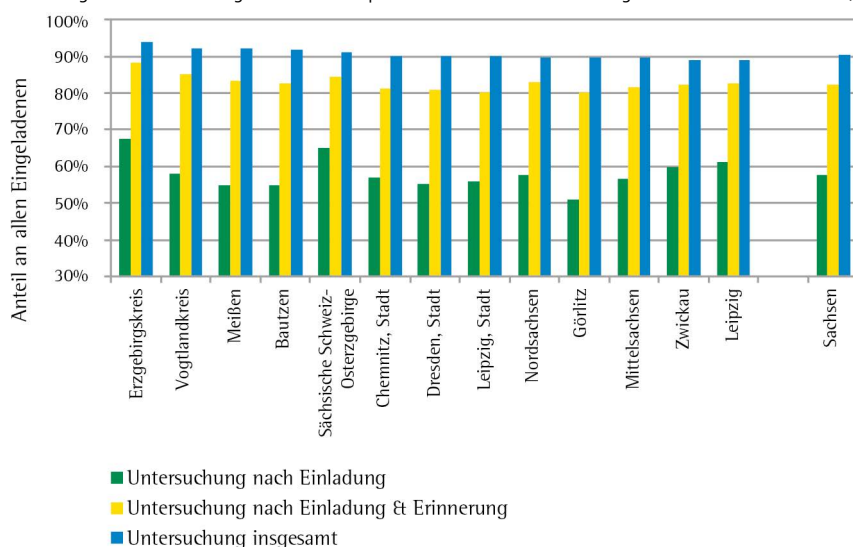
Mit der Zunahme von Untersuchungen nach Erinnerung ist der Anteil der Fälle, die von der KVS an das Gesundheitsamt gemeldet werden an allen Eingeladenen, deutlich zurück gegangen. Abbildung 4-13 zeigt sehr deutlich, dass in allen Kreisen eine Reduktion der Meldequote an die Gesundheitsämter von 2011 auf 2012 stattgefunden hat. In ganz Sachsen war ein Rückgang von 29,66 % auf 16,27 % zu verzeichnen (-13,38 Prozentpunkte). Überdurchschnittlich fiel der Rückgang der Meldungen in Nordsachsen (-17,31 Prozentpunkte) und in Görlitz (-16,53 Prozentpunkte) aus.

Gesundheitsämter: Stufen 4 und 5

1. Interventionsquote der Gesundheitsämter

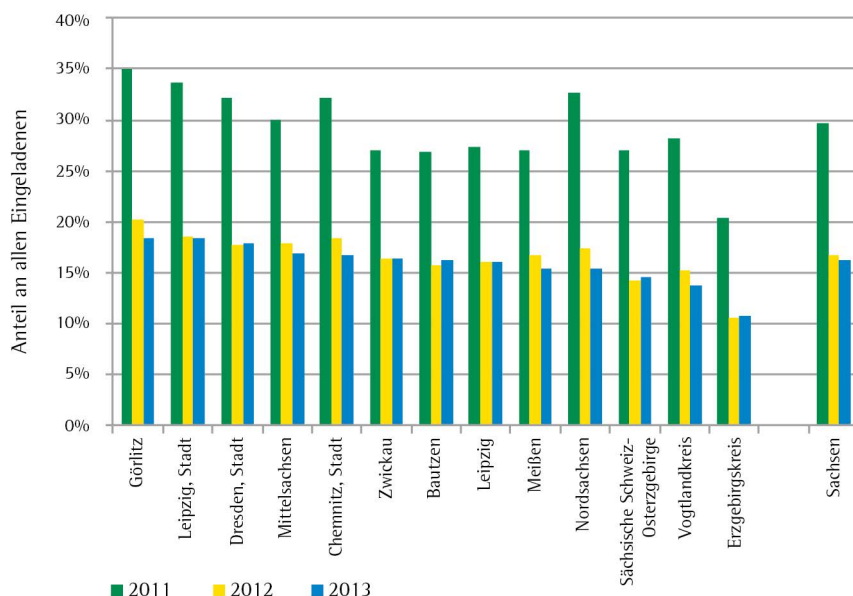
Der Anteil der beendeten Fälle, bei denen mindestens ein Kontakt mit dem Gesundheitsamt bestand, ist über alle U-Stufen hinweg von durchschnittlich 44,3 % (2011) auf 84,1 % (2013) angestiegen (Abbildung 4-14). Auf Kreisebene zeigt sich, dass Leipzig Stadt und Nordsachsen 2013 die höchsten Interventionsquoten haben (92,3 % bzw. 89,6 %). Im Vergleich zu 2011 zeigt Mittelsachsen den stärksten Anstieg an Kontaktaufnahmen.

Abbildung 4-12: Entwicklung der Teilnahmequoten an allen U-Untersuchungen in Summe nach Kreisen, 2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der KVS Statistik Mahnwesen/Untersuchungen nach Geburtsdatum.

Abbildung 4-13: Meldequote an die Gesundheitsämter in Summe aller U-Stufen nach Kreisen, 2011- 2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der KVS Statistik Mahnwesen/Untersuchungen nach Geburtsdatum.

2. Meldungen an das Jugendamt (Meldequote)

Unter Meldungen an das Jugendamt durch die Gesundheitsämter sind im Folgenden die Meldungen nach Beratung als auch die Meldungen nach gescheiterter Kontaktaufnahme zusammengefasst (Abbildung 4-13). Die mit Abstand höchste Anzahl an Meldungen macht die Sächsische Schweiz-Osterzgebirge: 16 der insgesamt

22 Meldungen in Sachsen, wurden 2013 in der Sächsischen Schweiz-Osterzgebirge gemacht. Im Jahr 2012 waren es bereits 7. Differenziert nach U-Stufen liegt die Sächsische Schweiz bei allen U-Untersuchungen vor den anderen Kreisen. Die meisten Meldungen wurden dabei im Rahmen der U5 und U6 gemacht.

Der Landkreis Meißen ist mit 3 Meldungen an das Jugendamt 2013 insgesamt auf dem zweiten Rang nach der Sächsischen Schweiz. In Meißen wurden die Fälle im Rahmen der U7 und U8 gemacht.

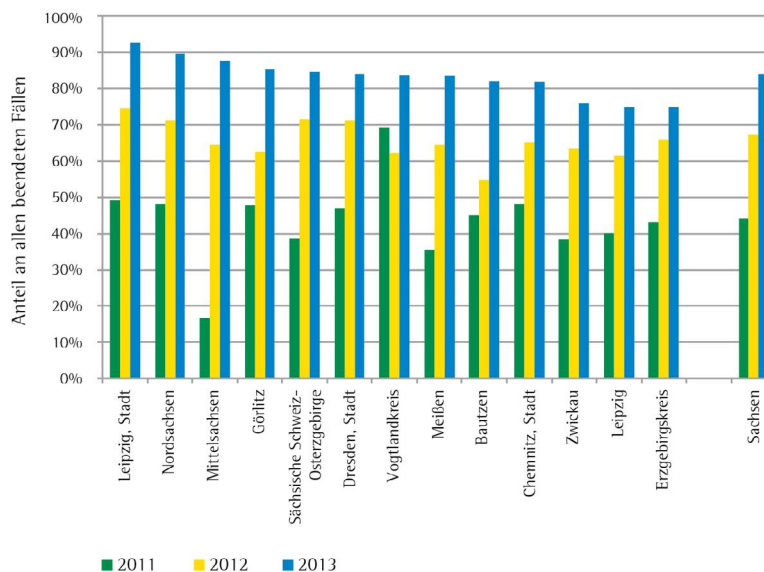
3. Abbrüche (Abbruchquote)

Der Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge fällt mit Blick auf den Anteil der abgebrochenen Fälle an allen beendeten Fällen erneut auf. Die Abbruchquoten liegen dort deutlich unter den Werten der anderen Kreise.

Deutlich über der durchschnittlichen Abbruchquote in Sachsen (38,35 %) liegen 2013 die Kreise Zwickau (46,75 %), Mittelsachsen (46,63 %) und Görlitz (46,39 %). Über die unterschiedlichen U-Stufen ist es ebenfalls immer einer der genannten drei Kreise, der die höchste Abbruchquote aufweist. Bei der U5 ist es Mittelsachsen, bei der U6 Görlitz, bei der U7 alle drei, bei der U7a Zwickau und bei der U8 Mittelsachsen und Zwickau.

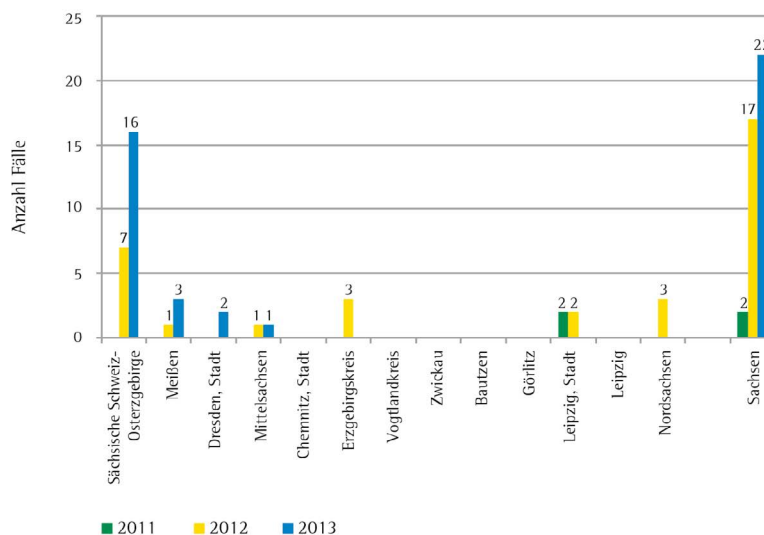
Im Vergleich zu den Ergebnissen der KVS-Statistik zeigen sich bei den Gesundheitsämtern deutlich stärkere regionale Unterschiede. Die Verfahren der Gesundheitsämter scheinen aufgrund der Vielzahl an beteiligten Ämtern entsprechend heterogener zu sein. Am Beispiel der Sächsischen Schweiz-Osterzgebirge kommt die Vermutung auf, dass einige Ämter angehalten sind, Vorgänge seltener abubrechen und eher den sicheren Weg mit einer Meldung an die Jugendämter zu gehen.

Abbildung 4-14: Anteil beendeter Fälle mit **mindestens einem Kontakt des Gesundheitsamtes** an allen beendeten Fällen nach Kreisen, 2011 – 2013



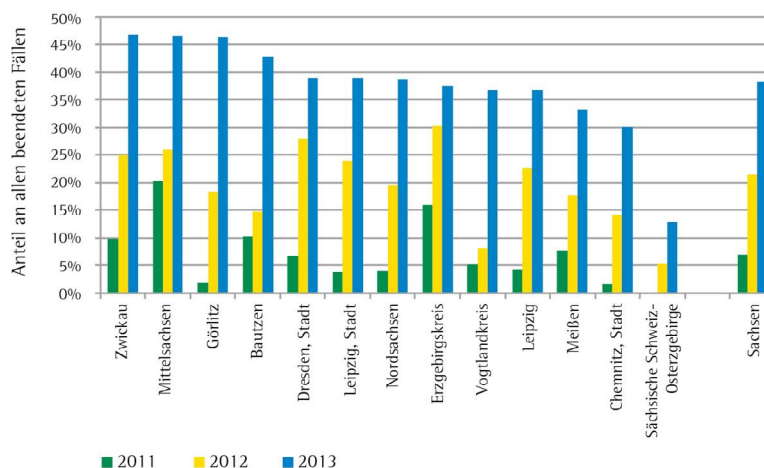
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

Abbildung 4-15: Meldungen an Jugendamt durch Gesundheitsämter nach Kreisen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

Abbildung 4-16: Anteil **abgebrochener Fälle** an allen beendeten Fällen nach Kreisen, 2011-2013



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter.

4.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Daten des EEV's zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zeigen eine positive Entwicklung. Die Untersuchungsquoten konnten insbesondere im Jahr 2012 gegenüber 2011 deutlich gesteigert und 2013 auf dem Niveau von 2012 gehalten werden. Dabei konnte insbesondere die Teilnahme an den späteren Früherkennungsuntersuchungen gesteigert werden. Regional zeigt sich für diese Entwicklungen ein homogenes Bild.

Bezogen auf die einzelnen Stufen des EEVs zeigt sich eine relativ niedrige Untersuchungsquote nach den Einladungen. Der Effekt des EEVs tritt erst mit der Erinnerung ein. Eine Ursache könnte in den von der KVS sehr früh

versendeten Einladungsschreiben liegen. Eine Anpassung der Fristen könnte dieses Problem reduzieren. Zudem konnten für die Erinnerungsschreiben und auch für die Meldungen an die Gesundheitsämter ein recht hoher Anteil an falsch positiven Meldungen auf Basis der KVS-Statistik identifiziert werden. Eine Überprüfung des Systems erscheint sinnvoll, um das Verfahren effizienter zu gestalten und um zu verhindern, dass eine Frustration der Eltern über unnötige Einladungsschreiben zur Nichtteilnahme an den Untersuchungen führt.

Auf Basis der Daten der Gesundheitsämter zeigt sich, dass entsprechend der höheren Inanspruchnahme nach Einladung und Erinne-

rung die hier eingehenden Meldungen zurückgehen. Allerdings steigt die Interventionsquote der Gesundheitsämter deutlich.

Bei der Weitergabe der Meldungen an die Jugendämter ist die Datenlage nicht so einfach zu interpretieren. Insgesamt werden wenige Fälle gemeldet, wobei diese Fälle häufiger unkonkret sind, weil keine eigene Kontaktaufnahme möglich war. Diese Entwicklung kann zum Einen ein Zeichen dafür sein, dass die Gesundheitsämter dem Ziel des EEV entsprechend vorsichtiger geworden sind. Gleichzeitig verdeutlicht dies die begrenzten Möglichkeiten der Gesundheitsämter, Verdachtsmomente selber aufklären zu können.

5 Einschätzungen zum Einladungs- und Erinnerungsverfahren

In dem folgenden Kapitel wird zusammengefasst, wie die am EEV sowie an den Früherkennungsuntersuchungen beteiligten Akteure ihre Rolle im Verfahren, die Wirkung des Verfahrens und der Untersuchungen, den Aufwand sowie Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Verfahrens einschätzen. Zentraler Akteur und Zielgruppe des EEVs sind zum einen die Sorgeberechtigten (zumeist die Eltern) der in Sachsen wohnenden Kinder im Alter von drei bis 48 Monaten. Zum anderen sind es die am EEV sowie den Früherkennungsuntersuchungen beteiligten Ärzte, Jugendämter, Gesundheitsämter. Ergänzend wurden auch die Koordinatoren der Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hil-

fen in Sachsen um ihre Einschätzungen zum EEV bzw. den Früherkennungsuntersuchungen gebeten.⁵⁴

Die Einschätzungen wurden über zwei Wege erhoben: Zunächst wurden im Februar 2014 mit Ärzten, Jugendämtern, Gesundheitsämtern und Netzwerkkoordinatoren Fachgespräche durchgeführt, in denen die Strukturen und Prozesse des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens, Aufwand und Nutzen für den Akteur, seine Einbindung in die lokalen Netzwerke sowie Gestaltungsoptionen erörtert werden konnten. Im Anschluss daran wurde von Mai bis August 2014 eine Online-Befragung aller

Akteure durchgeführt. Ziel der Befragung war es einerseits, quantitativ das Meinungsbild der Akteure zu erheben. Andererseits sollten die Hintergründe dieser Einschätzungen differenziert ausgewertet und dargestellt werden können. Die Befragung umfasste daher sowohl geschlossene Fragestellungen, als auch die Möglichkeit, offen zu zentralen Themen Kommentare abzugeben. Tabelle 5-1 zeigt den empirischen Zugang im Überblick:

Die Ergebnisse der Online-Befragungen und der Fachgespräche bilden die Basis für das folgende Kapitel.

Tabelle 5-1: Empirische Grundlage für die Einschätzungen der Akteure

Akteur	Fachgespräche	Rücklauf der Online-Befragungen
Eltern	-	964
Ärzte	3	75
Jugendämter	1	9
Gesundheitsämter	3	12
Netzwerkkoordinatoren	1	12

5.1 Eltern

Die Einschätzung der Eltern zum EEV und den Früherkennungsuntersuchungen wurde im Rahmen der Online-Befragung erhoben. Den Hinweis auf die Online-Befragung erhielten die Eltern mit einem Anschreiben, das den Einladungen bzw. Erinnerungen zur Früherkennungsuntersuchung beilag. Damit konnte sichergestellt werden, dass passgenau Familien erreicht werden, die zeitnahe Erfahrungen mit dem EEV und den Früherkennungsuntersuchungen gemacht haben.

Über die KVS wurden in einem ersten Schritt 12.000 Anschreiben verschickt. Jeweils 1.500 Anschreiben lagen den Einladungen zu den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U 8 bei, 2.500 den Einladungen zur U4. Weitere 500 Anschreiben wurden jeweils an die Kohorten von Eltern verschickt, die ein Erinnerungsschreiben zu den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U8 erhielten. Um die Stichprobe zu vergrößern, wurden weitere 12.000 Anschreiben im Rahmen einer Nachfassaktion in gleicher Stückelung versendet.

In die Auswertung gingen die Antworten von den insgesamt 964 Teilnehmern ein, die die Umfrage vollständig durchgeführt hatten. Für jede Stufe der Früherkennungsuntersuchungen liegen die Einschätzungen von mindestens 145 Eltern (U7) bis zu 243 Eltern (U4/U5) vor, so dass Eltern mit Kindern in allen Altersstufen in der Befragung vertreten sind (vgl. Abbildung 5-1).

Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen

Die befragten Eltern halten die Früherkennungsuntersuchungen für ein sinnvolles Instrument, um die gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder sicherzustellen. 80 % geben an, sie seien „voll und ganz“ der Meinung, dass Früherkennungsuntersuchungen zu diesem Zweck sinnvoll sind. Weitere 15 % stimmen dem „teilweise“ zu. Nur 5 % halten die Früherkennungsuntersuchungen für nicht sinnvoll (vgl. Abbildung 5-2).

Weitere Auswertungen zeigen, dass diese positive Einschätzung der Früherkennungsuntersuchungen unter den Eltern weitgehend unabhängig von Faktoren wie dem Bildungshintergrund oder der Anzahl der Kinder vorherrscht.

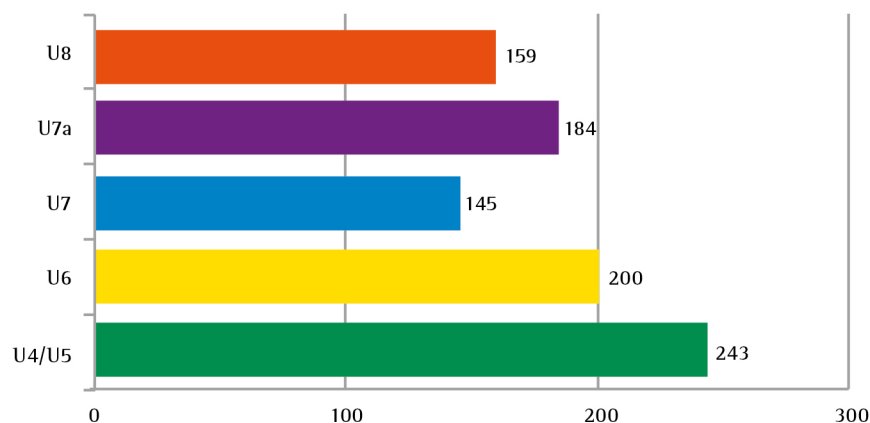
Eine leichte Abschwächung der Zustimmung der Eltern zeigt sich lediglich bei den späteren Untersuchungsstufen: Während noch 89 % der Eltern, die im Rahmen der U4 oder U5 angeschlossen wurden „voll und ganz zustimmen“, stimmen bei der U7 nur noch 74 % uneingeschränkt der Einschätzung zu, dass Früherkennungsuntersuchungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Entwicklung ihres Kindes wichtig sind.

Informationsquellen für die Termine zu den Früherkennungsuntersuchungen

Die Einladungs- und Erinnerungsschreiben der KVS sind neben der Terminübersicht im Vorsorgeheft die wichtigsten Informationsquellen zu den Terminen der kommenden Früherkennungsuntersuchungen. Insgesamt 85 %

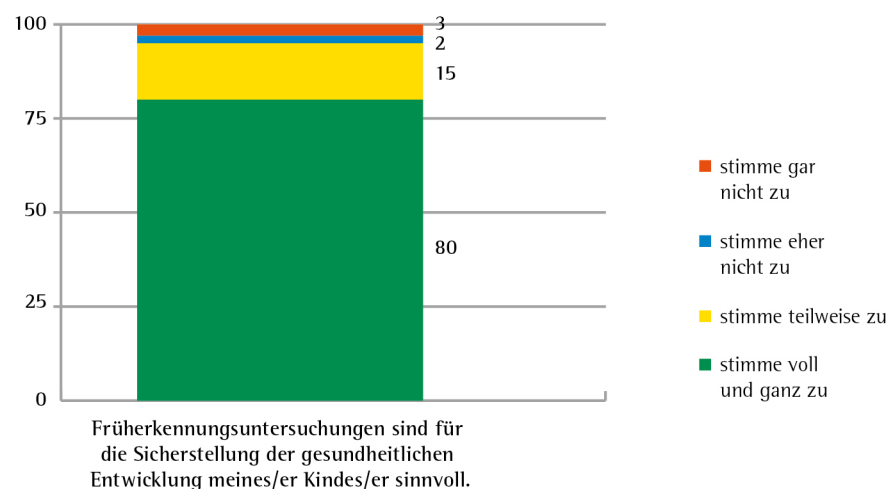
der Eltern geben an, dass sie durch die Terminübersicht im Vorsorgeheft wissen, wann ihr Kind zur nächsten Früherkennungsuntersuchung gehen sollte. Die Einladungen und Erinnerungen dienen etwa der Hälfte (51 %) der Eltern als Informationsquelle. Knapp ein Drittel der Eltern (30 %) wird durch den Kinderarzt an den Termin erinnert. Eine eher geringere Rolle spielen Erinnerungen durch die Krankenkassen (14 %). Beratungsangebote des Gesundheitsamtes nutzen nur wenige Eltern, sie spielen praktisch keine Rolle in Bezug auf die Erinnerung an Untersuchungstermine (vgl. Abbildung 5-3).

Abbildung 5-1: Anzahl der durchgeführten Online-Befragungen pro Früherkennungsuntersuchung



Quelle: Online-Befragung der Eltern. Weitere 33 Personen antworteten auf die Frage nach der Art der Untersuchung mit „weiß nicht/keine Angabe“. Eigene Berechnung Prognos AG.

Abbildung 5-2: Meinung zum Sinn der Früherkennungsuntersuchungen, Anteile in %



Quelle: Online-Befragung der Eltern. Fehlende Werte zu 100 %: Weiß nicht/Keine Angabe. N=964. Eigene Berechnung Prognos AG.

Wahrnehmung der Einladungs- und Erinnerungsschreiben

Die Einladungs- und Erinnerungsschreiben werden von den Eltern überwiegend positiv wahrgenommen: Drei von vier befragte Personen, die zuletzt ein Einladungsschreiben erhielten (73 %) und ein ebenso hoher Anteil der Eltern mit einem Erinnerungsschreiben (72 %) fanden dieses hilfreich/unterstützend. Nur 4 % der Eltern, die zuletzt ein Einladungsschreiben erhielten, fanden es lästig, 10 % fanden das Erinnerungsschreiben lästig.

Obwohl die befragten Eltern das EEV mehrheitlich hilfreich oder unterstützend finden, geben sie an, dass sie selbst das Anschreiben nicht gebraucht hätten: 95 % stimmen der Aussage, dass sie auch ohne Anschreiben an den Termin

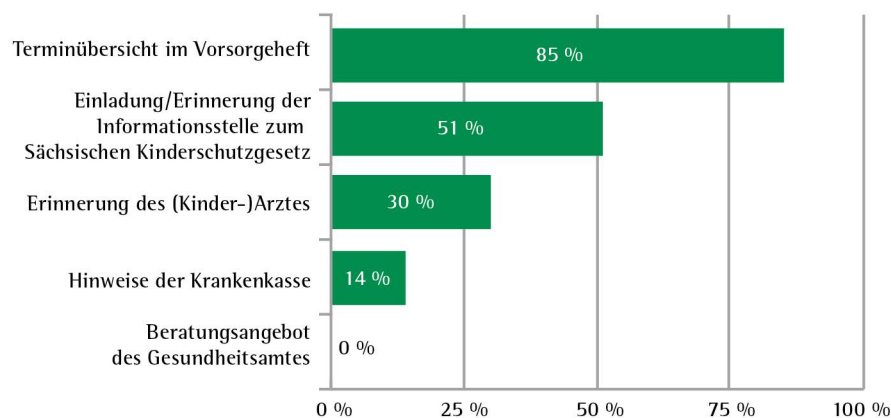
gedacht hätten „voll und ganz“ oder „eher“ zu – das gilt sowohl für die Eltern, die zuvor eine Einladung erhielten, als auch für die Eltern mit einer Erinnerung (vgl. Abbildung 5-5).

Die Länge des Zeitraums zwischen dem Versand der Einladungs- und der Erinnerungsschreiben wird von den Eltern sehr unterschiedlich empfunden. Die meisten befragten Eltern finden den Zeitraum genau richtig bemessen (42 %). Darüber hinaus geben aber 17 % an, dass sie den Zeitraum zu lang finden, 10 % denken das Gegenteil und finden ihn zu kurz (vgl. Abbildung 5-6).

Die Kommentare der befragten Eltern weisen darauf hin, dass weniger der Zeitraum zwischen dem Einladungs- und Erinnerungsschreiben von den Eltern als problematisch

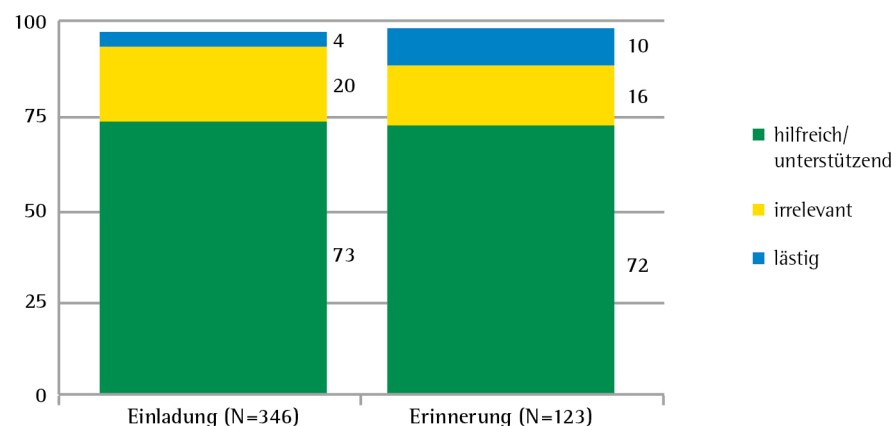
empfunden wird, als vielmehr der Zeitraum zwischen der Einladung und dem Untersuchungstermin: Vielfach bemängeln die Eltern, dass die Einladung deutlich zu früh verschickt wird. Kritisiert wird, dass der Arzttermin häufig so weit in der Zukunft liegt, dass die Einladungsschreiben bis dahin in Vergessenheit geraten sind. Ein befragtes Elternteil erklärt z.B.: „Die Briefe sollten maximal 3 - 4 Wochen vor dem beginnenden Zeitraum der Untersuchung verschickt werden. Sonst geraten sie wieder in Vergessenheit!“⁴⁵

Abbildung 5-3: Informationsquellen zum Untersuchungstermin, Anteile in %, Mehrfachantworten möglich



Quelle: Online-Befragung der Eltern. N=964. Eigene Berechnung Prognos AG.

Abbildung 5-4: Wahrnehmung des letzten Einladungs-/Erinnerungsschreibens der KVS, Anteile an allen Personen, die angaben, durch eine Einladung/Erinnerung die Information über den Termin bekommen zu haben, Anteile in %



Quelle: Online-Befragung der Eltern. Fehlende Werte zu 100 %: Weiß nicht/Keine Angabe. N=489. Eigene Berechnung Prognos AG.

Schwierigkeiten bei der Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchungen

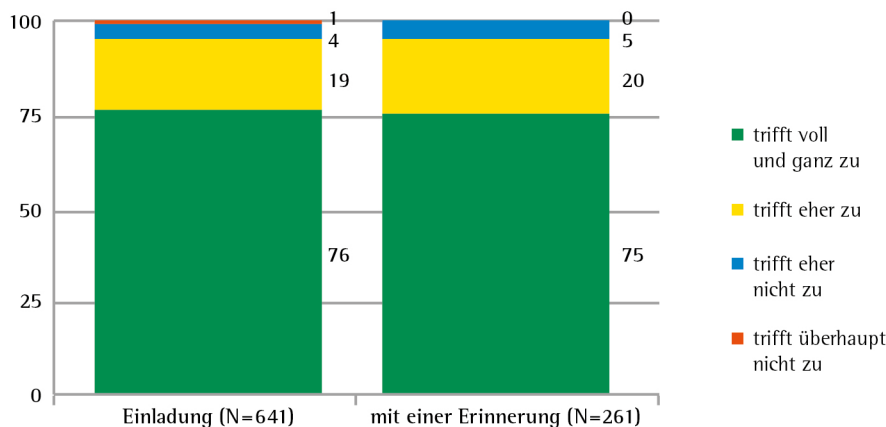
Unter den befragten Eltern sind lediglich 22 Personen (2 %), die angeben, schon einmal eine Früherkennungsuntersuchung versäumt zu haben. Die Gründe für das Versäumnis sind vielfältig: Ein Teil dieser Eltern entschied sich bewusst gegen die Untersuchungen und fühlte sich in seinem Selbstbestimmungsrecht beschränkt: Sieben Personen geben an, sie möchten „selbst entscheiden, wann und wie mein Kind untersucht wird.“ Bei fünf Personen war das Kind nach dem Ermessen der Eltern gesund und musste daher aus ihrer Sicht nicht untersucht werden. Drei finden die Untersuchungen generell überflüssig. Ein anderer

Teil hat die Untersuchungen schlicht vergessen (sieben Personen) oder gibt an, dass das Kind zum Termin krank war (sechs Personen).

Insgesamt ist die Organisation und die Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen für die Eltern in nur wenigen Fällen mit Problemen verbunden. Die häufigsten Schwierigkeiten bestehen darin, einen rechtzeitigen Termin beim Arzt zu bekommen. Diese Problematik trifft bei 14 % der Eltern „voll und ganz“ oder „eher“ zu. 11 % erklären, dass der zeitliche Aufwand beim Arzt zu hoch sei. 6 % finden, dass der Anfahrtsweg zu lang ist (vgl. Abbildung 5-7).

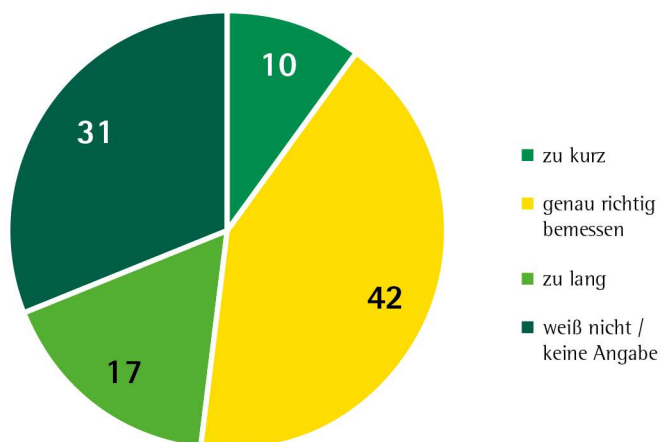
Weitere Auswertungen zeigen, dass sich unter den Eltern, die angeben, Probleme mit einem langen Anfahrtsweg zu haben, sowohl Eltern aus den städtischen Regionen, als auch den dörflichen Gegenden befinden. Eltern aus Dörfern mit unter 1.000 Einwohnern sind allerdings besonders häufig betroffen: Für 18 % trifft es „eher“ oder „voll und ganz“ zu, dass der Anfahrtsweg zum Arzt zu lang ist.

Abbildung 5-5: Anteil der Eltern, die auch ohne Einladungs-/Erinnerungsschreiben an den Termin denken würden, Anteile in %



Quelle: Online-Befragung der Eltern. Fehlende Werte zu 100 %: Weiß nicht/Keine Angabe. N=964. Eigene Berechnung Prognos AG.

Abbildung 5-6: Einschätzung des Zeitraums zwischen dem Versand der Einladungen und der Erinnerungen, Anteile in %



Quelle: Online-Befragung der Eltern. N=964. Eigene Berechnung Prognos AG.

Ausweitung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens auf die U9

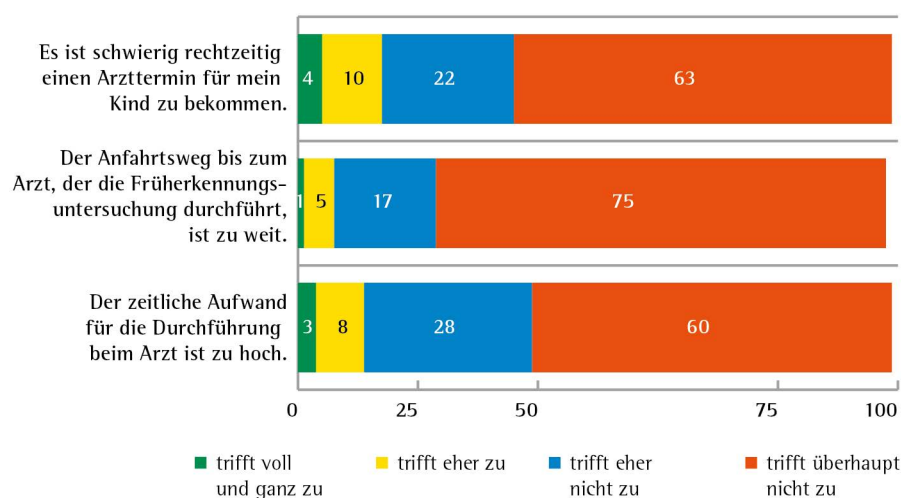
Die befragten Eltern halten die Ausweitung des EEVs auf die U9 mit großer Mehrheit für sinnvoll. Knapp die Hälfte der Personen sind der Meinung, dass eine Ausweitung „voll und ganz sinnvoll“ wäre (47 %), weitere 28 % halten die Ausweitung für „eher sinnvoll“. Eine Minderheit von 16 % findet eine Ausweitung eher nicht oder überhaupt nicht sinnvoll.

Im Wesentlichen gibt es aus Sicht der Eltern drei Gründe, die für die Ausweitung des EEVs auf die U9 sprechen. Erstens loben sie die Erinnerungsfunktion der Anschreiben. Ein großer

Teil der Eltern glaubt, dass viele – insbesondere andere Eltern – die Termine vergessen. Das zeigen häufige Kommentare, wie z.B.: „An sich genau richtig, denn es gibt viele Eltern die, die U-Untersuchung nicht als wichtig empfinden.“ Zweitens wird von vielen Eltern darauf hingewiesen, dass die Abstände zwischen den Untersuchungen zur U9 hin größer werden und die Termine dann eher in Vergessenheit geraten: „gerade durch den zeitlichen Abstand zwischen U7, U8 und U9 ist eine Einladung/Erinnerung sinnvoll“. Drittens spricht aus Sicht der Eltern für die Ausweitung des Verfahrens, dass die U9 nicht weniger sinnvoll ist, als die anderen Untersuchungen: „Warum sollte die U9 bei dem Verfahren außen vor gelassen werden?“

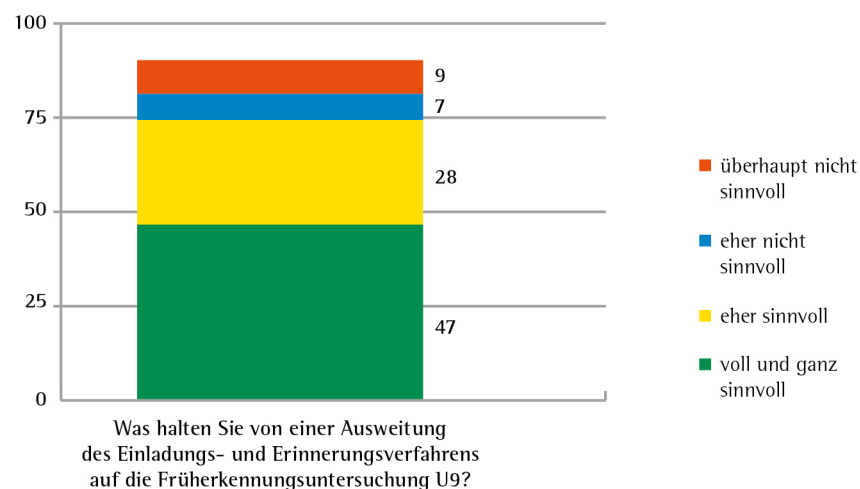
Eltern, die sich gegen die Ausweitung des EEVs aussprechen, argumentieren hauptsächlich, dass die Schreiben nicht notwendig sind. Sie geben z.B. an, „dass die meisten Eltern die Vorsorgeuntersuchungen sowieso wahrnehmen. Die Einladungen ändern daran wohl wenig.“ Mehrfach wird von ihnen außerdem auf das unausgeglichene Verhältnis von Aufwand und Nutzen hingewiesen. Z.B. stelle das Verfahren „einen enormen bürokratischen Mehraufwand dar, der hohe Kosten verursacht und keinen zusätzlichen Nutzen bringt.“ Einige kritisieren, dass sie sich zu stark kontrolliert fühlen: „Wir fühlen uns gegängelt.“

Abbildung 5-7: Mögliche Probleme bei der Teilnahme an den Untersuchungen, Anteile in %



Quelle: Online-Befragung der Eltern. Fehlende Werte zu 100 %: Weiß nicht/Keine Angabe. N=964. Eigene Berechnung Prognos AG.

Abbildung 5-8: Meinung zur Ausweitung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens, Anteile in %



Quelle: Online-Befragung der Eltern. Fehlende Werte zu 100 %: Weiß nicht/Keine Angabe. N=964. Eigene Berechnung Prognos AG.

Teilnahmepflicht

Die allermeisten Eltern sind für die Einführung einer Teilnahmepflicht: 85 % der halten die Einführung einer verpflichtenden Teilnahme zu Früherkennungsuntersuchungen für „voll und ganz sinnvoll“ oder „eher sinnvoll“. Nur 14 % finden eine Teilnahmepflicht „eher nicht sinnvoll“ oder „überhaupt nicht sinnvoll“ (vgl. Abbildung 5-9).

Viele Eltern halten die Früherkennungsuntersuchungen für ein geeignetes Instrument, um Kindeswohlgefährdungen zu erkennen. Die Zustimmung zu einer Teilnahmepflicht wird teilweise mit Kommentaren verknüpft, wie z.B.:

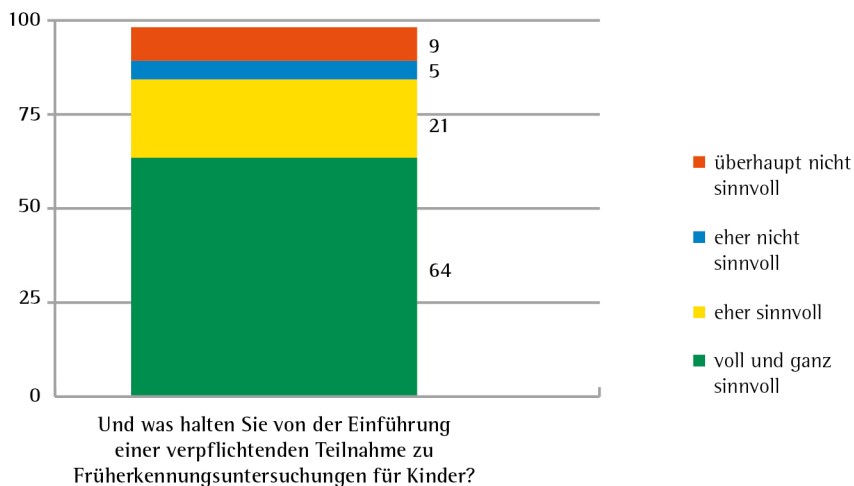
„grundsätzlich gut z. B. um Kindesmisshandlung zu erkennen!“ Insbesondere sorgen sich die Eltern um die Kinder aus „bildungsfernen“ und „sozialschwachen“ Familien, die über die Teilnahmepflicht häufiger durch die Ärzte untersucht werden würden. Kommentare lauten z.B.: „Da vor allem Kinder aus sozial schwachen Familien sonst vermutlich nicht zur U gehen“.

Eltern, die sich gegen eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen aussprechen, kritisieren, dass eine Teilnahmepflicht ihre Entscheidungsfreiheiten einschränken würde. Einige regen an, stattdessen die Instrumente zur Unterstützung der Familien auszuweiten: „Eine verpflichtende Teilnahme in

unserer heutigen Zeit würde hier zu weit gehen. Sinnvoller wären Begleitmaßnahmen z.B. von Hebammen gerade in sozialschwachen Familien. [...]“ Darüber hinaus halten einige Eltern die Teilnahmepflicht für nutzlos, weil es an Sanktionsmechanismen fehlen würde: „Fraglich ist für mich, ob man mit Druck viel erreichen kann und wie man eine Weigerung letztlich sanktionieren will.“

Schließlich sind einige der Väter und Mütter der Meinung, dass die Früherkennungsuntersuchungen bereits jetzt verpflichtend sind: „In Sachsen sind die U4 bis U8 schon verpflichtend! [...]“ Eine zusätzliche Teilnahmepflicht macht aus ihrer Sicht damit keinen Sinn.

Abbildung 5-9: Meinung zur Einführung einer Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen, Anteile in %



Quelle: Online-Befragung der Eltern. Fehlende Werte zu 100 %: Weiß nicht/Keine Angabe. N=964. Eigene Berechnung Prognos AG.

5.2 Ärzte

Die Auswertungen zu den Einschätzungen der Ärzte basieren auf einer Online-Befragung unter sächsischen Ärzten von Mai bis August 2014. Um möglichst viele Ärzte erreichen zu können, wurde ein kurzer Hinweis auf die Befragung in den KVS-Mitteilungen geschaltet. Außerdem wurde von der KVS Ende Juli und Ende August mit den Abrechnungsschreibern jeweils ein Einladungsschreiben zur Befragung an alle Ärzte geschickt.

Die Umfrage wurde von insgesamt 75 Ärzten vollständig durchgeführt. Unter ihnen waren 55 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, 17 Allgemeinmediziner, zwei Fachärzte für Innere Medizin und ein Facharzt für Nervenheilkunde.

Die Auswertungen der Online-Befragung werden inhaltlich mit qualitativen Ergebnissen aus drei Fachgesprächen angereichert. Zwei der Gespräche wurden mit Kinderärzten geführt, das Dritte mit einem Allgemeinarzt.

Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen

Die befragten Ärzte halten die Früherkennungsuntersuchungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge für sehr wirkungsvoll. 74 der 75 online befragten Ärzte sind der Meinung, dass die Früherkennungsuntersuchungen ein geeignetes Instrument sind, um Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen bei Kindern rechtzeitig zu erkennen.

Positiv wird darüber hinaus von der deutlichen Mehrheit (60 Ärzte) angegeben, dass der Austausch mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten über die gesundheitliche Entwicklung des Kindes durch die Untersuchungen intensiviert wird. Weitere positive Nebeneffekte, wie eine Steigerung der Impfquote, werden von den Ärzten allerdings eher nicht wahrgenommen.

Gespalten ist die Meinung hinsichtlich des Erkennens von Kindeswohlgefährdung: Zwar ist mit 55 Ärzten die Mehrheit unter ihnen mindestens „eher“ der Ansicht, dass auch Kindeswohlgefährdungen durch die Früherkennungsuntersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Mehr als ein Viertel (20 Ärzte) teilt

diese Meinung allerdings nicht. Das wird vor allem mit dem Problem begründet, dass einige Kinder nicht an den Untersuchungen teilnehmen.

Bewertung der eigenen Rolle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Die Ärzte sind mit ihrer Rolle im Rahmen des EEVs sehr zufrieden. Sie sind fast ausnahmslos der Meinung, dass sie fachlich geeignet sind, Maßnahmen der Prävention und Förderung im Rahmen der Kindergesundheit durchzuführen (73 Ärzte). Ähnlich gut bewerten sie ihre fachlichen Kompetenzen bei der Beurteilung von Kindeswohlgefährdung (70 Ärzte). Einige Ärzte geben an, dass sie in vielen Fällen die Kinder und ihr häusliches Umfeld über einen langen Zeitraum hinweg kennen und Probleme und Gefahrenlagen vor diesem Hintergrund einschätzen können. Allerdings wird auch mehrfach darauf hingewiesen, dass sie zwangsläufig nur Urteile zu Kindern fällen können, die ihnen im Rahmen der Untersuchungen vorgestellt werden. Damit werden vor allem „unbeabsichtigte Gefährdungen“, wie z.B. durch einseitige Ernährung, erkannt.

Wirkung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Die Ärzte haben eine insgesamt gesplante Meinung zum EEV. Grundsätzlich glauben sie, dass das Verfahren eine eher geringe Wirkung auf die Teilnahmequote der Familien an den Früherkennungsuntersuchungen hat. Die meisten Ärzte glauben, dass die Zahl der Früherkennungsuntersuchungen unverändert geblieben ist (42 Ärzte) oder nur leicht anstieg (31 Ärzte). Einige Ärzte weisen im Rahmen dieser Frage darauf hin, dass die Quote der an den Untersuchungen teilnehmenden Familien, ohnehin relativ hoch ist.

Uneinigkeit besteht bei der Frage, ob Familien, die bislang nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnahmen, besser erreicht werden. Zwar glaubt die Mehrheit der befragten Ärzte, dass das Verfahren zur Teilnahmewahrscheinlichkeit dieser Familien eher beiträgt (49 Ärzte). Ein knappes Drittel ist allerdings diesbezüglich deutlich pessimistischer (23 Ärzte) und glaubt nicht, dass durch das Verfahren diese Familien besser erreicht werden.

Die Sorge, dass das EEV sich negativ auf das Arzt-Eltern-Verhältnis auswirkt, scheint unbegründet zu sein. Das Verhältnis der Ärzte zu den Eltern bleibt in Folge des EEVs laut Aussage der Ärzte mehrheitlich unbeeinträchtigt

(54 Ärzte). In 13 Fällen geben Ärzte sogar an, dass das Verfahren den Kontakt zu den Eltern eher positiv beeinflusse. Das liegt nach einigen Einschätzungen z.B. daran, dass sie die Familien im Zuge des Verfahrens regelmäßiger sehen. Außerdem wird den Eltern die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen durch das Einladungs- und Erinnerungssystem bewusster.

Aufwand des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Knapp zwei Drittel der befragten Ärzte (47 Ärzte) schätzt den durch das EEV entstehenden Aufwand für die Praxis (z.B. Verwaltungsaufwände) als eher niedrig oder sogar sehr niedrig ein. Ein Großteil des bürokratischen Aufwands beschränkt sich auf den wöchentlichen Versand der Meldebestätigungen für die Eltern, die an den Untersuchungen teilgenommen haben. Die restlichen Ärzte geben an, dass der Aufwand hoch, in Einzelfällen sogar sehr hoch ist. Hierfür werden allerdings keine weiteren Begründungen aufgeführt.

Ausweitung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens auf die U9

Fast alle Ärzte (68 Ärzte), die an der Befragung teilnahmen, finden eine Ausweitung des EEVs auf die U9 sinnvoll. Die bisher fehlende Einbindung wird von vielen als Grund für die vergleichsweise geringe Beteiligung an der U9 genannt. Vielfach wird darauf hingewiesen, dass die Eltern es von den vorangehenden Untersuchungen gewöhnt sind, eingeladen und erinnert zu werden. Außerdem sei insbesondere die U9 – mit Blick auf die bevorstehende Einschulung – besonders wichtig und sollte daher in das Verfahren mit einbezogen werden.

Einführung einer verpflichtenden Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen

Die große Mehrheit der befragten Ärzte (66 Ärzte) befürwortet die Einführung einer Teilnahmepflicht für die Früherkennungsuntersuchungen. Insbesondere die Kinder, die bisher nicht zu den Untersuchungen erscheinen, könnten in Folge der Einführung einer Teilnahmepflicht erreicht werden. Wichtig scheint aus ihrer Sicht vor allem zu sein, dass die nichtteilnehmenden Eltern mit Konsequenzen rechnen müssen. Erinnerungen ohne drohende Konsequenzen sind, vielen Kommentaren zufolge, nutzlos. Einzelne Ärzte befürworten konkrete Sanktionen, wie die Reduzierung des Kindergeldes für Eltern, die die Untersuchungen auslassen.

Ärzte, die sich gegen die Einführung der Teilnahmepflicht aussprechen (neun Ärzte), geben zu bedenken, dass in der Folge die Eltern entmündigt werden und der Widerstand seitens der Eltern eher wachsen könnte.

Weitere Entwicklungsansätze

Vielfach wird von den Ärzten darauf hingewiesen, dass neben der Teilnahmepflicht auch konkrete Sanktionsmöglichkeiten eingeführt werden müssten, die Eltern zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zwingen. Mehrfach genannt wird in diesem Zusammenhang die „*Streichung des Kindergeldes*“. Eine andere Möglichkeit wäre aus ihrer Sicht, dass diese Eltern „*vom Jugendamt aufgesucht*“ werden.

Viele Ärzte fordern neben der Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen die Einführung einer Impfpflicht (insbesondere Masernimpfung) von Kindern, „*um Impflücken gar nicht erst aufkommen zu lassen*.“

Von einigen Ärzten wird außerdem darauf hingewiesen, dass die Einladungen zu den Früherkennungsuntersuchungen zu weit im Voraus verschickt werden. Das führe dazu, dass der Termin in Vergessenheit gerät und/oder die Einladung mit der vom Arzt auszufüllenden Meldebescheinigung am Untersuchungstag nicht mehr auffindbar ist. Einzelne Ärzte berichten, dass ihrem Eindruck zufolge nicht alle Eltern ein Einladungsschreiben erhalten.

Außerdem besteht vereinzelt die Vermutung, dass Ärzte, die Früherkennungsuntersuchungen durchführen und keine Pädiater sind, möglicherweise ungenügend informiert sind, um Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen und insbesondere Kindeswohlgefährdungen zu erkennen. Zwar widersprechen die im Rahmen der Online-Befragung erhobenen Antworten diesem Eindruck. Allerdings erklärt ein Allgemeinarzt im Rahmen der Fachgespräche, dass er sich einen Handlungsleitfaden für Fälle wünschen würde, in denen er den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung hat.

Im Rahmen der Fachgespräche wurde außerdem angeregt, das EEV über die U9 hinaus auf die J1 auszuweiten.

5.3 Gesundheitsämter

Die Auswertungen zu den Einschätzungen der Gesundheitsämter basieren einerseits auf einer Onlinebefragung vom Mai 2014. Für die Befragung wurden alle sächsischen Gesundheitsämter kontaktiert. Zwölf der insgesamt 13 Ämter nahmen an der Umfrage teil.

Darüber hinaus wurden Fachgespräche mit Vertretern von drei Gesundheitsämtern geführt. Die Ergebnisse der Gespräche werden ebenfalls im Rahmen dieses Kapitels ausgewertet.

Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen

Die sächsischen Gesundheitsämter sind nahezu einstimmig der Meinung, dass Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen bei Kindern im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Zehn Ämter stimmen der Aussage, dass Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen bei Kindern durch die Früherkennungsuntersuchungen rechtzeitig erkannt werden können „eher“ oder sogar „voll und ganz“ zu.

Deutlich pessimistischer sind sie in Bezug auf die rechtzeitige Erkennung von Kindeswohlgefährdungen: Fünf der befragten Gesundheitsämter glauben eher nicht, dass Fälle von Kindeswohlgefährdung rechtzeitig erkannt werden können. Die Gründe für diese Einschätzung sind vielfältig: Insbesondere akute Kindeswohlgefährdungen könnten nicht erkannt werden, da der Abstand zwischen den Untersuchungen recht hoch ist. Außerdem würden nicht alle Kinder an den Untersuchungen teilnehmen. Seelische Probleme würden bei den Untersuchungen nicht betrachtet werden. Bemängelt wird vor allem auch, dass der Informationsaustausch z.B. mit dem ASD, untersagt ist. Wesentlich besser geeignet zur Aufdeckung von Kindeswohlgefährdungen seien Personen in kindnahen Settings, wie z.B. in den Kitas.

Trotzdem sind insgesamt vier Gesundheitsämter der Meinung, dass Fälle von Kindeswohlgefährdung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen erkannt werden können. Allerdings wird auch unter ihnen angemerkt, dass dabei vorausgesetzt wird, dass Ärzte „sich diesem Thema ausreichend stellen.“ Aus ihrer Sicht könnten Ärzte auch möglicherweise in Interessenskonflikte in Bezug auf die Elternbindung kommen.

Bewertung der eigenen Rolle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens⁵⁶

Die Gesundheitsämter sind mit ihrer Rolle im EEV unzufrieden. Vier von sechs Ämtern bemängeln, dass sie nicht oder nur „teils/teils“ gemäß ihrer Eignung im Verfahren eingesetzt werden. In den Fachgesprächen wird beschrieben, dass ihre Rolle in der Praxis hauptsächlich administrativer Natur sei und sie als „Poststelle“ tätig sind. So seien sie hauptsächlich damit beschäftigt, Meldungen entgegenzunehmen und zu kontrollieren sowie Erinnerungen zu verschicken.

Nur in den wenigsten Fällen nehmen Eltern das Angebot in Anspruch, sich von den Gesundheitsämtern beraten zu lassen. Dass Untersuchungen von den Ämtern durchgeführt werden, ist die Ausnahme. Gerne würden die Gesundheitsämter stärker als Berater und Ansprechpartner der Eltern fungieren. Die Eltern nehmen das Gesundheitsamt allerdings nicht in dieser Rolle wahr und wenden sich in gesundheitlichen Fragen eher ratsuchend an ihren Haus- oder Kinderarzt.

Die Gesundheitsämter sehen ihre Kompetenzen insbesondere in der Förderung und Prävention bei der Kindergesundheit. Fünf Ämter sehen sich in diesem Bereich fachlich „eher“ oder sogar „sehr gut“ geeignet.

Demgegenüber gibt die Mehrheit (vier der sechs Ämter) an, dass man sich für fachlich nicht geeignet hält, Kindeswohlgefährdungen zu beurteilen. In den Gesprächen wird die Kritik geäußert, dass es ihnen in der Praxis nahezu unmöglich ist, Anzeichen für Kindeswohlgefährdungen zu finden. Selbst wenn die Eltern ihre Kinder nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen lassen, hat das Gesundheitsamt keine Handhabe, eigene Nachforschungen anzustellen.

Das Hauptproblem ist dabei für sie das Verbot, Informationen mit anderen Akteuren auszutauschen. Sie dürfen selbst dann nicht Informationen aus den Kita-Untersuchungen oder Schuluntersuchungen nutzen, wenn sie ihnen bekannt sind. In der Folge werden die Fälle entweder geschlossen, oder mit nur sehr schwachen Indizien an das Jugendamt weiter geleitet, das fast alle Fälle als nicht gefährdend einstuft.

Wirkung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Die Wirkung des EEVs auf die Teilnahmequoten der Eltern wird von den Gesundheitsämtern insgesamt ambivalent bewertet. Die eine Hälfte der Ämter stimmt der Aussage, dass Familien, deren Kinder bislang nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnahmen, durch das EEV besser erreicht werden, eher zu. Die andere Hälfte lehnt diese Aussage eher ab.

Im Rahmen der Gespräche geben sie an, dass durch die Einführung des Verfahrens nicht mehr Kontakte zu hilfsbedürftigen Eltern entstehen würden. Problemfamilien würden auch im Rahmen des EEVs nicht erreicht werden. Die meisten Gesundheitsämter halten den Nutzen des Einladungs- und Erinnerungssystems deswegen insgesamt für „sehr niedrig“.

Aufwand des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Den Gesundheitsämtern entsteht im Rahmen des EEV laut eigenen Angaben ein hoher (fünf Ämter) oder sogar sehr hoher (weitere fünf Ämter) Aufwand. Mehrere Ämter kritisieren konkret, dass ihnen zusätzliche Aufgaben aufgetragen wurden, ohne zusätzliche Mittel freizugeben oder Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Um die neuen Aufgaben bewältigen zu können, mussten die Gesundheitsämter in den letzten Jahren viele neue Strukturen und Verfahren schaffen. In einigen Bereichen gibt es weiterhin Verbesserungsbedarf. So wird bemängelt, dass die KVS die Gesundheitsämter nicht informiert, wenn sie Eltern aufgrund falscher Adressdaten nicht erreichen können – was dazu führt, dass auch das Gesundheitsamt mit falschen Daten arbeitet und erst nach weiteren Fehlschreiben die richtige Adresse recherchieren kann.

Ausweitung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens auf die U9

Die Gesundheitsämter haben in Bezug auf eine Ausweitung der Untersuchungen auf die U9 eine eher gesplante Meinung. Die meisten Vertreter der teilnehmenden Gesundheitsämter finden eine Ausweitung „eher nicht sinnvoll“ (drei Ämter), bzw. „überhaupt nicht sinnvoll“ (fünf Ämter). Zwei Gesundheitsämter bemän-

geln, dass die Früherkennungsuntersuchung U9 in den gleichen Zeitraum wie die Schulaufnahmeuntersuchung fällt. Die Schulaufnahmeuntersuchung ist allerdings, im Gegensatz zur U9, verpflichtend.

Die restlichen Gesundheitsämter stehen einer Ausweitung auf die U9 trotzdem positiv gegenüber. Dabei wird hervorgehoben, dass sich die Eltern im Laufe der vorangegangenen Früherkennungsuntersuchungen an die Einladungen gewöhnt hätten. Möglicherweise resultiere die leicht abfallende Teilnahmequote bei der U9 aus der fehlenden Integration ins EEV.

Einführung einer verpflichtenden Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen

Die meisten Vertreter der sächsischen Gesundheitsämter befürworten eine Teilnahmepflicht für die Früherkennungsuntersuchungen. Elf der zwölf teilnehmenden Gesundheitsämter

finden die Einführung der Teilnahmepflicht „voll und ganz sinnvoll“ (acht Ämter) oder „eher sinnvoll“ (drei Ämter). In den Fachgesprächen standen die Vertreter der Teilnahmepflicht hingegen eher kritisch gegenüber. Hier wurde die freiwillige Teilnahme insgesamt befürwortet und angemerkt, dass die Quoten bisher auch ohne die Teilnahmepflicht recht hoch sind. Geäußert wurde dabei auch der Vorschlag, eher positive Anreize, wie Schulanfängerpakete, für die Teilnahme anzubieten.

Weitere Entwicklungsansätze

Die Gesundheitsämter regen insbesondere „die Verstärkung der frühen Gesundheitshilfen als aufsuchende Hilfe für Familien“ an. Denkbar wäre z.B., den Einsatz der Familienhebammen auszuweiten oder Willkommensbesuche bei allen Eltern (um eine Stigmatisierung bestimmter Gruppen zu vermeiden) einzuführen.

Angeregt wird außerdem mehrmals, dass die Problematik mit den falschen Meldeadressen der Familien gelöst und ein „Zwei-Wege-Datenabgleich bzgl. Wohnadressen (Rückwirkend Amt zur Meldestelle)“ eingeführt werden sollte.

Ein Gesundheitsamt erklärte im Rahmen der Fachgespräche, dass eine Alternative zur derzeitigen Organisation des EEVs wäre, dass die KVS operativ alle Erinnerungsschreiben verschickt. Die Gesundheitsämter würden dann – bei Bedarf der Eltern – beratend tätig werden.

5.4 Netzwerkkoordinatoren

Die folgenden Darstellungen zu den Einschätzungen der Netzwerkkoordinatoren basieren auf einer Onlinebefragung aller sächsischen Netzwerkkoordinatoren von Mai bis August 2014. Insgesamt nahmen zwölf der 13 Netzwerkkoordinatoren an der Befragung teil. Außerdem wurde mit einer Netzwerkkoordinatorin ein Fachgespräch durchgeführt, dass die Einschätzungen der Koordinatorin zur Arbeit in den lokalen Netzwerken erhob. Die Ergebnisse des Fachgesprächs fließen ebenfalls in dieses Kapitel ein.⁵⁷

Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen

Die Netzwerkkoordinatoren messen den Früherkennungsuntersuchungen zur Förderung der Kindergesundheit eine sehr hohe Wirkung zu. Drei Koordinatoren sind „eher“ der Meinung, dass durch die Früherkennungsuntersuchungen Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt werden können, sieben sogar „voll und ganz“.

Etwas geringer schätzen sie die Wirkung auf die Erkennung von Kindeswohlgefährdung ein. Zwar gibt die große Mehrheit der Koordinatoren an, dass „eher“ der Meinung sind, dass auch Kindeswohlgefährdungen durch die Früherkennungsuntersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Nur eine Person stimmt dieser Aussage allerdings „voll und ganz zu“. Probleme bei der Erkennung von

Gefährdungen könnten aus ihrer Sicht vor allem aus zwei Gründen entstehen: Zum einen wird häufig angemerkt, dass die Zeit, die den Ärzten für die Untersuchungen zur Verfügung steht, sehr kurz ist. Deswegen können Gefahren nur „bei offensichtlichen Mangelercheinungen oder körperlichen Vernachlässigungs- und Misshandlungstendenzen mit Sicherheit [...]“ erkannt werden. Zweitens wird von zwei Netzwerkkoordinatoren angegeben, dass voraus gesetzt werden muss, „dass der Arzt Wissen / Kenntnisse zu KWG haben muss. Auch zu KWG wie Vernachlässigung und / oder emotionale Kindesmisshandlung. [...]“ Ähnlich skeptisch in Bezug auf die Sensibilität und Handlungssicherheit der Ärzte äußert sich ein weiterer Koordinator und erklärt: „[...] niedergelassene Kinderärzte sind kaum zum Thema Kindeswohlgefährdung sensibilisiert und schauen eher weg“.

Wirkung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Die Mehrheit der Netzwerkkoordinatoren halten das Einladungs- und Erinnerungssystem für ein wirkungsvolles Instrument. Insgesamt acht der zwölf Netzwerkkoordinatoren sind der Meinung, dass das EEV dazu führt, dass Familien, deren Kinder bislang nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnahmen, nun besser erreicht werden. Allerdings geben drei von ihnen zu bedenken, dass die Familien zwar besser

erreicht werden, damit aber nicht gesichert ist, dass die Kinder auch an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

Ausweitung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens auf die U9 und Einführung einer Teilnahmepflicht

Zehn der Zwölf teilnehmenden Netzwerkkoordinatoren finden, dass eine Ausweitung des EEVs auf die U9-Untersuchung sinnvoll wäre. Nahezu einstimmig (zehn Koordinatoren) wird auch der Ansatz begrüßt, die Eltern zur Teilnahme an den Untersuchungen zu verpflichten. Besonders wird hervorgehoben, dass das EEV durch eine Verpflichtung zur Teilnahme „mehr Sinn“ machen würde, insbesondere mit Blick auf den mit dem Verfahren verknüpften Aufwand.

Weitere Entwicklungsansätze

Viele Netzwerkkoordinatoren weisen darauf hin, dass Präventionsangebote an Kitas, Schulen, Familienbildungseinrichtungen, etc. stärker finanziell gefördert werden sollten. Wichtig wäre aus ihrer Sicht auch, den Kinderschutz stärker in Familienzentren und Kitas zu verankern. Außerdem sollte er gezielt in niedrigschwelligen „Maßnahmen wie z.B. Freizeitangebote, in die fortbildende Inhalte zu Kindergesundheit und Kindererziehung ‚nebenbei‘ implementiert werden“. Angemahnt wird ebenfalls, die aufsuchenden präventiven Hilfen zu stärken.

5.5 Jugendämter

Die Auswertungen zu den Einschätzungen der Jugendämter basieren einerseits auf einer Onlinebefragung von Mai bis September 2014. Für die Befragung wurden alle sächsischen Jugendämter kontaktiert. Insgesamt nahmen neun Jugendämtern an der Befragung teil und füllten sie vollständig aus. Die Auswertungen werden qualitativ mit Ergebnissen aus einem Fachgespräch mit dem Landesjugendamt Sachsen verknüpft.

Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen

Die Jugendämter bewerten die Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen im Bereich der Kindeswohlgefährdung eher gering. Kein Jugendamt stimmt „voll und ganz“ zu, dass diese im Rahmen der Untersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Fünf Ämter stimmen „eher“ zu, zwei „eher nicht“ und eins sogar „gar nicht“.

Aus ihrer Sicht sind die Untersuchungen wesentlich besser geeignet, um Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen bei Kindern rechtzeitig zu erkennen. Einstimmig geben sie an, dass die Untersuchungen in diesem Bereich sinnvoll sind.

Bewertung der eigenen Rolle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Die Jugendämter bewerten ihre Rolle im Rahmen des Verfahrens unterschiedlich. Die meisten geben an, dass sie, zumindest „teils/teils“ gemäß ihrer Eignung im EEV eingesetzt werden (insgesamt sechs Ämter). Zwei Ämter leh-

nen diese Einschätzung jedoch ab. Ein Jugendamt merkt an, dass sie ohnehin beim Verfahren keine Rolle spielen „es sei denn der Kinder- und Jugendärztliche Dienst stellt im Rahmen einer Untersuchung gewichtige Anhaltspunkte fest. Dies geschieht aber unabhängig vom Gesetz und war vorher auch schon so.“

Grundsätzlich geben einige Jugendämter an, dass sie am EEV insgesamt eher wenig beteiligt sind. „Im ASD des Landkreises landeten kaum Mitteilungen zu wahrgenommenen oder auch nicht wahrgenommenen Us! Dadurch für uns nicht/kaum nutzbar!“

Wirkung und Aufwand des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens

Ambivalent bewerten die Jugendämter die Wirkung des EEVs. Nur ein Jugendamt bewertet den Nutzen des EEVs als „hoch“. Demgegenüber stehen 5 Ämter, die den Nutzen als „niedrig“ oder sogar „sehr niedrig“ einstufen.⁵⁸

Trotzdem denkt die Mehrheit, dass Familien durch das EEV eher besser erreicht werden: Nach Einschätzung eines Jugendamtes trifft die Aussage voll und ganz zu, dass Familien, die bislang noch nicht an den Untersuchungen teilnahmen, besser erreicht werden. Vier weitere geben an, dass die Aussage „eher“ zutrifft.

Keine einheitliche Meinung haben die Jugendämter auch in Bezug auf den Aufwand des EEVs. Drei geben an, dass der Aufwand „hoch“ sei, bei drei weiteren ist er „niedrig“ oder sogar „sehr niedrig“.

Einführung einer verpflichtenden Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und Ausweitung des EEVs auf die U9.

Die Einführung einer Teilnahmepflicht wird von allen Jugendämtern befürwortet: „Zur Verbesserung der Kindergesundheit wären verpflichtende Untersuchungen sicher ein guter Weg um so frühzeitig wie möglich Defizite zu erkennen und beheben zu können.“ Allerdings wird angemerkt, dass „bei Nichteinhaltung auch Konsequenzen in Aussicht gestellt werden“ müssen.

Gespalten ist die Meinung der Ämter zur Ausweitung des EEVs auf die U9. Nur etwa die Hälfte hält die Ausweitung auf die U9 für sinnvoll.

Weitere Entwicklungsansätze

Mehrfach wird von den Jugendämtern gefordert, dass die Präventions- und Frühförderungsangebote ausgebaut werden sollten. Beispielsweise wird angeregt, „kostenfreie Nutzung von Gesundheitspräventionen (z.B. Babyschwimmen) durch Zielgruppe“ anzubieten und „niedrigschwelligere Frühförder- und Gesundheitsangebote im Kiga“ zu schaffen.

5.6 Exkurs: Aktivitäten nach § 26 Abs. 3 SGB V

Die Krankenkassen haben nach § 26 Abs. 3 SGB V die Aufgabe, im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege bestimmten Stellen auf eine Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken und gemäß der Rahmenvereinbarungen durchzusetzen. Wie genau das Zusammenwirken und die Rahmenvereinbarungen ausgestaltet sind, regelt das jeweilige Landesrecht.

In Sachsen kommt den Krankenkassen im Rahmen des EEVs keine vordefinierte Rolle zu. Dementsprechend unterschiedlich wird bei den Krankenkassen die Möglichkeit umgesetzt, auf die Teilnahme an den Früherkennungsuntersu-

chungen hinzuwirken. Eine stichprobenartige Untersuchung der Praxis in den Krankenkassen ergab, dass eigene Verfahren entwickelt wurden, die Eltern zur Teilnahme an den Untersuchungen motivieren sollen. Zu diesen Verfahren gehören:

■ **Bereitstellung von Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen:** Im Rahmen von Broschüren, Mitgliederzeitschriften oder dem Online-Auftritt der Krankenkasse wird auf die Leistungsansprüche, den Nutzen und die Chancen der Untersuchungen hingewiesen.

■ **Einführung eines eigenen Erinnerungsverfahrens:** Eltern erhalten die Möglichkeit, einen Erinnerungsservice zu wählen, der sie per E-Mail oder SMS an die Früherkennungsuntersuchungen erinnert.

■ **Implementierung von Teilnahmeanreizen:** Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen soll über finanzielle Anreize gesteigert werden, z.B. durch die Einführung von Boni oder Prämien für jede Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung.

Rolle der Krankenkassen im Einladungs- und Erinnerungsverfahren

Im Rahmen einer schriftlichen Anfrage bei drei großen, in Sachsen tätigen gesetzlichen Krankenkassen, wurde deutlich, dass die Kassen mit ihrer Rolle im EEV zufrieden sind. Eine zusätzliche Mitwirkung der Krankenkassen (z.B. durch weitere positive Anreize oder der Einführung eigener Erinnerungssysteme) ist aus ihrer Sicht nicht notwendig.

Auch die sonstigen Akteure zeigten im Rahmen der Fachgespräche eher kein Interesse an einer engeren Einbindung der Kassen in das Verfahren. Seitens der Gesundheitsämter wur-

de angegeben, dass zusätzliche Einladungen durch die Krankenkassen möglicherweise eher verwirren.

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit einem Gesundheitsamt wurde angemerkt, dass die Einladungen über die Krankenkassen weniger akzeptiert wären, da die Kassen viel Werbung verschicken würden. Ein Pädiater warnt, dass Einladungen, die durch die Krankenkassen verschickt werden würden, den „Gängelungsfaktor“ erhöhen könnten. Lediglich ein Arzt gab im Rahmen der Fachgespräche an, dass er eine stärkere Rolle der Kassen sinnvoll fände. Von ihrer Seite wünscht er sich weitere Informationen oder Flyer, sowie Erinnerungsschreiben

– z.B. nach dem Vorbild der Anschreiben im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP).

Die Ausweitung der Rolle der Krankenkassen im Rahmen des EEVs wird auch aus Sicht von Verbänden abgelehnt. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) spricht sich in einer Stellungnahme gegen weitere Bonusanreize seitens der Kassen aus. Den Erfahrungen des Verbandes zufolge zeigt sich, „dass die Bonusangebote bildungsferne und Familien mit Migrationshintergrund nicht erreichen und somit auch nicht motivieren, sich an Präventionsmaßnahmen zu beteiligen.“⁵⁹

5.7 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Befragungsergebnisse können folgendermaßen zusammengefasst werden:

Eltern stehen den Früherkennungsuntersuchungen mehrheitlich sehr positiv gegenüber: Fast alle sind der Meinung, dass damit ein Beitrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes geleistet wird. Grundsätzlich positiv, hilfreich und unterstützend wird mehrheitlich auch das EEV wahrgenommen. Allerdings kritisieren einige Eltern die Zeitpunkte für den Versand der Schreiben: Zum einen wird ein zu früher Versand der Einladungen kritisiert. Zum anderen besteht Uneinigkeit in Bezug auf den Zeitraum zwischen Einladung und Erinnerung.

Die Organisation und Durchführung der Untersuchungen gestaltet sich für die meisten Eltern eher unproblematisch. Es geben auch nur sehr wenige Eltern konkret an, dass sie Untersuchungstermine verpasst haben.

Eine mögliche Ausweitung des EEVs auf die U9 wird von den meisten Eltern begrüßt. Ebenso positiv wird eine Verpflichtung der Eltern zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen bewertet.

Interessanterweise beziehen Eltern die Erinnerungsfunktion der Schreiben weniger auf sich selbst, als vielmehr auf „andere Eltern“. Deshalb geben fast alle Eltern einerseits an, dass sie auch ohne Anschreiben an die Untersuchungen denken, das Verfahren finden sie aber trotzdem sinnvoll und möchten es ausweiten.

Die Ärzte halten die Früherkennungsuntersuchungen für ein sinnvolles und effektives Instrument zur rechtzeitigen Identifikation von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen. Weniger geeignet sind die Untersuchungen aus ihrer Sicht, um Fälle von Kindeswohlgefährdung zu erkennen. Dem EEV wird überwiegend ein geringer Einfluss zugeschrieben. Die meisten Ärzte glauben, dass – wenn überhaupt – die Teilnahmequoten nur leicht gestiegen sind. Uneinig sind sie sich bei der Frage, ob Familien, die bisher nicht teilgenommen haben durch das Verfahren eher erreicht werden. Den im Zuge des Verfahrens entstehenden Aufwand empfinden sie überwiegend als eher gering, in vielen Fällen sogar als sehr gering.

Die meisten Ärzte würden eine Ausweitung des EEVs auf die U9 begrüßen. Auch die Einführung einer Teilnahmepflicht für die Früherkennungsuntersuchungen hält ein Großteil für sinnvoll.

Die Gesundheitsämter sind mit ihrer Rolle im EEV insgesamt unzufrieden. Sie bemängeln, dass ihre Rolle in der Praxis rein administrativ ist und sie so als „zahnloser Tiger“ agieren. Sie würden Familien gerne häufiger fachlich beraten und unterstützen, als es ihnen bei ihrer derzeitigen Mittel- bzw. Personalausstattung möglich ist.

Der Nutzen des EEV wird gering eingeschätzt. Zwar gibt etwa die Hälfte der befragten Vertreter an, dass sie glauben, dass Eltern eher erreicht werden. Insgesamt überwiegt aber die Einschätzung, dass vor allem aufgrund der

fehlenden Sanktionsmöglichkeiten und der ohnehin bereits hohen Teilnahmequoten der Aufwand den Nutzen übersteigt.

Aus Sicht der Netzwerkkoordinatoren sind die Früherkennungsuntersuchungen sehr wirkungsvoll: Mit ihnen können sowohl Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen als auch Fälle von Kindeswohlgefährdung rechtzeitig erkannt werden. Das EEV wird ebenfalls als wirkungsvoll bewertet und sollte auf die U9 ausgeweitet werden. Die Einführung einer Teilnahmepflicht halten sie für sinnvoll. Darüber hinaus sollten die bestehenden niederschweligen Präventionsangebote gestärkt werden.

Die Jugendämter halten die Früherkennungsuntersuchungen im Bereich der Prävention von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen für ein sehr gutes Instrument. Wenig geeignet sind sie aus ihrer Sicht, um Kindeswohlgefährdungen rechtzeitig zu erkennen.

Im Rahmen des EEVs spielen die Ämter nur eine geringe Rolle. Zwar sind sie der Meinung, dass Familien, die bisher noch nicht an den Untersuchungen teilnahmen, durch das Verfahren eher erreicht werden. Insgesamt wird der Nutzen allerdings als eher gering eingeschätzt.

Alle Jugendämter befürworten die Einführung einer Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen. Wichtig ist aus ihrer Sicht außerdem der Ausbau der Präventions- und Frühförderungsangebote.

6 Die Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen in Sachsen

6.1 Überblick über die lokalen Netzwerke

Ziele

Die Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen Sachsen zielen mit ihrer Struktur und Arbeitsweise darauf ab, die Angebote im Bereich Kinderschutz und Frühe Hilfen zu koordinieren und strategisch weiterzuentwickeln. Für die Netzwerkarbeit wird in jedem Landkreis und in jeder Kreisfreien Stadt Sachsens mindestens ein Netzwerkkoordinator eingesetzt, der als Ansprechpartner, Impulsgeber, Moderator und Fortbildner fungieren soll. In vielen Fällen sind die Koordinatoren Mitarbeiter des Jugendamtes.

Das Rahmenkonzept der Frühen Hilfen im Freistaat Sachsen sieht vor, dass in die Netzwerke mindestens

1. Vertreter der Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, insbesondere der aufsuchenden präventiven Arbeit der Jugendämter,
2. Vertreter relevanter Akteure aus dem Gesundheitswesen (beispielsweise des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, der Geburts- und Kinderkliniken, der niedergelassenen Kinderärzte und -ärztinnen sowie der Hebammen),
3. Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sowie
4. Einrichtungen der Frühförderung

einzubinden sind.⁶⁰

Akteure und Strukturen

In Sachsen existiert in jedem Landkreis und in jeder Kreisfreien Stadt ein Netzwerk. Von diesen insgesamt 13 Netzwerken haben sich 12 an der weiteren Online-Befragung zu den Netzwerkstrukturen und -aktivitäten beteiligt, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden. Ein wesentlicher Befund der Befragung lautet, dass es nicht ein typisches Netzwerk gibt; vielmehr deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich die Netzwerke hinsichtlich ihrer Akteurskonstellationen, Strukturen und Arbeitsweisen deutlich unterscheiden.

Grundsätzliches Wesensmerkmal von Netzwerken ist, dass sie eine Struktur bilden, um unterschiedliche Akteursgruppen zusammenführen zu können. Im Rahmen der Befragung wurde erhoben, welche Akteursgruppen in den sächsischen Kinderschutznetzwerken vertreten und wie aktiv sie sind (vgl. Abbildung 6-1). In allen zwölf Netzwerken sind das Jugendamt/ASD, Schwangerschaftsberatungsstellen und (Familien-)Hebammen aktiv.⁶¹ In der Mehrheit der Netzwerke aktiv sind ebenfalls Gesundheitsämter oder Gesundheitsdienste, Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen, die Freien Träger in den Bereichen Hilfen zur Erziehung, Beratung und Jugendfreizeiten, Kindertageseinrichtungen, Familienzentren, Sozialpädagogen, Krankenhäuser, Jugendgerichte und Polizei.

Einige Akteure sind in den Netzwerken zwar Mitglied, werden in ihren Tätigkeiten von den Koordinatoren aber am häufigsten als passiv eingeschätzt. Dazu gehören Kinderärzte, Kinderpsychotherapeuten und -psychologen sowie das Sozialamt und die Arbeitsverwaltungen. In der Regel sind Selbsthilfeorganisationen, Anwälte, Krankenkassen, Erwachsenenpsychotherapeuten und -psychologen keine Netzwerkakteure.

Losgelöst von der Betrachtung der Akteursgruppen sind tatsächlich durchschnittlich 33 Personen im Netzwerk aktiv. Doch die Zahl aktiver Netzwerkmitglieder schwankt zwischen den Netzwerken deutlich: Während der Landkreis Mittelsachsen angibt, insgesamt 60 aktive Mitglieder zu haben, sind es in Chemnitz, einem noch sehr jungen Netzwerk, dass erst 2013 startete, lediglich neun.

Zusätzlich zur Frage nach der Aktivität bestimmter Netzwerkakteure wurden die Netzwerkkoordinatoren auch gefragt, inwieweit die Akteure aus ihrer Sicht geeignet sind, zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen beizutragen. Die Ergebnisse werden ebenfalls in Abbildung 6-1 systematisch dargestellt und es wird einerseits deutlich, dass die als sehr geeignet erscheinenden Akteure überwiegend aktive Netzwerkmitglieder sind. Andererseits verdeutlicht die Abbildung, dass Kinderärzte nach Ansicht der Netzwerkkoordinatoren sehr

geeignete Akteure sind, um zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen beizutragen; sie sind jedoch in den meisten Netzwerken nur passive Akteure. Darüber hinaus erscheinen auch Krankenkassen, Erwachsenenpsychiater und -psychotherapeuten sowie Anwälte als geeignete Akteure. Diese Gruppen sind jedoch in den meisten Netzwerken nicht vertreten

Instrumente für die Netzwerkarbeit

Die Netzwerke nutzen für ihre Arbeit eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente. In allen Netzwerken findet ein informeller Austausch zwischen den Mitgliedern statt, fast alle haben themenbezogene Arbeitskreise eingerichtet und Handlungsleitfäden erstellt. Mehr als zwei Drittel der Netzwerke haben Kooperationsvereinbarungen getroffen, veranstalten formale Abstimmungstreffen, bieten gegenseitige, fallbezogene Unterstützung und Informationsangebote oder einen Informationsaustausch, bspw. über E-Mail-Newsletter, Website oder Info-Briefe. an.

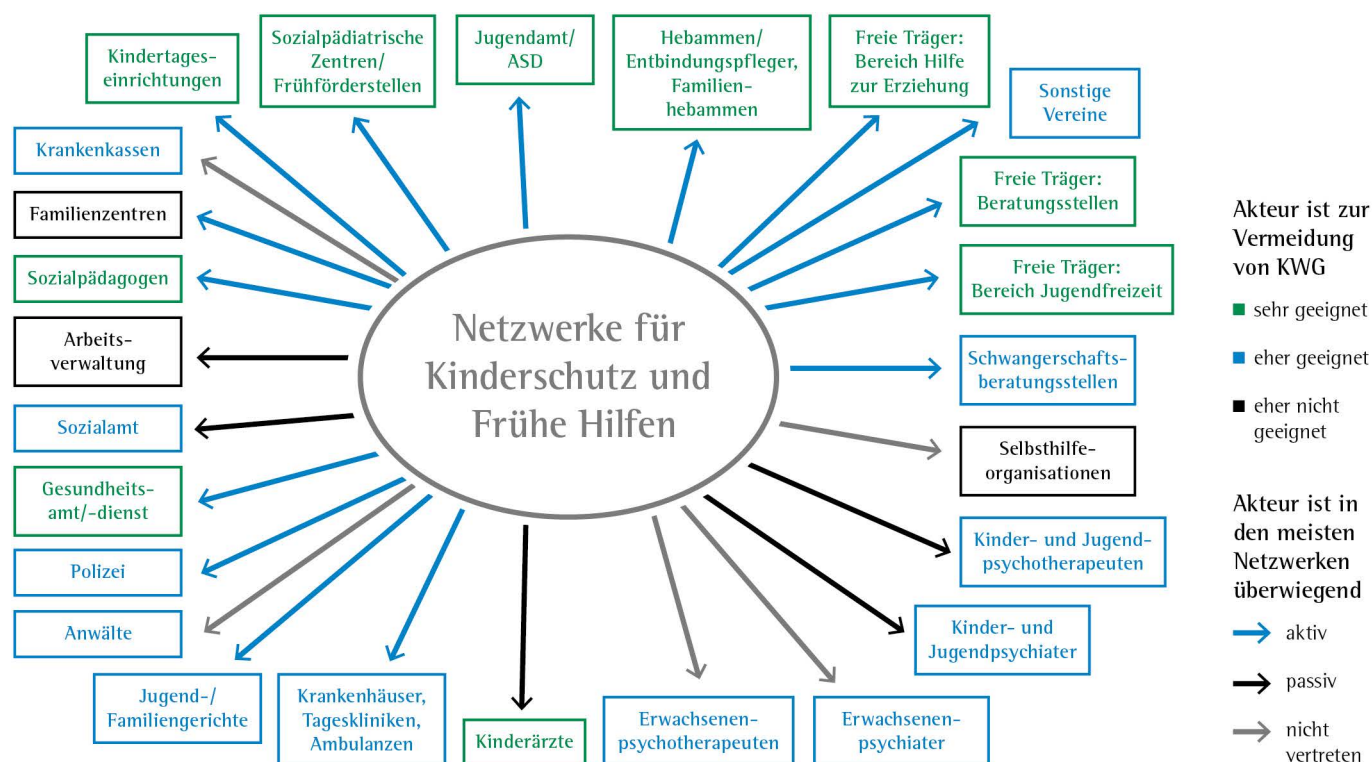
Die Netzwerke, in denen es formale Abstimmungstreffen gibt, führen diese zwischen sechs und zehnmal im Jahr durch. Zwei Netzwerke geben sogar an, mehrfach pro Monat ein formales Abstimmungstreffen zu veranstalten.

Allgemeine (anonymisierte) fallbezogene Beratungen werden in sieben Netzwerken durchgeführt, wobei sie dies in einem sehr unterschiedlichen Ausmaß tun. Im Durchschnitt finden solche Maßnahmen etwa zweimal im Monat statt. Von Netzwerk zu Netzwerk schwankt die Durchführung der fallbezogenen Unterstützungen allerdings sehr stark zwischen drei und sechzig.

Ressourcen der Netzwerke

Zentrale Ressourcen von Netzwerkarbeit sind Geld und das zeitliche Engagement des Netzwerkkoordinators. Zu beiden Ressourcenarten wurden im Rahmen der Befragung Aussagen erhoben, wobei sich wiederum zeigt, dass das Antwortverhalten stark variiert:

Abbildung 6-1: Netzwerkakteure nach ihrer Eignung zur Vermeidung von KWG und ihrer Aktivität im Netzwerk



Quelle: Online-Befragung der Netzwerkkoordinatoren (N=12). Eigene Darstellung Prognos AG.

Zum einen werden die finanziellen Ressourcen sehr unterschiedlich bewertet: Sieben Netzwerkkoordinatoren werten sie als eher nicht ausreichend, drei als eher ausreichend und nur ein Koordinator ist der Auffassung, dass die finanziellen Ressourcen voll und ganz ausreichend sind.

Diese Varianz setzt sich mit Blick auf das zeitliche Engagement fort: Die Hälfte der Netzwerkkoordinatoren wendet wöchentlich zwischen 35 und 40 Stunden für die Netz-

werkarbeit. Zwei Netzwerkkoordinatoren geben sogar an, mehr als 40 Stunden die Woche aufzuwenden. Fünf arbeiten 30 Stunden oder weniger für das Netzwerk.

Zwei Drittel der Netzwerkkoordinatoren sind der Auffassung, dass die von ihnen aufgewandten zeitlichen Ressourcen jedoch nicht ausreichend seien. Die Frage, welches Stunden- oder Stellenkontingent in den Netzwerken idealerweise benötigt wird, kann im Rahmen der Befragung allerdings nicht geklärt werden. Das

liegt einerseits daran, dass der als ausreichend empfundene Stundenumfang zwischen den Netzwerkkoordinatoren stark schwankt. Von den Koordinatoren, die angeben, ausreichend Zeit für das Netzwerk zu haben, arbeiten zwei Befragte wöchentlich 40 Stunden, zwei weitere allerdings nur 12 und 14 Stunden. Zur Einordnung sei angemerkt, dass der individuelle Stellenumfang erhoben wurde und mögliche weitere Stellen für Netzwerkkoordinatoren in einem Netzwerk nicht erfragt wurden.

6.2 Effektivität der Netzwerke

Aus Sicht der Netzwerkkoordinatoren ist ihre Arbeit außerordentlich effektiv. Ausnahmslos geben sie an, dass die Netzwerkarbeit

- den Netzwerkmitgliedern einfache Kontaktmöglichkeiten untereinander bietet und
- einem interdisziplinären Erfahrungs- und Wissensaustausch dient.

Neun der zwölf Netzwerke erklären außerdem, dass ihr Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen

- der fachlichen Koordination zwischen den Hilfeanbietern dient und
- den Akteuren durch fallbezogene Beratungen ihre Angebote zu verbessern ermöglicht.

Gleichzeitig wird deutlich, dass eine dauerhafte Begleitung von hilfebedürftigen Familien oder auch die Motivation zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen nicht im Mittelpunkt der Netzwerkarbeit stehen (Abbildung 6-2). Positiv kann festgehalten werden, dass es in fast allen Netzwerken gelingt, den Zugang zu Familien in schwierigen Lebenssituationen zu verbessern, passgenaue Hilfeangebote zu machen und die systemübergreifende Zusammenarbeit der Akteure zu verbessern.

Den Eigeneinschätzungen der Netzwerkkoordinatoren zur Effektivität ihrer Arbeit können

die Bewertungen von Jugendämtern, Gesundheitsämtern und Ärzten⁶², die in Kontakt mit dem lokalen Netzwerk stehen, gegenübergestellt werden. Sie wurden im Rahmen der Online-Erhebungen (vgl. Kapitel 5) gefragt, welchen Nutzen sie aus den lokalen Netzwerken ziehen. Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass dieser Nutzen sich von Akteur zu Akteur stark unterscheidet. Während die Jugendämter einstimmig angeben, dass sie durch die Netzwerke die Perspektiven anderer Hilfeanbieter kennenlernen, einen interdisziplinären Wissensaustausch erfahren, über zur Verfügung stehende Angebote anderer Hilfeanbieter informiert werden, über eigene Angebote informieren können, die fachliche Koordination verbessern und eine professionelle Wertschätzung ihrer Arbeit erfahren, geben die Gesundheitsämter und insbesondere auch die Ärzte deutlich seltener an, in diesen Bereichen von der Netzwerkarbeit zu profitieren (vgl. Abbildung 6-3).

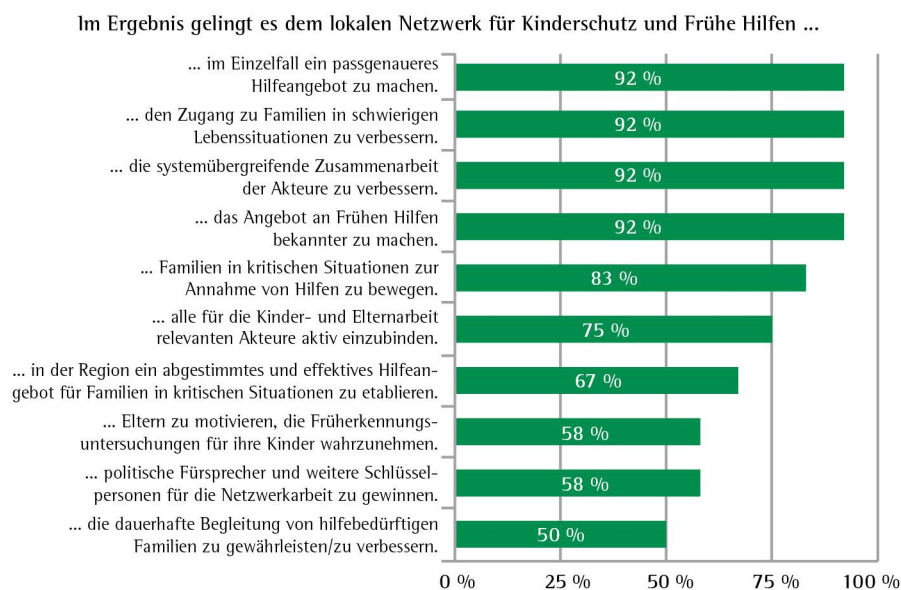
Deutlich wird der außerordentlich hohe Nutzen für die Jugendämter, die eine sehr exponierte Stellung in den Netzwerken haben und aus deren Institution oftmals der Netzwerkkoordinator stammt. Auffällig ist, dass Gesundheitsämter und Ärzte in vielen Bereichen angeben, keinen Nutzen zu erfahren. Nur etwas mehr als die Hälfte der Ärzte und Gesundheitsämter sagt beispielsweise, dass sie im Rahmen der Netzwerke über Angebote anderer Hilfeanbieter informiert werden oder

selber informieren können. Ähnlich selten wird angegeben, dass sie durch die Netzwerke qualifizierte, fallbezogene Unterstützung bekommen.

Eine Erklärung für den vergleichsweise geringen Nutzen, den die Ärzte in ihrer Wahrnehmung aus den lokalen Netzwerken ziehen können, kann darin bestehen, dass Ärzte überwiegend keine aktiven Netzwerkakteure sind. Dabei ist aus der Netzwerkforschung insgesamt bekannt, dass die aktive Einbindung aller relevanten Akteure die Effektivität des Netzwerks wesentlich bestimmt.

Dieser Befund lässt sich auch auf Basis der Befragungsergebnisse der Netzwerkkoordinatoren treffen. Dazu werden zwei neue Variablen berechnet: ein Wirkungsindex und ein Index aktiver Akteursgruppen. Der Wirkungsindex basiert auf der Frage, inwieweit es dem Netzwerk gelingt, bestimmte Ziele zu erreichen.⁶³ Er fasst die Antworten „trifft voll und ganz zu“, „trifft eher zu“ zusammen und kann theoretisch Werte zwischen 0 (es gelingt dem Netzwerk gar nicht, ein Ziel zu erreichen; keine Netzwerkeffektivität) und 10 (es gelingt dem Netzwerk, sämtliche Ziele zumindest teilweise zu erreichen, hohe Netzwerkaktivität) annehmen. Der Index aktiver Akteursgruppen wird auf Basis der Angaben „sehr aktive“ oder „eher aktive“ Mitwirkung der Akteure im Netzwerk gebildet.⁶⁴ Theoretisch möglich sind Indexwerte zwischen 0 (kein Akteur ist im Netzwerk aktiv) und 25 (alle Akteure sind im Netzwerk zumindest eher aktiv).

Abbildung 6-2: Ergebnisse der Netzwerkarbeit aus Sicht der Koordinatoren, Angaben in %



Quelle: Online-Befragung der Netzwerkkoordinatoren. N=12. Eigene Berechnung Prognos AG.

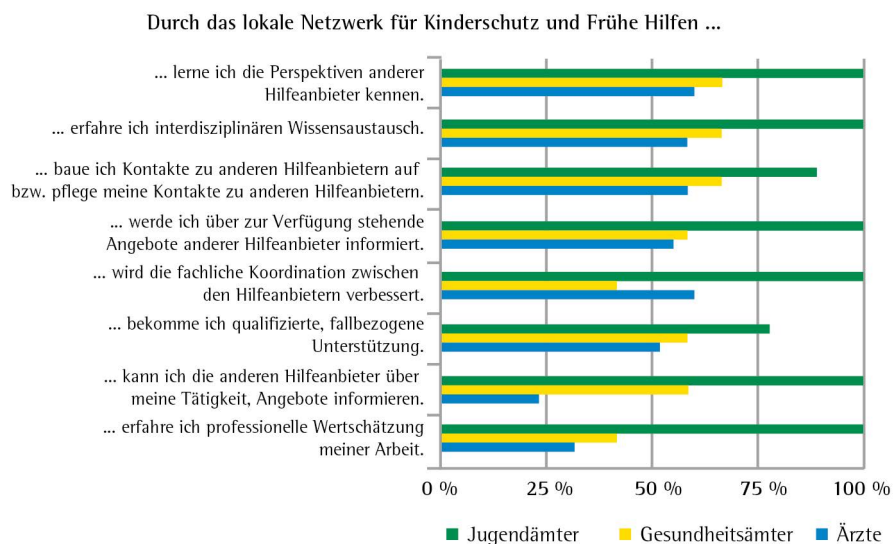
Mittel beläuft sich der Wirkungsindex auf 7,6 Punkte, wobei er mindestens 5 und maximal 10 Punkte beträgt. Der Durchschnittswert des Indexes aktiver Akteursgruppen ist 13,6. Das bedeutet, dass im Durchschnitt rund 14 Akteursgruppen in den Netzwerken aktiv sind. Der Indexwert aktiver Akteursgruppen reicht von 5 im Minimum bis 24 im Maximum.

Rahmen einer bivariaten Korrelationsanalyse kann untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen zwei Größen besteht. Konkret bietet die Korrelationsanalyse die Möglichkeit zu prüfen, ob die Effektivität der sächsischen Kinderschutznetzwerke in einem Zusammenhang mit den im Netzwerk aktiven Akteursgruppen steht. Dazu werden die beiden gebildeten Indices verwendet und der ermittelte Korrelationskoeffizient von 0,707 deutet auf einen positiven Zusammenhang hin. Netzwerke, in denen relativ viele Akteursgruppen aktiv

sind, sind tendenziell auch in der Netzwerktätigkeit besonders effektiv.

Auch ein Mittelwertvergleichstest bestätigt dieses Ergebnis: Dazu werden die Netzwerke in zwei gleich große Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe umfasst Netzwerke mit relativ wenig aktiven Akteuren (5 bis 14), die zweite Gruppe Netzwerke mit relativ vielen (15 bis 24). Die vergleichsweise kleinen Netzwerke erreichen auf dem Wirkungsindex 6,8 Punkte, die vergleichsweise großen Netzwerke liegen deutlich darüber (8,3 Punkte).

Abbildung 6-3: Einschätzung des Nutzens der lokalen Netzwerke durch die Jugendämter, Gesundheitsämter und Ärzte, in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Jugendämter (N=9), der Gesundheitsämter (N=12) und der Ärzte (N=60). Es wurden nur Antworten von Ärzten ausgewertet, die angaben, mindestens „selten“ mit dem lokalen Netzwerk zu tun zu haben. Eigene Berechnung Prognos AG.

6.3 Beispielhafte Darstellung der Akteursstrukturen in vier ausgewählten Netzwerken

In Anbetracht der hohen Relevanz aktiver Akteursgruppen für eine effektive Netzwerkarbeit wurden vier tiefergehende Netzwerkanalysen durchgeführt. Deren Ziel besteht darin, die Akteursstrukturen im Hinblick auf Bedeutung und Häufigkeit der Kommunikations- und Arbeitsbeziehungen genau zu analysieren.

Fallauswahl

Ausgehend von dem Ziel, mögliche Weiterentwicklungspotenziale aufzeigen zu können, wurden auf Basis der Befragungsergebnisse vier Netzwerke ausgewählt, die sich hinsichtlich der Anzahl aktiver Akteursgruppen voneinander unterscheiden. Als weiteres Differenzierungsmerkmal wurde berücksichtigt, ob das Netzwerk in einem Landkreis oder in einer Kreisfreien Stadt tätig ist. Die Auswahl fiel auf die Netzwerke

- Kreisfreie Stadt Leipzig,
- Kreisfreie Stadt Dresden,
- Landkreis Vogtland,
- Landkreis Görlitz.

Methodik und Limitationen

Für die tiefergehende Netzwerkanalyse wurden weitere schriftliche Befragungen der Netzwerkkoordinatoren sowie der Netzwerkmitglieder konzipiert. Diese Befragungen sahen vor, dass in einem ersten Schritt der Netzwerkkoordinator die am Netzwerk beteiligten Akteure und deren Kontaktdaten benennt. Gleichzeitig gibt er zu jedem Akteur an, wie häufig er mit ihm im Kontakt steht und wie der Kontakt ausgestaltet ist.

Auf Basis der vom Netzwerkkoordinator übermittelten Kontaktdaten wurden im zweiten Schritt die genannten Akteure befragt. Dabei standen wiederum die o.g. Fragen im Fokus, wobei die Akteure nicht nur ihre Kontakte zum Netzwerkkoordinator beschreiben sollten, sondern auch zu den weiteren Akteuren, mit denen sie im Kontakt stehen. Das Zusammenbringen der Perspektiven von Netzwerkkoordinator und Netzwerkakteuren hätte zu einem Gesamtbild der Akteursbeziehungen geführt.

Aus untersuchungspraktischen Gründen konnte die so beschriebene Netzwerkanalyse jedoch

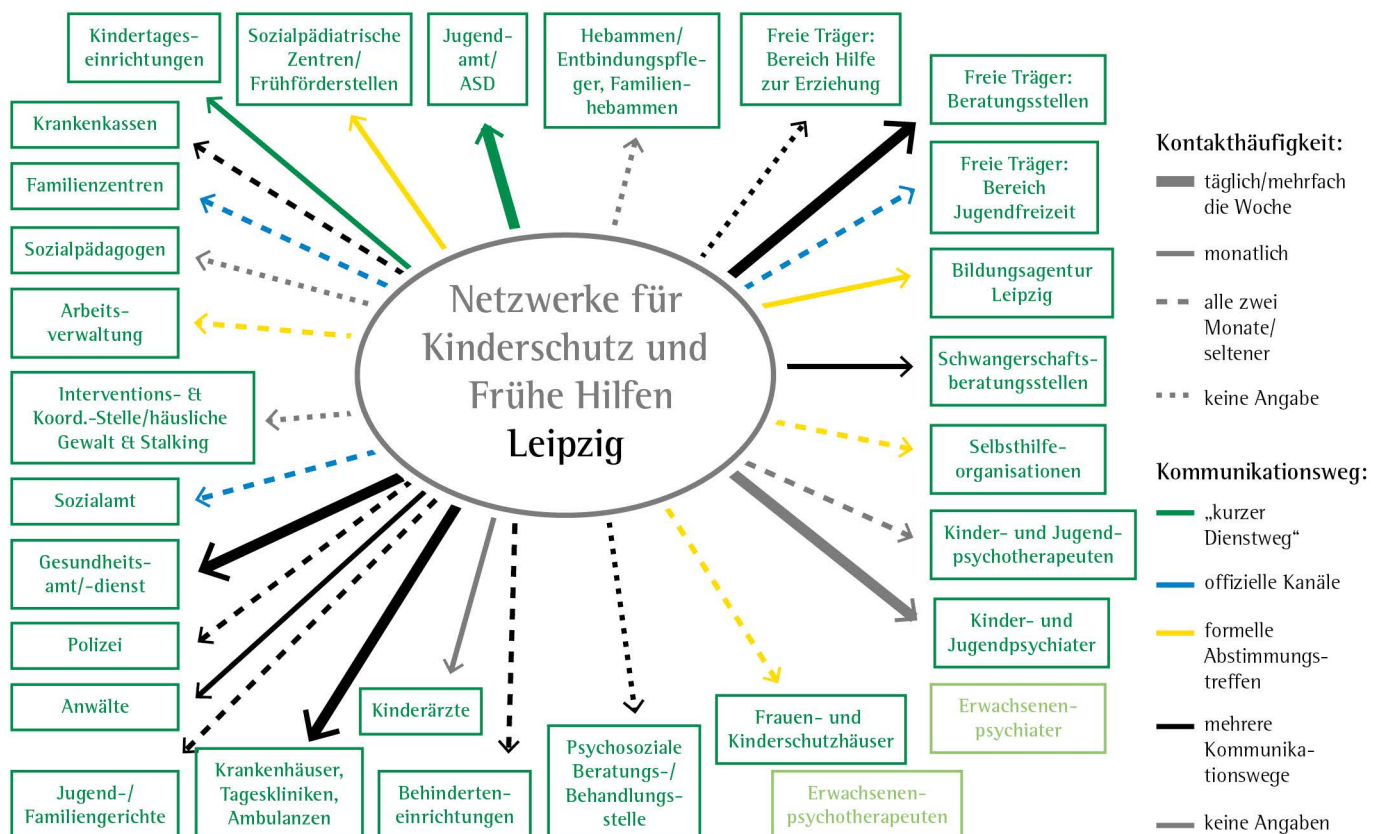
nicht durchgeführt werden. Zwar haben sich die vier Netzwerkkoordinatoren an der Befragung beteiligt, die Rückläufe der Netzwerkakteure waren jedoch in allen Fällen unzureichend und unvollständig. Deshalb stellen die folgenden Netzwerkanalysen nur eine vertiefte Sicht der Netzwerkkoordinatoren dar.

Fall 1: Leipzig

In Leipzig wird das Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen vom Amt für Jugend, Familie und Bildung koordiniert. In ihm wirken sowohl Akteure der Frühen Hilfen als auch Verantwortliche für den Kinderschutz mit.

Das Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Leipzig umfasst eine Vielzahl von Akteuren. Auf dem Wirkungsindex erreicht Leipzig insgesamt 10 von 10 Punkten.

Abbildung 6-4: Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Leipzig



Besonders häufig steht die Koordinatorin mit dem Jugendamt/ASD, dem Bereich Beratung der Freien Träger, dem Gesundheitsamt/Öffentlichen Gesundheitsdienst und Krankenhäusern, Tageskliniken oder Ambulanzen in Kontakt. Zu all diesen Akteuren besteht nicht nur quantitativ ein enges Verhältnis, sondern auch qualitativ: Man kommuniziert hauptsächlich

auf dem „kurzen Dienstweg“, also z.B. telefonisch oder persönlich.

Das Leipziger Netzwerk steht mit allen Akteuren in Kontakt, die aus Sicht der sächsischen Koordinatoren besonders geeignet sind, um Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden. Der Kontakt ist insgesamt relativ eng: mit Ausnah-

me der Träger im Bereich Jugendfreizeit steht man mindestens einmal pro Monat im Kontakt, zumeist „auf dem kurzen Dienstweg“ oder im Rahmen von formellen Abstimmungstreffen. Mit den Freien Trägern im Bereich Jugendfreizeit wird hauptsächlich zwei bis dreimal pro Halbjahr über offizielle Kanäle kommuniziert.

Tabelle 6-1: Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Leipziger Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren

Akteur	Kontakt	Kontakthäufigkeit	Kommunikationswege
Jugendamt/ASD	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg
Gesundheitsamt/-dienst	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Kindertageseinrichtungen	ja	monatlich	kurzer Dienstweg
Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen	ja	monatlich	formelle Abstimmungen
Hebammen/Entbindungspfleger, Familienhebammen	ja	keine Angabe	keine Angabe
Sozialpädagogen	ja	keine Angabe	keine Angabe
Kinderärzte	ja	monatlich	keine Angabe
Freie Träger der Jugendhilfe, Bereich Hilfen zur Erziehung	ja	keine Angabe	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Freie Träger, Bereich Beratung	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Freie Träger, Bereich Jugendfreizeit	ja	zwei- bis dreimal pro Halbjahr	offizielle Kanäle

Fall 2: Dresden

Das Dresdner Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen ist beim Jugendamt angesiedelt. In ihm wirken sowohl Akteure der Frühen Hilfen als auch Verantwortliche für den Kinderschutz mit.

Im Vergleich zu den anderen Fallbeispielen ist das Netzwerk in Dresden grundsätzlich gekennzeichnet durch eine vergleichsweise geringe Anzahl aktiver Akteursgruppen. Auf dem Wirkungsindex erreicht das Netzwerk 6 von 10 möglichen Punkten.

Das Ergebnis der Netzwerkanalyse (Abbildung 6-2) zeigt, dass der Netzwerkkoordinator im Kontakt zu 18 Akteuren steht. Besonders her-

vorzuheben ist, dass in Dresden der Rettungsdienst, die Bildungsagentur die Suchtberatung sowie die Evangelische Landeskirche Beziehungen zum Netzwerk pflegt.

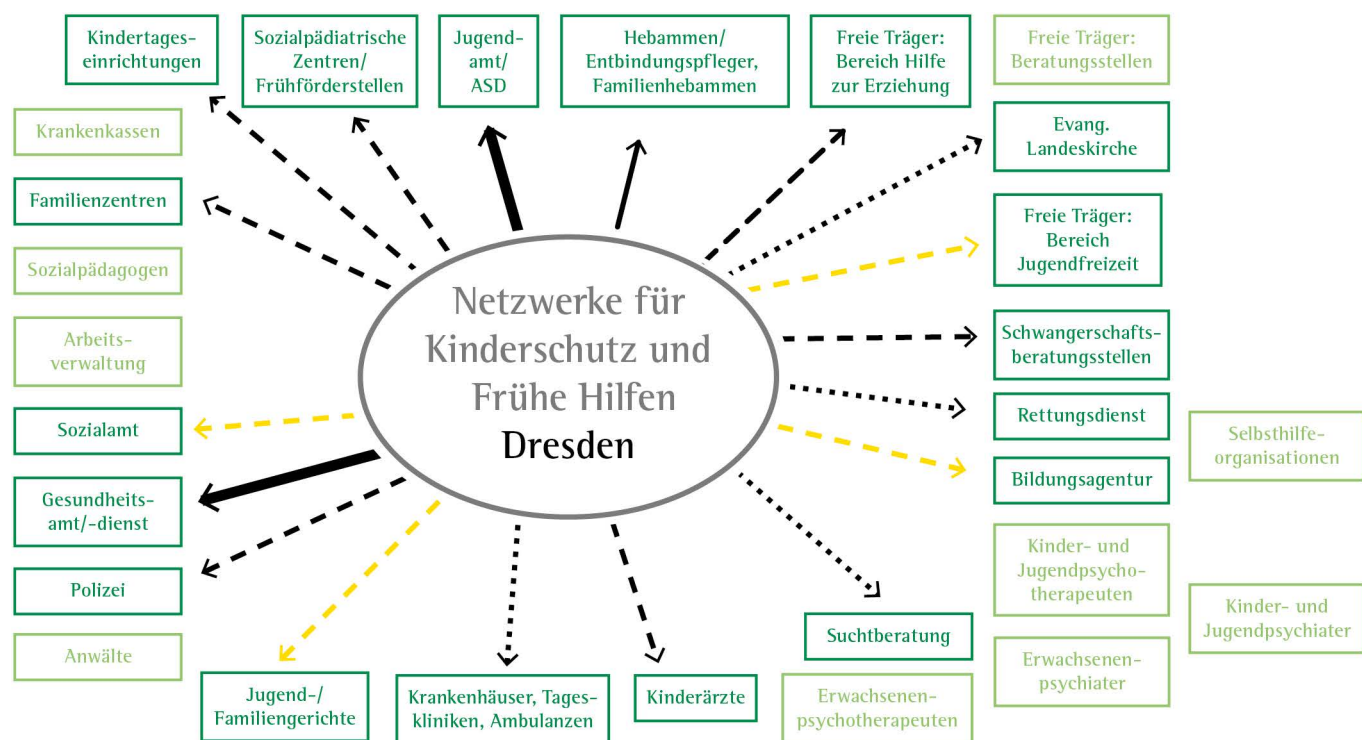
Im Rahmen der Befragung aller Netzwerkkoordinatoren ist deutlich geworden, dass zehn Akteursgruppen sehr geeignet zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen sind. Das Dresdner Netzwerk steht mit acht dieser Akteursgruppen im Kontakt. Kein Kontakt besteht jedoch zur Gruppe der Sozialpädagogen und zu den Beratungsstellen in freier Trägerschaft.

Besonders häufig steht das Netzwerk mit dem Gesundheitsamt und dem Jugendamt/dem ASD in Kontakt. Die institutionelle Nä-

he ermöglicht eine Kommunikation nicht nur im Rahmen formeller Abstimmungstreffen, sondern auch „auf dem kurzen Dienstweg“. Ebenfalls sehr häufig und über mehrere Kommunikationskanäle erfolgt der Austausch mit Hebammen.

Mit Blick auf die zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen als besonders geeignet bewerteten Akteursgruppen zeigt Tabelle 6-2 zum einen, dass der Netzwerkkoordinator den Kontakt zu den Akteuren überwiegend über mehrere Kommunikationswege pflegt. Die Kontakthäufigkeiten unterscheiden sich dabei deutlich.

Abbildung 6-5: Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Dresden



Kontakthäufigkeit:

- täglich/mehrfach die Woche
- alle zwei Monate/seltener
- monatlich
- keine Angabe

Kommunikationsweg:

- „kurzer Dienstweg“
- offizielle Kanäle
- formelle Abstimmungstreffen
- mehrere Kommunikationswege
- keine Angaben

Tabelle 6-2: Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Dresdner Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren

Akteur	Kontakt	Kontakthäufigkeit	Kommunikationswege
Jugendamt/ASD	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Gesundheitsamt/Öffentlicher Gesundheitsdienst	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Kindertageseinrichtungen	ja	alle zwei bis drei Monate	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen	ja	alle zwei bis drei Monate	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Hebammen/Entbindungspfleger, Familienhebammen	ja	monatlich	kurzer Dienstweg, offizielle Kanäle, formelle Abstimmungen
Sozialpädagoginnen und -pädagogen	nein	-	-
Kinderärzte	ja	seltener als vierteljährlich	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Freie Träger der Jugendhilfe, Bereich Hilfen zur Erziehung	ja	seltener als vierteljährlich	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Freie Träger, Bereich Beratung	nein	-	-
Freie Träger, Bereich Jugendfreizeit	ja	seltener als vierteljährlich	formelle Abstimmungen

Fall 3: Vogtlandkreis

Die Koordination des lokalen Netzwerks für Frühe Hilfen obliegt im Vogtlandkreis dem Jugendamt. Das Netzwerk im Vogtlandkreis besteht aus einer mittleren Anzahl an aktiven Akteursgruppen. Auf dem Wirkungsindex erreicht das Netzwerk 10 Punkte.

Das Netzwerk im Vogtlandkreis steht mit fast allen Akteuren in Kontakt, die aus Sicht der Koordinatoren geeignet sind, Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden. Allerdings fehlt der Kontakt zu Freien Trägern im Bereich Jugendfreizeit. Auch der Kontakt zu den Freien Trägern im Bereich Hilfen zur Erziehung ist sehr selten.

Mit den meisten Akteuren kann über den kurzen Dienstweg kommuniziert werden, oder über formelle Abstimmungstreffen. In vielen Fällen stehen mehrere Kontaktwege zur Verfügung. Die Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen werden eher über offizielle Kanäle erreicht (vgl. Tabelle 6-3).

Abbildung 6-6: Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Vogtlandkreis

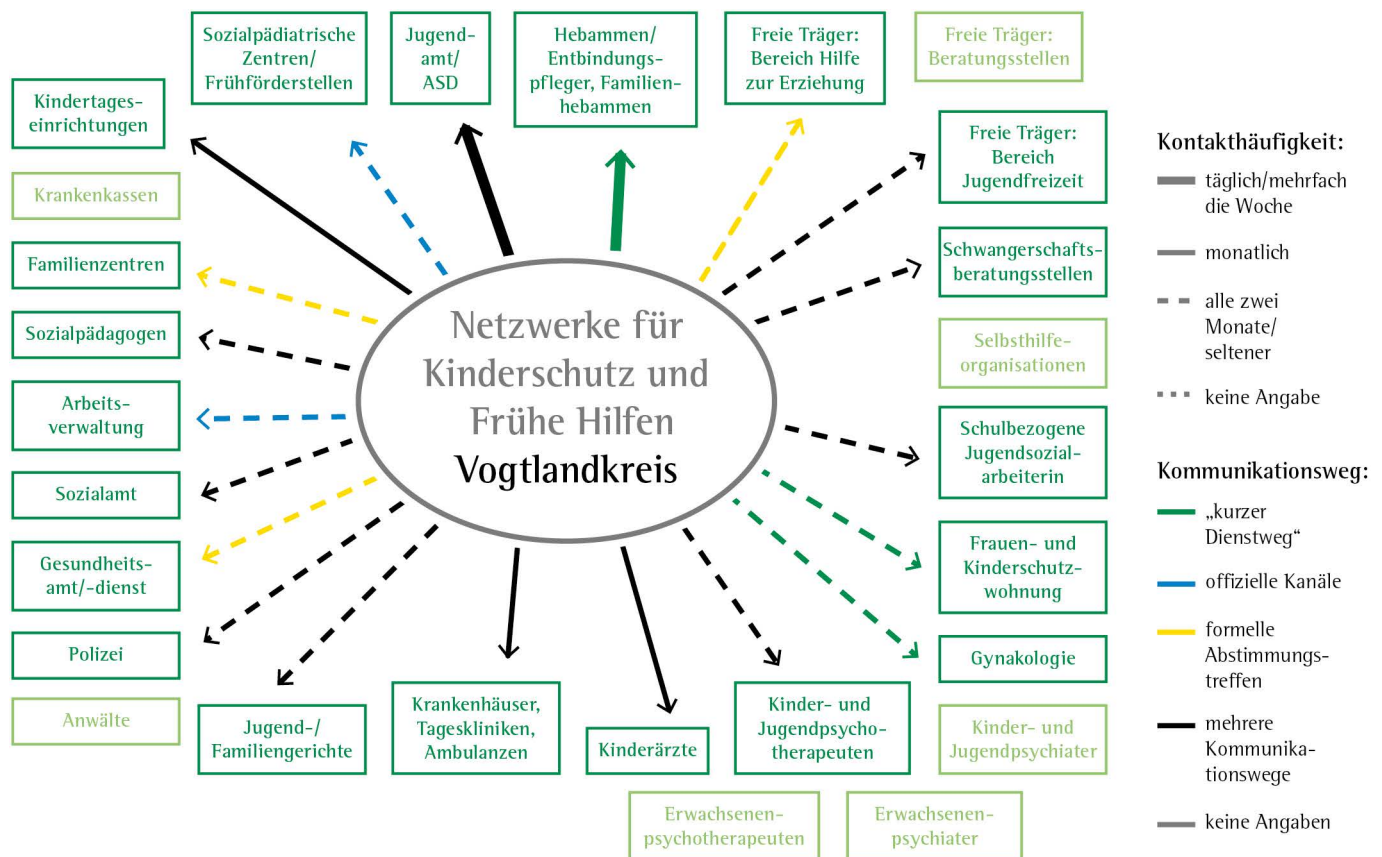


Tabelle 6-3: Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Vogtländer Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren

Akteur	Kontakt	Kontakthäufigkeit	Kommunikationswege
Jugendamt/ASD	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Gesundheitsamt/Öffentlicher Gesundheitsdienst	ja	zwei- bis dreimal pro Halbjahr	formelle Abstimmungen
Kindertageseinrichtungen	ja	monatlich	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen	ja	zwei- bis dreimal pro Halbjahr	offizielle Kanäle
Hebammen/Entbindungspfleger, Familienhebammen	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg
Sozialpädagoginnen und -pädagogen	ja	zwei- bis dreimal pro Halbjahr	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Kinderärzte	ja	monatlich	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen
Freie Träger der Jugendhilfe, Bereich Hilfen zur Erziehung	ja	seltener als quartalsweise	formelle Abstimmungen
Freie Träger, Bereich Beratung	nein	-	-
Freie Träger, Bereich Jugendfreizeit	ja	zwei- bis dreimal pro Halbjahr	kurzer Dienstweg, formelle Abstimmungen

Fall 4: Görlitz

Die Koordinierungsstelle für das Soziale Frühwarnsystem im Landkreis Görlitz ist beim eingetragenen Verein Tierra – Eine Welt angesiedelt. Die Netzwerkarbeit erfolgt in Kooperation mit zwei Trägern der freien Jugendhilfe (Internationaler Bund e.V. und Aktiva – Sozialraum Lausitz e.V.) sowie mit dem Jugendamt des Landkreises Görlitz.

Im Vergleich zu den anderen Fallbeispielen ist das Netzwerk im Landkreis Görlitz grundsätzlich gekennzeichnet durch eine mittlere Anzahl aktiver Akteursgruppen. Auf dem Wirkungsindeks erreicht das Netzwerk 9 von 10 möglichen Punkten.

Das Ergebnis der Netzwerkanalyse (vgl. Abbildung 6-6) zeigt, dass der Netzwerkkoordinator im Kontakt zu 19 Akteuren steht. Neben

den klassischen Akteuren im Bereich Kinderschutz und Frühe Hilfen werden vom Koordinator auch die Kontakte zum Lokalen Bündnis für Familie, dem im Rahmen der aufsuchenden Präventiven Hilfen initiierten Projekt „Guter Start“ sowie der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle Görlitz hervorgehoben

Mit Blick auf den Befund, dass bestimmte Akteursgruppen besonders geeignet sind, Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden, kann festgehalten werden, dass die Netzwerkkoordination in Görlitz mit all diesen Gruppen im Kontakt steht. Herausragend ist dabei die Beziehung zum Jugendamt/ASD; hier erfolgt mehrfach in der Woche ein Austausch auf kurzem Dienstweg. Besonders häufig steht das Netzwerk darüber hinaus mit dem Lokalen Bündnis für Familie und dem Projekt „Guter Start“ in Kontakt.

Insgesamt betrachtet nutzt das Netzwerk im Landkreis Görlitz v.a. kurze Dienstwege und formelle Abstimmungstreffen zur Kommunikation. Kurze Dienstwege überwiegen dabei deutlich, was mit einem starken persönlichen Engagement und/oder einer geringen institutionellen Anbindung erklärt werden kann.

Wird der Fokus auf die Akteure gerichtet, die besonders geeignet sind, Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden, zeigt Tabelle 6-4 zum einen, dass die Netzwerkkoordination häufig den Kontakt über den „kurzen Dienstweg“ oder formelle Abstimmungen sucht. Die Kontakthäufigkeiten unterscheiden sich von Akteur zu Akteur deutlich.

Abbildung 6-7: Netzwerk „Soziales Frühwarnsystem im Landkreis Görlitz – Netzwerke Frühe Hilfen“

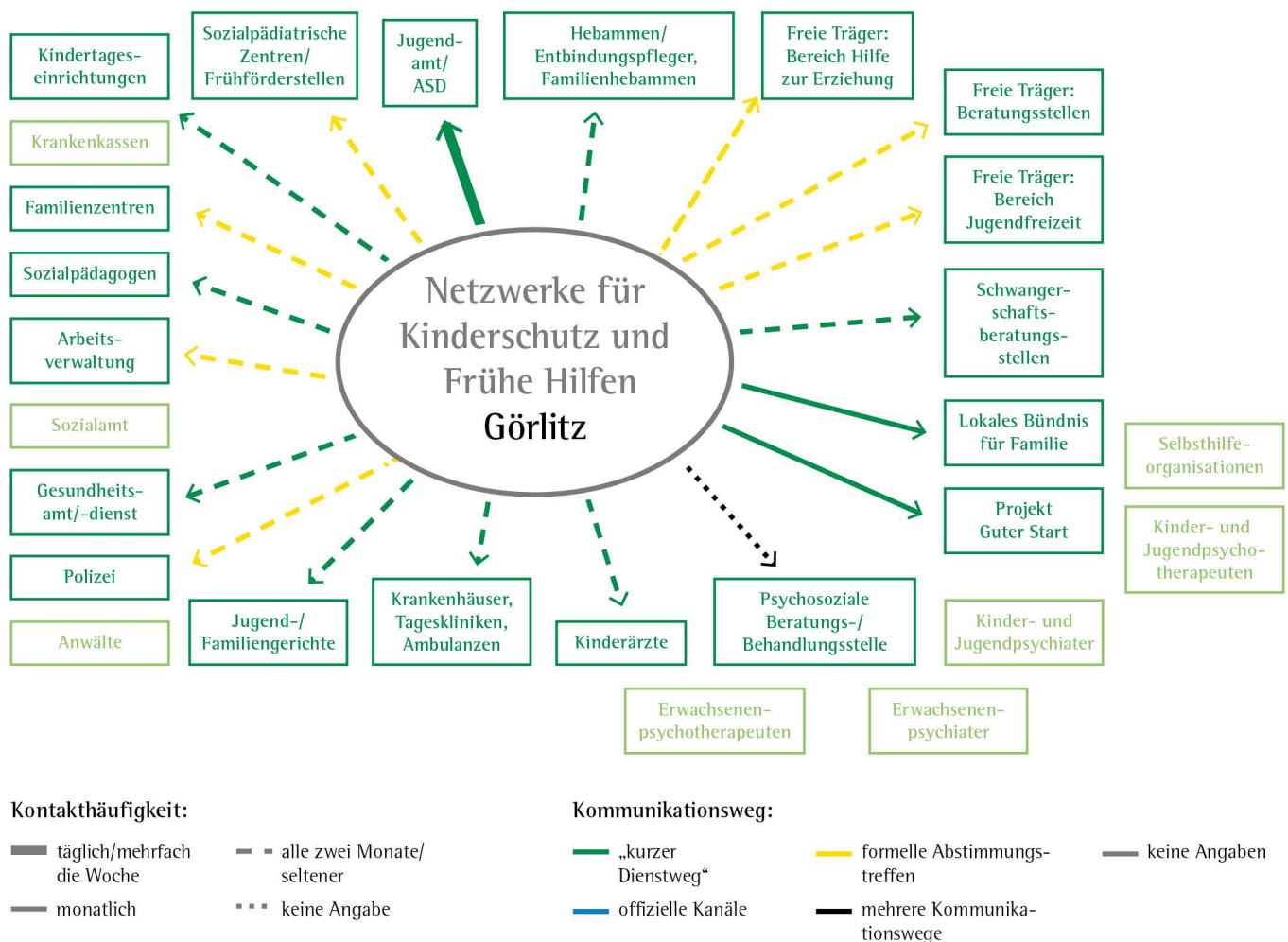


Tabelle 6-4: Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Görlitzer Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren

Akteur	Kontakt	Kontakthäufigkeit	Kommunikationswege
Jugendamt/ASD	ja	mehrfach pro Woche	kurzer Dienstweg
Gesundheitsamt/Öffentlicher Gesundheitsdienst	ja	seltener als vierteljährlich	kurzer Dienstweg
Kindertageseinrichtungen	ja	alle zwei bis drei Monate	kurzer Dienstweg
Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen	ja	seltener als vierteljährlich	formelle Abstimmungen
Hebammen/Entbindungspfleger, Familienhebammen	ja	alle zwei bis drei Monate	kurzer Dienstweg
Sozialpädagoginnen und -pädagogen	ja	seltener als vierteljährlich	formelle Abstimmungen
Kinderärzte	ja	alle zwei bis drei Monate	kurzer Dienstweg
Freie Träger der Jugendhilfe, Bereich Hilfen zur Erziehung	ja	seltener als vierteljährlich	formelle Abstimmungen
Freie Träger, Bereich Beratung	ja	seltener als vierteljährlich	formelle Abstimmungen
Freie Träger, Bereich Jugendfreizeit	ja	seltener als vierteljährlich	formelle Abstimmungen

6.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Analyse der sächsischen Netzwerke für Frühe Hilfen ergibt ein heterogenes Bild. Im Sinne einer Bestandsaufnahme kann festgehalten werden, dass zwischen den Netzwerken große Unterschiede hinsichtlich der Zahl aktiver Akteursgruppen, der in den Netzwerken aktiven Personen, der Bewertung ihrer zeitlichen Ressourcen für die Netzwerkkoordination und der Zufriedenheit mit den finanziellen Ressourcen vorliegen.⁶⁵

Jugendämter, Gesundheitsämter, SPZ, Freie Träger, Kinderärztinnen und -ärzte, Kitas und Hebammen/Entbindungspfleger sowie Familienhebammen sind laut den Netzwerkkoordinatoren sehr geeignete Netzwerkakteure. In der Regel gelingt es, sie in die Netzwerkarbeit einzubinden, so dass durchschnittlich 33 Personen pro Netzwerk aktiv sind, bei jedoch deutlichen Schwankungen zwischen 60 und 9 aktiven Mitgliedern. Eine Ausnahme ist die Ak-

teursgruppe der Kinderärztinnen und -ärzte: Sie sind zwar aus Sicht der Netzwerkkoordinatoren sehr geeignet, um Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden, in den meisten Netzwerken sind sie jedoch nur passiv vertreten.

Auch die in der Netzwerkarbeit genutzten Instrumente unterscheiden sich. Die Arbeitsweise der Netzwerke ist in abnehmender Häufigkeit gekennzeichnet durch den informellen Austausch im Netzwerk, die Arbeit in themenbezogenen Arbeitskreisen, die Erarbeitung von Handlungsleitfäden, Kooperationsvereinbarungen und fallbezogene Unterstützung, Informationsangebote und regelmäßige formale Netzwerktreffen.

Die Wirkung der Netzwerke wird sehr hoch bewertet. Von den Koordinatoren wird angegeben, dass alle Netzwerke ihren Mitgliedern Kontaktmöglichkeiten und einen interdisziplinären Erfahrungsaustausch bieten.

Fast alle verbessern den Zugang zu Familien in schwierigen Lebenssituationen, machen passgenaue Hilfeangebote und verbessern die systemübergreifende Zusammenarbeit der Akteure. Diese positive Einschätzung der Wirkung der Netzwerkarbeit wird durch andere Netzwerkakteure teilweise relativiert. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die im Kontakt zu den Netzwerken stehen, geben häufig an, dass sie wenig oder keinen Nutzen aus der Arbeit ziehen.

Als zentrales Ergebnis der Netzwerkanalyse kann festgehalten werden, dass die Effektivität der Netzwerke von der Zahl der aktiven Mitglieder abhängt: Je mehr Mitglieder sich aktiv im Netzwerk einbringen, desto besser werden aus Sicht der Koordinatoren mögliche Netzwerkziele erreicht.

7 Synopse der Befunde

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Befunde dieser Untersuchung im Sinne einer Synopse zusammengeführt. Grundlage für die

Zusammenführung ist die in Kapitel 1 entwickelte Übersicht über die relevanten Aufwands- und Nutzendimensionen, wie sie mit

den entsprechenden Beobachtungsbereichen in Tabelle 1-1 beschrieben wurden.

7.1 Zentrale Aufwandsdimensionen

Bezogen auf das **EEV** lassen sich zu den wesentlichen Aufwandsdimensionen folgende Befunde zusammenfassen:

- Zur Finanzierung des EEVs sind im Verwaltungshaushalt für 2013 Mittel in Höhe von 1,95 Mio. Euro eingestellt (vgl. Kapitel 4.1.1).
- Weiterhin wurden im Rahmen der Evaluation Einschätzungen zum Aufwand von unterschiedlichen Akteuren erhoben, die in das EEV involviert sind (vgl. Kapitel 5). Ärzte beurteilen demnach den Durchführungs- und Dokumentationsaufwand für die Früherkennungsuntersuchungen überwiegend als angemessen abrechenbar und schätzen auch das Auftreten „indirekter Kosten“ zum Beispiel durch eine Belastung des Arzt-Eltern-Verhältnisses als gering ein.
- Auch die Eltern bewerten nur vereinzelt den Zeitaufwand für die Kontaktaufnahme

mit Ärzten, die Terminvereinbarung und die Durchführung der Untersuchungen als hoch. Überwiegend werden hier keine Probleme gesehen.

- Insgesamt werden nur wenige Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdungen von den Gesundheitsämtern an die Jugendämter weitergeleitet. Trotzdem wird der Aufwand zur Klärung dieser Fälle von den Jugendämtern z.T. als hoch eingeschätzt.
- Kritisch sehen insbesondere die Gesundheitsämter den durch das EEV bei ihnen entstehenden Arbeitsaufwand. So ist die Anzahl der nachzuverfolgenden Fälle seit Einführung des EEVs deutlich gestiegen, der Aufwand für den Versand entsprechender Informationsschreiben wird überwiegend als sehr hoch beschrieben und bindet Ressourcen, die die Gesundheitsämter gerne für andere präventive Tätigkeiten einsetzen würden.

Schließlich wurden für die im Rahmen des SächsKiSchG auf- und ausgebauten **regionalen Netzwerke** Einschätzungen zu den verfügbaren Personalressourcen erhoben (vgl. Kapitel 5.4). Demnach arbeitet die überwiegende Mehrheit der Netzwerkkoordinatoren im Umfang einer Vollzeitstelle oder zumindest vollzeitnah für die Netzwerke. Unabhängig vom Stellenumfang wird die verfügbare Arbeitszeit mehrheitlich als zu gering eingeschätzt, um die anstehenden Netzwerkaufgaben optimal erfüllen zu können. Auch die verfügbaren finanziellen Ressourcen werden überwiegend als für die bestehenden Aufgaben nicht hinreichend bewertet, wobei es durchaus Netzwerkkoordinatoren gibt, die sowohl ihr Zeitbudget als auch mit ihren finanziellen Ressourcen als ausreichend einschätzen.

7.2 Zentrale Nutzendimensionen

Für die zentralen Nutzendimensionen des **EEVs** lassen sich folgende Befunde zusammentragen:

- Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen haben sich seit Einführung des EEVs erhöht (vgl. Kapitel 4.2). Die Untersuchungsquoten sind insbesondere im Jahr 2012 gegenüber 2011 deutlich angestiegen und haben sich 2013 auf dem Niveau von 2012 stabilisiert. Dies zeigt sich für alle U-Stufen, am deutlichsten aber für die späteren Früherkennungsuntersuchungen U7 und U8. Positiv ist auch, dass die Untersuchungen früher wahrgenommen werden, im Zeitverlauf von der KVS also weniger Erinnerungen verschickt werden und seltener Meldungen an die Gesundheitsämter erfolgen. Regional zeigt sich für diese Entwicklungen ein homogenes Bild. Zur Einordnung dieser Befunde sei darauf hingewiesen, dass die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen im Freistaat Sachsen trotz der positiven Entwicklung hinter denen anderer

Bundesländer zurück bleiben. Zum Beispiel werden in den Ländern Hessen und Rheinland-Pfalz, die hier näher betrachtet wurden, höhere Quoten erzielt.

- Grundsätzlich zeigt sich eine deutlich positive Einstellung der Eltern ggü. den Früherkennungsuntersuchungen und ihrem Beitrag zur Förderung der Kindergesundheit (vgl. Kapitel 5.1). Das EEV wird dabei von den Eltern als komplementäre Informationsquelle geschätzt. Hauptsächlich nutzen die Eltern allerdings die Terminübersicht im Vorsorgeheft. Die Befürchtung, dass Erziehungsbe-rechtigte das EEV als eine Bevormundung oder Einmischung in die Erziehungskompetenz wahrnehmen, kann vor diesem Hintergrund nicht bestätigt werden.
- Von den befragten Ärzten, Gesundheitsämtern und Jugendämtern sowie Netzwerkkoordinatoren wird ebenfalls eine hohe Akzeptanz der U-Untersuchungen und des EEVs

gespiegelt (vgl. Kapitel 5.2 bis Kapitel 5.5). Eine konkrete Nutzenerwartung bezieht sich in der Regel auf die frühzeitige Erkennung von Entwicklungsverzögerungen oder -störungen und somit auf die Verringerung von Gesundheitsdefiziten bei Kindern, weniger jedoch auf die Aufdeckung oder Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen. Hier wird die Eignung des EEVs bzw. der Früherkennungsuntersuchungen zurückhaltend bewertet.

- Die Intensivierung der Arzt-Eltern-Beziehung im Zuge des Anstiegs der Teilnahmequoten wird ambivalent beurteilt (vgl. Kapitel 5.2). Ärzte äußern überwiegend, dass der Austausch mit den Eltern oder Erziehungsbe-rechtigten über die gesundheitliche Entwicklung des Kindes durch die Untersuchungen intensiviert wird. Die Erwartung, dass durch das EEV ansonsten schwer erreichbare Eltern zur Inanspruchnahme der Untersuchungen bewegt werden, ist aber gedämpft. Dem-

entsprechend berichten sie überwiegend, dass sich die Anzahl der von ihnen selber durchgeführten Untersuchungen seit Einführung des EEVs kaum erhöht hat.

- Weitere positive Nebeneffekte, wie eine mögliche Steigerung der Impfquote, werden von den Ärzten eher nicht angenommen (vgl. 5.2).
- Neben der gedämpften Erwartung der befragten Akteure, dass das EEV einen signifikanten Beitrag zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung leisten kann, sprechen auch die von den Gesundheits- an die Jugendämter zur Überprüfung weitergeleiteten Fälle für eine vorsichtige Interpretation. Dabei ist weniger die geringe Gesamtzahl ausschlaggebend – hier stellt sich die Frage des Bewertungsmaßstabes – als vielmehr die Tatsache, dass die Weiterleitung in der Regel unqualifiziert erfolgt, die Gesundheitsämter also keine Möglichkeit haben, Verdachtsfälle zu prüfen (vgl. Kapitel 5.3 sowie Kapitel 5.5). Die überwiegende Zahl der Fälle wird ohne das Zustandekommen eines Kontakts oder gar einer Beratung weiter geleitet.

Weitere Nutzendimensionen beziehen sich in erster Linie auf die regionalen Netzwerke:

- Aus Sicht der Netzwerkkoordinatoren ist ihre Arbeit außerordentlich effektiv (vgl. Kapitel 6.2). Ausnahmslos geben sie an, dass

die Netzwerkarbeit den Netzwerkmitgliedern einfache Kontaktmöglichkeiten untereinander bietet und einem interdisziplinären Erfahrungs- und Wissensaustausch dient. Auch die fachliche Koordination zwischen den Hilfeanbietern und die fallbezogene Beratung verbessern sich mehrheitlich.

- Positiv kann nach Selbstauskunft der Netzwerkkoordinatoren festgehalten werden, dass es in fast allen Netzwerken gelingt, den Zugang zu Familien in schwierigen Lebenssituationen zu verbessern und passgenaue Hilfeangebote zu machen.
- Auch die befragten Jugend- und Gesundheitsämter sowie Ärzte bestätigen positive Netzwerkeffekte für ihre Arbeit, allerdings in unterschiedlicher Häufigkeit. Während die Jugendämter, bei denen häufig die Koordinatorenstelle angesiedelt ist, einstimmig angeben, dass sie durch die Netzwerke die Perspektiven anderer Hilfeanbieter kennenlernen, einen interdisziplinären Wissensaustausch erfahren, über zur Verfügung stehende Angebote anderer Hilfeanbieter informiert werden, über eigene Angebote informieren können, die fachliche Koordination verbessern und eine professionelle Wertschätzung ihrer Arbeit erfahren, geben die Gesundheitsämter und insbesondere auch die Ärzte deutlich seltener an, in diesen Bereichen von der Netzwerkarbeit zu profitieren (vgl. Kapitel 6.2). Auffällig ist, dass viele Gesundheitsämter und Ärzte in den abgefragten Bereichen keinen Nutzen erfah-

ren. Nur etwas mehr als die Hälfte der Ärzte und Gesundheitsämter sagt beispielsweise, dass sie im Rahmen der Netzwerke über Angebote anderer Hilfeanbieter informiert werden oder selber informieren können. Ähnlich selten wird angegeben, dass sie durch die Netzwerke qualifizierte, fallbezogene Unterstützung bekommen. Die Netzwerkanalyse deutet darauf hin, dass diese zurückhaltende Einschätzung mit einer nach wie vor geringeren Netzwerkeinbindung der Ärzte und Gesundheitsämter zusammen hängt.

- Zusammenfassend kann anhand der Befragungen die These belegt werden, dass die Wirksamkeit der Netzwerke mit ihrer Größe zusammenhängt; nur wenn es den Koordinatoren gelingt, viele Akteure aktiv einzubinden, kann eine gute Wirksamkeit im Sinne des SächsKiSchG unterstellt werden, nämlich die Förderung von Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern zur Vermeidung von Überforderung und Fehlverhalten und zur Bewältigung besonderer Belastungen von Eltern und Kindern sowie die Verbesserung der Abstimmung mit anderen Schutz- und Fördermaßnahmen bzw. Synergieeffekte mit anderen Maßnahmen zur Förderung der Kindergesundheit und zum Kinderschutz (bspw. Maßnahmen der Frühen Hilfen).

7.3 Einschätzungen von Optionen zur Weiterentwicklung des SächsKiSchG

Im Rahmen der Untersuchung wurden von den einbezogenen Akteuren Einschätzungen zu Optionen abgegeben, die zur Weiterentwicklung des SächsKiSchG im Raum stehen.

- Das Auftreten sogenannter falsch positiver Einladungen und Erinnerungen sollte reduziert werden, um die Effizienz des EEVs zu erhöhen und seine hohe Akzeptanz bei den Eltern nicht aufs Spiel zu setzen. Ein zentraler, von der KVS zu beeinflussender Ansatzpunkt ist dabei die Wahl des Einladungszeitpunktes. Es wird deutlich, dass die KVS die Einladungsschreiben heute etwa 2 Monate vor Beginn des offiziellen Toleranzzeitraumes der Untersuchungen erstellt. Im Fall der U8 ist es sogar rund 4 Monate früher. In Gesprächen mit Elternvertretern aber auch mit

Ärzten wird dieser lange Zeitraum als ein Grund dafür benannt, dass die Wirkung des Schreibens verpufft, und Eltern ggf. an die Untersuchungen erinnert werden müssen. Werden die Einladungen in kürzerer zeitlicher Distanz zur Untersuchung verschickt, könnten noch deutlich positivere Effekte bereits in der ersten Stufe des EEVs erreicht werden.

- Eine weitere Option ist die Einbeziehung der U9 in das EEV. Die befragten Akteure stehen dem mehrheitlich positiv gegenüber, da sie die positive Wirkung des Verfahrens auch auf diese Untersuchungsstufe ausweiten wollen. Zum Teil werden die relativ geringen Teilnahmequoten an der U9 damit begründet, dass sie nicht mehr Teil des EEVs

ist, die Erziehungsberechtigten sich aber an den Einladungs- und Erinnerungsmechanismus gewöhnt hätten. Andere Stimmen begründen die relativ geringe Teilnahmequote mit der Nähe des Untersuchungszeitpunkts zur Schuleingangsuntersuchung.

- Auch die Einführung einer Teilnahmeverpflichtung an den Früherkennungsuntersuchungen wird überwiegend befürwortet. Sie unterstreiche die große Bedeutung der Untersuchungen für die Kindergesundheit und erhöhe die Effizienz des EEVs.
- Während sich die befragten Ärzte und Jugendämter mit ihrer Funktion im EEV einverstanden zeigen und sich als fachlich geeignet beschreiben, um sowohl den Ge-

sundheitszustand als auch das Gefährdungsrisiko der Kinder einschätzen und bewerten zu können, beurteilen die Gesundheitsämter ihre eigene Rolle im Verfahren kritischer. Sie sehen auf der einen Seite einen steigenden Aufwand bei der Prüfung der an sie weitergeleiteten Fälle, erkennen auf der anderen Seite ihre begrenzten Ressourcen und Befugnisse, um eine valide Gefährdungseinschätzung abgeben zu kön-

nen. Dies deutet darauf hin, dass die Rolle der Gesundheitsämter im Rahmen des EEVs vor dem Hintergrund ihrer Befugnisse überdacht werden sollte.

- Eine intensivere Einbeziehung der Krankenkassen in das EEV wird von allen befragten Akteuren mit Skepsis betrachtet und auch von den Kassen selber abgelehnt. Vermutet wird, dass dadurch der Druck zur Teil-

nahme unangemessen erhöht würde, was sich wiederum negativ auf die Akzeptanz des Verfahrens bei den Erziehungsberichtigten auswirken würde. Auch könnten eigene Erinnerungen an die Untersuchungen mit üblichen Werbemaßnahmen der Kassen vermischt werden, was ihrer Bedeutung nicht gerecht werde.

8 Handlungsempfehlungen

In der Gesamtschau der Befunde ergeben sich im Hinblick auf die Weiterentwicklung des SächsKiSchG folgende Empfehlungen:

Steigerung der Effizienz des EEV: Das EEV hat sich als Teil des SächsKiSchG bewährt. Das Verfahren ist etabliert und in den Zielgruppen der Erziehungsberechtigten und der Ärztinnen und Ärzte, die die Untersuchungen durchführen und ihrer Meldeverpflichtung nachkommen akzeptiert. Im Ergebnis trägt das EEV dazu bei, dass Früherkennungsuntersuchungen häufiger und auch früher wahrgenommen werden.

Eine Effizienzsteigerung im Verfahren kann durch die Justierung der Termine für die Ersteinladungen gelingen. Werden diese näher an die Untersuchungstermine herangerückt, entfallen Erinnerungsschreiben oder falsch positive Meldungen, was wiederum den Verwaltungsaufwand bei allen beteiligten Akteuren verringert.

Eine weitere Effizienzreserve besteht in der Verbesserung der Qualität von Meldedaten, mit denen im EEV gearbeitet wird. Je zuverlässiger und schneller der Wegzug von Familien eingepflegt wird, desto weniger Aufwand entsteht auf den folgenden Stufen des Verfahrens. Insbesondere die Gesundheitsämter würden dadurch im Rahmen ihrer Fallklärung entlastet.

Förderung der Kindergesundheit: Der Nutzen der Früherkennungsuntersuchungen liegt nach Einschätzung der in dieser Studie befragten Akteure in erster Linie in der Förderung der Kindergesundheit. Das EEV trägt demnach über die Steigerung der Untersuchungsquoten dazu bei, Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Vor diesem Hintergrund bestätigt sich, dass die Einbeziehung der Gesundheitsämter in das EEV ein richtiger Schritt ist; ihre Aufgabe ist es u. a., Erziehungsberechtigte durch ein passgenaues Informations- und Beratungsangebot für die Bedeutung des gesunden Aufwachsens ihrer Kinder zu sensibilisieren und sie in dieser Hinsicht zu unterstützen. Durch die Einbindung der Gesundheitsämter in das EEV haben sie die Chance, u. a. jene Eltern zu erreichen, für die Information und Beratung einen potenziell hohen Nutzen bringen können.

Eine weitere Steigerung der Untersuchungsquoten ist wünschenswert – Bundesländer wie Rheinland-Pfalz oder Hessen zeigen, dass höhere Quoten möglich sind. Entsprechende

Anreize für die Inanspruchnahme der Untersuchungen können durch akteursübergreifend abgestimmte Aufklärungs- und Informationskampagnen entstehen. Analog zur Aktion „Ich geh zur U! Und Du?“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) können Aufklärungs- und Informationsangebote in Kooperation mit Gesundheits- und Jugendämtern, Kindertagesstätten, Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen entwickelt und gezielt an Erziehungsberechtigte adressiert werden, die gemeinhin als schlecht erreichbar gelten: Alleinerziehende, Eltern mit Migrationshintergrund bzw. mit einem geringen sozioökonomischen Status.⁶⁶ In diesem Zusammenhang hat der flankierende Hinweis der Krankenkassen auf das Angebot der Früherkennungsuntersuchungen einen potenziell hohen Nutzen, da darüber alle Pflichtversicherten erreicht werden können. Hierbei ist allerdings das Nebeneinander des EEVs und möglicher kasseneigener Erinnerungsverfahren zu klären. Ein abgestimmtes und gegenüber den Versicherten transparentes Vorgehen ist daher wünschenswert.

Ob die Option einer Teilnahmeverpflichtung gewählt werden sollte, um die Untersuchungsquoten weiter zu erhöhen, ist letztlich eine politische Entscheidung. Mit Bezug auf den Ländervergleich wäre eine Steigerung von ca. fünf Prozentpunkten erwartbar. Die Akzeptanz für einen solchen Schritt wäre den vorliegenden Untersuchungsergebnissen zufolge unter den beteiligten Akteuren gegeben. Allerdings ist angesichts der bereits feststellbaren positiven Wirkung der EEVs die Verhältnismäßigkeit einer solchen Verpflichtung kritisch zu bewerten. Es müssten Sanktionen bei Nichtteilnahme geschaffen und durchgesetzt werden und das lückenlose Nachhalten der Untersuchungen müsste gewährleistet sein. In wie fern der damit einhergehende zusätzliche Verwaltungsaufwand einem entsprechenden Zusatznutzen gegenübersteht, ist angesichts des gut funktionierenden EEVs zweifelhaft.

In der Praxis könnten Sanktionsmaßnahmen z.B. durch eine Kopplung der Teilnahme an den Anspruch auf Landeserziehungsgeld umgesetzt werden. Diese, vom sächsischen Datenschutzbeauftragten vorgestellte Option hätte den positiven Nebeneffekt, dass datenschutzrechtliche Bedenken gemindert werden könnten. Gegen die Einführung derartiger Sanktionen sprechen allerdings (neben den im vorherigen Abschnitt genannten grundsätzlichen Bedenken zu Teilnahmeverpflichtungen) auch in-

haltliche Bedenken. Kinder werden durch die Sanktionierung der Eltern potentiell doppelt belastet – sowohl durch die Nicht-Teilnahme an den Untersuchungen, als auch indirekt durch das Aufwachsen in sanktionierten Familien. Die Kopplung an das Landeserziehungsgeld im Speziellen hat außerdem den Nachteil, dass ein Teil der Eltern nicht anspruchsberechtigt ist. Damit würde sich die Sanktion nur an eine Teilgruppe aller Eltern richten.

Auf Grundlage der Erfahrungen in anderen Bundesländern sollte jedoch erwogen werden, durch die Einbeziehung der U9 ins EEV die aktivierende Wirkung des Verfahrens in den bestehenden Verwaltungsstrukturen und Abläufen auf die nächste Untersuchungsstufe zu übertragen.

Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen: Im Vergleich zur gesundheitsfördernden Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen ist die Nutzenerwartung im Hinblick auf die Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen bei den einbezogenen Akteuren geringer. Zwar ist davon auszugehen, dass im Rahmen der Untersuchungen Gefährdungslagen potenziell erkannt werden können. Allerdings scheint dieser Aspekt in der eigentlichen Ausrichtung der Untersuchungen untergeordnet zu sein. Um das Ziel der Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen voran zu bringen, sollten daher andere Ansatzpunkte außerhalb des EEVs gewählt werden.

Ein zentraler Hebel zur Prävention von Kindeswohlgefährdungen ist die Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit. Die Netzwerke „Kinderschutz und Frühe Hilfen“ verbinden die Anliegen des Kinderschutzes, der Frühen Hilfen und der frühen Förderung von Kindern. Hier sollten zusätzliche Aktivitäten ermöglicht werden, um den Ausbau zu beschleunigen und die Qualität der Zusammenarbeit zu verbessern. Die vorliegende Untersuchung verdeutlicht, dass der Erfahrungsaustausch der Netzwerkkordinatorinnen und -koordinatoren, die Schulung von Netzwerkmitgliedern für die Fallbearbeitung, die Nutzung von Materialien und Leitfäden, die fallbezogene Zusammenarbeit, die gezielte Ansprache schwer erreichbarer Zielgruppen etc. diesbezügliche Ansatzpunkte sein können. Grundlagen für die Weiterentwicklung können die Arbeiten des Felsenweg-Instituts der Karl Kübel Stiftung oder des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen sein.⁶⁷ Um nachhaltige Fortschritte in

der Netzwerkarbeit zu erreichen und damit die Zusammenarbeit der regionalen Akteure beim Kinderschutz zu fördern, sollte der finanzielle bzw. personelle Mehrbedarf ermittelt und finanziert werden.

Die Weiterentwicklung der Netzwerkaktivitäten sollte auch die gezielte Einbeziehung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen bewirken. Neben einem Informationsangebot können Schulungen im Rahmen von Ärztefortbildungen für das Thema sensibilisieren und zur Netzwerkarbeit motivieren. Und auch die aktive Einbindung der Gesundheitsämter in die Netzwerke sowie der Austausch zwischen Gesundheits- und Jugendämtern könnte dort, wo er überwiegend informell stattfindet, über die Netzwerke institutionalisiert werden.

Sowohl die Auswertungen der Untersuchungsquoten, als auch die Befragungen zeigen, dass bei den Gesundheitsämtern weiterhin Klärungsbedarf zu ihrer Rolle im EEV besteht. Erstens weisen die deutlichen und nicht un-

mittelbar erklärbaren Schwankungen bei den Abbruchgründen sowie die Ergebnisse der Befragungen darauf hin, dass es keine einheitliche Vorgehensweise bei der Nachverfolgung ausbleibender Untersuchungen gibt. Demnach fehlen verbindliche Vorgaben, ob und auf welche Weise die Gesundheitsämter die Gründe für ausbleibende Untersuchungen verfolgen müssen. Vor diesem Hintergrund sollte geklärt werden, ob die Gesundheitsämter sich in Zukunft darauf beschränken können, den Eltern (unter Berücksichtigung der KVS-Daten) eine schriftliche Mitteilung mit Hinweisen auf das eigene Beratungsangebot und Untersuchungsangebot zu verschicken.

Zweitens sollte die Rolle der Gesundheitsämter als „vermittelnde Instanz“ zum Jugendamt im Bereich der Identifikation von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdungen überdacht werden. Derzeit können von ihnen nur sehr wenige, in einigen Kreisen überhaupt keine Verdachtsfälle ermittelt werden. Der Grund hierfür liegt vor allem im fehlenden Ermittlungsauftrag und

den fehlenden Prüfungsinstrumenten der Ämter. Darum sollte untersucht werden, ob die Rolle der Gesundheitsämter darauf beschränkt werden kann, Eltern konkrete Beratungs- und Untersuchungsangebote zu unterbreiten und diese durchzuführen. Durch die ausbleibende Datenweitergabe an die Jugendämter würden darüber hinaus auch datenschutzrechtliche Bedenken weiter reduziert.

Eine engere und stärker institutionalisierte Einbindung der Gesundheitsämter in die lokalen Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen könnte demgegenüber angemessen dafür sorgen, dass die Ämter trotzdem ihren Möglichkeiten entsprechend im Bereich des Kinderschutzes tätig sind. In jedem Netzwerk sollten Gesundheitsämter und Jugendämter in einem kontinuierlichen und institutionalisierten Austausch stehen.

9 Datengrundlagen und Methodik für die Berechnung der Untersuchungsquoten

Seit Einführung des EEVs im Februar 2011 werden kontinuierlich Daten über die verschiedenen Erinnerungsstufen und die daraufhin durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen erhoben. Damit liegen nun Daten über mehrere Jahre und für die Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U8 vor, mit denen die Entwicklung der Teilnahmequoten dargestellt werden können.

Die Datenerhebung im Rahmen des EEVs erfolgt dabei auf zwei Ebenen: Für die ersten drei Stufen des Verfahrens erfasst die KVS die entsprechenden Statistiken. Für die vierte und fünfte Stufe dokumentieren die zuständigen Gesundheitsämter das Verfahren. Da bei der KVS jedoch alle Meldungen der Ärzte eintreffen und damit auch alle Nachmeldungen, wird die finale Teilnahmequote (im Folgenden KVS Quote 3 – Untersuchungsquote) ebenfalls auf Basis der KVS-Daten berechnet.

Im Folgenden wird die Datengrundlage und die Methodik der Quotenberechnung auf Basis der beiden Datensätze beschrieben, die Teilnahmequoten berechnet und die Ergebnisse abschließend verglichen.

KVS: Stufe 1 bis 3

Als Datengrundlage für die Berechnung der Teilnahmequoten bis zur dritten Stufe des EEVs dienen Datensätze der KVS. Getrennt nach Geburtsjahrgängen der Kinder liegen von der KVS sechs Datentabellen für die Jahrgänge 2007 bis 2013 vor. Jede der Tabellen enthält pro Kind folgende Informationen: Geburtsdatum, betreffende U-Untersuchung (U4 bis U8), Geschlecht, amtlicher Gemeindeschlüssel, Untersuchungsdatum, Erstelldatum der Einladung, der Erinnerung und der Meldung an die Gesundheitsämter, Erstelldatum der Einladung, der Erinnerung und der Meldung an die Gesundheitsämter, welche mit Sperrvermerk versehen und nicht exportiert wurde.⁶⁸

Fälle in denen Kinder nach dem Einladungstermin nach Sachsen oder aus Sachsen wegziehen verzerren die Berechnungen etwas: Kinder, die wegziehen, aber noch Informationen zur Einladung, Erinnerung oder Meldung an das Gesundheitsamt aufweisen, verschlechtern die finale Teilnahmequote. Da keine Informationen über

den Grund für die Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in den Daten vermerkt sind, kann nicht unterschieden werden, ob die Untersuchung nicht stattgefunden hat wegen Verzug oder aus anderen Gründen. Kinder, die im Laufe des Verfahrens nach Sachsen ziehen, werden hingegen aus den Berechnungen ausgeschlossen. Da alle Berechnungen auf dem Jahr der Einladung basieren, können Kinder, die keine Einladung bekommen haben, nicht in die Berechnungen aufgenommen werden.

Da sich das Einladungs- und Erinnerungsverfahren für jedes Kind über einen längeren Zeitraum erstreckt – auch über Jahresgrenzen hinweg – werden die Teilnahmequoten auf Basis der KVS-Daten immer mit **Bezug zum Jahr der Einladung** ausgewiesen. Damit wird immer dieselbe Kohorte an Kindern betrachtet, was für die Untersuchung der Wirkung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens sehr sinnvoll ist. Um darüber hinaus sicherzustellen, dass nur Aussagen zu Kindern getroffen werden, für die die Einladungs- und Erinnerungsfristen bereits abgelaufen sind, beschränken sich die Auswertungen auf die Fälle, die bis zum Ende des Jahres 2013 ein Einladungsschreiben erhalten haben. Über Kinder, die erst im Jahr 2014 eine Einladung erhalten haben, können noch keine vollständigen Aussagen gemacht werden.

Ein unmittelbarer Vergleich mit den Zahlen der Gesundheitsämter, als auch mit der Gesundheitsberichterstattung ist damit jedoch nicht möglich. Auf die Daten der Gesundheitsämter wird im zweiten Teil dieses Kapitels noch näher eingegangen, die Angaben der Gesundheitsberichterstattung beziehen sich immer auf das Jahr der Durchführung der Schulaufnahmeuntersuchungen, im Zuge dessen die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert wurden.

Auf Basis der Daten der KVS werden folgende Teilnahmequoten berechnet:

■ **KVS Quote 1 – Untersuchung nach Einladung:** Zahl derjenigen, die eine Einladung erhalten haben, eine Untersuchung nachgewiesen haben und weder erinnert werden, noch an das Gesundheitsamt gemeldet werden, an allen Eingeladenen

■ **KVS Quote 2 – Untersuchung nach Einladung & Erinnerung:** Zahl derjenigen, die eine Einladung und eine Erinnerung erhalten haben, eine Untersuchung nachgewiesen haben, aber nicht an das Gesundheitsamt gemeldet werden, an allen Eingeladenen

■ **KVS Quote 3 – Untersuchungsquote:** Zahl derjenigen, die die Untersuchung nachgewiesen haben an allen Eingeladenen (inklusive Nachmeldungen)

Bei der Berechnung der KVS Quoten wird mit den Informationen gearbeitet, ob für das jeweilige Kind eine Einladung, Erinnerung oder Meldung an das Gesundheitsamt erstellt wurde und ob eine Untersuchung nachgewiesen wurde. Der angegebene Zeitpunkt spielt lediglich für das Jahr der Einladung eine Rolle.

Die Daten weisen jedoch für jede dieser Aktionen auch ein Datum auf, so dass grundsätzlich auch Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Einladungs- und Erinnerungsschreiben erstellt wurden, als die Untersuchung bereits stattgefunden hatte, die Meldung des Arztes zum Zeitpunkt der Generierung des Schreibens aber möglicherweise noch nicht bei der KVS eingetroffen war: Sogenannte **falsch positiven Einladungen, Erinnerungen oder Meldungen an die Gesundheitsämter**.

Für diese falsch positiven Meldungen werden im Folgenden ebenfalls Ergebnisse ausgewiesen, allerdings mit dem Hinweis, dass auf Basis der Informationen der KVS insbesondere die Daten der Untersuchungen zu Beginn der Einrichtung des EEVs (2011) nicht sehr verlässlich waren. Die handschriftlichen Meldungen der Ärzte werden maschinell eingelesen, wodurch es zu Fehlern beim Einlesen des Untersuchungsdatums kommen kann.

■ **Fehleinladungen:** Zahl derjenigen, deren Untersuchungsdatum, vor dem Zeitpunkt der Einladungserstellung liegt, an allen Eingeladenen

■ **Fehlererinnerung:** Zahl derjenigen, deren Untersuchungsdatum vor dem Zeitpunkt der Erinnerungserstellung liegt, an allen Erinnerten

■ **Fehlmeldungen an die Gesundheitsämter:** Zahl derjenigen, deren Untersuchungsdatum vor dem Datum der Erstellung der Meldung an das Gesundheitsamt liegt, an allen Meldungen an Gesundheitsamt

Gesundheitsämter: Stufen 4 und 5

An die letzte Meldestufe der KVS im Rahmen des EEV schließt das Verfahren der Gesundheitsämter an. Basierend auf den Meldungen der KVS über die Kinder für die trotz Einladungs- und Erinnerungsschreiben noch kein Nachweis über die U-Untersuchung vorliegt, erinnern die Gesundheitsämter die Erziehungsberechtigten erneut.

Mit dem Wechsel der Verantwortlichkeiten wechselt dabei auch das Datenerfassungssystem. Die Gesundheitsämter rufen die Meldungen vom zentralen Abgleichungssystem (ZAS) über das OSCI-Verfahren ab und importieren diese dann in das eigene Programm Octoware. Durch diese Schnittstelle kann es zudem zu zeitlichen Verschiebungen kommen.

Darüber hinaus ist durch den Systemwechsel die Zuordnung von einzelnen Fällen nicht mehr möglich. Aus Datenschutzaspekten war dies jedoch von Anfang an auch so beabsichtigt.

Für die Berechnung der Teilnahmequoten kommt hierdurch ein Bruch zustande: Die be-

rechneten Quoten auf Basis der Zahlen der KVS beziehen sich immer auf das Jahr der ersten Einladung und damit immer auf dieselbe Kohorte von Kindern. Der Fokus der Statistik der Gesundheitsämter liegt jedoch auf der Art der Intervention durch das Gesundheitsamt und auf der Art der Beendigung der Fälle. Diese Informationen liegen für die unterschiedlichen U-Stufen nach Quartal des Beendigungszeitpunktes auf Kreisebene vor.

Tabelle 9-1: Gegenüberstellung Daten der KVS und der Daten der Gesundheitsämter nach U-Stufen, 2011-2013

	2011		2012		2013	
	Meldungen KVS	Eingang Gesundheitsämter	Meldungen KVS	Eingang Gesundheitsämter	Meldungen KVS	Eingang Gesundheitsämter
U5	4.272	4.378	5.374	5.240	5.175	4.309
U6	2.705	2.626	4.062	3.976	3.467	3.190
U7	2.905	2.850	5.730	6.111	4.041	3.721
U7a	4.412	4.502	7.709	7.960	6.978	6.062
U8	2.289	2.158	9.234	9.686	8.406	7.091

Quelle: Statistik Mahnwesen/Untersuchung nach Geburtsdatum der KVS und Statistik der Gesundheitsämter.

Auf Basis der Statistik der Gesundheitsämter liegen folgende zentralen Informationen zu den beendeten Fällen vor:

Im Folgenden werden unterschiedliche Quoten für die verschiedenen U-Stufen sowohl auf Landes-, wie auf Kreisebene berechnet und deren Entwicklung über die Zeit verglichen. Die Quoten können in drei Gruppen gefasst werden:

Gesundheitsämter Quote 1 – Interventionsquote der Gesundheitsämter

- Anteil der beendeten Vorgänge mit mindestens einem Kontakt an allen beendeten Fällen
- Anteil der durch Untersuchung nach Beratungsangebot des Gesundheitsamtes beendeten Fälle an allen beendeten Fällen

Gesundheitsämter Quote 2 – Meldequote an die Jugendämter:

- Anteil der Meldungen an das Jugendamt nach Beratung durch das Gesundheitsamt an allen beendeten Fällen
- Anteil der Meldungen an das Jugendamt ohne Kontaktaufnahme an allen beendeten Fällen

Gesundheitsämter Quote 3 – Abbruchquote:

- Anteil der abgebrochenen Fälle an allen beendeten Fällen

Tabelle 9-2: Übersicht zu den Informationen der Vorgangstatistik der Gesundheitsämter

Nr.	Bezeichnung
1	im Auswertungszeitraum beendete Vorgänge
2	darunter Untersuchung erfolgt nach Beratungsangebot des Gesundheitsamtes
3	darunter beendete Vorgänge mit mindestens einem Kontakt
4	davon nach Art der Beendigung
5	Untersuchung erfolgt lt. ZAS-Nachmeldung
6	Untersuchung nachgewiesen (keine Nachmeldung)
7	Untersuchung in anderem Bundesland erfolgt
8	Untersuchung durch Gesundheitsamt
9	keine Untersuchung wegen Behandlung / Kur
10	keine Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung
11	Meldung an Jugendamt nach Beratung durch Gesundheitsamt
12	Meldung an Jugendamt (keine Kontaktaufnahme möglich)
13	abgebrochen
14	keine Reaktion der Sorgeberechtigten
15	Wohnortwechsel
16	Tod (des Kindes)
17	Familie nicht auffindbar
18	sonstige Gründe
19	kein Eintrag

Quelle: Statistik der Gesundheitsämter.

10 Endnoten

1. SPIEGEL ONLINE (2006): Fall Kevin: „Warum sind wir im Stich gelassen worden?“ <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/fall-kevin-warum-sind-wir-im-stich-gelassen-worden-a-698827.html> [Letzter Zugriff: 01.08.2013]
2. Netzzeitung (2006): „Jugendamt kannte getötetes Zwickauer Kind“, <http://www.netzzeitung.de/internet/446775.html> [Letzter Zugriff: 01.08.2013]
3. § 1 Abs. 1 bis 3 SächsKiSchG.
4. ISS (2011): Evaluation des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes vom 11. Juni 2010.
5. Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2010): Sachsen: Kinderschutz ganz praktisch. Umsetzung des Sächsischen Handlungskonzeptes für präventiven Kinderschutz.
6. Siehe Internetportal www.hinsehen-erkennen-handeln.de.
7. Siehe z.B. Internetportal www.netzwerke-fuer-kinderschutz-sachsen.de.
8. Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012): Frühe Hilfen im Freistaat Sachsen. Rahmenkonzept zur Ausgestaltung Früher Hilfen. Gesamtkonzept des Freistaates Sachsen zur Umsetzung der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ (2012-2015) gemäß § 3 Absatz 4 KKG.
9. „Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen“ vom 22. Dezember 2011
10. Vgl. Begriffsbestimmung des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen (vgl. <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/>; Abruf am 23.09.2014)
11. Vgl. § 1 „Kinderschutz und Staatliche Mitverantwortung“ und § 3 „Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz“ des Artikel 1 „Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)“ des BKiSchG.
12. Nothhafft, Dr. Susanne (2009): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. S. 4.
13. § 26 Kinderuntersuchung:
 (1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahl senkung. Die Leistungen nach Satz 2 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.
 (2) § 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.
 (3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.
14. Thaiss, H. et.al. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. In: Bundesgesundheitsblatt 10-2010. S. 1032.
15. Laut des § 26 Kinderuntersuchung haben versicherte Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden (§ 26 III SGB V, Abs. 1). Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen hinzuwirken (§ 26 III SGB V, Abs. 3). Die Krankenkassen übernehmen entsprechend die Kosten für die Untersuchungen U1 bis U9 und J1. Auch die Untersuchungen U10, U11 und J2 werden von einigen Krankenkassen übernommen, dies ist jedoch abhängig von der zuständigen Krankenkasse.
16. Lt. der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit hat Sachsen-Anhalt als einziges Bundesland weder ein verbindliches Einladungsverfahren noch eine Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen in ihre Regelungen zum Kinderschutz aufgenommen. Die Gesetzgebung in Sachsen-Anhalt beschränkt sich darauf, dem Zentrum ‚Frühe Hilfen für Familien‘ die Aufgabe zuzuweisen, mit den gesetzlichen Krankenkassen zu kooperieren, um eine höhere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen. Vgl. Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) (2010), S. 69f.
17. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) (2012): Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit.
18. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) (2012): Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit.
19. Vgl. ebd., S. 32f.
20. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) (2012): Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit. S. 202f.
21. Siehe KiGesSchG HE, § 1 Verbindliche Früherkennungsuntersuchungen. Weitere Aspekte des Kindergesundheitsschutzes sind bspw. das Neugeborenen-Stoffwechselscreening (§ 1, Abs. 2) und die Teilnahme an empfohlenen Schutzimpfungen, die für Kinder vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung verpflichtend sind (§ 2).
22. KiGesSchG HE, § 3 Hessisches Kindervorsorgezentrum.
23. KiGesSchG HE, § 2 Teilnahme an empfohlenen Schutzimpfungen. Die Personensorgeberechtigten eines Kindes haben die Teilnahme an empfohlenen Schutzimpfungen nachzuweisen oder schriftlich zu erklären, dass sie eine Zustimmung zu bestimmten Impfungen nicht erteilen.
24. Hock, S.; Herb, S.; Kieslich, M. (2012): Akzeptanz und Auswirkungen verpflichtender U-Untersuchungen in Hessen. In: Hessisches Ärzteblatt 7/2012.
25. Vgl. Ergebnisse einer internen Evaluation durch die Jugendämter im Jahr 2010: Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag (2010): Hessisches Kindergesundheitsschutz-Gesetz: Evaluation durch die Jugendämter. In: JAmT 03/2010, S. 115-117.
26. LKindSchG Teil 3 Früherkennungsuntersuchungen.
27. LKindSchG Teil 3, § 7, Abs. 2; „Das Gesundheitsamt [...] wirkt in geeigneter Weise auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung hin“.
28. LKindSchG Teil 1, § 1, Abs. 3.

29. Das Rückmeldeverfahren bezieht sich auf die Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9. Zur Jugenduntersuchung J1 im Alter von 12 bis 14 Jahren wird vom Zentrum für Kindervorsorge lediglich eingeladen, es entfällt die Erinnerung und auch die Weitermeldung an die Gesundheitsämter.
30. Rock, K.; de Paz Martinez, L.(2012): Kinderschutz und Kindergesundheit. Bericht zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit für das Jahr 2011.31 Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) (2010), S. 127f.
31. Ebd., S. 87.
32. 64 % der Untersuchungen U7a, U8 und U9 wurden in Hessen im Jahr 2011 im regulären Untersuchungszeitraum durchgeführt. Vgl. Hock, S; Herb, S.; Kieslich, M. (2012): Akzeptanz und Auswirkungen verpflichtender U-Untersuchungen in Hessen. In: Hessisches Ärzteblatt 7/2012.
33. Zum Vergleich: In Sachsen betrug die Teilnahmequote an den U-Untersuchen U4 bis U8 im regulären Untersuchungszeitraum im Jahr 2011 im Durchschnitt 53,3 % und im Jahr 2013 47,7 % (Werte für einzelne U-Untersuchungen s. Kap. 4.2).
34. ISS (2011): Evaluation des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes vom 11. Juni 2010.
35. Kinder, die im Jahr 2011 zum ersten Mal durch das EEV an die U8 erinnert wurden, könnten frühestens 2012 in der Schulaufnahmeuntersuchung positiv auffallen. Kinder die seit 2011 an die U5 und an alle darauffolgenden Us durch das EEV erinnert wurden, nehmen frühestens 2015 an der Schulaufnahmeuntersuchung teil. Positive Effekte der Einführung des EEVs können sich somit erst langfristig in den Daten niederschlagen.
36. Ärzte in Niederlassung in Abgrenzung zu Ärzten in Krankenhäusern (208,7), Ärzten im Gesundheitsdienst (7,7) und Ärzten in sonstigen Tätigkeiten (12,2) (in Klammern: Ärzte pro 100.000 Einwohner im Jahr 2012; Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen (2012): Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker im Freistaat Sachsen 2012, A IV 1 – j/12, S.9). Zu den Fachgebieten von Ärzten in Niederlassung gehören z.B. Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- u. Jugendmedizin, Nervenheilkunde/Neurologie, Orthopädie, Praktischer Arzt, Psychiatrie u. Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie und verwandte Gebiete, Urologie.
37. Quelle: Daten der KVS, Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Quartalen und Planungsbereichen
38. Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII.
39. Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Vorläufige Schutzmaßnahmen.
40. Die Angaben zur Bevölkerung beziehen sich auf das Jahr 2008 und 2012, entsprechende Angaben für die unter 18-Jährigen nach Bundesländern liegen für 2013 noch nicht vor.
41. Vgl. auch ISS (2011): Evaluation des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes vom 11. Juni 2010.
42. Laut Zwischenevaluation frühestens zehn Tage nach Ablauf des Toleranzzeitraumes. Vgl. ISS (2011): Evaluation des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes vom 11. Juni 2010.
43. Mit Artikel 12 des Gesetzes begleitender Regelungen zum Doppelhaushalt 2013/2014 vom 13.12.2012 wurde die Regelung über die Kostentragung des Betriebs des Kommunalen Kernmelderegisters (KKM) auf die in § 6 Abs. 4 S. 3 SächsKiSchG Bezug genommen wird, geändert. Seit dem 1. Januar 2013 werden die Betriebskosten des KKM nicht mehr von den einzelnen Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen, wozu auch die KVS als Behörde der mittelbaren Staatsverwaltung zählt, sondern vom Freistaat Sachsen aus dem EPL 03 SMI getragen sofern die Kosten des KKM nicht durch Gebühreneinnahmen Privater gedeckt werden können.
44. Vgl.: SächsDSB (2009): Schutz des Persönlichkeitsrechts im öffentlichen Bereich. 14. Tätigkeitsbericht des Sächsischen Datenschutzbeauftragten.
45. SächsDSB, a.a.O., S. 128.
46. SächsDSB, a.a.O., S. 125.
47. Der DSB bezieht sich auf Zahlenangaben, die das SMS 2008 gemacht hatte. Diese Zahlen wurden später durch das SMS revidiert.
48. SächsDSB, a.a.O., S. 129.
49. SächsDSB, a.a.O., S. 132.
50. Coester-Waltjen, Dagmar, et al. (2012): Alles zum Wohle des Kindes? Aktuelle Probleme des Kindschaftsrechts. 2. Familienrechtliches Forum Göttingen. Göttinger Juristische Schriften, Band 12. Universitätsverlag Göttingen 2012.
51. Coester-Waltjen, Dagmar, et al. (2012): a.a.O., S. 183.
52. Vgl.: Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012): Redebeiträge der Fachtagung »Das Bundeskinderschutzgesetz« am 11.01.2012 in Meißen. Online verfügbar unter: www.familie.sachsen.de/download/Verwaltung/Redebeitraege.pdf. Stand vom 31.10.2014.
53. Da die Einladungen für die U6 bis U8 erst ab April – und nicht wie bei der U5 ab Februar 2011 – versendet wurden, kamen die ersten Meldungen entsprechend später bei den Gesundheitsämtern an. Es zeigt sich aber dauerhaft, 57 bei den Quoten der KVS, ein deutlicher Niveauunterschied der frühen (U5, U6 und U7) gegenüber den späteren (U7a und U8) U-Untersuchungen.
54. Die Netzwerke Frühe Hilfen wurden darüber hinaus im Rahmen der Netzwerkanalyse ausführlich befragt. Dieses Kapitel beschränkt sich darauf, die Einschätzung der Netzwerkkordinatoren zum Einladungs- und Erinnerungssystem darzustellen. Für eine Einschätzung der Arbeit in den Netzwerken siehe Kapitel 6.
55. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Zeiträume des Versands von der Untersuchungsstufe abhängen. Die ersten Untersuchungen folgen vergleichsweise eng aufeinander und die Einladungsschreiben gehen dementsprechend relativ kurz zuvor ein.
56. Durch einen technischen Fehler wurden die Fragen zur Bewertung der eigenen Rolle nicht allen Gesundheitsämtern gestellt. Im Rahmen einer gezielten Nacherhebung wurden die Antworten von vier Gesundheitsämtern ergänzt, so dass insgesamt bis zu sechs Fälle ausgewertet werden können.
57. Die Rolle der Netzwerkkordinatoren, der Aufbau ihrer Netzwerke sowie ihre Wirkung werden ausführlich im Rahmen der Netzwerkanalyse in Kapitel 6 untersucht.

58. An dieser Stelle sei noch einmal auf die Anzahl der von den Gesundheitsämtern an die Jugendämter weitergeleiteten Verdachtsfälle verwiesen: 2013 waren es 24 Fälle, die weitergeleitet wurden, 4 davon nach erfolgter Beratung, 20 ohne die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme (vgl. Kapitel 4.2.4).
59. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte: Stellungnahme des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V) zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (Referentenentwurf BMG). Stellungnahme vom 05.02.2013. Abrufbar unter: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/stellungnahme-des-berufsverbands-der-kinder-und-jugendaerzte-bvkj-ev-zum-entwurf-eines-gesetzes/>.
60. Sächsisches Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2012): Frühe Hilfen im Freistaat Sachsen. Rahmenkonzept zur Ausgestaltung Früher Hilfen. Gesamtkonzept des Freistaates Sachsen zur Umsetzung der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ (2012-2015) gemäß § 3 Absatz 4 KKG.
61. Zur Erläuterung: Grundsätzlich wurde explizit nach Jugendamt/ASD gefragt. Da die aufsuchende präventive Arbeit in Sachsen dort verortet sind, sind sie bei der Befragung begrifflich umfasst.
62. Für einen detaillierten Überblick über die Methode, Stichprobe und Ergebnisse der Online-Befragung siehe Kapitel 5.
63. Vgl. Frage 18 im Fragebogen „Netzwerkkoordinatoren“ sowie die in Abbildung 6-2 aufgelisteten Items.
64. Vgl. Frage 8 im Fragebogen „Netzwerkkoordinatoren“.
65. Bei der Bewertung dieser Unterschiede sollte berücksichtigt werden, dass die Netzwerke in dieser Form z.T. erst seit einer vergleichsweise kurzen Zeit bestehen. Das kann u.a. ein Grund für die verschiedenen Umsetzungsstände sein.
66. Vgl. <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/praxis-wissen/u-untersuchungen/>
67. http://www.felsenweginstitut.de/download/nfk/Projektbericht_NfK.pdf und <http://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/NZFH%20Kompakt%20Beirat%20Empfehlungen%20zu%20Qualitaetskriterien/seite/3/>
68. Sperrvermerke werden durch das zentrale Abgleichsystem (ZAS) gesetzt, wenn die Adresse des gesetzlichen Vertreters von der Kindsadresse abweicht. Sind sonstige gesetzliche Vertreter angegeben, so wird an diese auch bei abweichender Adresse eine Einladung generiert. Zudem wurde bis zum 27.06.2013 ein Sperrvermerk gesetzt, wenn die Meldedaten vom kommunalen Kernmelderegister (KKM) mit Auskunftssperre übermittelt wurden, da geprüft wurde, wie die hinreichende Sicherheit dieser nochmals sensibler behandelten Daten gewährleistet werden. Mittlerweile sind auch diese Fälle in das Verfahren eingebettet. (Informationen der KVS).

11 Abbildungen

Abbildung 3-1:	Ausgewählte Befunde bei Schulaufnahmeuntersuchungen in Sachsen im Schuljahr 2011/2012 nach kreisfreien Städten und Landkreisen	14
Abbildung 3-2:	Kariesprophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen in Sachsen im Schuljahr 2001/2002 bis 2012/2013	15
Abbildung 3-3:	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Schulanfänger in Sachsen im Schuljahr 2003/2004 bis 2012/2013	16
Abbildung 3-4:	Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter pro 10.000 unter 18-Jährige nach Bundesländern, 2013	17
Abbildung 3-5:	Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter pro 10.000 unter 18-Jährige nach Kreisen in Sachsen, 2013	18
Abbildung 4-1:	Ablauf des Einladungs- und Erinnerungswesens im Freistaat Sachsen	20
Abbildung 4-2:	Entwicklung der Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U5 (links) und U6 (rechts), Sachsen, 2011-2013	27
Abbildung 4-3:	Entwicklung der Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U7 (links) und U7a (rechts), Sachsen, 2011-2013	27
Abbildung 4-4:	Entwicklung der Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U8 , Sachsen, 2011-2013	28
Abbildung 4-5:	Meldequote an die Gesundheitsämter, nach U-Stufen, Sachsen, 2011 - 2013	28
Abbildung 4-6:	Entwicklung der beendeten Fälle je U-Stufe nach Quartalen, Sachsen, 2011-2013	31
Abbildung 4-7:	Anteil beendeter Fälle mit mindestens einem Kontakt des Gesundheitsamtes an allen beendeten Fällen nach U-Stufe, Sachsen, 2011 - 2013	31
Abbildung 4-8:	Anteil beendeter Fälle durch Untersuchung nach Beratungsangebot durch das Gesundheitsamt an allen beendeten Fällen nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013	31
Abbildung 4-9:	Anteil abgebrochener Fälle an allen beendeten Fällen nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013	32
Abbildung 4-10:	Abgebrochene Fälle nach Grund des Abbruchs, Summe aller U-Stufen, Sachsen, 2011-2013	33
Abbildung 4-11:	Entwicklung der Untersuchungsquote (KVS Quote 3) in Summe aller U-Stufen nach Kreisen, 2011-2013	33
Abbildung 4-12:	Entwicklung der Teilnahmequoten an allen U-Untersuchungen in Summe nach Kreisen, 2013	34
Abbildung 4-13:	Meldequote an die Gesundheitsämter in Summe aller U-Stufen nach Kreisen, 2011- 2013	34
Abbildung 4-14:	Anteil beendeter Fälle mit mindestens einem Kontakt des Gesundheitsamtes an allen beendeten Fällen nach Kreisen, 2011 - 2013	35
Abbildung 4-15:	Meldungen an Jugendamt durch Gesundheitsämter nach Kreisen, 2011-2013	35
Abbildung 4-16:	Anteil abgebrochener Fälle an allen beendeten Fällen nach Kreisen, 2011-2013	35
Abbildung 5-1:	Anzahl der durchgeführten Online-Befragungen pro Früherkennungsuntersuchung	38
Abbildung 5-3:	Informationsquellen zum Untersuchungstermin, Anteile in %, Mehrfachantworten möglich	39
Abbildung 5-4:	Wahrnehmung des letzten Einladungs-/Erinnerungsschreibens der KVS, Anteile an allen Personen, die angaben, durch eine Einladung/Erinnerung die Information über den Termin bekommen zu haben, Anteile in %	39
Abbildung 5-5:	Anteil der Eltern, die auch ohne Einladungs-/Erinnerungsschreiben an den Termin denken würden, Anteile in %	40
Abbildung 5-6:	Einschätzung des Zeitraums zwischen dem Versand der Einladungen und der Erinnerungen, Anteile in %	40
Abbildung 5-7:	Mögliche Probleme bei der Teilnahme an den Untersuchungen, Anteile in %	41
Abbildung 5-8:	Meinung zur Ausweitung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens, Anteile in %	41
Abbildung 5-9:	Meinung zur Einführung einer Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen, Anteile in %	42
Abbildung 6-1:	Netzwerkakteure nach ihrer Eignung zur Vermeidung von KWG und ihrer Aktivität im Netzwerk	49
Abbildung 6-2:	Ergebnisse der Netzwerkarbeit aus Sicht der Koordinatoren, Angaben in %	50
Abbildung 6-3:	Einschätzung des Nutzens der lokalen Netzwerke durch die Jugendämter, Gesundheitsämter und Ärzte, in Prozent	51
Abbildung 6-4:	Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Leipzig	52
Abbildung 6-5:	Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Dresden	54
Abbildung 6-6:	Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Vogtlandkreis	55
Abbildung 6-7:	Netzwerk „Soziales Frühwarnsystem im Landkreis Görlitz – Netzwerke Frühe Hilfen“	56

12 Tabellen

Tabelle 1-1:	Modalziele und deren Beobachtungsmöglichkeiten	5
Tabelle 2-1:	Vergleich der landesgesetzlichen Regelungen der Früherkennungsuntersuchungen in Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz	12
Tabelle 3-1:	Ärzte in Niederlassung (einschließlich Ärzte in Einrichtungen gemäß § 311 SGB V und Angestellte, Teilzeitangestellte, Praxisassistenten) am 31. Dezember 2012 nach Kreisfreien Städten und Landkreisen sowie ausgewählten Fachgebieten je 100.000 Einwohner	13
Tabelle 4-1:	Früherkennungsuntersuchungen nach den Richtlinien des G-BA	20
Tabelle 4-2:	Zeitpunkte (in Lebensmonaten des Kindes) der Erstellung der Einladungen, Erinnerungen und Meldungen an die Gesundheitsämter durch die KVS im Vergleich zu den vorgegebenen Untersuchungszeiträumen (in grau hinterlegt)	21
Tabelle 4-3:	Gegenüberstellung von § 4 KKG und § 5 SächsKiSchG	23
Tabelle 4-4:	Einordnung der verfügbaren Datenquellen zur Berechnung von Untersuchungsquoten im Rahmen des EEVs	24
Tabelle 4-5:	Untersuchungsquoten des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens	26
Tabelle 4-6:	Falsch positive Meldungen	30
Tabelle 4-7:	Meldungen an Jugendamt durch Gesundheitsämter nach Beratung durch Gesundheitsamt nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013	32
Tabelle 4-8:	Meldungen an Jugendamt durch Gesundheitsämter weil keine Kontaktaufnahme möglich nach U-Stufen, Sachsen, 2011-2013	32
Tabelle 5-1:	Empirische Grundlage für die Einschätzungen der Akteure	37
Tabelle 6-1:	Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Leipziger Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren	53
Tabelle 6-2:	Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Dresdner Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren	54
Tabelle 6-3:	Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Vogtländer Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren	55
Tabelle 6-4:	Kontakthäufigkeiten und Kommunikationswege des Görlitzer Netzwerks zu besonders geeigneten Kinderschutzakteuren	57
Tabelle 9-1:	Gegenüberstellung Daten der KVS und der Daten der Gesundheitsämter nach U-Stufen, 2011-2013	64
Tabelle 9-2:	Übersicht zu den Informationen der Vorgangsstatistik der Gesundheitsämter	65

Herausgeber:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: presse@sms.sachsen.de
www.sms.sachsen.de

Erstellt durch:

Prognos AG

Projektleitung:

Andreas Heimer

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

Jan Braukmann, Dr. David Juncke, Lisa Krämer, Klaudia Lehmann

Gestaltung und Satz:

www.ressourcenmangel.de

Titelbild:

© digi_guru, www.istockphoto.com

Redaktionsschluss:

18.12.2014

Bezug:

Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung
Hammerweg 30, 01127 Dresden
Telefon: +49 351 2103671
Fax: +49 351 2103681
E-Mail: publikationen@sachsen.de
Die Broschüre kann auch online bestellt und heruntergeladen werden unter www.publikationen.sachsen.de. Die Broschüre wird kostenfrei abgegeben.

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Copyright:

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.

