



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm



**Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie**

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain

**Deutsches Institut für
Jugendhilfe und Familienrecht e. V.**

Fachliche Leitung

Dr. Thomas Meysen

Geschäftsführerin

Hanne Stürtz

Dezember 2010

Abschlussbericht

der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes
zum Schutz von
Kindeswohl und Kindergesundheit
(LKindSchuG)

Projektkoordination

Dipl.-Soz. Päd. Angelika Schöllhorn

Natalie Hartig

Dipl.-Psych. Carolin Knorr

Lydia Schönecker

Doris Wettmann

Inhalt

A. Einleitung	3
I. Die Entstehung des Gesetzes	3
II. Forschungsstand und Praxiserfahrungen	4
III. Forschungsbefunde und Praxiserfahrungen im rheinland-pfälzischen Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG)	7
B. Rechtsvergleich	12
I. Grundzüge und Ziele der Kinderschutzgesetzgebung in den Ländern	12
1. Bundesweite Initiativen und landespolitischer Entstehungsprozess	12
2. Unterschiedliche gesetzliche Ausgestaltung und Regelungsinhalte im Überblick	18
3. Grundlegende Ziele, Verheißungen und Versprechungen der Gesetzgeber	22
a) Ziele in Bezug auf Kooperationsstrukturen	24
b) Ziele in Bezug auf Früherkennungsuntersuchungen	25
II. Kooperation und Instrumente zur Förderung des Kinderschutzes	29
1. Fallübergreifende Kooperation	31
a) Kooperationsform	31
b) Zielsetzungen und Aufgaben der Netzwerke	34
c) Organisation der fallübergreifenden Netzwerke	38
d) Sicherstellung der Teilnahme	42
2. Einzelfallbezogene Kooperation	45
a) Allgemeine Kooperationsnormen	45
b) Koordinationsstellen	46
c) Datenschutzregelungen	48
3. Neue Aufgaben, Leistungen und Maßnahmen der Qualifizierung	61
a) Konkretisierung von Leistungsangeboten und neue Leistungen und Hilfeangebote	61
b) Fortbildung und Qualifizierung	63
c) Schutzauftrag	64
4. Kooperationsbezogene Verantwortungsübernahme durch das Land: Förderung und Unterstützung	65
5. Landesfinanzierung für Qualifizierung und Fortbildung	67

6.	Landesfinanzierung für präventive Maßnahmen	67
7.	Landesstelle zur Unterstützung der kommunalen Praxis	68
III.	Früherkennungsuntersuchungen	70
1.	Gesetzlich definierte Ziele: Erhöhung der Teilnahmequote und darüber hinaus.....	70
2.	Früherkennungsuntersuchungen: Was ist das?	71
3.	Zwei Modelle der gesetzlichen Ausgestaltung	73
4.	Verfahren des Einladungswesens	74
a)	Erfasste Früherkennungsuntersuchungen	74
b)	Durchführung des Einladungswesens	76
5.	Meldesysteme und Datenweitergaben	83
a)	Nachweis und Erhebung der Teilnahmedaten: Inhalt, Form und Regelung	83
b)	(Zweite) Erinnerung durch die Zentrale Stelle	87
c)	Meldung über nicht festgestellte Teilnahme	88
d)	Löschung der Daten	101
e)	Problem der falsch-positiven Meldungen	103
6.	Finanzierung des Verfahrens	103
7.	Folgen nicht erfolgter Teilnahmen außerhalb der Meldesysteme	105
IV.	Evaluation.....	106

C. Die sozialwissenschaftliche Evaluation des rheinland-pfälzischen Landeskinderschutzgesetzes 108

I.	Aufbau und Durchführung der Evaluation	109
II.	Fallübergreifende Kooperation: Der Aufbau der lokalen Netzwerke	114
1.	Allgemeine Voraussetzungen gelingender Kooperation und Vernetzung	114
2.	Zwischenergebnisse zum Stand des Aufbaus der lokalen Netzwerke in Rheinland-Pfalz	117
III.	Ausbau und Weiterentwicklung der Angebote	124
1.	Zwischenergebnisse zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Angebote.....	125
IV.	Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen	126
1.	Zwischenergebnisse zum Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen.....	127
V.	Aktivitäten zur Unterstützung und Förderung der Umsetzung des LKindSchuG durch das Land.....	129
1.	Zwischenergebnisse zu den unterstützenden Aktivitäten des Landes	131

D. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse.....	133
E. Empfehlungen.....	143
F. Literatur.....	146
G. Anhang.....	151
A: Leitfragen für die Expertendiskussionen.....	151
1. Expertendiskussion „Vernetzung“ am 3.6.2009.....	151
2. Expertendiskussion „Vernetzung“ am 5.10.2009.....	152
3. Expertendiskussion „Instrumente des Gesetzes“ am 2.7.2009.....	153
4. 2. Expertendiskussion „Instrumente des Gesetzes“ am 17.2.2010.....	153
B: Telefonbefragung.....	154
C: Abbildungsverzeichnis.....	159
5. Tabellen.....	159

A. Einleitung

I. Die Entstehung des Gesetzes

Angestoßen durch verschiedene tragische Kinderschutzfälle, die meist unter dem Vornamen der Kinder von großer medialer Aufmerksamkeit begleitet wurden und werden, hat sich in den letzten Jahren eine anhaltende Debatte um das Thema Kinderschutz und um mögliche Wege der Prävention von Kindeswohlgefährdung entwickelt.

Im Unterschied zu vorhergehenden Kinderschutzdebatten werden die derzeitigen Diskussionen über die üblicherweise kurze mediale und politische Aufmerksamkeit hinaus erstaunlich nachhaltig geführt. Dies mag damit zusammenhängen, dass sie von zahlreichen fachlichen und politischen Initiativen begleitet werden, die überwiegend systematisch und längerfristiger angelegt sind. Mit der Novellierung des § 8a Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (1.10.2005) setzte eine vertiefte und konstruktive Diskussion in der Kinder- und Jugendhilfe über einen verbesserten Kinderschutz ein. Relativ zeitgleich wurde mit der im Koalitionsvertrag 2005 vereinbarten Stärkung des staatlichen Schutzauftrages das Aktionsprogramm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" verabschiedet. Zudem bestanden parallel bereits zahlreiche Initiativen auf kommunaler und Länderebene. Es fanden auf Einladung der Bundeskanzlerin zwei „Kinderschutzgipfel“ mit den Ministerpräsidenten der Länder statt (2007 und 2008), bei der der so genannte „Sieben-Punkte-Aktionsplan“ des rheinland-pfälzischen Ministerpräsidenten Kurt Beck in wesentlichen Teilen in den Beschluss der Konferenz eingegangen ist. Die Themen der Kinderschutzgipfel ebenso wie der gesamten Diskussion auf Bundes-, Länder-, kommunaler und Verbandsebene bzw. der Fachöffentlichkeit behandelten insbesondere die Verbesserung von (Vernetzungs-)Strukturen (soziale Frühwarnsysteme und Fördersysteme) bzw. die Prüfung sozial- und datenschutzrechtlicher Fragen, nämlich den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe und den Austausch personenbezogener Daten zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe oder auch Polizei, Justiz oder Schule. Daneben war die Verbindlichkeit von Vorsorgeuntersuchungen, sowie diese zu verbessern und engmaschiger zu gestalten, wichtiges Thema.

Das Land Rheinland-Pfalz hatte zuvor bereits mit dem Aktionsprogramm „Viva Familia“ systematisch in die Entwicklung von Ansätzen und Programmen zur Unterstützung von Familien investiert. In Weiterführung dieses Aktionsprogramms realisierte das Land in gemeinsamer Initiative mit den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen das Modellprojekt „Guter Start ins

Kinderleben“, um modellhaft an zwei Standorten (Ludwigshafen, Trier) tragfähige Vernetzungsstrukturen und abgestimmte Angebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern insbesondere an der Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch der Schwangerenberatung, Frühförderung etc., zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung zu entwickeln.

Vor dem Hintergrund dieser landesspezifischen Initiativen und eingebettet in den bundespolitischen Prozess, hat der Landesgesetzgeber von Rheinland-Pfalz im März 2008 ein eigenes Kinderschutzgesetz verabschiedet. Mittlerweile sind in allen 16 Bundesländern neue Landesgesetze zum Kinderschutz in Kraft getreten. Diese sind in ihren Inhalten und konkreten Ausrichtungen sehr unterschiedlich ausgestaltet.

II. Forschungsstand und Praxiserfahrungen

Der derzeitige Forschungsstand ebenso wie internationale Praxiserfahrungen, aber auch zunehmend Praxiserfahrungen in Deutschland – wie die mit dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ oder z.B. mit den interdisziplinären Vernetzungskonzepten in Düsseldorf (Zukunft für Kinder in Düsseldorf) oder München (Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen) – belegen, dass effektiver Kinderschutz systematische und multiprofessionelle Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen mit geregelten Absprachen und Verfahrenswegen voraussetzt. Einzelne, punktuelle Ansätze, die einzelne Maßnahmen bzw. Maßnahmen einer isolierten Disziplin betreffen, sind unzureichend (Ziegenhain et al., 2010; Werkbuch Vernetzung, NZFH c/o BZgA, Best.-Nr. 16000110).

In diesem Zusammenhang wurden und werden die Früherkennungsuntersuchungen häufig als wesentliche Maßnahme diskutiert, die für sich alleine genommen einen wesentlichen Beitrag in der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung leisten könnten. Mittlerweile wurden in allen sechzehn Bundesländern, auch in Rheinland-Pfalz, gesetzliche Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen getroffen, allerdings deutlich unterschiedlich kontextualisiert, teilweise als verbindliches Einladungswesen, in anderen Ländern als Teilnahmepflicht oder als Gestaltungsaufgabe von Land und Krankenversicherungen bzw. als appellative Aufforderung an Eltern.

Ob sich dieses Instrument als Maßnahme zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung eignet, dürfte derzeit noch zumindest mit Zweifeln behaftet angesehen werden. Als gesichert dürfte allerdings gelten, dass die Fokussierung auf Früherkennungsuntersuchungen als isolierte politische und gesetzlich unter-

stützte Initiative keine effektive Verbesserungen im Kinderschutz verspricht. Dafür sind die Abstände zwischen den Untersuchungen, (auch mit einem kürzlich neu eingeführten weiteren Untersuchungstermin) zu groß und auch der bisherige Untersuchungskatalog ist methodisch (noch) nicht geeignet. Insbesondere fehlen empirisch fundierte Risikoscreeningverfahren, die neben kinderärztlichen Kriterien kinderpsychiatrisch, entwicklungspsychologisch und psychosozial relevante Kriterien einbeziehen. Landesverbände wie z.B. der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte haben sich deswegen dagegen ausgesprochen, die Prüfung von Vernachlässigung oder Misshandlung mit in die Früherkennungsuntersuchungen einzubeziehen ebenso wie der Gemeinsame Bundesausschuss empfohlen hat, aufgrund „derzeit fehlender erprobter und wirksamer Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung“ keine diesbezüglichen Regelungen im Rahmen der Kinderuntersuchungen in die Früherkennungsuntersuchungen aufzunehmen (BVKJ, Pressemitteilung vom 16.11.2007).

Allerdings hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer jüngeren Überarbeitung der Kinder-Richtlinien vorgeschlagen, dass Ärztinnen und Ärzte in Zukunft bei „erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung die notwendigen Schritte“ einleiten sollten, ohne diese allerdings weiter zu konkretisieren. Noch sind aber die Früherkennungsuntersuchungen überwiegend auf die Früherkennung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen von Kindern hin ausgerichtet und haben hier eine wichtige Funktion in der Förderung der Kindergesundheit und stellen damit ein wichtiges gesundheitspolitisches Instrument dar. Im rheinland-pfälzischen Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit soll mit dem verbindlichen Einladungswesen bzw. einer möglichst umfassenden Teilnahme aller Kinder die Gesundheit von Kindern und ihre positive gesundheitliche Entwicklung sichergestellt werden. Zudem sollen Informationen über den Hilfebedarf derjenigen Familien gewonnen werden, die trotz Einladung nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Damit ist aber, zumindest nach der Intention, wie sie in der Gesetzesbegründung beschrieben ist, kein unmittelbarer Auftrag für den Kinderschutz verbunden.

Früherkennungsuntersuchungen, aber auch andere einzelne Maßnahmen müssen im Sinne eines effektiven Kinderschutzes in eine multiprofessionelle Vernetzungsstruktur eingebunden werden. Diese ist Voraussetzung für die strukturelle Verankerung weiterführender Angebote und Hilfen, die das Repertoire des Gesundheitssystems, der Jugendhilfe und anderer Systeme umfassen und die Familien rechtzeitig und bedarfsgerecht angeboten werden können.

Dies gilt insbesondere für die Säuglings- und Kleinkindzeit. In dieser Zeit haben gewöhnlich nur Fachkräfte im Gesundheitssystem, wie Gynäkologinnen und Gy-

näkologen, Hebammen oder Kinderärztinnen und Kinderärzte Kontakt zum Kind und seinen Eltern. Dieser Kontakt ist in der Regel früh, nicht stigmatisierend und vertrauensvoll. Zuständig für weitergehende Hilfen – von der Vermittlung eines Platzes in der Kindertagesstätte bis zur Unterstützung von Eltern in der Erziehung des Kindes – ist die Kinder- und Jugendhilfe. Sie ist darüber hinaus zuständig für die Sicherung des Kindeswohls und für den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und/oder Misshandlung. Haben Eltern besonderen Unterstützungsbedarf, wie etwa Erziehungsberatung, oder spezifische Probleme, wie eine psychiatrische oder Suchterkrankung, fehlt es gewöhnlich an einer organisierten Weitervermittlung und Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, sozialpsychiatrischen Diensten oder der Suchtkrankenhilfe.

Tatsächlich sind es Säuglinge und Kleinkinder, die besonders gefährdet sind. Betrachtet man Statistiken, wie sie etwa in den USA im Unterschied zu Deutschland regelmäßig geführt werden, dann ist die Gefahr von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung am größten in den ersten fünf Lebensjahren und die Folgen sind am schwerwiegendsten (US Department of Health and Human Services 1999). Dies hängt mit der besonderen Verletzlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern zusammen und ihrer hohen Angewiesenheit auf kontinuierliche und zuverlässige elterliche Fürsorge. Schütteln im Säuglingsalter kann massive entwicklungsneurologische Folgen haben oder gar zum Tode, mangelnde Flüssigkeitszufuhr zu raschem Austrocknen führen.

Erfreulich ist, dass in der Fachöffentlichkeit zunehmend ein Konsens darüber entstanden ist, dass effektiver Kinderschutz immer auch präventiv ist. Es hat sich zunehmend ein Verständnis dafür entwickelt, dass die tragischen Fälle, die in der medialen Öffentlichkeit diskutiert werden, häufig nur die Spitze des Eisberges darstellen. Sie beginnen mit früher und schleichender Vernachlässigung, verbunden mit psychosozialen Belastungen und Überforderungen oder eigenen schwierigen biographischen Vorerfahrungen von Eltern, durch die ihre Beziehungs- und Erziehungskompetenzen beeinträchtigt sind. Lange bevor familiäre Situationen entgleisen und Kinder massiv gefährdet sind, haben viele Familien Kontakte mit Helferinnen und Helfern aus unterschiedlichen institutionellen Zusammenhängen.

Hier liegen Chancen, Familien möglichst früh zu erreichen und dann für Unterstützung und Hilfen zu motivieren, wenn kritische Situationen noch nicht eingetreten sind, damit Entwicklungs- und Gesundheitsgefährdungen gar nicht erst entstehen bzw. abgepuffert werden. Damit bekommt Prävention im Kinderschutz einen deutlich breiteren Rahmen. Im Sinne der so genannten „Frühen Hilfen“, die im Kontext der Kinderschutzdiskussion der vergangenen Jahre zunehmend als koordinierte Angebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern etabliert wer-

den, geht es darum, vielfältige Angebotsformen bereitzustellen, die sowohl allgemein als auch spezifisch sind, sich aufeinander beziehen und ergänzen und gleichermaßen universell-präventive Angebote der Gesundheitsförderung, als auch selektiv-präventive Angebote für Familien in Problemlagen einschließen (siehe Begriffsbestimmung des Wiss. Beirats des NZFH, Walper, Franzkowiak, Meysen & Papoušek, <http://www.fruehehilfen.de/4010.0.html> oder JAmt 2010, 119). Damit sind alle Familien ab Geburt und Schwangerschaft angesprochen.

III. Forschungsbefunde und Praxiserfahrungen im rheinland-pfälzischen Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG)

Im rheinland-pfälzischen Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) sind die Aspekte einer breit angelegten und umfassenden Fürsorge für alle Kinder von der Gesundheitsförderung bis zur Prävention und zum Schutz vor Gefahren eingearbeitet. Mit einer gesetzlichen Grundlage, die zudem das Vorhaben auch finanziell absichert, wird die flächendeckende Umsetzung des gesetzlichen Auftrages in den Stadt- und Landkreisen beträchtlich gestützt.

Das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit Rheinland-Pfalz rückt ins Zentrum:

- den *Aufbau lokaler Netzwerke* (§ 3 LKindSchuG RP),
- die *Reduzierung von Unsicherheiten bei der Kommunikation* zwischen den Professionellen sowie die Stärkung der Kommunikation mit den Eltern und ihren Kindern (§ 12 LKindSchuG RP),
- die Angebote frühzeitiger Förderung von Erziehungs- und Beziehungskompetenzen (§ 2 LKindSchuG RP) und
- ein Einladungswesen zur Steigerung der Teilnahme an kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (§§ 5 bis 10 LKindSchuG RP).

Andere Landesgesetze haben bei ihren Regelungsvorhaben Elemente daraus entlehnt, auch der Bund orientiert sich an der Datenschutzvorschrift des § 12 LKindSchuG RP als Modell für eine bundesrechtliche Regelung. Im 13. Kinder- und Jugendhilfebericht wird insbesondere der systematisch und konsequent angelegte gesetzliche Auftrag im LKindSchuG Rheinland-Pfalz beispielhaft betont,

kommunale interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen flächendeckend zu etablieren.

Hervorzuheben ist auch, dass in den gesetzlichen Regelungen die Umsetzung des Gesetzes mit bedacht wurde. Neben der erwähnten finanziellen Verantwortungsübernahme der Landesregierung wurde eine Servicestelle Kinderschutz beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV) eingerichtet, um die Jugendämter bei der Etablierung und Steuerung der lokalen Netzwerke zu beraten und zu unterstützen. Zudem wurde für die Organisation des Einladungswesens bei Früherkennungsuntersuchungen eine Zentrale Stelle, ebenfalls beim LSJV (mit Übertragung zentraler Aufgaben im Zusammenhang mit dem Einladungswesen an das Zentrum für Kindervorsorge, Universitätsklinikum Saarland, Homburg, ZfK) etabliert.

Darüber hinaus und unabhängig von den gesetzlichen Regelungen hat das Land und dabei das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) erhebliche und systematische Anstrengungen unternommen über das Gesetz zu informieren und seine Umsetzung zu unterstützen. Die Jugend- und Gesundheitsämter, die Schulbehörde, die kommunalen Spitzenverbände, Krankenkassen, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte oder die Ärztlichen Leitungen der Geburts- und Kinderkliniken wurden kontinuierlich über das Gesetz und den jeweiligen Stand der Umsetzung bis hin zu Einzelfragen informiert. Bei offenen Fragen im Prozess der Umsetzung steuerte das Land bzw. entwickelte zeitnah Lösungen, wie etwa durch die Übernahme der Kosten für die Früherkennungsuntersuchungen von Kindern, die in Rheinland-Pfalz gemeldet sind, deren deren Früherkennungsuntersuchung aber außerhalb von Rheinland-Pfalz stattfand, oder durch die Übernahme der Kosten der Früherkennungsuntersuchung für Kinder ohne Versicherungsschutz etc. Darüber hinaus initiierte und steuerte das Ministerium systematisch einzelne Aktivitäten, wie die Einbindung von bisher siebzehn Geburtskliniken in die lokalen Vernetzungsstrukturen gemäß dem Modell der Stadt Ludwigshafen und Trier. Ausgehend von diesen Geburtskliniken werden Familien früh und nicht stigmatisierend für ggf. weitergehende Hilfen und Angebote geworben und vermittelt.

Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit

Im rheinland-pfälzischen Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit enthalten ist nicht nur der Auftrag, in jeder Wahlperiode über den Stand der Umsetzungen und Auswirkungen bzw. über den Weiterentwicklungsbedarf zu berichten, sondern auch, diesen Bericht auf der Grundlage von Beiträgen, insbesondere des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung und der Zentralen Stelle sowie der Gesundheitsämter und der Jugendämter sowie einer wissenschaftliche Evaluation zu erarbeiten (§ 11 Abs.1 LKindSchuG RP). Dies ist besonders hervorzuheben, ist doch eine systematische Rechtstatsachenforschung in Deutschland längst nicht etabliert.

Mit der Evaluation beauftragt wurden die Forschungsabteilung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF). Mit der Kooperation dieser beiden Institute in der Evaluation konnten rechtliche, medizinische und sozialwissenschaftliche Expertisen in der Evaluation zusammengeführt und die unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Datenquellen und Informationen mit den rechtlichen Regelungsmechanismen rückgekoppelt werden.

Evaluiert wurden die Wirkungen des LKindSchuG RP, insbesondere bezüglich der Kooperation der professionellen Akteure in den regionalen Netzwerken, der lokalen Angebotsstruktur frühzeitiger, rechtzeitiger und niedrigschwelliger Hilfen sowie bezüglich der verbindlichen Einladung der Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen.

Die Ergebnisse der hier dargestellten Evaluation des LKindSchuG RP beziehen sich auf den Zeitraum seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2008 bis zum Jahr 2009. Dieser Zeitraum beschreibt den Beginn und die ersten Erfahrungen mit der Umsetzung des Gesetzes. In einem solchen Prozess der Umsetzung eines Gesetzes in die Praxis sind anfängliche Reibungsverluste oder Verzögerungen sowie kommunal unterschiedliche Zeitabläufe im Fortgang der Umsetzung selbstverständlich zu erwarten. Dies gilt gleichermaßen für die Etablierung eines verbindlichen Einladungs wesens für die Früherkennungsuntersuchungen, die Etablierung lokaler Netzwerke wie für den Ausbau und die Weiterentwicklung eines Angebotsrepertoires Früher Hilfen. Solche systematisch erwartbaren Reibungsverluste und Verzögerungen müssen in der Evaluation deshalb systematisch berücksichtigt werden. Zahlreiche Forschungsbefunde und Erfahrungen z.B. aus dem Bereich der Wirtschaft belegen etwa, dass für die Etablierung von interdisziplinären Vernetzungsstrukturen zunächst Rahmenkonzepte erarbeitet und verbindlich vereinbart werden müssen, damit Kooperation

gelingt. Insofern muss für einen Prozess, wie ihn das LKindSchuG vorgibt, hinreichend Zeit einberechnet werden. Darüber hinaus müssen ebenso systematisch erwartbare motivationale und strukturelle Hürden und Schwierigkeiten einbezogen werden.

Umgekehrt ist sehr positiv anzumerken, wie schnell und insgesamt erstaunlich reibungslos bisher die Entwicklung und Umsetzung des LKindSchuG in Rheinland-Pfalz bisher verlaufen ist. Dies bezieht sich zum einen auf den objektiven Stand der Umsetzung nach nur 1 ½ Jahren (z.B. Stand Netzwerke), aber auch auf die insgesamt sehr positive Akzeptanz des Gesetzes sowohl bei den interdisziplinären Fachkräften als auch bei den Eltern in Rheinland-Pfalz.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse lassen sich nicht abschließend interpretieren. Vielmehr erlauben sie Rückschlüsse auf den derzeitigen Stand der Umsetzung des Gesetzes und ggf. Hinweise auf die weitere Entwicklung und deren Steuerung.

Bei der Konzeption und Planung der Evaluation wurde dieser besonderen Situation mit der Wahl eines überwiegend qualitativen Vorgehens Rechnung getragen. Qualitative Verfahren sind in besonderer Weise geeignet unterliegende motivationale und strukturelle Aspekte, herauszuarbeiten, die den derzeitigen Prozess der Umsetzung des LKindSchuG unterstützen, ggf. aber auch behindern können. Darüber hinaus wurden aber außerdem Informationen aus unterschiedlichen Befragungen herangezogen, um den derzeitigen Stand der Umsetzung des LKindSchuG RP auch quantitativ darzustellen.

Insofern erfolgte die Evaluation mit unterschiedlichen Methoden und Zugängen. Ein Kern der Evaluation und dabei auch des gemeinsamen Zugangs der beiden Forschergruppen waren fortlaufende Expertendiskussionen, die, angelehnt an die so genannte Delphi Methode, systematisch und in mehreren Feedbackrunden mit Rückkopplung durch unabhängige Beobachter durchgeführt wurden. Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren Experten aus unterschiedlichen Disziplinen im Kontext der Früherkennungsuntersuchungen und der lokalen Netzwerke sowie Eltern. Das Verfahren zielt auf das individuelle und intuitive Urteil des Fachexperten und fußt darauf, dass Expertinnen und Experten in ihrem Fachgebiet über besonders viel Wissen verfügen und die Praxis ihres Arbeitsalltags gut einschätzen können.

Die Stärke dieser Methode ist es, möglichst breit und umfassend Aussagen, Meinungen, Haltungen oder Interessen herauszuarbeiten, die, offen oder latent vorhanden, und zunächst exemplarisch und ggf. auch plakativ, in den folgenden Gesprächsrunden und Feedback-Kaskaden neu bewertet und differenziert wer-

den können. Damit lassen sich die vielschichtigen und komplexen Aspekte um die Fragen von Kindergesundheit und Kinderschutz im Spannungsfeld von Prävention und Kontrolle herausarbeiten und die Folgen ableiten, die sich daraus für die konkrete Ausgestaltung in der Praxis ergeben. Mit dieser Methode lässt sich auch darauf schließen, inwieweit das Gesetz gemäß seinen Intentionen aufgefasst oder auch ggf. davon abweichend interpretiert wird oder es lassen sich auch mögliche Erklärungen für Reibungsverluste oder Verschleppungen in der Umsetzung des Gesetzesauftrages nachvollziehen.

Im Sinne eines multi-methodischen Vorgehens wurden die in den Expertendiskussionen erhobenen Informationen mit ihren Einschätzungen zu den Wirkungen fundiert mit einem Rechtsvergleich zur Kinderschutzgesetzgebung in Deutschland. Mittlerweile haben seit 2008 alle 16 Bundesländern Gesetze mit der Bezeichnung und/oder dem ausgewiesenen Ziel „Kinderschutz“ erlassen. Der Vergleich der teilweise sehr unterschiedlichen Zugangswege und gesetzlich initiierten Maßnahmen, mit denen die Länder den Schutz von Kindern verbessern wollen, hat die Herausarbeitung von Hypothesen über die Effektivität der gesetzlichen Ansätze und Ausgestaltungen in Rheinland-Pfalz ermöglicht und auch erste Erkenntnisse hierzu erbracht.

Um in diesem frühen Stadium der Implementation des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit Rheinland-Pfalz einen möglichst breiten Überblick über den Stand der Entwicklungen zu ermöglichen, wurden zusätzlich quantitative Erhebungen durchgeführt. Hierbei konnte auf die Daten zurückgegriffen werden, die im Rahmen der kontinuierlichen Rückmeldungen über die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen durch das Zentrum für Kindervorsorge (ZfK) bzw. den ergänzenden Auswertungen des Instituts für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism; Jugendämter und Gesundheitsämter füllen zu jedem Einzelfall Fragebögen aus) erhoben wurden, sowie auf die Daten über den Stand des Aufbaus der lokalen Netzwerke durch das ism. Zudem wurden Daten des Deutschen Instituts für Urbanistik (DifU) aus dem Jahr 2008 über eine Befragung bei Jugend- und Gesundheitsämtern in Rheinland-Pfalz über Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen einbezogen. Ergänzende Aspekte, die in diesen Erhebungen nicht erfasst waren, wurden im Rahmen einer telefonischen Befragung interdisziplinärer Fachkräfte, und dabei insbesondere in Jugend- und Gesundheitsämtern erhoben. Darüber hinaus wurden qualitative Interviews mit Eltern in Rheinland-Pfalz durchgeführt.

B. Rechtsvergleich

I. Grundzüge und Ziele der Kinderschutzgesetzgebung in den Ländern

1. Bundesweite Initiativen und landespolitischer Entstehungsprozess

Das rheinland-pfälzische Gesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) ist eingebettet in einen Prozess, der vor allem auch auf bundespolitischer Ebene stattgefunden hat.

Mit der zum 1. Oktober 2005 in Kraft getretenen Einfügung des § 8a SGB VIII zum „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ in das Kinder- und Jugendhilferecht des Bundes ist eine vertiefte, differenzierte und konstruktive Diskussion in der Kinder- und Jugendhilfe über verbesserten Kinderschutz entstanden. Relativ zeitgleich mit dieser Verabschiedung haben die damaligen Koalitionsfraktionen der 16. Legislaturperiode im Koalitionsvertrag vereinbart, mit einem Projekt zur frühen Förderung gefährdeter Kinder soziale Frühwarnsysteme zu entwickeln und dafür Leistungen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie zivilgesellschaftlichen Engagements besser miteinander zu verzahnen. Für die Umsetzung dieses Projekts wurden für die Jahre 2006 bis 2010 10 Mio. Euro bereitgestellt.¹

Die Jugendministerkonferenz (JMK) hat am 18./19. Mai 2006 dieses Programm des Bundes ausdrücklich begrüßt.² In der Folge hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ initiiert, im Rahmen dessen Modellprojekte zu Frühen Hilfen in den Bundesländern gefördert als auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen als Kompetenzzentrum eingerichtet wurde.

¹ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD „Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit“, S. 98 f.

² Jugendministerkonferenz, 18./19.05.2006 in Hamburg, TOP 8a „Familien stärken – Kinder schützen“, Nr 7.

Letzteres soll insbesondere dem Erfahrungstransfer zwischen den Projekten, der Informationsbasis für die Fachpraxis sowie der Öffentlichkeitsarbeit dienen.³

Doch dabei ist die Politik nicht stehen geblieben. In der kurzfristig für den 24. November 2006 einberufenen Jugendministerkonferenz in Berlin wurden unter dem Thema „Kinderschutz stärken – Familien fördern“ verschiedene Handlungsbedarfe im Kinderschutz ausgemacht.⁴ Nochmals bekräftigt wurden diese Forderungen in der vom 31. Mai /1. Juni 2007 stattgefundenen Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK), auf der gemeinsame Empfehlungen der JFMK und der Kommunalen Spitzenverbände beschlossen wurden. So wurde beispielsweise die Ausweitung der Früherkennungsuntersuchungen als weiterer Baustein im System eines wirksamen Kinderschutzes ebenso ausgemacht (1.2) wie ein enges Zusammenwirken und Bestärkung von Kooperationen der verschiedenen beteiligten Stellen und Personen als ein wesentliches Kriterium für schnelle und wirksame Schutzmaßnahmen erkannt wurde (2.). Außerdem wurde darin ausdrücklich bedauert, dass in der öffentlichen Diskussion Datenschutz und Kinderschutz zum Teil gegeneinander ausgespielt werden und betont, dass eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht nicht erforderlich, vielmehr auf jeden Fall die Weiterentwicklung des fachlichen Selbstverständnisses und der Sicherheit und Klarheit bei der Rechtsanwendung notwendig sei (2.2).⁵

Im Dezember 2007 reagierte dann auch die Bundeskanzlerin, lud die Regierungschefinnen und -chefs der Länder zu einer Ministerpräsidentenkonferenz nach Berlin, im politischen Raum gerne als „1. Kinderschutzgipfel“ bezeichnet, und erklärte das Thema Kinderschutz zur Chefsache. Als Vorlage für diese Konferenz der Regierungschefinnen und -chefs legte der damalige SPD-Vorsitzende und Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, Kurt Beck, gemeinsam mit der SPD-Bundestagsfraktion einen „Sieben-Punkte-Aktionsplan“ vor,⁶ der in wesentlichen Teilen in den Beschluss der Konferenz eingegangen ist.⁷

Neben der Zielsetzung, vernetzte Strukturen und regelhafte soziale Frühwarn- und Fördersysteme und die Wirksamkeit der Regelung des § 8a SGB VIII sowie die Verpflichtung der aufsuchenden Jugendhilfe überprüfen zu wollen, wurde

³ Aktionsprogramm des BMFSFJ zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme, 16.08.2006, S. 13 f.

⁴ Jugendministerkonferenz, 24.11.2006 in Berlin, TOP 3 „Kinderschutz stärken – Familien fördern“.

⁵ Jugend- und Familienministerkonferenz, 31.05./01.06.2007 in Potsdam, TOP 7 „Qualitätsmerkmale und Rahmenbedingungen eines wirksamen Kinderschutzes in Deutschland – Gemeinsame Empfehlungen der Jugend- und Familienministerkonferenz und der Kommunalen Spitzenverbände“.

⁶ Sieben-Punkte Aktionsplan „Gerechtigkeit von Anfang an – Für einen besseren Schutz unserer Kinder!“, zu finden unter: http://www.spdfraktion.de/cnt/rs/rs_datei/0,,9372,00.pdf (zuletzt aufgerufen am 11.08.2010).

⁷ Ministerpräsidentenkonferenz, 19.12.2007 in Berlin, TOP 1.10 „Kinderschutz“.

insbesondere auch die Absicht betont, die Verbindlichkeit der Vorsorgeuntersuchungen herzustellen sowie die Vorsorgeuntersuchungen besser und engmaschiger zu gestalten. Außerdem sollte nach der Devise „Datenschutz darf Kinderschutz nicht behindern“ geprüft werden, welche Änderungen erforderlich sind, die den „reibunglosen Austausch von personenbezogenen Daten der Kinder und Erziehungsberechtigten zwischen den zuständigen Melde- und Sozialbehörden (insbes. Gesundheitswesen, Jugendhilfe), aber auch mit Polizei, Justiz sowie Schule zum Schutz gefährdeter Kinder in überforderten Familien gewährleisten“. Konkrete Umsetzungsvorschläge wurden bis Ende April 2008 erwartet, für deren Erarbeitung drei Arbeitsgruppen mit den Schwerpunkten Vernetzung, Schutzauftrag und Datenschutz eingesetzt wurden.

Im Juni 2008 wurde bei einer zweiten Konferenz der Länderchefinnen und -chefs mit der Bundeskanzlerin, dem sog. „2. Kinderschutzgipfel“, Zwischenbericht zu den Ergebnissen erstattet.⁸ So wurde beispielsweise berichtet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der Zwischenzeit die sog. Kinderrichtlinien dahingehend überarbeitet hat, dass in Zukunft Ärztinnen und Ärzte „bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung die notwendigen Schritte einzuleiten“ haben, der Entwurf zum Kinderförderungsgesetz (KiföG) ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht und das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (KiWoMaG) beschlossen wurde. In der Konsequenz haben die Regierungschefinnen und -chefs der Länder gemeinsam mit der Kanzlerin die Umsetzung „weiterer Maßnahmen für einen besseren Kinderschutz“ vereinbart, u.a. eine Novellierung des § 8a SGB VIII (Pflicht der Jugendämter zum Hausbesuch und persönlicher Inaugenscheinnahme des Kindes), die Schaffung einer bundeseinheitlichen Norm zur Schweigepflicht von Berufsgeheimnisträgern, die Änderung des Bundeszentralregisters zur Einführung des „erweiterten Führungszeugnis“ für kinder- und jugendnah Beschäftigte sowie die Regelung einer Datenübermittlungsbefugnis für Jugendämter bei Wohnortwechsel von Familien.

In der Folge hat das BMFSFJ am 2. Dezember 2008 einen Regierungsentwurf vorgelegt, der am 21. Januar 2009 als Gesetzentwurf beschlossen (BR-Drucks. 59/09) und nach einer Stellungnahme durch den Bundesrat am 25. März 2009 in den Bundestag (BT-Drucks. 16/12429) eingebracht wurde. Das Gesetz hat in der 16. Legislaturperiode keine Verabschiedung gefunden. Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien der 17. Legislaturperiode wird ein erneuter Anlauf angekündigt.⁹ Mittlerweile hat das BMFSFJ mit den Vorbereitungen für einen Gesetzent-

⁸ Konferenz der Regierungschefs der Länder, 12.06.2008 in Berlin, TOP 1.3 „Kinderschutz – Zwischenbericht“.

⁹ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. 2009, Zeilen 3065 ff.

wurf begonnen, hat ein vom Ministerium initiiertes Fachgespräch stattgefunden und haben Unterarbeitsgruppen mit den Überschriften „Frühe Hilfen und Qualifizierung des Schutzauftrags“ und „Ausbau vernetzter Strukturen und Stärkung der Wissensbasis“ getagt.

Der landespolitische Prozess in Rheinland-Pfalz, der zum Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) führte, hatte den gleichen Ausgangspunkt wie die bundesweiten politischen Diskurse, verlief zunächst parallel zu diesen bundespolitischen Entwicklungen und hat sich dann aber von den bundespolitischen Tendenzen im Nachgang der Ministerpräsidentenkonferenz am 19. Dezember 2007 abgegrenzt. Der Gesetzgebungsprozess ist in Rheinland-Pfalz mit Inkrafttreten am 21. März 2008 beendet.

Das Vier-Länder-Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, das von Rheinland-Pfalz gemeinsam mit Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen bei der Universitätsklinik Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Prof. Dr. *Jörg M. Fegert*, PD Dr. *Ute Ziegenhain*) in Auftrag gegeben wurde, dürfte so etwas wie die Initialzündung für die Motivation des Landesgesetzgebers gewesen sein. In diesem Modellprojekt wurde insbesondere die als wesentlich erkannte Idee der Schaffung von tragfähigen Vernetzungsstrukturen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und anderen in diesem Zusammenhang relevanten Institutionen und Personen an zwei Modellstandorten erprobt und sollte nunmehr landesweite Verbreitung finden.¹⁰

Außerdem wurde sowohl in dem Antrag der CDU vom 10. Januar 2007 (LT-Drucks. 15/691) als auch in dem Alternativantrag der SPD vom 18. Januar 2007 (LT-Drucks. 15/718) die Forderung nach der Schaffung landesgesetzlicher Voraussetzungen für die Etablierung verpflichtender Früherkennungsuntersuchungen laut. Dabei sollten – laut Antrag der CDU – auch die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Jugendämter bei wiederholter Nichtteilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch geeignete Maßnahmen auf eine nachhaltige Sicherung des Kindeswohls hinwirken.

Am 30. Oktober 2007 legte die Landesregierung dann den Gesetzentwurf vor (LT-Drucks. 15/1620), die erste Beratung folgte am 14. November 2007, im Rahmen derer eine Überweisung in den (federführenden) Sozialausschuss und den Rechtsausschuss stattfand. Am 10. Januar führte der Sozialausschuss ein Anhörverfahren mit verschiedenen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis durch und gab am 21. Februar 2008 die Beschlussempfehlung zur Annahme des Gesetzentwurfs ab (LT-Drucks. 15/1937). Am gleichen Tag ging noch

¹⁰ So auch ausdrücklich LT-Drucks. RP 15/1620, S. 16.

ein Änderungsantrag der SPD, CDU und FDP ein (LT-Drucks. 15/1946), der insbesondere noch eine Änderung des Schulgesetzes zur Beteiligung der Schulen an den lokalen Netzwerken vorsah.

Der Landtag von Rheinland-Pfalz verabschiedete in seiner 2. Plenarberatung am 27. Februar 2008 mit einstimmigem Beschluss den Gesetzentwurf samt Änderungsantrag. Nach seiner Verkündung trat das LKindSchuG am 21. März 2008 in Kraft und war damit – nach dem Saarland (Februar 2007), Bremen (April 2007) und Hessen (Dezember 2007) – das vierte Landesgesetz, das mit dem Ziel der Verbesserung des Kinderschutzes auf den Weg gebracht wurde.

Mittlerweile sind in allen 16 Bundesländern neue Landesgesetze zum Kinderschutz in Kraft getreten.

Tabelle 1: Überblick über Landesgesetze zum Kinderschutz

	Bezeichnung des Gesetzes	Drucks-Nr.	Veröffentlichung	in Kraft seit
<i>BW</i>	Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg (Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg)	14/4081	GVBI BW 2009, S 82	07.03.2009
<i>BY</i>	Gesetz zur Änderung des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes und des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (GDVG)	15/9366	GBVI BY Nr. 9/2008 S 158	06.05.2008
<i>BE</i>	Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes Art. 1 Gesetz zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes (Berliner Kinderschutzgesetz-KiSchuG)	16/2154	GVBI BE 2009, S 875	17.12.2009
<i>BB</i>	Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenhausplanung (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz- BbgGDG)	4/5286	GVBI BB Nr. 5/2008 S 95	23.04.2008
<i>BR</i>	Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung (Kindeswohlgesetz-KiWG)	16/1365	GVBI BR 2007, S 317	30.04.2007
<i>HH</i>	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz-HmbGDG)	19/4331	GVBI HH 2009, S 507	15.12.2009

<i>HE</i>	Hessisches Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder Art. 1 Kinderschutzgesetz (KiSchuG)	16/8348	GVBI HE Nr. 27, S 856	14.12.2007
<i>MV</i>	Drittes Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)	5/1280	GVBI MV 2008, S 374	15.10.2008
<i>NW</i>	Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO-UTeilnahmeDatVO)		GVBI NW 2008, S. 609	10.09.2008
<i>NI</i>	Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen Art. 1 Niedersächsisches Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern (NFrüherkUG)	16/755	GVBI NI 2009, S 400	01.04.2010
<i>RP</i>	Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG)	15/1620	GVBI 2008, S 52	21.03.2008
<i>SL</i>	Gesetz Nr. 1612 zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung	13/1140	Amtsblatt SL 2007, S 742	07.02.2007
<i>SN</i>	Gesetz zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen Art. 1 Sächsisches Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG)	4/14409	GVBI SN 2009, S 379	19.06.2009
<i>ST</i>	Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Kindern Art. 1 Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Förderung der Kindergesundheit (Kinderschutzgesetz)	5/1331	GVBI ST Nr. 24/09 S. 644	09.12.2009
	Gesetz zur Förderung der Frühkindlichen Bildung	5/1331	GVBI ST Nr. 24/2009 S. 644	17.12.2008
<i>SH</i>	Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein	16/1705	GVBI SH 2008, S 2	01.04.2008
<i>TH</i>	Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes Art. 1 Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früh-	4/4249	GVBI TH Nr. 14/2008, S. 553	16.12.2008

erkenntnisuntersuchungen für Kinder (ThürFKG)			
Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule	4/4471	GVBL TH Nr. 14/2008, S. 556	16.12.2008

2. Unterschiedliche gesetzliche Ausgestaltung und Regelungsinhalte im Überblick

Obwohl die Landesgesetze zum Kinderschutz auf eine gemeinsame Initiative und gemeinsame Beschlüsse der Länderchefinnen und -chefs zurückgehen, sind sie in den einzelnen Bundesländern teilweise sehr unterschiedlich ausgestaltet und enthalten verschiedene Regelungsinhalte.

Rheinland-Pfalz hat ein eigenständiges umfangreiches, auch dem Kinderschutz gewidmetes Gesetz mit Änderungsgesetzen erlassen. Das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) Rheinland-Pfalz¹¹ umfasst zum einen Vorschriften zur Förderung des Kindeswohls und zur Verbesserung des Schutzes von Kindern durch frühe Förderung sowie die Bildung und Unterhaltung von lokalen Netzwerken und zum anderen Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen. Außerdem wurden zur Stärkung der Kooperationsstrukturen zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Bereich Frühe Hilfen¹² Pflichten zur fallübergreifenden Zusammenarbeit in diverse berufsgruppen- und institutionsspezifische Landesgesetze eingeführt.

Wie Rheinland-Pfalz haben *Berlin*¹³ und *Schleswig-Holstein*¹⁴ eigenständige umfassende Kinderschutzgesetze mit Änderungsgesetzen erlassen, welche Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen und Vorschriften zur Förderung des Kindeswohls und Verbesserung des Schutzes von Kindern durch frühe Förderung und zu gesetzlich verbindlich vorgegebenen Kooperationsstrukturen enthalten.

In *Sachsen-Anhalt* und *Thüringen* wurden im Zuge der Kinderschutzgesetzgebung jeweils zwei Gesetze erlassen: in *Sachsen-Anhalt* das Gesetz zur frühkind-

¹¹ Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) RP, LT RP Drucks. 15/1620, GVBI 2008, S 52, In Kraft getreten am 07.03.2008.

¹² Zur Begriffsbestimmung siehe Ständige Fachkonferenz 1 des DIJuF JAmt 2010, 117.

¹³ Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes, Art. 1 Gesetz zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes (KiSchuG), Abgeordnetenhaus-Drucks. BE 16/2154, GVBI BE 2009, S. 875, in Kraft getreten am 17.12.2009.

¹⁴ Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein, LT-Drucks. SH 16/1705, GVBI SH 2008, S. 2, in Kraft getreten am 01.04.2008.

lichen Bildung¹⁵ und das Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Kindern¹⁶. Beide Gesetze enthalten Regelungen zur Förderung des Kindeswohls durch frühe Förderung der Bildung und Unterhaltung von Kooperationsstrukturen. Das Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Kindern enthält zudem eine gesetzliche Aufforderung zur Kooperation des Landes mit den gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel, eine Erhöhung der Inanspruchnahme der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zur Förderung der Kindergesundheit zu erreichen. *Thüringen* hat zum einen das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes¹⁷ auf den Weg gebracht, welches schwerpunktmäßig Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen enthält, und daneben das Gesetz zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule,¹⁸ welches durch Änderungsgesetze Regelungen zur Bildung von und Arbeit in Kooperationsstrukturen zwischen Trägern der Jugendhilfe und anderen Behörden, Einrichtungen und Stellen beinhaltet.

*Brandenburg*¹⁹ hat durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, welches erlassen wurde, um den öffentlichen Gesundheitsdienst in Brandenburg an die Wandlungen des Systems anzupassen, Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen sowie Kooperationsstrukturen aufgesattelt.

Auch *Baden-Württemberg*²⁰ und *Sachsen*²¹ haben jeweils ein eigenständiges Kinderschutzgesetz erlassen. Diese enthalten schwerpunktmäßig Regelungen zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen und normieren zudem eine Befugnisnorm zur Datenweitergabe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Das Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg enthält zudem eine verpflichtende Beteiligung der Gesundheitsämter an Kooperationsstrukturen insbesondere Trägern der Kinder- und Jugendhil-

¹⁵ Gesetz zur Förderung der frühkindlichen Bildung, LT-Drucks. ST 5/1331, GVBI ST Nr. 28/2008 S. 448, in Kraft getreten am 17.12.2008.

¹⁶ Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Kindern Sachsen-Anhalt, Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Förderung der Kinderschutzgesetz (Kinderschutzgesetz), LT ST Drucks. 5/1331, GVBI ST Nr. 24/2009, S. 644, in Kraft getreten am 09.12.2009.

¹⁷ Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes, Art. 1 Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (ThürFKG), LT-Drucks. TH 4/4249, GVBI TH Nr 14/2008, S. 553, in Kraft getreten am 16.12.2008.

¹⁸ Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule, LT-Drucks. TH 4/4471, GVBI TH Nr 14/2008, S. 556, in Kraft getreten am 16.12.2008.

¹⁹ Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenhausplanung, Art. 1 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG), LT BB Drucks. 4/5286, GVBI BB Nr. 5/2008 S 95, in Kraft getreten am 23.04.2008.

²⁰ Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg (Kinderschutzgesetz BW) LT BW Drucks. 14/4081, 2009, GBI BW 2009, S 82, in Kraft getreten am 07.03.2009.

²¹ Gesetz zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen, Art. 1 Sächsisches Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG) LT-Drucks. SN 4/14409, GVBI SN 2009, S 379, in Kraft getreten am 19.06.2009.

fe.²² Das sächsische Kinderschutzgesetz normiert zudem eine Landesunterstützung zum Aufbau von und Arbeit in lokalen Netzwerken.

*Hessen*²³ und *Niedersachsen*²⁴ haben ebenfalls eigenständige, ebenfalls unter dem Etikett „Kinderschutz“ firmierende Gesetze erlassen, welche sich – anders als die Gesetze in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen und Schleswig-Holstein – ausschließlich mit Früherkennungsuntersuchungen befassen; in Hessen zusätzlich mit einer Regelung zur Datenweitergabebefugnis im Kontext von Wahrnehmungen zu Kindeswohlgefährdung im Rahmen von kindlichen Früherkennungsuntersuchungen. *Bremen*²⁵ hat mit seinem „Kindeswohlgesetz“ Regelungen für ein verbindliches Einladungswesen zu Früherkennungsuntersuchungen in das bereits bestehende Gesundheitsdienstgesetz integriert, welches in seiner bisherigen Fassung bereits Regelungen zur Kinder- und Jugendgesundheitspflege enthielt. *Nordrhein-Westfalen*²⁶ hat anstelle eines Landesgesetzes eine Verordnung mit dem ausschließlichen Regelungsinhalt einer Implementation eines Einladungs- und Kontrollverfahrens zu Früherkennungsuntersuchungen erlassen.

Die Kinderschutzgesetzgebung in *Bayern*²⁷ findet sich nicht in einem eigenständigen Kinderschutzgesetz, sondern in einem Gesetz zur Änderung des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes und des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen. Die Änderung der Gesetze hat die Einführung von Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen, zum Datenschutz bei Kindesmisshandlung und zur Beteiligung der Behörden der Gesundheitshilfe an Kooperationen zum Gegenstand. Daneben regelt das Bayrische Landeserziehungsgeldgesetz, dass ein Anspruch auf Landeserziehungsgeld nur dann besteht, wenn ein Nachweis für die Teilnahme des Kindes an der U 6 (bei Leistungsbeginn des Bezugs des Landeserziehungsgeldes zwischen dem 13.

²² § 1 Abs. 4 Kinderschutzgesetz BW.

²³ Hessisches Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder, Art. 1 Kindergesundheitsschutz-Gesetz, LT-Drucks. HE 16/8348, GVBI HE Nr. 27, S 856, in Kraft getreten am 14.12.2007.

²⁴ Gesetz zur Förderung der Gesundheits und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen, Art. 1 Niedersächsisches Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern (NFrüherkUG), LT-Drucks. NI 16/755, GVBI NI 2009, S 400, in Kraft getreten am 01.04.2010.

²⁵ Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung (Kindeswohlgesetz – KiWG) Bürgerschafts-Drucks. BR 16/1365, GVBI BR 2007, S 317, in Kraft getreten am 30.04.2007.

²⁶ Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen (U-Untersuchungs-TeilnahmedatenVO- UTeilnahmeDatVO) GVBI NW 2008, S 609, in Kraft getreten am 10.09.2008.

²⁷ Gesetz zur Änderung des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes und des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen, LT-Drucks. BY 15/9366, GBVL BY Nr. 9/2008 S 158, in Kraft getreten am 06.05.2008.

und dem 24. Lebensmonat) oder der U 7 (bei Leistungsbeginn zwischen dem 25. und 29. Lebensmonat) vorgelegt wird.²⁸

Bayern, Brandenburg, Bremen, Hamburg²⁹, Mecklenburg-Vorpommern³⁰ und das Saarland³¹ integrieren Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen in das bereits bestehende Gesundheitsdienstgesetz.

Tabelle 2: Regelungsinhalte der Landesgesetze

	Stärkung Kooperation	Stärkung Qualifikation und Fortbildung	Ausweitung von Aufgaben und Leistungen	Datenschutz in Bezug auf die einzelfallbezogene Kooperation	Einladungswesen bei Früherkennungsuntersuchungen	Teilnahmepflicht ohne Erfassung von Früherkennungsuntersuchungen
BY	X			X		X
BW	X			X		X
BE	X	X	X	X	X	
BB	X				X	
BR					X	
HE				X	X	
HH	X				X	
MV					X	
NI					X	
NW	X				X	
RP	X	X	X	X	X	
SL					X	
SN	X			X	X	

²⁸ Art. 1 Abs. 1 Nr 4 BayLErzGG

²⁹ Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG) Bürgerschafts-Drucks. HH 19/4331, GVBI HH 2009, S 507, in Kraft getreten am 15.12.2009.

³⁰ Drittes Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst MV, LT-Drucks. MV 5/1280, GVBI MV 2008, S 374, in Kraft getreten am 15.10.2008.

³¹ Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung SL, LT SL Drucks. 13/1140, Amtsblatt SL 2007, S 742, in Kraft getreten am 07.02.2007.

ST	X	X	X	X	X	
SH	X	X	X	X	X	
TH	X		X	X	X	

3. Grundlegende Ziele, Verheißungen und Versprechungen der Gesetzgeber

Das *LKindSchuG Rheinland-Pfalz* umreißt in § 1 Abs. 1 als übergeordnetes gesetzliches Grundziel, verstärkt zur Sicherung und Förderung von Kinderschutz und Kindergesundheit beitragen zu wollen und zwar primär durch eine Ausgestaltung in Form einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, indem auf der einen Seite der Aspekt der Kindergesundheit insbesondere auch im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe, umgekehrt auf der anderen Seite der Gedanke des Kinderschutzes auch jenseits der Kinder- und Jugendhilfe überall dort, wo kinder- und familiennah gearbeitet wird, konsequent mitgedacht werden soll.³²

Zur Umsetzung dieses Vorhabens hat der Landesgesetzgeber von Rheinland-Pfalz in § 1 Abs. 3 *LKindSchuG* ausdrücklich vier Ziele festgeschrieben³³:

- die Gewährleistung notwendiger niedrighschwelliger Angebote zur Förderung des Kindeswohls,
- die Früherkennung von Risiken für das Kindeswohl und die konsequente Sicherstellung der erforderlichen Hilfen,
- der Aufbau lokaler Netzwerke zur Förderung des Kindeswohls und zur Verbesserung des Kinderschutzes und
- die Förderung von Kindergesundheit, insbesondere durch Steigerung der Inanspruchnahme der Untersuchungsangebote zur Früherkennung von Krankheiten (Früherkennungsuntersuchungen) bei Kindern.

Im Vordergrund steht nach der Gesetzesbegründung zum einen die frühe Förderung des Kindeswohls durch möglichst niedrighschwellige, frühzeitige und allgemeine Förderung und bedarfsgerechte Unterstützung der Eltern durch eine verstärkte Nutzung vorhandener Ressourcen bei freien Trägern und Kommunen (Jugendämter und Gesundheitsämter) sowie die Verbesserung des Schutzes

³² LT-Drucks. RP 15/1620, S. 18.

³³ § 1 Abs. 3 *LKindSchuG* RP.

von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung mit gezielten Strategien von Wahrnehmung und Intervention durch ein gesetzlich geregeltes Verfahren zum lokalen Netzwerkaufbau als Aufgabe der Jugendämter.³⁴

Zum anderen soll durch die Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen die Förderung der Kindergesundheit und die positive gesundheitliche Entwicklung von Kindern durch eine möglichst hundertprozentige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen sichergestellt werden. Neben einer deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme der vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen sollen darüber auch Erkenntnisse über möglichen Hilfebedarf derjenigen Familien gewonnen werden, die trotz mehrfacher Aufforderung nicht an den jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben.³⁵

Solche – mit der *rheinland-pfälzischen* Regelung vergleichbaren – ausdrücklich definierten gesetzlichen Ziele finden sich nur in den Landesgesetzen sechs weiterer Bundesländer (*Berlin*³⁶, *Niedersachsen*³⁷, *Sachsen*³⁸, *Sachsen-Anhalt*³⁹, *Schleswig-Holstein*⁴⁰ und *Thüringen*⁴¹). In den Landesgesetzen von *Brandenburg*⁴² und *Hamburg*⁴³ sind zwar ebenfalls Normen mit Beschreibung von Gesetzeszielen vorhanden, diese haben jedoch keinen Bezug zum Kinderschutz, sondern geben nur allgemeine Zielrichtungen für die Arbeit der in diesen Gesetzesänderungen angesprochenen Gesundheitsämter vor. Die Gesetzesziele aller weiteren Bundesländer lassen sich hingegen ausschließlich aus den Gesetzesbegründungen herauslesen.⁴⁴

Vergleiche hinsichtlich der von den Landesgesetzgebern ausgegebenen Zielrichtungen ihrer Regelungen werden im Folgenden zum einen in Bezug auf die beabsichtigte Beförderung von Kooperationsstrukturen (a), zum anderen hinsichtlich des großen Regelungsbereichs der Früherkennungsuntersuchungen (b) gezogen.

³⁴ LT-Drucks. RP 15/1620, S. 15.

³⁵ Gesetzesbegründung des Gesetzentwurfs LKindSchuG RP, S. 15.

³⁶ § 1 Abs. 2 KiSchuG BE.

³⁷ § 1 NFrüherkUG.

³⁸ § 1 SächsKiSchG.

³⁹ § 1 Abs. 2 KiSchuG ST.

⁴⁰ § 1 KiSchuG SH.

⁴¹ § 1 ThüFKG.

⁴² § 1 BbgGDG.

⁴³ § 1 GDG HH.

⁴⁴ Mit Ausnahme der Ziele des Ordnungsgebers der nordrhein-westfälischen Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, da aufgrund des Rechtscharakters als Rechtsverordnung keine Begründung veröffentlicht wurde.

a) Ziele in Bezug auf Kooperationsstrukturen

Im Hinblick auf die Einrichtung und Förderung von Kooperationsstrukturen lassen sich drei unterschiedliche Absichten der Landesgesetzgeber erkennen:

- Die überwiegende Mehrzahl der Bundesländer, die in ihren Kinderschutzgesetzen Kooperationsnormen mit aufgenommen haben, stellt das Ziel in den Vordergrund, durch die Bildung von Netzwerkstrukturen *Risiken für das Wohl von Kindern besser erkennen und rechtzeitige Hilfen sicherstellen* zu wollen (Berlin,⁴⁵ Sachsen,⁴⁶ Sachsen-Anhalt,⁴⁷ Schleswig-Holstein⁴⁸). Auch Brandenburg will mit seiner Aufforderung an den ÖGD zur „vertrauensvollen“ Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, Sozialamt, Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen Institutionen zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen.⁴⁹ Während erstere ihre Zielsetzungen jedoch in die Absicht des Schaffens von fallübergreifenden Netzwerkstrukturen eingebettet haben, scheint Brandenburg diese Zielrichtung eher mit der Einzelfallkooperation zu verbinden⁵⁰ und wirft damit auch die Frage auf, was mit einer „vertrauensvollen“ Zusammenarbeit der Institutionen im Einzelfall in praxi tatsächlich gemeint ist. Der fachliche und grundrechtlich geforderte Grundsatz der notwendigen Transparenz und Einbeziehung der Eltern darf jedenfalls nicht zugunsten einer „vertrauensvollen“ Kooperation hinter ihrem Rücken, d.h. ohne ihr Wissen und/oder ihren Willen, aufgekündigt werden.
- Thüringen verfolgt in seinem Gesetz zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule das Ziel der Weiterbildung und Verbesserung der zwischen diesen Bereichen bestehenden oder noch nicht bestehenden Kooperationen, um auf diese Weise speziell für diese Kooperationsebene *bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln* und alle Kinder und Jugendliche, gleich welcher Herkunft und sozialen Lage, zu unterstützen und zu fördern.⁵¹
- Für den Landesgesetzgeber von Bayern verknüpft sich mit der von ihm beabsichtigten Förderung einer engen Kooperation zwischen der Kinder- und

⁴⁵ § 1 Abs. 2 S. 2 Nr 2 und 3 KiSchuG BE.

⁴⁶ § 1 Abs. 2 S. 1 SächsKiSchG.

⁴⁷ § 1 Abs. 2 Nr 2 KiSchuG ST, mit einer ausdrücklichen Betonung, dass dies durch eine Vernetzung des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderen dem Kinderschutz und der Familienhilfe dienenden Einrichtungen, Institutionen und Behörden erreicht werden soll.

⁴⁸ § 1 Abs. 3 KiSchuG SH, Gesetzesbegründung in: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg) Kinderschutzgesetz Schleswig-Holstein 2. Aufl. 2008, zu § 8.

⁴⁹ LT-Drucks. BB, 4/5286, zu § 6 Abs. 1.

⁵⁰ Zur notwendigen Unterscheidung vgl II.

⁵¹ LT-Drucks. TH 4/4471, S. 15.

Jugendhilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst die primäre Vorstellung, *abgestimmte und reibungslose Verfahrensabläufe* garantieren zu können.⁵²

b) Ziele in Bezug auf Früherkennungsuntersuchungen

Neben Rheinland-Pfalz haben auch zehn weitere Bundesländer (*Baden-Württemberg*,⁵³ *Bayern*,⁵⁴ *Berlin*,⁵⁵ *Bremen*,⁵⁶ *Hamburg*,⁵⁷ *Niedersachsen*,⁵⁸ *Saarland*,⁵⁹ *Sachsen*,⁶⁰ *Sachsen-Anhalt*⁶¹ und *Thüringen*⁶²) ihre Motivation, Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen aufzunehmen, mit dem Ziel einer Steigerung der Teilnahme an diesen Untersuchungen begründet, und zwar grundsätzlich in Bezug auf möglichst *alle* Kinder. *Sachsen*⁶³ beschränkt dieses Ziel allerdings ausdrücklich auf alle Kinder bis zu einem Alter von vier Jahren. *Bremen*⁶⁴ und *Hamburg*⁶⁵ betonen, dass es ihnen insbesondere um eine Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen von gefährdeten Kindern aus sog. Risikofamilien in schwierigen Situationen ginge, wobei beide Landesgesetzgeber nicht genauer darlegen, welche Zielgruppe sie mit dem Begriff der Risikofamilien konkret verbinden.

Darüber hinaus verbinden die Landesgesetzgeber mit ihrer Forcierung der Teilnahme der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen z.T. sehr unterschiedliche Zielrichtungen:

Neun Bundesländer (*Baden-Württemberg*,⁶⁶ *Bayern*,⁶⁷ *Berlin*,⁶⁸ *Bremen*,⁶⁹ *Hamburg*,⁷⁰ *Hessen*,⁷¹ *Sachsen*,⁷² *Sachsen-Anhalt*⁷³ und *Thüringen*⁷⁴) wollen damit einen Beitrag sowohl zur *gesundheitlichen Vorsorge als auch* zum *Schutz* der

52 LT-Drucks. BY 15/9366, S. 6.

53 LT-Drucks. BW 14/3587, S. 6.

54 LT-Drucks. BY 15/9366, S. 6.

55 LT-Drucks. BE 16/2154, S. 21.

56 LT-Drucks. BR 16/1365, S. 4.

57 LT-Drucks. HH 19/2700, S. 1.

58 § 1 S. 2 NFrüherkUG.

59 LT-Drucks. SL 13/1140, S. 5.

60 § 1 Abs. 4 S. 1 SächsKiSchG.

61 § 1 Abs. 2 Nr 1 KiSchuG ST.

62 § 1 ThürFKG.

63 § 1 Abs. 4 S. 1 SächsKiSchG.

64 LT-Drucks. BR 16/1365, S. 4.

65 LT-Drucks. HH 19/2700, S. 1.

66 LT-Drucks. BW 14/3587, S. 1, 6 f.

67 LT-Drucks. BY 15/9366, S.1, 6.

68 LT-Drucks. BE 16/2154, S. 21.

69 LT-Drucks. BR 16/1365, S. 4.

70 LT-Drucks. HH 19/4331, S. 2.

71 LT-Drucks. HE 16/7796, S. 1.

72 § 1 Abs. 4 S. 1 SächsKiSchG.

73 LT-Drucks. ST 5/1331, S. 16.

74 LT-Drucks. TH 4/4249, S. 14.

Kinder leisten, indem Risiken und kindliche Gefährdungen rechtzeitig erkannt werden. *Sachsen-Anhalt* und *Thüringen* beziehen sich zwar in ihren ausdrücklichen Gesetzeszielen lediglich auf den Vorsorgeaspekt,⁷⁵ aus den Gesetzesbegründungen geht jedoch hervor, dass damit auch der Schutz vor Kindeswohlgefährdung beabsichtigt ist.⁷⁶ *Bayern*, *Berlin* und *Hessen* sehen im Hinblick auf diese Ziele offenbar besondere Chancen aufgrund der „regelmäßigen Untersuchungsfrequenzen“,⁷⁷ was aufgrund der langen Zeiträume zwischen den einzelnen Untersuchungen zumindest hinsichtlich der späteren Früherkennungsuntersuchungen (ab U 7) angezweifelt werden darf.

In zwei Bundesländern (*Niedersachsen*⁷⁸ und *Saarland*⁷⁹) werden die Früherkennungsuntersuchungen hingegen ausschließlich mit dem Ziel verbunden, darüber den *Schutz* von Kindern vor Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch erreichen zu wollen.

- Demgegenüber stellen *Bremen* und *Mecklenburg-Vorpommern*⁸⁰ ausdrücklich heraus, dass für sie die Früherkennungsuntersuchungen ein Mittel zur *Hilfeinitiiierung* sind, wobei *Bremen* dabei offenbar ausschließlich die sog. Risikofamilien im Blick hat. Diese könnten über die Früherkennungsuntersuchungen besser erreicht werden. Über die ärztliche Untersuchung werde eine zeitnahe und gezielte Kontaktaufnahme mit diesen Familien sowie die Einleitung weiterer begleitender Hilfen durch die zuständigen Stellen ermöglicht.⁸¹ Der Landesgesetzgeber von *Mecklenburg-Vorpommern* betont in bemerkenswerter Weise, dass seine Intention nicht sei, Eltern, die die Früherkennungsuntersuchungen versäumen, unter den Verdacht zu stellen, ihre Kinder zu vernachlässigen, vielmehr solle ein Hilfebedarf rechtzeitig erkannt werden, um frühzeitig präventive, unterstützende Maßnahmen einleiten zu können⁸² – ein ausgegebenes Ziel, das allerdings in gewissem Widerspruch zu den tatsächlichen, stark kontrollierenden und Kindeswohlgefährdungsorientierten Regelungsinhalten steht.⁸³
- *Hamburg*, *Hessen*, *Saarland* und *Thüringen* betonen, dass sie mit den Früherkennungsuntersuchungen vor allem auch eine *stärkere gesellschaftliche Kontrolle* ermöglichen wollen. So gibt der Landesgesetzgeber von *Hamburg*

⁷⁵ Vgl § 1 Abs. 2 Nr 1 KiSchuG ST und § 1 Abs. 1 ThürFKG.

⁷⁶ Vgl LT-Drucks. ST 5/1331, S. 16 und LT-Drucks. TH 4/4249, S. 14.

⁷⁷ Vgl LT-Drucks. BY 15/9366, S. 1, 6; LT-Drucks. BE 16/2154, S. 21 und LT-Drucks. HE 16/7796, S. 1.

⁷⁸ LT-Drucks. NI 16/755, S. 6.

⁷⁹ LT-Drucks. SL 13/1140, S. 5.

⁸⁰ LT-Drucks. MV 5/1280, S. 10.

⁸¹ LT-Drucks. BR 16/1365, S. 4.

⁸² LT-Drucks. MV 5/1280, S. 10.

⁸³ Vgl § 15b Abs. 7 ÖGDG MV.

bspw. an, dass er mit den Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen dem staatlichen Schutzauftrag aus Art. 6 Abs. 2 GG Rechnung tragen und den Behörden präventive Maßnahmen ermöglichen wolle, da die Feststellung, welche Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen nicht teilnehmen, ein wichtiger Ansatzpunkt für helfende Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitsdienstes sein könnten.⁸⁴ Der damit verbundene Eingriff in die verfassungsrechtlich garantierte Elternverantwortung wird vom *hessischen* Landesgesetzgeber mit einer äußerst weitgreifenden und sachlich mehr als fragwürdigen Formulierung gerechtfertigt: „*Dem weltweit anerkannten Grundsatz ‚Kindeswohl geht vor Elternrecht‘*“ wird durch die Einbettung der seit Jahrzehnten gesetzlich verankerten Vorsorgen in das Erziehungsgefüge durch das Gesetz das ihm zukommende Gewicht verliehen.“⁸⁵ *Thüringen* bezieht in das Ziel der gesellschaftlichen Kontrolle auch ausdrücklich seine Regelung zur Erweiterung der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug des Thüringer Erziehungsgelds um den Nachweis der Früherkennungsuntersuchung zwischen dem 20. und 27. Monat mit ein.⁸⁶

- In *Hessen*,⁸⁷ *Sachsen-Anhalt*⁸⁸ und dem *Saarland*⁸⁹ wird die Nutzbarmachung der Teilnahmedaten zudem ausdrücklich mit dem Ziel einer „*ersten, groben Risikoselektion*“ verbunden.

Einen völlig anderen Ansatz verfolgt hingegen *Brandenburg*, das durch seine Regelungen den öffentlichen Gesundheitsdienst als Ansprechpartner für Familien und andere Institutionen zu stärken beabsichtigt. Dabei formuliert das brandenburgische Gesetz als allgemeines gesetzliches Ziel, durch fachliche Beratung und Aufklärung des öffentlichen Gesundheitsdiensts auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinwirken zu wollen. Auf diese Weise soll die gesundheitliche Eigenverantwortung gestärkt und auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitliche Beeinträchtigungen hingewirkt werden.⁹⁰ Seine größte gesundheitspolitische Aufmerksamkeit solle auf der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liegen, da in der Kindheit entscheidende Weichen für Gesundheitsprobleme

⁸⁴ LT-Drucks. HH 19/2700, S. 1.

⁸⁵ LT-Drucks. HE 16/7796, S. 1.

⁸⁶ LT-Drucks. TH 4/4249, S. 14.

⁸⁷ LT-Drucks. HE 16/7796, S. 6.

⁸⁸ LT-Drucks. ST 5/1331, S. 16.

⁸⁹ LT-Drucks. SL 13/1140, S. 5.

⁹⁰ § 1 Abs. 1 S.1 BbgGDG.

im Erwachsenenalter gestellt würden, die auch Auswirkungen auf das Erwerbsleben und die Kosten des Gesundheitswesens hätten.⁹¹

Aufgrund der klaren gegenteiligen Aussage des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass den Früherkennungsuntersuchungen derzeit erprobte und wirksame Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung fehlen,⁹² erscheint zudem besonders erwähnenswert, dass die Gesetzesbegründungen in *Bayern*,⁹³ *Niedersachsen*, *Saarland* und *Thüringen* in den Zielformulierungen einen ausdrücklichen Glauben an die Effektivität der Früherkennungsuntersuchungen erkennen lassen. So sehen nicht nur die Gesetzgeber von *Niedersachsen* und *Thüringen* darin ein geeignetes Mittel, rechtzeitig Anhaltspunkte für Verdachtsfälle für Kindeswohlgefährdung zu erkennen,⁹⁴ sondern auch der *saarländische* betont, dass ein wichtiger Vorzug der körperlichen Untersuchungen darin liege, dass sich mit ihr körperliche Verdachtsmomente für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch vergleichsweise deutlich von fachkundiger Seite diagnostizieren und dokumentieren ließen.⁹⁵

In Tabelle 3 sind die Gesetzesziele der einzelnen Landesgesetze übersichtsartig dargestellt. Von der Aufnahme des Landes Nordrhein-Westfalen in die Tabelle wurde abgesehen, da zu den Gesetzeszielen keine Angaben möglich sind.

Tabelle 3: Klassifizierung der Gesetzesziele

Bundesländer / allgemeine Gesetzesziele	BY	BW	BE	BB	BR	HE	HH	MV	NI	RP	SL	SN	ST	SH	TH
<i>Sicherstellung/Verbesserung Kinderschutz</i>		X				X	X	X	x	X	X	X			
<i>Effektivität durch enge Zusammenarbeit im Kinderschutz</i>		X	X							X		X	X		X
<i>Förderung der Kindergesundheit</i>	X	X	X	X	X	X			X	X			X		
<i>Stärkung Familien- und Erziehungskompetenzen</i>										X		X		X	
<i>Erkennen möglicher Hilfebedarfe</i>					X			X		X					

⁹¹ LT-Drucks. BB 4/5286, zu § 6 Abs. 1.

⁹² Bundesministerium für Gesundheit, Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/ Kindesmissbrauch, 14.12.2007, BAnz Nr 234, S. 8268.

⁹³ LT-Drucks. BY 15/9366, S.1, 6.

⁹⁴ Vgl LT-Drucks. TH 4/4249, S. 13 f und LT-Drucks. NI 16/755, S.6.

⁹⁵ LT-Drucks. SL 13/1140, S. 5.

<i>präventive unterstützende Hilfen/präventiver Kinderschutz</i>								X		X			X	X	
<i>Verstärkung Frühförderung</i>			X									X			
<i>Frühzeitiges Erkennen risikohaftener Entwicklung</i>			X		X	X				X	X		X		X
<i>Gesellschaftliche Kontrolle</i>							X				X		X		X
<i>Bundesländer</i>	<i>BY</i>	<i>BW</i>	<i>BE</i>	<i>BB</i>	<i>BR</i>	<i>HE</i>	<i>HH</i>	<i>MV</i>	<i>NI</i>	<i>RP</i>	<i>SL</i>	<i>SN</i>	<i>ST</i>	<i>SH</i>	<i>TH</i>

II. Kooperation und Instrumente zur Förderung des Kinderschutzes

Die gelingende Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Gesundheitswesen und anderen relevanten Institutionen und Professionellen wird für einen erfolgreichen Kinderschutz als wesentlich angesehen. Dabei sind für die Praxis sehr unterschiedliche und streng voneinander zu unterscheidende Kooperationsebenen bedeutsam:

- Zum einen gibt es Kooperationen in Form *fallübergreifender Vernetzungsprozesse*. In ihnen finden sich Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Berufsgruppen zusammen, z.B. zwecks allgemeiner und grundsätzlicher Informationen und Austausch über regionale, überregionale, spezialisierte Angebote der unterschiedlichen Institutionen und Personen, Erläuterungen der spezifischen Hilfesysteme und -strukturen, gegenseitige Informationen über die jeweiligen Verfahrensregeln und Abläufe. Die tragende Idee ist in aller Regel, das gegenseitige Wissen über und damit Verständnis für die jeweiligen Aufgaben und Handlungsweisen zu erhöhen, Rollen und Funktionen zu klären, Handlungsabläufe und Angebote zielführend aufeinander abzustimmen, Zu- und Übergänge zu erleichtern und Informationssysteme zu koordinieren sowie Vorurteile abzubauen, um professionelle Zusammenarbeit zu erleichtern. Dabei ist diese Form der Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen möglich – in sehr großen Vernetzungskontexten (z.B. um sehr viele Teilnehmer einzubinden oder auch überregionalen Austausch zu fördern) oder in kleineren Vernetzungseinheiten, die meist effektivere und konkretere Absprachen zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichen. Persönliche Daten aus den Hilfebeziehungen der jeweiligen Berufsvertreterinnen und –vertretern werden in diesen fallübergreifenden Kooperationen grundsätzlich nicht ausgetauscht – allenfalls können ausnahmsweise anonymisierte/pseudonymisierte Falldarstellungen zwecks allgemeiner Aufarbeitung anhand eines Beispiels (z.B. um allgemein gut verlaufene oder auch

weniger gelungene Hilfeverläufe besser skizzieren zu können) eingebracht werden.

- Davon zu unterscheiden ist die *einzelfallbezogene Zusammenarbeit*, in der die verschiedenen Hilfeinstitutionen in der konkreten Fallarbeit aufeinander treffen. Ziel ist in aller Regel, die jeweilige Familie gemeinsam zu begleiten oder ggf. von einer Hilfebeziehung in eine andere gut überzuleiten. Neben einer verlässlichen Informationsbasis über die Arbeitsweise des Hilfepartners (Angebote, Organisation der Hilfezugänge etc.) ist essenzieller Bestandteil dieser Form der Zusammenarbeit vor allem auch der Austausch von Informationen. Dieser erfolgt in aller Regel offen, d.h. mit der jeweiligen Familie und Hilfebeziehung abgestimmt oder, falls die Voraussetzungen für eine Datenweitergabe gegen den Willen vorliegt, für die Beteiligten im Familiensystem vorab transparent gemacht. Als einzelfallbezogene Zusammenarbeit gelten auch die Kooperationen, im Rahmen derer zwar auf eine konkrete Familie bezogene Informationen übermittelt werden, die aber durch den Hilfepartner aufgrund Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung dieser Familie nicht zugeordnet werden können. Unter anonymisierten Fallbesprechungen sind solche Formen der Zusammenarbeit zu verstehen, bei denen sich Professionelle über ihre Wahrnehmungen bisheriger Handlungen strukturiert austauschen, um die (Gefährdungs-)Situation des Kindes durch Hinzuziehung weiterer, möglichst insoweit erfahrener Fachkräfte besser einschätzen sowie die nächsten Handlungsschritte und Perspektiven überlegen zu können. Anonymisierte Fallberatung ist insbesondere immer dann hilfreich, wenn die Familie (noch) kein Einverständnis zur Datenweitergabe gegeben hat, aber die handelnde Fachkraft gleichwohl Reflexions- bzw. Handlungsbedarf sieht und sich daher ihrerseits, z.B. über ein mögliches weiteres Vorgehen im weiteren Hilfekontakt, beraten lassen will.

Die Auswertung der Landesgesetze sowie ihrer Begründungen zeigt, dass die Landesgesetzgeber diese Unterscheidungen bedauerlicherweise selten ausdrücklich benennen und, sofern sie Kooperationsnormen aufgenommen haben, daher oftmals nicht erkennbar ist, ob es sich dabei um Vorgaben für die fallübergreifende oder die einzelfallbezogene Zusammenarbeit handelt. Rheinland-Pfalz ist insofern eine erfreuliche und vorbildliche Ausnahme, da in den Regelungen des LKindSchuG RP diese Unterscheidung vergleichsweise deutlich herausgearbeitet wird. Geschieht dies nicht, sind erfahrungsgemäß Missverständnisse bzw. unterschiedliches Verstehen der Vorschriften über die Zusammenarbeit häufig die Folge.

Im Folgenden wird zwecks vergleichender Veranschaulichung auf diese Differenzierung zurückgegriffen, sodass im ersten Teil die Regelungen zur fallüber-

greifenden Kooperation beschrieben sind, insbesondere zur Arbeit der lokalen Netzwerke (1.). Der zweite Teil behandelt dann die Regelungen, die nach Einschätzung der Verfasser des Rechtsvergleichs Auswirkungen auf die einzelfallbezogene Zusammenarbeit haben (2.).

1. Fallübergreifende Kooperation

Neun Bundesländer machen in der einen oder anderen Weise Vorgaben zur fallübergreifenden Kooperation im Kinderschutz. Die Landesgesetze der Bundesländer *Bremen*, *Hamburg*, *Hessen*, *Mecklenburg-Vorpommern*, *Niedersachsen* und *Saarland* enthalten keine entsprechenden gesetzlichen Regelungen oder Aufforderungen.

a) Kooperationsform

aa) Netzwerke

In *Rheinland-Pfalz* ist der Aufbau lokaler Netzwerke zur Förderung des Kindeswohls und zur Verbesserung des Kinderschutzes eines der zentralen gesetzgeberischen Ziele des Kinderschutzgesetzes.⁹⁶ Der rheinland-pfälzische Gesetzgeber normiert eine Pflicht zur Bildung lokaler Netzwerke und trifft detaillierte Regelungen zur Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und anderen in diesem Zusammenhang relevanten Institutionen und Personen.

Auch die Landesgesetze in *Berlin*⁹⁷, *Sachsen*⁹⁸, *Sachsen-Anhalt*⁹⁹, *Schleswig-Holstein*¹⁰⁰ und *Thüringen*¹⁰¹ sehen die Einrichtung solcher lokalen Netzwerkstrukturen – initiiert und gesteuert (Berlin, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen) bzw. unterstützt (Sachsen) durch die örtlichen Träger der Jugendhilfe – vor. „Lokal“ bezieht sich dabei – wie auch in Rheinland-Pfalz – auf den jeweiligen Zuständigkeitsbereich des örtlichen Jugendhilfeträgers (Sachsen) bzw. auf die Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein) bzw. auf die Bezirksebene (Berlin). In Thüringen ist die Entscheidung

⁹⁶ § 1 Abs. 3 Nr. 3 LKiSchuG RP.

⁹⁷ § 10 Abs. 4 Nr. 1 KiSchuG BE.

⁹⁸ § 1 Abs. 2 SächsKiSchG.

⁹⁹ § 3 KinderschutzG ST.

¹⁰⁰ § 8 KinderschutzG SH.

¹⁰¹ § 14 Abs. 3 AG KJHG TH.

über die Art der Organisation (Arbeitsgemeinschaften, lokale Netzwerke, bereits vorhandene Arbeitskreise) den örtlichen Trägern der Jugendhilfe vorbehalten.¹⁰²

Daneben bestehen in Bayern, Berlin, Schleswig-Holstein und Thüringen darüber hinausgehende und durchaus als interessant zu bezeichnende gesetzliche Vorgaben zu Netzwerkstrukturen bzw. Besonderheiten in der Organisation der Netzwerke. So bildet das *Berliner* Kinderschutzgesetz nun die gesetzliche Grundlage für das bereits seit 2007 bestehende sog. Netzwerk Kinderschutz und soll dieses mit eigenen Regelungen weiter qualifizieren.¹⁰³ Dieses Netzwerk Kinderschutz stellt ein Netzwerk auf Landesebene dar, welches den gesamten Bereich des Landes Berlin erfasst. Dabei hat die für Jugend und Familie zuständige Senatsverwaltung die Aufgabe, eine Kooperation zwischen allen für den Kinderschutz wichtigen Einrichtungen, Vereinigungen, Diensten und Institutionen sicherzustellen.¹⁰⁴

In *Schleswig-Holstein* hat der Gesetzgeber über die lokalen Netzwerke hinaus verbindliche Vorgaben zur Bildung von Kooperationskreisen vorgesehen, ebenfalls auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.¹⁰⁵ Während nach der Systematik und der Intention des Gesetzes den lokalen Netzwerken eine präventive Rolle zukommt – weshalb diese gesetzessystematisch im Abschnitt „Leistungen, Hilfen“ verankert sind – sollen die Kooperationskreise bei notwendigen Interventionen wegen Kindeswohlgefährdungen wirksam werden und sind daher gesetzlich im Abschnitt „Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung“ verankert.¹⁰⁶

Thüringen hat sich – im Gegensatz zu Rheinland-Pfalz – dazu entschlossen, die Schulen nicht mit in die lokalen Netzwerke einzubinden, sondern für diese eine eigene Kooperationsstruktur zu schaffen. So sind die Träger der öffentlichen Jugendhilfe dazu angehalten, mit den Schulen zusammenzuarbeiten, sich mit diesen bei schulbezogenen Jugendhilfemaßnahmen abzustimmen und für diese Zusammenarbeit Kooperationsstrukturen auf- bzw. auszubauen.¹⁰⁷ Zudem hat der Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen, dass nähere Regelungen durch eine Vereinbarung zur Kooperation von Jugendhilfe und Schule zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und dem Land geregelt werden können.¹⁰⁸

¹⁰² LT-Drucks. TH 4/4471, S. 21.

¹⁰³ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Abteilung Gesundheit Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg), Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes – Begründung – S. 4.

¹⁰⁴ § 10 Abs. 1 KiSchuG BE.

¹⁰⁵ § 12 KinderschutzG SH.

¹⁰⁶ Landeskinderschutzbericht Schleswig-Holstein, Bericht der Kommission nach § 14 LKiSchuG 21.09.2009, S. 51.

¹⁰⁷ § 14 Abs. 4 S. 1 AG KJHG TH.

¹⁰⁸ §14 Abs. 4 S. 2 AG KJHG TH.

In *Bayern* gibt es zudem die Besonderheit, dass – wenn auch nicht landesgesetzlich festgeschrieben – auf kommunaler Ebene Koordinierende Kinderschutzzstellen (sog. „KoKi“) eingerichtet wurden. Auch diese haben u.a. den Auftrag, ein dichtes Netzwerk aller Einrichtungen, Dienste und Berufsgruppen, die mit diesen Familien zusammenarbeiten oder für sie tätig sind, aufzubauen, zu pflegen und zu koordinieren.¹⁰⁹

bb) Weitere Kooperationsvorgaben

Baden-Württemberg, *Bayern* und *Brandenburg* sehen in ihren Landesgesetzen zwar nicht die Einrichtung von lokalen Netzwerken vor, richten aber ausdrückliche Kooperationsverpflichtungen an die Gesundheitsämter. So verpflichtet *Baden-Württemberg* diese, im Rahmen ihrer Aufgaben zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen zusammenzuarbeiten.¹¹⁰ Auch in *Bayern* werden die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Gesundheit, also die Gesundheitsämter, in den Blick genommen und zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet.¹¹¹ Als Kooperationspartner, mit denen eine Zusammenarbeit erfolgen muss, werden – ebenso wie in *Baden-Württemberg* – Einrichtungen und Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie darüber hinaus Schulen und Stellen der Schulverwaltung benannt.¹¹² Sowohl in *Baden-Württemberg*¹¹³ als auch in *Bayern*¹¹⁴ erfolgt die Regelung der Kooperationspflicht – wie in der Gesetzesbegründung ausdrücklich klargestellt – in Entsprechung zum Gebot der Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe nach § 81 SGB VIII. Eine Kooperation von Gesundheitsämtern und Einrichtungen der sozialen und pädagogischen Betreuung, insbesondere mit dem Jugendamt, dem Sozialamt, mit Kindertagesstätten und Schulen ist auch in *Brandenburg* verbindlich vorgesehen.¹¹⁵

Durch Gesetzesauslegung nicht vollständig zu klären ist allerdings, ob diese an die Gesundheitsämter gerichteten Kooperationsverpflichtungen darauf abzielen, dass auch sie fallübergreifende Vernetzungsstrukturen einrichten bzw. sich an solchen beteiligen sollen, oder ob diese gesetzlichen Vorgaben eher der Unterstützung fallbezogener Kooperationen dienen.

¹⁰⁹ ZBFS BLJA Mitteilungsblatt 1-2/09 S. 2.

¹¹⁰ § 1 Abs. 4 KiSchuG BW.

¹¹¹ Art. 14 Abs. 3 GDVG BY.

¹¹² Art. 14 Abs. 3 GDVG BY.

¹¹³ LT- Drucks. BW 14/3587, S. 11.

¹¹⁴ LT-Drucks. BY 15/9366, S. 7.

¹¹⁵ § 6 Abs. 1 S. 5 GDG BB.

b) Zielsetzungen und Aufgaben der Netzwerke

In *Rheinland-Pfalz* ist das Ziel der lokalen Netzwerke, durch intensiven Austausch der Beteiligten untereinander über die jeweilige Aufgabenzuständigkeit hinaus die Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf besondere Risiken für Kinder zu erhöhen, die Früherkennung individueller Gefährdungen von Kindern zu intensivieren, die Förder- und Hilfemöglichkeiten zu erweitern und insgesamt zu kindgerechten Lebensbedingungen und einem entsprechenden Klima im Sozialraum beizutragen.¹¹⁶

Die Strukturen früher Hilfen sollen so weiterentwickelt werden, dass ihre soziale Reichweite verstärkt und möglichst alle Familien frühzeitig von ihnen erreicht werden, um rechtzeitig Überforderungen entgegenzuwirken und nötigenfalls zum Schutz des Kindes gezielt und konsequent helfen zu können.¹¹⁷ Darüber hinaus sollen die Netzwerke dazu beitragen, dass die Transparenz über die unterschiedlichen Hilfsangebote und deren Möglichkeiten für schwangere Frauen, Eltern und ihre Kinder erhöht wird und deren umfassende Beratung sichergestellt wird. Ziel der Netzwerke ist es zudem, die Entwicklung und Umsetzung auch fach- und bereichsübergreifender Fortbildung der Fachkräfte der Beteiligten zu unterstützen.¹¹⁸

Durch den systematischen Austausch der Beteiligten an einem lokalen Netzwerk über ihren jeweiligen Aufgabenbereich hinaus soll daher eine bessere Wahrnehmung besonderer Risiken für Kinder, ein Ausbau der Früherkennung individueller Gefährdungen von Kindern sowie eine Erweiterung der Förder- und Hilfemöglichkeiten auch über den Aufgabenbereich der einzelnen Beteiligten hinaus erreicht werden.¹¹⁹

Ausdrückliches Ziel der Netzwerke ist auch in *Sachsen-Anhalt*¹²⁰ und *Schleswig-Holstein*¹²¹, durch die Sicherstellung tragfähiger Kooperations- und Informationsbeziehungen – insbesondere auch durch persönlichen Kontakt zwischen den Beteiligten des Netzwerkes – frühe und rechtzeitige *Hilfen und Leistungen* realisieren zu können. Demgegenüber stellen sowohl *Sachsen*¹²² als auch *Thüringen*¹²³ die Sicherstellung eines wirksamen *Schutzes* von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung durch Früherkennung von Risiken für

¹¹⁶ LT-Drucks. RP 15/1620, S. 16.

¹¹⁷ LT-Drucks. RP 15/1620, S. 15.

¹¹⁸ § 3 Abs. 4 Nr. 6 LKindSchuG RP.

¹¹⁹ LT-Drucks. RP 15/1620, S. 16.

¹²⁰ § 3 Abs. 1 S. 1 KiSchuG ST.

¹²¹ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg) Kinderschutzgesetz Schleswig-Holstein 2. Auflage Juni 2008, zu § 8 .

¹²² § 1 Abs. 2 KiSchG SN.

¹²³ LT-Drucks. TH 4/4471, S. 21.

Fehlentwicklungen und durch rechtzeitige Förderung und Hilfe in den Vordergrund der Netzwerkarbeit. Die in Thüringen besonders eingeforderte Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Schulen soll hingegen gewährleisten, dass die gemeinsamen Ziele beider Bereiche, die erforderlichen Hilfsmaßnahmen und Ressourcen in geeigneter Weise und mit der erforderlichen Sachnähe abgestimmt werden, um eine möglichst effektive Hilfestellung zu gewährleisten.¹²⁴ Das *Berliner* Kinderschutzgesetz gibt hingegen nur eine Zielrichtung für das landesweite Netzwerk Kinderschutz – jedoch nicht für die lokalen Netzwerke auf Bezirksebene – vor. Auch Letzteres soll sich auf den Kinderschutz konzentrieren und für eine einheitliche Durchführung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung sorgen.¹²⁵

Während Berlin, Sachsen und Thüringen zu den Aufgaben der lokalen Netzwerke keine gesetzlichen Vorgaben getroffen haben, sind – ebenso wie Rheinland-Pfalz – auch *Sachsen-Anhalt*¹²⁶ und *Schleswig-Holstein*¹²⁷ den Weg gegangen, detaillierte Festlegungen zu den Aufgaben der lokalen Netzwerke ins Gesetz zu schreiben. So haben sie sich in beiden Ländern insbesondere zu befassen mit der Abstimmung zwischen den Beteiligten zur Erbringung früher und rechtzeitiger sozialer und gesundheitlicher Hilfen und Leistungen für Schwangere, Kinder, Jugendliche, Mütter und Väter, der Sicherstellung eines engen Informationsaustauschs, der Realisierung der erforderlichen Hilfen und Leistungen, der Sicherstellung einer zügigen Leistungserbringung, der individuellen Fallberatung mit Einverständnis der Betroffenen, der anonymisierten Fallberatung, der Fortbildung von Fachkräften und ehrenamtlich tätigen Personen, der Öffentlichkeitsarbeit und zudem in Sachsen-Anhalt mit dem Auf- und Ausbau der frühen niedrigschwelliger Hilfen und dem Auf- und Ausbau eines Risiko-, Krisen- und Fehlermanagements.¹²⁸

Mit den – parallel zu den lokalen Netzwerken (siehe oben) einzurichtenden – Kooperationskreisen in *Schleswig-Holstein* soll eine Kooperation der Jugendhilfe mit jugendhilfeexternen Stellen geschaffen werden, die in besonderer Weise über Informationen und Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen verfügen können. Aufgabe der Kooperationskreise soll sein, notwendige Maßnahmeverläufe transparent, nachvollziehbar und effektiv zu gestalten und Absprachen zu den Rahmenbedingungen zu erarbeiten, damit bei Kindeswohlgefährdung eine effektive, schnelle und lückenlose Informationswei-

¹²⁴ LT-Drucks. TH 4/4471, S. 22.

¹²⁵ § 10 Abs. 1 KiSchuG BE.

¹²⁶ § 3 Abs. 2 KiSchuG ST.

¹²⁷ § 8 Abs. 2 KiSchuG SH.

¹²⁸ § 3 Abs. 2 Nr 1 und 3 KiSchuG ST.

tergabe und entsprechende Reaktionen erfolgen können.¹²⁹ Zu der Frage zum Verhältnis der gedoppelten fallübergreifenden Kinderschutzkooperationsstrukturen zueinander schweigt sich der schleswig-holsteinische Gesetzgeber aus.

¹²⁹ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg), Kinderschutzgesetz Schleswig-Holstein 2. Aufl. 2008, S. 23.

Tabelle 4: Zielsetzung und Aufgaben der Netzwerke

Zielsetzung und Aufgaben der Netzwerke	RP	BE	SN	ST	SH		TH
	Lokale Netzwerke	Lokale Netzwerke	Lokale Netzwerke	Lokale Netzwerke	Lokale Netzwerke	Kooperationskreise	Lokale Netzwerke
Erhöhung der Wahrnehmungsfähigkeit für besondere Risiken für Kinder	X						
Früherkennung individueller Gefährdungen von Kindern zu intensivieren	X						X
Erweiterung der Förder- und Hilfsmöglichkeiten	X						
Verstärkung der sozialen Reichweite früher Hilfen	X						
Schaffung von Transparenz über unterschiedliche Hilfsangebote und Sicherstellung umfassender Beratung	X						
Fach- und bereichsübergreifende Fortbildung	X			X	X		
Erreichen einer einheitlichen Durchführung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung		X					
Abstimmung zwischen den Beteiligten zur Erbringung früher, rechtzeitiger sozialer und gesundheitlicher Hilfen			X	X	X		X
Sicherstellung eines engen Informationsaustauschs(individuell und anonym), anonyme Fallberatung				X	X		
Realisierung der erforderlichen und zügigen Hilfen und Leistungen				X	X	X	X
Öffentlichkeitsarbeit				X	X		
Auf- und Ausbau eines Risiko-/Krisen-/Fehlermanagements				X			
Sicherstellung der Rahmenbedingungen für eine effektive und schnelle Zusammenarbeit bei mögl. Kindeswohlgefährdung						X	

c) Organisation der fallübergreifenden Netzwerke

Die gesetzlichen Regelungen zur Zusammensetzung der Netzwerke, der jeweiligen Rollen von Jugend- und Gesundheitsämtern sowie sonstiger Modalitäten sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet.

aa) Teilnehmende

Das LKindSchuG *Rheinland-Pfalz* enthält eine differenzierte Aufzählung derjenigen Einrichtungen, Dienste, Behörden oder sonstigen Organisationen sowie Professionellen, die an einem sozialen Netzwerk zu beteiligen sind.¹³⁰ Neben Einrichtungen und Diensten der freien Jugendhilfe, Gesundheitsämtern, Sozialämtern, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäusern, Sozialpädiatrischen Zentren, Beratungsstellen, Einrichtungen und Diensten zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichten, sind auch Angehörige der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe zu beteiligen.¹³¹

Ebenso wie in Rheinland-Pfalz enthalten auch die Landesgesetze von *Sachsen-Anhalt*¹³² und *Schleswig-Holstein*¹³³ eine Aufzählung der gesetzlich vorgesehenen Teilnehmer an den lokalen Netzwerken bzw. zu den Teilnehmern an den Kooperationskreisen.¹³⁴ In *Thüringen* ist demgegenüber zwar keine gesetzliche Vorgabe erfolgt, aber der Gesetzesbegründung ist ebenfalls eine sehr differenzierte Auflistung der Netzwerkpartner zu entnehmen.¹³⁵

Demgegenüber hat *Sachsen* auf eine detaillierte Aufzählung der Beteiligten verzichtet, sondern pauschal auf alle Einrichtungen und Dienste verwiesen, die im Rahmen ihrer Aufgaben Risiken für das Kindeswohl feststellen und zu wirksamer Hilfe beitragen können.¹³⁶ Als explizit verpflichtend einzubeziehende Netzwerkpartner greift das Gesetz allerdings die Bereiche der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsförderung voraus.¹³⁷ Auch *Berlin* hat auf eine detaillierte Aufzählung verzichtet und ähnlich wie Sachsen pauschal auf alle für den Kinderschutz wichtigen Einrichtungen, Vereinigungen, Diensten und Institutionen verwiesen.¹³⁸

¹³⁰ § 3 Abs. 2 LKindSchuG RP.

¹³¹ § 3 Abs. 1 bis 2 LKindSchuG RP.

¹³² § 3 Abs. 3 KiSchuG ST.

¹³³ § 8 Abs. 3 KiSchuG SH.

¹³⁴ § 12 Abs. 2 KiSchuG SH.

¹³⁵ LT-Drucks. TH 4/4471, S. 21.

¹³⁶ § 1 Abs. 2 S. 2 Halbs. 1 SächsKiSchG.

¹³⁷ § 1 Abs. 2 S. 2 Halbs. 2 SächsKiSchG.

¹³⁸ § 10 Abs. 1 KiSchuG BE.

Nachfolgend sind – aufgrund ihrer Vergleichbarkeit – die in den Landesgesetzen *Rheinland-Pfalz*, *Sachsen-Anhalt*, *Schleswig-Holstein* und *Thüringen* aufgeführten Beteiligten im Überblick dargestellt:

Tabelle 5: Gesetzlich vorgesehene Beteiligte der Netzwerke

	Rheinland-Pfalz	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein		Thüringen
	Lokale Netzwerke	Lokale Netzwerke	Lokale Netzwerke	Kooperationskreise	Lokale Netzwerke
Träger der Wohlfahrtspflege ¹³⁹	X	X	X	X	X
Gesundheitsämter	X		X	X	X
Sozialämter	X		X		X
Polizei- und Ordnungsbehörden	X	X	X	X	X
Agenturen für Arbeit	X				X
Krankenhäuser bzw. Entbindungs- und Kinderkliniken	X	X	X		X
Sozialpädiatrische Zentren	X				X
Beratungsstellen	X	X	X		X
Einrichtungen und Dienste zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen	X	X	X		X
Familienbildungsstätten	X	X			X
Familiengerichte	X	X		X ¹⁴⁰	X
Angehörige der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe ¹⁴¹	X	X	X		X

¹³⁹ In RP gesetzlich in § 3 Abs. 2 LKindSchuG aufgeführt als Einrichtungen und Dienste der freien Jugendhilfe; in ST gesetzlich in § 3 Abs. 3 KiSchuG aufgeführt als Einrichtungen und Dienste, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und Rehabilitation; In SH gesetzlich in § 8 Abs. 3 für die lokalen Netzwerke aufgeführt als Träger der Wohlfahrtspflege, in § 12 für die Kooperationskreise als Träger der öffentlichen Jugendhilfe aufgeführt.

¹⁴⁰ Die Einbindung der Familiengerichte in die Kooperationskreise ist im Unterschied zu den anderen Beteiligten im Rahmen einer Sollvorschrift geregelt. Von einer gesetzlich geregelten verpflichtenden Beteiligung der Gerichte ist im Hinblick auf die richterliche Unabhängigkeit abgesehen worden.

¹⁴¹ In RP gesetzlich in § 3 Abs. 2 LKindSchuG aufgeführt als Angehörige der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe; in ST gesetzlich in § 3 Abs. 3 KiSchuG aufgeführt als niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, insb. Kinderärzt/inn/e/n, Hausärzt/inn/e/n, Frauenärzt/inn/e/n, Ärzt/inn/e/n für Kinderpsychotherapie und -psychiatrie, Rechtsmediziner/inn/en sowie Kinderpsychotherapeut/inn/e/n

Kinderschutzorganisationen und -zentren		X	X		X
Träger der Behindertenhilfe und Verbände für Menschen mit Behinderung			X		
Weitere geeignete Personen, Behörden oder sonstige Organisationen	X				
Staatsanwaltschaften				X	X
Schulen und ggf. Schulaufsicht	X			X	X
Kindertagesstätten	X				X

Rheinland-Pfalz regelt in den jeweiligen institutions- und berufsspezifischen Gesetzen, dass die benannten Berufsgruppen und Einrichtungen Teilnehmer an den Netzwerken sind. Es ist somit von einer verpflichtenden Beteiligung auszugehen (näher siehe unten II. 1. d)). Demgegenüber sind die Gesetze in *Sachsen-Anhalt* und *Schleswig-Holstein* weniger zupackend in ihren Vorgaben und sehen stattdessen vor, dass die genannten Akteure an den lokalen Netzwerken beteiligt werden sollen¹⁴² bzw. können.¹⁴³ Auffällig ist allerdings, dass in Schleswig-Holstein die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den *Kooperationskreisen* – im Unterschied zu den Beteiligten bei der Kann-Regelung der lokalen Netzwerke – verpflichtet zu beteiligen sind.¹⁴⁴

bb) Rolle der Jugend- und Gesundheitsämter

Das LKindSchuG *Rheinland-Pfalz* weist den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe ausdrücklich die Aufgabe zu, in ihrem jeweiligen Bezirk die Bildung entsprechender lokaler Netzwerke sicherzustellen und darauf hinzuwirken, dass auch alle anderen Einrichtungen und Dienste, die im Rahmen ihrer Aufgaben Risiken für das Kindeswohl feststellen und zu wirksamer Hilfe beitragen können, aktiv in das Netzwerk eingebunden werden.¹⁴⁵ Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind also gesetzlich verpflichtet, lokale Netzwerke zu errichten, zu planen und zu steuern. Die Verantwortung der Sicherstellung der Einbindung der einzelnen Beteiligten in den lokalen Netzwerken weist das rheinland-pfälzische

und Hebammen und Entbindungspfleger; in SH für die lokalen Netzwerke in § 8 Abs. 3 gesetzlich aufgeführt als niedergelassene Gynäkologen, Kinderärzte, Ärzte und Hebammen; in TH in der Gesetzesbegründung aufgeführt als niedergelassene Ärzte, vor allem Hausärzte und Kinderärzte und Hebammen.

¹⁴² § 3 Abs. 3 KiSchuG ST.

¹⁴³ § 8 Abs. 3 KiSchuG SH.

¹⁴⁴ § 12 Abs. 2 KiSchuG SH.

¹⁴⁵ § 3 Abs. 1 LKindSchuG RP.

Kinderschutzgesetz ausdrücklich dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu, diese haben die Beteiligten zu den Netzwerkkonferenzen einzuladen.¹⁴⁶ Die Gesundheitsämter sind nach § 12 Abs. 2 ÖGD nF ausdrücklich dazu angehalten, zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung im Rahmen der lokalen Netzwerke eng mit den Jugendämtern und den übrigen Beteiligten der lokalen Netzwerke zusammenzuarbeiten. Genauere Vorgaben zu ihrer Rolle in den Netzwerken (z.B. als besonderer Ansprechpartner für die Berufsgruppen der Gesundheitshilfe) hat der Landesgesetzgeber hingegen nicht getroffen.

Eine Verantwortungszuweisung an den örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe für die Initiativ- und Steuerungsaufgabe der Errichtung bzw. des Ausbaus des lokalen Netzwerkes Kinderschutz regeln auch die Landesgesetze von *Sachsen-Anhalt*¹⁴⁷ und *Schleswig-Holstein*.¹⁴⁸ Auch hier sind die Jugendämter zur Einrichtung, Steuerung und Koordinierung der lokalen Netzwerke sowie in Schleswig-Holstein zur initiativen Errichtung der Kooperationskreise verpflichtet, sofern letztere noch nicht bestehen.¹⁴⁹ Demgegenüber sind die Jugendämter in *Sachsen* lediglich dazu verpflichtet, die Bildung eines lokalen Netzwerkes zu unterstützen und darauf hinzuwirken, dass alle Teilnehmer aktiv in das Netzwerk eingebunden werden.¹⁵⁰ In *Thüringen* besteht zwar keine ausdrückliche Regelung, entsprechend der Gesetzesbegründung liegt jedoch auch hier die Federführung beim Auf- und Ausbau der Kooperationsstrukturen bei den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe, unter ausdrücklicher Betonung der Gestaltungsfreiheit im Rahmen ihrer Organisationshoheit.¹⁵¹

In *Berlin* besteht hingegen eine dreigeteilte Verantwortung: Die Koordination und Betreuung des Netzwerkes Kinderschutz auf Landesebene ist durch die für Jugend und Familie zuständige Senatsverwaltung zu gewährleisten.¹⁵² Die Arbeit der lokalen Netzwerke soll hingegen durch eine zweigeteilte bzw. gemeinsame Verantwortung der beiden jeweils auf Bezirksebene eingerichteten Koordinationsstellen Kinderschutz des Jugendamtes sowie des Gesundheitsamtes sichergestellt werden, wobei die Koordinationsstelle Kinderschutz des Gesundheitsamtes für diese Aufgabe insofern speziell zuständig ist, soweit es sich um Einrichtungen des medizinischen Vorsorgesystems handelt.¹⁵³ Um eine umfassende

¹⁴⁶ § 3 Abs. 3 LKindSchuG RP.

¹⁴⁷ § 3 Abs. 1 KiSchuG ST.

¹⁴⁸ § 8 Abs. 1 KiSchuG SH.

¹⁴⁹ § 12 Abs. 1 KiSchuG SH.

¹⁵⁰ § 1 Abs. 2 KiSchG SN.

¹⁵¹ LT-Drucks. TH 4/4471, S. 21.

¹⁵² § 10 Abs. 1 KiSchuG BE.

¹⁵³ § 10 Abs. 5 S. 1 KiSchuG BE.

Erfüllung der gesetzlich definierten Aufgaben zu gewährleisten, verpflichtet das Gesetz die Gesundheits- und Jugendämter zur Kooperation.¹⁵⁴

cc) Häufigkeiten der Zusammenkünfte und andere Modalitäten

Das LKindSchuG *Rheinland-Pfalz* verpflichtet die Jugendämter, die Beteiligten der Netzwerke mindestens einmal jährlich zu Netzwerkkonferenzen einzuladen.¹⁵⁵ Unterhalb dieser Netzwerkkonferenzen sind die lokalen Netzwerke aufgefordert, arbeitsfähige Strukturen (z.B. Runde Tische) zu bilden.¹⁵⁶

Auch der Gesetzgeber von *Schleswig-Holstein* hat für die *Kooperationskreise* einen Turnus von mindestens einmal jährlich stattfindenden Zusammenkünften vorgegeben.¹⁵⁷ Die Zusammenarbeit und Organisation der *lokalen Netzwerke* hat er im Kontrast hierzu in die Hand der Netzwerkpartner gelegt und somit nur für das Ob der Einrichtung der Kooperationsstrukturen und ihre Zusammensetzung gesetzliche Direktiven ausgegeben und das Wie der örtlichen Praxis zur Entwicklung überlassen. Diese soll entsprechende Absprachen und Vereinbarungen miteinander treffen und darin auch selbst regeln, bei wem die Koordination des lokalen Netzwerkes liegen soll.¹⁵⁸ Eine derartige Möglichkeit zur Selbstbestimmung über die Ausgestaltung der Zusammenarbeit und Organisation im Rahmen lokaler Absprachen haben laut Gesetzesbegründung auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der lokalen Netzwerke in *Sachsen-Anhalt*.¹⁵⁹

d) Sicherstellung der Teilnahme

Das LKindSchuG *Rheinland-Pfalz* nimmt die Beteiligten der lokalen Netzwerke durch ausdrückliche gesetzliche Inpflichtnahme in die Mitverantwortung. Für die einzelnen durch das Gesetz genannten Einrichtungen und Berufsgruppen ist die Beteiligung an den lokalen Netzwerken durch das Gesetz verbindlich und in der Regel als Muss ausgestaltet. Der rheinland-pfälzische Gesetzgeber hat damit eine klare Verbindlichkeit für alle Adressaten des Gesetzes geschaffen.

Durch eine Änderung des Landeshebbammengesetzes und des Landeskrankenhausesgesetzes verpflichtet das rheinland-pfälzische Gesetz sowohl die Hebammen/Entbindungspfleger¹⁶⁰ als auch die Frauen-, Geburts- und Kinderkliniken¹⁶¹

¹⁵⁴ § 10 Abs. 5 S. 2 KiSchuG BE.

¹⁵⁵ § 3 Abs. 3 LKindSchuG RP.

¹⁵⁶ LT-Drucks. RP 15/1620, S. 20.

¹⁵⁷ § 12 Abs. 3 S. 3 KiSchuG SH.

¹⁵⁸ § 8 Abs. 4 KiSchuG SH.

¹⁵⁹ LT-Drucks. ST 5/1331, S. 23.

¹⁶⁰ § 1a Landeshebbammengesetz RP.

zur Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie zur Beteiligung an den lokalen Netzwerken. Die Schulen sind „im Rahmen ihrer Aufgaben“¹⁶² zur Mitwirkung an den lokalen Netzwerken verpflichtet. Für Jugendämter und Gesundheitsämter ist die Mitwirkung Pflicht. Die Angehörigen der Heilberufe, die durch das Gesetz adressiert werden, „sollen“ sich „nach ihren Möglichkeiten“ beteiligen.¹⁶³ Auf eine gesetzliche Verpflichtung zur Beteiligung an den lokalen Netzwerken hat der Gesetzgeber hier verzichtet.

Nach dem Vorbild des rheinland-pfälzischen Kinderschutzgesetzes enthalten auch die Kinderschutzgesetze von *Berlin* und *Sachsen-Anhalt* korrespondierende Änderungen weiterer Gesetze. Allerdings sind diese zur Sicherstellung der Teilnahme an den lokalen Netzwerken bei weitem nicht so konsequent gestaltet wie in Rheinland-Pfalz. Ausschließlich die in *Berlin* getroffenen Änderungen des Kindertagesförderungsgesetzes sowie des Gesetzes über die Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers sehen ausdrücklich vor, dass die Hebammen und Entbindungspfleger¹⁶⁴ bzw. die Träger der Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen¹⁶⁵ sich an den an den lokalen Netzwerken zu beteiligen haben.

Zwar sind auch hinsichtlich anderer Berufsgruppen weitere Änderungen mit Kooperationsverpflichtungen in den jeweiligen spezifischen Gesetzen aufgenommen worden. So ist in *Berlin* beispielsweise auch für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten eine verpflichtende Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Jugend-, Gesundheits- und Sozialwesens und den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdiensts und des Jugendamts vorgesehen.¹⁶⁶ Durch eine Änderung des Schulgesetzes sind auch die Berliner Schulen verpflichtet, zur Unterstützung von Maßnahmen zum Schutz und Wohl des Kindes und zur Unterstützung der Eltern mit den zuständigen Stellen der Bezirke zusammenarbeiten.¹⁶⁷

Ebenso regelt das *sachsen-anhaltische* Gesetz durch Änderung der entsprechenden Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst,¹⁶⁸ Hebammen,¹⁶⁹ Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothe-

¹⁶¹ § 31 Landeskrankenhausgesetz RP.

¹⁶² § 19 Satz 1 Nr 1 SchulG RP.

¹⁶³ § 21 Nr 4 HeilberufsG RP.

¹⁶⁴ § 1a S. 2 LHebG BE.

¹⁶⁵ § 9 Abs. 5 S. 3 KindertagesförderungsgG BE.

¹⁶⁶ § 4a Abs. 1 S. 2 Nr 6 KammerG BE.

¹⁶⁷ § 5a S. 5 SchulG BE.

¹⁶⁸ § 9 Abs. 2 S. 2 GDG ST.

¹⁶⁹ § 2 Abs. 1a S. 2 HebBVO ST.

kern¹⁷⁰ und Krankenhäuser¹⁷¹ eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Auch in *Thüringen* besteht eine solche allgemeine Kooperationsverpflichtung: Alle Bereiche des Gesundheitswesens – also Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen/Entbindungspfleger, Krankenhäuser und der öffentliche Gesundheitsdienst – sollen eng mit allen für das Kindeswohl Verantwortlichen, insbesondere mit den Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe, mit Beratungs- und Frühförderungsstellen, Familienzentren und Kindertageseinrichtungen zusammenarbeiten.¹⁷²

Die Regelungen in den letztgenannten Ländern lassen allerdings offen, ob die Gesetzgeber dabei tatsächlich (auch) die Teilnahme der jeweiligen Berufsgruppen an den lokalen Netzwerken und damit die fallübergreifende Kooperation im Blick hatten oder hier vielmehr – wie auch die Gesetzesbegründungen¹⁷³ nahe legen – eher ohnehin die Beförderung der einzelfallbezogenen Kooperationen im Vordergrund stand. Wenngleich diese Änderungen sicherlich wichtige Signale an die gemeinsame Mitverantwortung im Kinderschutz sind, erscheint gleichwohl fraglich, inwiefern ein Verweis der sich um die Netzwerkteilnehmer bemühenden Jugendämter auf diese allgemeinen, gerade nicht ausdrücklich netzwerkbezogenen Zusammenarbeitsverpflichtungen die verbindliche Einbindung der jeweiligen Berufsgruppen in die lokalen Netzwerke im Einzelfall wirklich zu unterstützen vermag.

Besonders hervorzuheben dürfte die *Berliner* Regelung sein, wonach die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung verpflichtet ist, Rahmenvereinbarungen mit landesweiten Organisationen oder Einrichtungen des medizinischen Vorsorgesystems über die Kooperation im Bereich des Kinderschutzes abzuschließen.¹⁷⁴ Wenngleich der Berliner Gesetzgeber in seiner Begründung keine näheren Ausführungen über die Intention dieser Verpflichtung gemacht hat, so erscheint dieser Weg attraktiv und nachahmenswert. Über das landespolitische Engagement werden die vielerorts in der kommunalen Praxis schwierige Einbindung der Gesundheitshilfe in die Netzwerkarbeit thematisiert, Hindernisse nicht nur ernst genommen, sondern können ggf. auch durch die vorgesehenen Rahmenvereinbarungen überwunden werden.

¹⁷⁰ § 19 Abs. 2 Nr 5 Gesetz über die Kammern für Heilberufe ST.

¹⁷¹ § 14c Abs. 2 S. 2 KrankenhausG ST.

¹⁷² § 10 Abs. 1 ThürFKG.

¹⁷³ LT-Drucks. ST 5/1331, S. 31 f.

¹⁷⁴ § 10 Abs. 2 KiSchuG BE.

2. Einzelfallbezogene Kooperation

a) Allgemeine Kooperationsnormen

Neben den oben (unter II.1.d) bereits angesprochenen und auch als einzelfallbezogene Kooperationsnormen lesbaren Vorschriften sieht das LKindSchuG *Rheinland-Pfalz* für die Kindertagesstätten¹⁷⁵ sowie die Schulen¹⁷⁶ in Fällen von Kindeswohlgefährdungen eine verpflichtende Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (Kindertagesstätten und Schulen) bzw. sonstigen geeigneten Stellen (Kindertagesstätten) vor. Welche Vorstellungen der Gesetzgeber mit dieser Vorgabe zur Einzelfallkooperation konkret verbunden hat, insbesondere wie sich diese Zusammenarbeit zum einen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten und zum anderen im Verhältnis zu den Verfahrensvorgaben nach § 8a SGB VIII (für die Kindertagesstätten) konkret darstellen soll, geht jedoch weder aus dem Gesetzestext noch der Begründung hervor.

Hamburg hat den öffentlichen Gesundheitsdienst mit einer eigenen Norm für die fallbezogene Zusammenarbeit adressiert. Dieser hat nicht nur die ausdrückliche Aufgabe, Kinder und Jugendliche, deren körperliche, seelische oder geistige Gesundheit beeinträchtigt ist, zu beraten, zu betreuen und Hilfen zu vermitteln oder zu gewähren, sondern bei Bedarf gerade auch in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen die notwendigen Hilfen und Schutzmaßnahmen zu entwickeln.¹⁷⁷

Kooperationsnormen, die umgekehrt das Jugendamt in die Pflicht nehmen, sehen sowohl *Sachsen-Anhalt*¹⁷⁸ als auch *Schleswig-Holstein*¹⁷⁹ im Verhältnis zur Polizei und den Familiengerichten zur Sicherstellung geeigneter Schutzmaßnahmen im Falle von Kindeswohlgefährdungen vor. Diese sehr allgemein gehaltene Vorgabe ist eine fachliche und rechtliche Selbstverständlichkeit (vgl. § 8a Abs. 3 und 4 SGB VIII). Möglicherweise zielen jedoch auch diese – grundsätzlich auf die einzelfallbezogene Kooperation bezogenen – Regelungen vornehmlich auf die Unterstützung der Einbindung dieser Institutionen in fallübergreifende Netzwerkstrukturen.

Ebenso hätte es der Empfehlung in der *nordrhein-westfälischen* Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen an die

¹⁷⁵ § 2 Abs. 2 S. 3 KiTaG RP.

¹⁷⁶ § 3 Abs. 2 SchulG RP.

¹⁷⁷ § 7 Abs. 3 S. 3 GDG HH.

¹⁷⁸ § 2 Abs. 4 KiSchuG ST.

¹⁷⁹ § 13 Abs. 2 KiSchuG SH.

Jugendämter nicht bedurft, mit den Trägern des öffentlichen Gesundheitsdienstes und anderen Behörden, Trägern und Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für das Kindeswohl tragen, eng zusammenzuarbeiten¹⁸⁰. Ziel dieser Zusammenarbeit ist nämlich offenbar, dem Jugendamt – nach der eingegangenen Mitteilung nicht erfolgter Früherkennungsuntersuchungen und zur Wahrnehmung seines Prüfauftrags nach § 8a Abs. 1 SGB VIII – dadurch weitere Daten für die Beurteilung an die Hand zu geben, ob gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und welche Maßnahmen gegebenenfalls geeignet und notwendig sind. Diese Kooperationsebene verdient den Namen kaum, sondern entspricht einem Modell des Abgebens von Fällen und Verantwortung und beinhaltet keine Zusammenarbeit. Im Übrigen gehört die Auseinandersetzung mit Mitteilungen über das Wohl eines Kindes zum selbstverständlichen fachlichen Alltag in den Jugendämtern. Die Regelung darf zudem nicht darüber hinweg täuschen, dass auch diese Datenerhebungen seitens der Jugendämter sowie die daraufhin erfolgenden Datenweitergaben seitens der jeweils angefragten Institutionen sich an die normalen datenschutzrechtlichen Vorgaben halten müssen.

Auch *Sachsen-Anhalt* war es eine eigene Regelung wert, die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und den Trägern von Kindertageseinrichtungen zur Erreichung des Schutzes von Kindern ausdrücklich zu betonen¹⁸¹ und im Anschluss Vorgaben für die zwischen dem Jugendamt und den Kindertageseinrichtungen gem. § 8a Abs. 2 SGB VIII abzuschließenden Vereinbarungen zu treffen. Konkretisierend sind in diese Vereinbarungen aufzunehmen insbesondere Regelungen zur Qualifizierung und zum Einsatz von Kinderschutzfachkräften in Tageseinrichtungen, zur Meldung und dem Zusammenwirken beim Verdacht einer Gefährdung des Kindeswohls und zum Hinwirken der Tageseinrichtung auf die Inanspruchnahme von Hilfen, wenn diese für erforderlich gehalten werden.¹⁸²

b) Koordinationsstellen

Die Länder *Berlin* und *Bayern* haben zur Unterstützung der einzelfallbezogenen Kooperation Koordinationsstellen (Berlin) bzw. Koordinierende Kinderschutzstellen, sog. „KoKis“ (Bayern), eingerichtet. In *Berlin* besteht in den Bezirken nicht nur jeweils eine Koordinationsstelle beim Jugendamt, sondern auch eine beim Gesundheitsamt,¹⁸³ die beide Aufgaben der einzelfallbezogenen Kooperation

¹⁸⁰ § 4 Abs. 3 UTeilnahmeDatVO NW.

¹⁸¹ § 10a Abs. 1 S. 1 KinderförderungsG ST.

¹⁸² § 10a Abs. 1 S. 3 KinderförderungsG ST.

¹⁸³ § 10 Abs. 3 S. 2 KiSchuG BE.

gewährleisten sollen.¹⁸⁴ Dazu gehört nach der gesetzlichen Regelung insbesondere die Entgegennahme und Weiterleitung von Meldungen zum Kinderschutz sowie die Sicherstellung und Kontrolle geeigneter Maßnahmen.¹⁸⁵ In den Gemeinsamen Ausführungsvorschriften über die Durchführung von Maßnahmen zum Kinderschutz in den Jugend- und Gesundheitsämtern der Bezirksämter des Landes Berlin (AV Kinderschutz Jug Ges) sind diese „konkretisiert“ auf die Sicherstellung und die Kontrolle im Hinblick auf die

- Entgegennahme der Meldungen und der Schilderungen von Verdachtsfällen,
- Prüfung und Einleitung von Maßnahmen,
- Verlauf der Maßnahmen,
- Kooperation der beteiligten Dienste sowie
- Dokumentation und Statistik.¹⁸⁶

Auch die – wenngleich nicht landesgesetzlich beschriebenen – „KoKis“ in *Bayern* sollen neben ihrer Aufgabe zur Unterstützung der fallübergreifenden Netzwerkarbeit offenbar auch Anlaufstelle in Fragen fallbezogener Zusammenarbeit sein. Konzeptionell sind sie eine vermittelnde Stelle zwischen den eher fallunspezifischen Angebotsformen der Kinder- und Jugendhilfe und jenen Leistungen, die mit zunehmender Kindeswohlgefährdung auch einen stärker intervenierenden Charakter annehmen.¹⁸⁷ Grundsätzliches Ziel der Arbeit dieser Koordinierenden Kinderschutzstellen ist zu befördern, dass insbesondere Familien, deren soziale und wirtschaftliche Lebenssituation auf hohe Benachteiligungen und Belastungsfaktoren hinweisen und die deshalb erhöhter Unterstützung bedürfen, in die Lage versetzt werden, ihrer Erziehungsverantwortung gerecht zu werden. Die Aufgabe der „KoKis“ ist es, auf örtlicher Ebene frühzeitig und präventiv Risiken und Gefährdungen im Aufwachsen von Kindern in Familien zu erkennen und den notwendigen Unterstützungsbedarf zu gewährleisten.¹⁸⁸

Darüber hinaus lassen jedoch beide Länder nicht erkennen, wie die einzelfallbezogene Zusammenarbeit – sei es im Verhältnis zu den Hilfepartnern, sei es im Verhältnis zu den hilfebedürftigen Familien – durch die Koordinationsstellen konkret befördert wird. Insbesondere die *Berliner* Regelungen deuten eher darauf

¹⁸⁴ § 10 Abs. 4 KiSchuG BE.

¹⁸⁵ § 10 Abs. 4 Nr 2 und Nr 3 KiSchuG BE.

¹⁸⁶ Nr 4 AV Kinderschutz Jug Ges BE.

¹⁸⁷ ZBFS BLJA Mitteilungsblatt 1-2/09 S. 3.

¹⁸⁸ ZBFS BLJA Mitteilungsblatt 1-2/09 S. 2.

hin, dass die Koordinationsstellen reine „Meldestellen“ und ausschließlich auf Fälle von (möglichen) Kindeswohlgefährdungen fokussiert sind. Gefährdungsmeldungen Dritter sollen möglichst schnell und weitreichend aus- und bewertet werden,¹⁸⁹ z.B. auch anhand steter Datenabgleiche zwischen den beiden Koordinationsstellen des Jugend- und des Gesundheitsamtes¹⁹⁰ oder unverzüglich, unangemeldeter Hausbesuche.¹⁹¹ Die Anforderungen an den Beziehungsaufbau zur Abklärung von (potenzieller) Kindeswohlgefährdung sowie zur damit verbundenen Abwendung durch Gewährung von Hilfen scheinen bei diesem Meldesystem ebenso wenig im Blick gewesen zu sein wie die datenschutzrechtlichen Vorgaben im Bundesrecht, durch welche die hierfür nötige Vertraulichkeit in Hilfebeziehungen geschützt wird.

Mit dieser ausschließlichen Fokussierung auf mögliche Kinderschutzfälle sind die Koordinationsstellen jedoch nicht nur keine Ansprechpartner für die Fragestellungen, die sich für die verschiedenen Berufsgruppen im Bereich der frühen Hilfen ergeben. Sie dürften die angestrebten Kooperationen im Sinne echter familienbegleitender gemeinsamer Unterstützung und Gestaltung vertrauensvoller Hilfeübergänge in vielen Fällen sogar deutlich erschweren, da zum einen aufgrund dieser Regelungen weder Jugend- noch Gesundheitsamt als Hilfeinstitutionen erlebbar bleiben, sondern sich nur noch im Sinne kontrollierender und eingreifender Behörden wahrnehmbar machen. Zum anderen ist die Etablierung von sog. Melde(un)wesen aufgrund des einseitigen und ausschließlich Verantwortung delegierenden Charakters grundsätzlich nicht geeignet, tragfähige Kooperationen zu befördern.

c) Datenschutzregelungen

Zur Gestaltung von Hilfeübergängen im Einzelfall bedarf es unter anderem einer Befugnis, Informationen zu der betreffenden Familie weiterzugeben. Neben dem Einverständnis der betroffenen Familie, können gesetzliche Regelungen die Grundlage für diese Datenweitergaben bilden.

Rheinland-Pfalz hat als erstes Landesgesetz eine datenschutzrechtliche Regelung eingeführt, in der die Handlungsanforderungen und die Schwelle für die Weitergabe von Informationen durch Berufsheimnisträger gegen den Willen von Betroffenen im Fall einer Kindeswohlgefährdung beschrieben werden. Mitt-

¹⁸⁹ Nr 3, Nr 5 AV Kinderschutz Jug Ges BE.

¹⁹⁰ Nr 5 Abs. 3 S. 4 AV Kinderschutz Jug Ges BE.

¹⁹¹ Nr 6 AV Kinderschutz Jug Ges BE.

lerweile enthalten insgesamt acht¹⁹² weitere der 16 Landesgesetze ebenfalls eigene datenschutzrechtliche Regelungen. Dabei haben sich vier¹⁹³ der acht Länder an der rheinland-pfälzischen Regelung ein Vorbild genommen. Insgesamt nehmen die Regelungen allerdings unterschiedliche Adressaten in den Blick, sehen teilweise verschiedene Verpflichtungsgrade und Voraussetzungen für die Datenübermittlungen vor. Es kann von einer uneinheitlichen und unübersichtlichen Rechtslage in Bezug auf die Schwelle und Voraussetzungen für eine Informationsweitergabe ohne Einwilligung gesprochen werden.¹⁹⁴

aa) Adressaten

Der Landesgesetzgeber von *Rheinland-Pfalz* adressiert – wie auch in *Baden-Württemberg*,¹⁹⁵ *Berlin*¹⁹⁶ und *Sachsen-Anhalt*¹⁹⁷ – in seiner Datenübermittlungsvorschrift (§ 12 KiSchuG RP) *alle Personen, die Schweige- oder Geheimhaltungspflichten im Sinne des § 203 StGB unterliegen*, d.h. grundsätzlich die Berufsgruppen

- der Heilberufe (Arztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Nr. 1),
- der Berufspsychologinnen und -psychologen (Nr. 2),
- der Rechtspflege und Wirtschaftsberatung (z.B. Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Steuerberaterinnen und Steuerberater (Nr. 3),
- der Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Jugend- und Suchtberaterinnen und -berater in einer staatlich oder anderweit öffentlich anerkannten Beratungsstelle (Nr. 4),
- von Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle (Nr. 4a)
- der Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Sozialpädagoginnen und -pädagogen (Nr. 5)

¹⁹² Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

¹⁹³ Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

¹⁹⁴ Knorr/Fangerau/Ziegenhain/Fegert JAmt 2009, 353.

¹⁹⁵ § 1 Abs. 5 KiSchuG BW.

¹⁹⁶ § 11 Abs. 1 KiSchuG BE.

¹⁹⁷ § 6 Abs. 1 KiSchuG ST.

- der Angehörigen eines Versicherungsunternehmens oder einer Verrechnungsstelle (Nr. 6).

Mit der allgemeinen Bezugnahme auf § 203 StGB ist der Anwendungsbereich daher sehr weit gefasst. Der Hintergrund der generellen Bezugnahme auf § 203 StGB wird grundsätzlich nicht näher erläutert, mit Ausnahme des *Berliner* Gesetzgebers, der darauf verweist, dass sich eine Begrenzung des Anwendungsbereichs dadurch ergebe, dass in der Praxis nur Angehörige einiger spezifischer Berufsgruppen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen würden.¹⁹⁸

Bayern,¹⁹⁹ *Hessen*,²⁰⁰ *Sachsen*²⁰¹ und *Thüringen*²⁰² haben hingegen Berufsgruppen der *Gesundheitshilfe* als ausschließlichen Adressatenkreis herausgegriffen und hierbei ausdrücklich die Ärztinnen und Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger adressiert. In Thüringen sind darüber hinaus Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einbezogen. In *Baden-Württemberg*²⁰³ und *Bayern*²⁰⁴ finden jetzt auch die *Gesundheitsämter* eine eigene Datenschutzregelung für den Kontext der Kindeswohlgefährdung im Gesetz.

Schleswig-Holstein hat als einziges Bundesland, in dessen Kinderschutzgesetzgebung datenschutzrechtliche Regelungen aufgenommen sind, die Gesundheitshilfe beim Adressatenkreis nicht berücksichtigt.

Neben der Gesundheitshilfe nehmen *Berlin*,²⁰⁵ *Sachsen-Anhalt*,²⁰⁶ *Schleswig-Holstein*²⁰⁷ und *Thüringen*²⁰⁸ in ihren Kinderschutzgesetzen die *Schule* mit eigenen Datenschutzregelungen in den Blick. *Rheinland-Pfalz*²⁰⁹ ist im LKindSchuG einen recht eigenen Weg gegangen und hat zwar ebenfalls eine Regelung zur Einbeziehung des Jugendamts durch die Schule verabschiedet, diese jedoch als allgemeine „Einbeziehungsregelung“ und nicht, auch nicht flankierend als Datenschutzvorschrift, ausgestaltet. Unabhängig von den neu erlassenen Landesgesetzen zum Kinderschutz sind auch in acht weiteren Bundesländern (*Baden-*

¹⁹⁸ LT-Drucks. BE 16/2154, S 34.

¹⁹⁹ Art. 14 Abs. 6 GDVG BY.

²⁰⁰ § 4 Abs. 3 KiSchuG HE.

²⁰¹ § 5 SächsKiSchG.

²⁰² § 10 Abs. 2 ThürFKG.

²⁰³ § 1 Abs. 5 KiSchuG BW.

²⁰⁴ Art. 14 Abs. 3 S. 2 GDVG BY.

²⁰⁵ § 5a SchulG BE.

²⁰⁶ § 38 Abs. 3 SchulG ST.

²⁰⁷ § 13 Abs. 1 KiSchuG SH.

²⁰⁸ § 55a Abs. 2 SchulG TH

²⁰⁹ § 3 Abs. 2 S. 3 SchulG RP.

Württemberg,²¹⁰ Bayern,²¹¹ Brandenburg,²¹² Bremen,²¹³ Hessen,²¹⁴ Mecklenburg-Vorpommern,²¹⁵ Nordrhein-Westfalen,²¹⁶ Saarland²¹⁷) Regelungen für Datenübermittlungen im Kontext von Kindeswohlgefährdungen enthalten, die hier der Vollständigkeit halber ebenfalls mit in die Auswertung einbezogen werden.

Sachsen²¹⁸ adressiert in seiner Datenübermittlungsvorschrift dagegen allgemein Personen, die mit der Ausbildung, Erziehung oder Betreuung von Kindern und Jugendlichen innerhalb von Diensten oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe betraut sind.

Berlin²¹⁹ benennt zum einen speziell *Leitungen von Kindertageseinrichtungen* und *Kindertagespflegepersonen* mit einer zusätzlichen Vorschrift zur Datenübermittlung. Zum anderen werden in Berlin²²⁰ *Personen, die beruflich mit der Ausbildung, Erziehung oder Betreuung von Kindern und Jugendlichen außerhalb von Diensten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betraut sind*, als Adressatenkreis benannt. Welche Personen – außerhalb der Schule sowie Kinder- und Jugendhilfe – konkret davon erfasst sein sollen, wird dabei nicht ausgeführt. Die Gesetzesbegründung verweist hier lediglich auf die „Personen, die eine entgeltliche haupt- oder nebenberufliche Tätigkeit ausüben und in diesem Rahmen mit der Erziehung oder Betreuung von Minderjährigen betraut sind“.²²¹ In jedem Fall wären damit wohl Personen z.B. aus der Behindertenhilfe, die Kontakt zu Kindern und Jugendlichen haben, einbezogen. Möglicherweise ist allerdings auch an Personen wie Lehrer von Musikschulen oder Sporttrainer gedacht – letztere jedoch nur, sofern sie nicht einem Träger der freien Jugendhilfe angehören.

Interessanterweise haben Berlin²²² sowie Schleswig-Holstein²²³ zudem eine Datenübermittlungsbefugnis allgemein für *Leistungsträger und Leistungserbringer* aufgenommen, worunter in Berlin das *Jugendamt*, das *Gesundheitsamt* und das *Sozialamt* als Befugte besonders hervorgehoben sind.

210 § 85 Abs. 3 und 4 SchulG BW.

211 Art. 31 Abs. 1 S. 2 BayEUG.

212 § 4 Abs. 3 BbgSchulG.

213 § 12 Abs. 2 BremSchulG.

214 § 9 Verordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Schulen und statistischen Erhebungen an Schulen.

215 § 4 Abs. 5 S. 6 bis 8 SchulG MV.

216 § 42 Abs. 6 iVm § 120 Abs. 5 SchulG NW.

217 § 21 Abs. 5 SchOG SL.

218 § 5 S. 1 2. Alt SächsKiSchG.

219 § 9 Abs. 5 KindertagesförderungsG BE.

220 § 11 Abs. 2.

221 LT-Drucks. BE 16/2154, S. 34.

222 § 8 Abs. 2 KiSchuG BE.

223 § 7 Abs. 2 KiSchuG SH.

*Schleswig-Holstein*²²⁴ hat in seiner Datenschutzvorschrift darüber hinaus *Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichte* mit erfasst, die allerdings lediglich auf die Geltung der jeweiligen Regelungen verweist und insofern rechtlich gesehen nur Klarstellungsfunktion hat. Korrelierend dazu wird das Jugendamt verpflichtet, kurzfristig den Eingang der Mitteilung zu bestätigen.²²⁵

Als Datenempfänger der Mitteilung gegen den Willen bzw. ohne Einverständnis der Betroffenen ist in den Regelungen grundsätzlich ausschließlich das Jugendamt benannt. Die Übermittlungsvorschriften für Leistungsträger und Leistungserbringer in Berlin und Schleswig-Holstein erlauben hingegen einen allgemeinen Datenaustausch zwischen allen beteiligten Personen und Stellen.

bb) Befugnis oder Pflicht

Hinsichtlich des Adressatenkreises nach § 203 StGB – bzw. der speziell adressierten Berufsgruppen aus der *Gesundheitshilfe* (insbesondere Ärztinnen und Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger) – haben sich nur *Bayern* und *Sachsen-Anhalt* für eine *verpflichtende* Datenübermittlung entschieden. In den sechs anderen Bundesländern (*Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen*) sind hingegen – in konsequenter Übersetzung der bereits bisher bestehenden Übermittlungsrechtfertigung des § 34 StGB – nur *Übermittlungsbefugnisse* normiert worden.

Im Bereich der *Schule* sind sehr unterschiedliche Differenzierungen anzutreffen. Fünf Bundesländer (*Berlin, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen*) haben ausdrücklich *verpflichtende* Datenübermittlungen vorgesehen, in vier Bundesländern (*Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Sachsen*) sind es etwas abgeschwächtere „Soll“-Verpflichtungen, d.h. es besteht in der Regel eine Pflicht, von der nur im begründeten Ausnahmefall abgewichen werden darf. *Hessen* hat die besondere Konstruktion gewählt, dass die Datenübermittlung seitens der Schule an das Jugendamt stattzufinden hat, wenn letzteres eine Datenerhebungsbefugnis hat, so dass auch hier eine Verpflichtung geschaffen wurde. In *Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern* und *Nordrhein-Westfalen* soll hingegen jeweils die Schule selbst über die Einbeziehung des Jugendamts entscheiden, sodass in diesen Ländern von datenschutzrechtlichen Befugnissen auszugehen ist.

²²⁴ § 13 Abs. 2 S. 1 KiSchuG SH.

²²⁵ § 13 Abs. 2 S. 2 KiSchuG SH.

Während der *Berliner* Gesetzgeber in seiner Regelung zur *Kindertagesbetreuung* eine *verpflichtende* Mitteilung vorsieht, hat der *sächsische* Gesetzgeber in seiner allgemeinen Regelung für die *in der Kinder- und Jugendhilfe* sowie der *Behindertenhilfe* tätigen Personen eine *Befugnis* normiert. Dies ist damit – im Hinblick auf den erstgenannten Personenkreis – weiter als die bundesgesetzliche Verpflichtung in § 8a Abs. 2 S. 2 SGB VIII gefasst, die über die betreffenden Vereinbarungen allerdings zur Geltung kommt.

Für die Personen, die *außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe* mit Kindern und Jugendlichen beruflich in Kontakt kommen, sieht auch die *Berliner* Regelung eine *Befugnis* vor.

Die allgemeinen Regelungen für die *Leistungsträger und Leistungserbringer* sind sowohl in *Berlin* als auch in *Schleswig-Holstein* als *Befugnisnormen* ausgestaltet.

Aufgrund der Verweisung in der *schleswig-holsteinischen* Regelung für die *Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichte* kann die Entscheidung hinsichtlich des Verpflichtungscharakters nur im Einzelfall unter Berücksichtigung der für die jeweilige Institution geltenden Regelung getroffen werden.

cc) Voraussetzungen für die Datenübermittlung

Beim Vergleich der Ausgestaltung der Datenschutzvorschriften in den neun Ländern mit entsprechenden Regelungen ergeben sich – bezogen auf den jeweiligen Adressatenkreis – die folgenden Ergebnisse:

(1) Personen nach § 203 StGB und der Gesundheitshilfe

Zur Prüfung, ob ein Tätigwerden und ggf. eine Auseinandersetzung mit der Informationsweitergabe ohne Einwilligung erforderlich ist, haben fast alle Bundesländer, die den Personenkreis des § 203 StGB bzw. Angehörige von Berufen und Institutionen der Gesundheitshilfe adressieren, „gewichtige Anhaltspunkte“ als Auslöser dieses Prüfauftrags gewählt, entweder für eine Kindeswohlgefährdung (*Baden-Württemberg, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen Sachsen-Anhalt*) oder für eine Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch (*Bayern, Thüringen*). Eine Ausnahme bildet der *hessische* Gesetzgeber, der stattdessen von „tatsächlichen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung“ spricht. Während damit die überwiegende Mehrheit auf den aus dem Schutzauftrag nach § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII bekannten Terminus der „gewichtigen“ Anhaltspunkte zu-

rückgegriffen hat,²²⁶ wurde in Hessen der neue Begriff der „tatsächlichen“ Anhaltspunkte eingeführt, allerdings ohne nähere Erklärung in der Gesetzesbegründung, was darunter konkret zu verstehen sei. Da verschiedenste Wahrnehmungen und Vermutungen „tatsächliche“ Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sein können, erscheint eine derart weit gefasste Schwelle zur Aktivierung der spezifischen Aufgaben, Befugnisse und Pflichten in den Datenschutzvorschriften wenig praktikabel. Der Zusatz „gewichtige“ bietet hier die notwendige Eingrenzung.

Sind derartige gewichtige bzw. tatsächliche Anhaltspunkte festgestellt, endet in *Bayern, Hessen* und *Thüringen* an dieser Stelle die Prüfung: Es besteht eine unmittelbare Befugnis (*Hessen, Thüringen*) bzw. eine unverzügliche Pflicht (*Bayern*) zur Mitteilung gegenüber dem Jugendamt.

Die Regelungen in den anderen fünf Bundesländern (*Baden-Württemberg, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt*) sehen hingegen alle nach dem Bekanntwerden der gewichtigen Anhaltspunkte das folgende differenzierte Vorgehen in der Verantwortung des jeweiligen Adressaten vor:

(a) Zunächst sind die *eigenen* fachlichen Mittel zur Gefährdungsabwendung einzusetzen. Sind diese nicht ausreichend, sollen sie bei den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme der erforderlichen *weitergehenden* Hilfen²²⁷ hinwirken.

Die *Berliner* Regelung enthält in diesem Zusammenhang weitere Differenzierungen:

- Vor dem Hinwirken auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen soll die Situation mit den Personensorgeberechtigten erörtert werden, und zwar nicht nur, wenn die eigenen fachlichen Mittel nicht ausreichen, sondern auch, wenn eine genauere Einschätzung der Gefährdung nicht möglich erscheint.
- Die Regelung stellt das Hinwirken auf weitere Hilfen ausdrücklich unter die Voraussetzung, dass hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird.
- Außerdem besteht eine Befugnis, zur Einschätzung der Gefährdungssituation oder zur Beurteilung der erforderlichen und geeigneten Hilfen eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuzuziehen und die dafür erforderlichen Daten – ano-

²²⁶ LT-Drucks. ST 5/1331, S. 28.

²²⁷ Sachsen nimmt hier allein auf die Hilfen des Jugendamtes Bezug.

nymisiert oder pseudonymisiert – zu übermitteln. Hintergrund ist ein Anerkennen, dass es sich bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall um eine sehr schwierige, komplexe und nicht zu den typischen Aufgaben vieler Berufsgruppen des § 203 StGB gehörende Anforderung handelt. Gedacht ist dabei nach der Gesetzesbegründung entweder an eine insoweit erfahrene Fachkraft aus dem eigenen Arbeitsbereich (intern) oder aus einer auf solche Aufgaben spezialisierten Einrichtung (z.B. Kinderschutzzentrum).²²⁸ Auch der Landesgesetzgeber von Sachsen-Anhalt überlegt offenbar die zusätzliche Aufnahme einer solchen Regelung zur Unterstützung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft bei der Einschätzung der Gefährdung und der erforderlichen und geeigneten Hilfen.²²⁹

(b) Die Befugnis zur Mitteilung der vorliegenden Erkenntnisse ans Jugendamt ergibt sich in fünf Bundesländern (*Baden-Württemberg, Berlin,*²³⁰ *Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt*) in der Folge immer dann, wenn

- ein Tätigwerden zur Gefährdungsabwendung für dringend²³¹ erforderlich gehalten wird bzw. ein Fall einer dringenden Gefahr für Leib oder Leben des Kindes besteht²³² und
- die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten²³³ nicht bereit oder in der Lage sind, an der Gefährdungsabwendung mitzuwirken.

(c) Abschließend nehmen dieselben fünf Bundesländer die Mitteilenden in die Pflicht, vor der Datenweitergabe ans Jugendamt, die Betroffenen²³⁴ vorab auf diese Datenübermittlung hinzuweisen, es sei denn, damit wird der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage gestellt.

(2) Gesundheitsamt

Während für die Beschäftigten der Gesundheitsämter in *Baden-Württemberg* ebenfalls das differenzierte, an § 8a SGB VIII angelehnte Vorgehen gilt, wie soeben unter (1) beschrieben, ist – entsprechend den Regelungen für die Ärztinnen

²²⁸ LT- Drucks. BE 16/2154, 34 f.

²²⁹ Vgl § 5 S. 2 und 3 des Entwurfs zum Gesetz zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen, vom 01.03.2010 (LT-Drucks. 5/1610).

²³⁰ Die Berliner Regelung bezieht sich ausdrücklich auf die für die Gefährdungsabwendung erforderlichen personenbezogenen Daten.

²³¹ Die Berliner Regelung hat auf das Dringlichkeitserfordernis hingegen verzichtet.

²³² So ausdrücklich in der Regelung von Sachsen-Anhalt.

²³³ In Baden-Württemberg und Berlin ist nur von Personensorgeberechtigten die Rede, Sachsen verweist auf den gesetzlichen Vertreter.

²³⁴ Sachsen-Anhalt spricht hier ausdrücklich von den Personensorge- und Erziehungsberechtigten, Sachsen von dem gesetzlichen Vertreter.

und Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger – auch den *bayerischen* Gesundheitsämtern eine unverzügliche Verpflichtung zur Datenübermittlung ans Jugendamt auferlegt, sobald ihnen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt werden.

(3) Schule

Im Bereich der Schule haben – mit Ausnahme der deutlich aus dem Rahmen fallenden Norm in *Hessen* – die 13 übrigen Landesgesetzgeber hinsichtlich des *auslösenden Moments* für die Prüfung der Befugnis bzw. Pflicht zur Datenübermittlung auffallend viele unterschiedliche Begrifflichkeiten gewählt:

- *Rheinland-Pfalz* wie auch *Baden-Württemberg* und *Berlin* haben sich für den – aus der Vorschrift des § 8a SGB VIII bereits bekannten und entsprechend bestimmbaren – Begriff der „*gewichtigen Anhaltspunkte*“ für die Gefährdung des Wohls eines Kindes entschieden. Auch vier weitere Bundesländer haben den Begriff der „Anhaltspunkte“ als Auslöser/Anknüpfungspunkt in ihre Gesetze geschrieben, allerdings – mit Ausnahme von *Schleswig-Holstein*, das keinerlei Konkretisierung hinzugenommen hat – in *Bremen* als „*offenkundige Anhaltspunkte*“ (mit dem Zusatz „im Sinne des § 8a SGB VIII“), in *Sachsen* als „*tatsächliche Anhaltspunkte*“ und in *Brandenburg* besteht die Übermittlungsbefugnis sogar bei „*jedem Anhaltspunkt*“.
- Demgegenüber sind fünf Bundesländer vom Begriff der Anhaltspunkte sogar gänzlich abgerückt und haben sich stattdessen entweder allgemein für das Bekanntwerden von „*Tatsachen*“ (*Bayern, Sachsen-Anhalt*), „*Anzeichen*“ (*Saarland*) oder gar „*jeden Anschein*“ (*Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen*) entschieden.
- *Thüringen* hat hingegen offenbar ein zweistufiges Verfahren gewählt und insofern zwei unterschiedliche Schwellen eingebaut: „*Anzeichen*“ für Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder eine sonstige ernsthafte Gefährdung des Wohls eines Schülers führen zunächst zu einem schuleigenen Handlungsauftrag, bei Vorliegen „*gewichtiger Anhaltspunkte*“ ist das Jugendamt zu informieren.

In *Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen* und *Sachsen-Anhalt* soll bzw. hat die Schule nach Wahrnehmung dieser Anhaltspunkte bzw. Tatsachen unmittelbar das Jugendamt zu unterrichten. Allerdings sind in *Baden-Württemberg* in der Regel vorher die Eltern anzuhören, gekoppelt mit einem fragwürdigen vorgeschalteten Warnhinweis: Nimmt bei einem dringenden Aussprachebedarf kein

Elternteil die Einladung des Klassenlehrers oder Schulleiters zum Gespräch wahr und stellt die Klassenkonferenz unter Vorsitz des Schulleiters gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Schülers fest, dann kann die weitere Einladung zum Gespräch mit der Drohung (das Gesetz spricht von „Hinweis“) verbunden werden, dass bei Nichtbefolgen das Jugendamt unterrichtet wird.²³⁵ Auch *Sachsen-Anhalt* sieht eine ausdrückliche Beachtung des Transparenzgebots in dem Sinne vor, dass die Erziehungsberechtigten über die Einschaltung des Jugendamts zu informieren sind, soweit der wirksame Schutz der Schülerin oder des Schülers dadurch nicht infrage gestellt wird.²³⁶

Demgegenüber sehen neben *Rheinland-Pfalz* acht weitere Bundesländer (*Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen*) vor, dass die Schule diesen Wahrnehmungen zunächst selbst (im Rahmen ihres schulischen Auftrags²³⁷ bzw. mit schulischen/schulinternen Maßnahmen²³⁸) nachgehen soll. Dabei besteht in *Thüringen* die erwähnenswerte Besonderheit, dass die Schule zur Abschätzung des Gefährdungsrisikos den Schulpsychologischen Dienst oder andere erfahrene Fachkräfte einbeziehen soll und die Eltern zu beteiligen sind, wenn dadurch der wirksame Schutz des Schülers nicht in Frage gestellt wird. Auch im *Saarland* können unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen zur Klärung des Sachverhalts als auch zur Abwendung einer bestehenden Gefährdung externe Stellen einbezogen werden. In *Bremen, Saarland* und in *Thüringen* sind die Schulen zudem ausdrücklich aufgefordert, in die Gefährdungsabschätzung bzw. die Bemühungen um Gefährdungsabwendung vor allem auch die Eltern mit einzubeziehen. Bei Gefahr im Verzug ist allerdings die Schulleitung im *Saarland* gehalten, auch schon vor Abschluss der schulischen Maßnahmen unverzüglich das Jugendamt und die Polizei zu informieren.

In *Rheinland-Pfalz* besteht die Aufforderung an die Schule, bei den Eltern auf die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen hinzuwirken und „dabei mit dem Jugendamt zusammenzuarbeiten“. Unklar bleibt jedoch, wie sich eine solche Zusammenarbeit konkret gestalten soll. Datenweitergaben sind grundsätzlich an das Einverständnis der Eltern gebunden, für Datenweitergaben ohne bzw. gegen den Willen der Eltern bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage. Eine solche bietet die durch das LKindSchuG aufgenommene Regelung des § 3 Abs. 2 S. 3 SchulG RP allerdings nicht, da diese nach dem erfolglosen Versuch des Hinwirkens auf die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen abbricht und nichts darüber sagt, wie es danach für die Schule weitergehen soll. Diese ge-

²³⁵ § 85 Abs. 4 SchulG BW.

²³⁶ § 38 Abs. 3 S. 2 SchulG LSA.

²³⁷ Mit diesem Zusatz: Berlin, Schleswig Holstein.

²³⁸ So in Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland

setzgeberische Unbestimmtheit könnte darauf hindeuten, dass die Regelung dem notwendigen Verständigungsprozess über die Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen die Schule sich des Themas Kinderschutz annehmen kann, will und soll, vorweggegriffen hat.

Hingegen soll in *Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern* und *Nordrhein-Westfalen* im Anschluss an die schulischen Bemühungen die Schule in eigener Regie rechtzeitig über die Einbeziehung des Jugendamts oder anderer zuständiger Stellen entscheiden. In *Mecklenburg-Vorpommern* wird insofern ausdrücklich die Regelung des Verfahrens und der Verantwortlichkeiten an der Schule in die Hand des jeweiligen Schulleiters gelegt.

Keine eigene Entscheidungshoheit, sondern Verpflichtung zur (unverzöglichen²³⁹) Datenweitergabe an das Jugendamt – nach der Ausschöpfung der schulischen Möglichkeiten – bestehen dagegen in *Berlin, Bremen, Saarland, Schleswig-Holstein* und *Thüringen*.

- In *Berlin* wird die Zulässigkeit der Datenübermittlung zusätzlich an das Vorliegen der Voraussetzungen des § 64 Abs. 3 S. 1 SchulG BE geknüpft, der darauf verweist, dass die Datenübermittlung zur rechtmäßigen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der übermittelnden Stelle (Schule) oder des Empfängers (Jugendamt) erforderlich ist.
- In *Bremen* sind die Erziehungsberechtigten im Sinne des Transparenzgebots über die Mitteilung ans Jugendamt in Kenntnis zu setzen, es sei denn dadurch würde eine zusätzliche Gefährdung des Kindes entstehen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen sein.
- In *Schleswig-Holstein* sind – nach der Datenübermittlung – umgekehrt die Jugendämter ausdrücklich aufgefordert, der Schule kurzfristig den Eingang der Meldung zu bestätigen und ihr mitzuteilen, ob sie weiterhin tätig sind.
- Eine eigenwillige, mit den soeben beschriebenen Regelungen nicht vergleichbare Regelung findet sich hingegen in *Hessen*. Danach hat eine Datenübermittlung seitens der Schule an das Jugendamt unter den Voraussetzungen des § 62 Abs. 3 SGB VIII zu erfolgen, d.h. die Schule hat dem Jugendamt stets dann Informationen zu geben, wenn das Jugendamt eine Datenerhebungsbefugnis nach § 62 Abs. 3 SGB VIII hat. Dieser regelt die Ausnahmebefugnisse zur Datenerhebung ohne Mitwirkung des Betroffenen und erlaubt beispielsweise, wenn die jeweilige Aufgabe eine solche Datenerhe-

²³⁹ Berlin.

bung bei Dritten erfordert und die Kenntnis der Daten erforderlich ist, z.B. für die Feststellung der Voraussetzungen oder für die Erfüllung einer Jugendhilfeleistung, die Feststellung der Voraussetzungen für Erstattungsansprüche oder die Erfüllung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII. Diese hessische Regelung ist daher nicht nur problematisch, weil sie deutlich mehr Situationen und damit Informationen von Familien erfasst als in Fallkonstellationen von Kindeswohlgefährdungen. Vielmehr hat die Schule auch weder die Möglichkeit selbst zu entscheiden, ob eine derartige Erhebungsbefugnis seitens des Jugendamts vorliegt noch kann sie im Falle entsprechender Anfragen des Jugendamts auf ihre eigene Beziehungs- und Hilfeverantwortung gegenüber den Schülern verweisen. Sie wird vielmehr in diesen Fällen komplett aus dieser entlassen. Es scheint so, dass dieser Regelung das Leitbild zugrunde lag, möglichst alle Informationsschleusen Richtung Jugendamt zu öffnen. Selbst dies dürfte wegen der, wie beschrieben, notwendigen Unsicherheiten in der Schule über die Datenerhebungsbefugnisse des Jugendamts nach § 62 SGB VIII nicht gelungen sein.

(4) *Kindertagesbetreuung und Personen in der Kinder- und Jugendhilfe*

Die *Berliner* Regelung speziell für die *Leitungen der Tageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen* koppelt die Datenübermittlungspflicht an die Wahrnehmung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, die *außerhalb des vereinbarten Verfahrens nach § 8a Abs. 2 SGB VIII ein sofortiges Handeln verlangen*. An welche Fallkonstellationen der Berliner Gesetzgeber hierbei gedacht hat, bleibt völlig offen. Auch die Gesetzesbegründung enthält dazu leider keine näheren Erläuterungen. Nach Wahrnehmung derartiger Anhaltspunkte, werden die betroffenen Personen jedenfalls dazu verpflichtet, unverzüglich das zuständige Jugendamt hierüber in Kenntnis zu setzen.

Die *sächsische* Datenübermittlungsbefugnis bezieht das Verfahren für die Ärztinnen und Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger (vgl. oben II.2.c, cc, [1]) auch auf *Personen in Diensten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe* und enthält damit zumindest mittelbar eine – insbesondere vor dem Hintergrund der Ausgestaltung als Befugnisnorm – Konkurrenzvorschrift zu dem für diese Personen ebenfalls geltenden § 8a Abs. 2 SGB VIII.

Diese beiden Regelungen sind mit ihren widersprüchlichen Botschaften im Verhältnis zu den bundesgesetzlichen Vorgaben in § 8a Abs. 2 SGB VIII in doppelter Hinsicht problematisch. Die Landesgesetzgeber sind weder befugt, die bundesgesetzliche Schwelle zu verschieben noch die Verfahrensvorgaben des § 8a

Abs. 2 SGB VIII zu ignorieren.²⁴⁰ Nach dem verfassungsrechtlichen Grundsatz „Bundesrecht bricht Landesrecht“ (Art. 31 GG) können daher die landesrechtlichen Normen keine Geltung beanspruchen. Gleichwohl schaffen sie jedoch bei den Fachkräften starke Orientierungsprobleme, welche der Vorgaben nun für sie Anwendung findet und gefährden damit unnötig die im Kontext von Kindeswohlgefährdungen so notwendige Handlungssicherheit.

(5) *Personen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe*

Berlin sieht für die Personen vor, die beruflich mit der Ausbildung, Erziehung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen *außerhalb von Diensten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe* betraut sind, dass sie bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, die Personensorgeberechtigten über ihre Erkenntnisse zu informieren haben, soweit dadurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Zur Einschätzung der Gefährdung bzw. der erforderlichen und geeigneten Hilfen können auch sie eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen und die dafür erforderlichen Daten – anonymisiert oder pseudonymisiert – übermitteln. Eine Befugnis zur Übermittlung der Daten ans Jugendamt haben auch sie unter den oben (II. 2c) cc) (1)) dargestellten Voraussetzungen.

Personen, die mit der Ausbildung, Erziehung oder Betreuung von Kindern und Jugendlichen innerhalb von Diensten und Einrichtungen der *Behindertenhilfe* betraut sind, dürfen nach der Regelung in *Sachsen-Anhalt* unter den gleichen Voraussetzungen wie Ärztinnen und Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger (vgl. oben II.2 c.) cc) (1)) Daten an das Jugendamt weitergeben.

(6) *Leistungsträger und Leistungserbringer*

Nach den Regelungen in *Berlin* und *Schleswig-Holstein* kann das Jugendamt – in *Berlin* darüber hinaus auch das Gesundheitsamt und das Sozialamt – mit dem Einverständnis der Betroffenen Anbieter möglicher Hilfen und die für die in Frage kommenden Leistungen zuständigen Leistungsträger und Leistungserbringer über möglichen Hilfe-, Leistungs- oder Unterstützungsbedarf²⁴¹ informieren.

²⁴⁰ *Nothhafft*, Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, 2008, S. 17.

²⁴¹ *Schleswig-Holstein* spricht hier nur allgemein von einer Information und Kontaktaufnahme.

Zudem können nach beiden Regelungen – das Einverständnis der betroffenen Personen vorausgesetzt – die erforderlichen Informationen (zwischen den beteiligten Personen und Stellen)²⁴² ausgetauscht werden, um „schnell und zügig“, Hilfen, Leistungen und Unterstützung anzubieten.

3. Neue Aufgaben, Leistungen und Maßnahmen der Qualifizierung

In einigen Landesgesetzen werden neben den Regelungen zur Kooperation der unterschiedlichen Einrichtungen und Personen weitergehende Regelungen getroffen, welche die Konkretisierung bereits bestehender Leistungsangebote oder neue Aufgaben und Leistungen für die Beteiligten festschreiben.

a) Konkretisierung von Leistungsangeboten und neue Leistungen und Hilfeangebote

Im Bereich der Jugendhilfeplanung sieht das *rheinland-pfälzische* Kinderschutzgesetz durch eine Änderung des Landesgesetzes zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vor, dass die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe ihre Daten insbesondere unter dem Gesichtspunkt verdichteter Belastungssituationen für Kinder und ihre Familien auswerten und die Planung auf die erforderlichen Veränderungen sowie die Unterstützung der Betroffenen ausrichten. Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben zudem darauf hinzuwirken, dass diese Belange auch im Rahmen anderer örtlicher oder regionaler Fachplanungen, insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Arbeit und Soziales, berücksichtigt werden.²⁴³ Aus der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass gesetzgeberisches Ziel dieses interdisziplinären Ansatzes ist, Eltern, die bedingt durch ihre Lebenslage und ihr Verhalten ihre Kindern gefährden können, eine möglichst frühe Förderung und den notwendigen Schutz zu bieten.²⁴⁴

Das *rheinland-pfälzische* und ebenso das *thüringische* Landesgesetz adressieren die Berufsgruppe der Hebammen und regeln, dass Hebammen und Entbindungspfleger – bzw. in Thüringen speziell ausgebildete Familienhebammen²⁴⁵ – im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Aufgaben auch als Ansprechpersonen für Fragestellungen in den Bereichen Familie, Elternschaft und Partnerschaft zur Verfügung stehen, über entsprechende Unterstützungsangebote informieren und

²⁴² Mit diesem Zusatz in Schleswig-Holstein.

²⁴³ § 14 Abs. 2 Landesgesetz zur Ausführung des KJHG RP.

²⁴⁴ LT- Drucks. RP 15/1620, S. 26.

²⁴⁵ Art. 3 Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes TH.

bei der Vermeidung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen mitwirken sollen. Bei erkennbaren Risiken für Vernachlässigungen oder Misshandlungen von Kindern verpflichtet das Gesetz sie, darauf hinzuwirken, dass die notwendigen Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen erfolgen.²⁴⁶

Die Landesgesetze von *Schleswig-Holstein* und *Thüringen* haben die bundesweite Debatte über Schwangerenberatung und Familienhilfe aufgegriffen. Beide Landesgesetze regeln eine Gewährleistungspflicht der Jugendhilfe, junge schwangere Frauen, junge Mütter und junge Väter, Kinder, Jugendliche, Mütter und Väter in belasteten Lebenslagen, mit sozialer Benachteiligung oder individueller Beeinträchtigung frühzeitig auf Beratung, Unterstützung sowie Hilfen und Leistungen hinzuweisen²⁴⁷ und diese frühzeitig bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Pflege, Bildung und Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen, Risiken für das gesunde Aufwachsen von Kindern rechtzeitig zu begegnen und bei konkreter Gefährdung des Kindeswohls konsequent durch wirksame Förderung und rechtzeitige Hilfen für den notwendigen Schutz des Kindes zu sorgen.²⁴⁸ Das thüringische Gesetz normiert ausdrücklich, dass zur Vermeidung von Überforderung und Fehlverhalten sowie zur Bewältigung besonderer Belastungen oder individueller Beeinträchtigungen der Schwangeren und Personensorgeberechtigten erforderlichen Beratungen und Hilfen, bei Bedarf auch Leistungsträger übergreifend, möglichst frühzeitig und niedrigschwellig angeboten werden müssen.²⁴⁹ Bemerkenswert ist zudem, dass das thüringische Gesetz für diesen Bereich neben der Jugendhilfe auch die noch nicht gesetzlich über eine Prüfungsordnung oder ähnliche verbindliche Qualifizierungsanforderungen determinierte Berufsgruppe der Familienhebammen adressiert und normiert, dass diese als Ansprechpartner für den Bereich der Schwangerenberatung und Familienhilfe zur Verfügung stehen müssen.²⁵⁰

Auch das Berliner Landesgesetz verpflichtet zudem das Land *Berlin* Angebote der Schwangerenberatung und Familienbildung sicherzustellen. Für den Bereich der Schwangerenberatung trifft das Landesgesetz keine so weitreichenden Regelungen wie die Landesgesetze von Thüringen und Schleswig-Holstein, sondern verpflichtet die für Jugend und Familie zuständigen Senatsverwaltungen aufeinander abgestimmte Leistungsangebote zu entwickeln.²⁵¹ Für den Bereich der Familienbildung sieht das Berliner Gesetz angemeldete Hausbesuche bei Erstgebärenden und bei Geburten in Familien, die unter belastenden Sozialverhält-

²⁴⁶ § 1a LHebammenG RP.

²⁴⁷ § 7 Abs. 1 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

²⁴⁸ Art. 3 Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes TH.

²⁴⁹ Art. 3 Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes TH.

²⁵⁰ Art. 3 Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes TH.

²⁵¹ Art. VII KiSchuG BE.

nissen leben, vor. Diese sollen innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt stattfinden (aufsuchende Elternhilfe).²⁵²

Als neues Hilfsangebot im Bereich des Kinderschutzes fordern die Gesetze in *Schleswig-Holstein* und *Berlin* die Einrichtung einer zu jeder Tages- und Nachtzeit zu erreichenden „Kinderschutz-Hotline“. Dabei sehen beide Gesetze vor, dass unter einer zentralen Telefonnummer Fachkräfte zu erreichen sind, um eine Krisenberatung und ein schnelles Handeln für die Sicherung des Wohls von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen. In Schleswig-Holstein sind das Land und die Kommunen gesetzlich verpflichtet, die Einrichtung dieser Hotline sicherzustellen.²⁵³ Das *Berliner* Kinderschutzgesetz verpflichtet die Bezirke zur Errichtung der Hotline. Diese ist zu betreiben von dem für den zentralen Krisen- und Notdienst für Kinder und Jugendliche zuständigen Bezirksjugendamt.²⁵⁴

b) Fortbildung und Qualifizierung

Zur Verbesserung und Erweiterung der bereits bestehenden Leistungen und Hilfeangebote und zur Qualifizierung der in Netzwerken eingebunden Berufsgruppen und Institutionen werden von einigen Landesgesetzen Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich des Kinderschutzes normiert.

Das *rheinland-pfälzische* und ebenso das *Berliner* Gesetz normieren, dass Fortbildungen und Praxisberatung zum Thema Kinderschutz insbesondere auch für Angehörige der Gesundheitsberufe und weiterer in diesem Zusammenhang relevanter Berufsgruppen²⁵⁵ bzw. für Bürgerinnen und Bürger, öffentliche Einrichtungen und Stellen sowie Einrichtungen und Dienste von Trägern der gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Betreuung und Förderung von Kindern und Jugendlichen²⁵⁶ durch das Land(esjugendamt) sicherzustellen sind. Beide Gesetze regeln lediglich, an welche Zielgruppen sich die Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen richten. Aussagen zur Finanzierung und inhaltliche Vorgaben, wie die Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen ausgestaltet werden müssen, werden nicht getroffen.

Das *schleswig-holsteinische* Gesetz hingegen enthält neben dem Adressatenkreis der Fortbildungen (Hebammen, hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Träger der öffentlichen und der freien Jugendhilfe

²⁵² § 9 KiSchuG BE.

²⁵³ § 2 Abs. 5 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

²⁵⁴ § 12 KiSchuG BE.

²⁵⁵ § 15 Landesgesetz zur Ausführung des KJHG RP.

²⁵⁶ § 14 KiSchuG BE.

und ihrer Kooperationspartner) auch Regelungen zu den Inhalten der jeweiligen Qualifizierungsmaßnahmen. So sieht das Gesetz landesgeförderte Fortbildungsveranstaltungen für Hebammen vor, in denen Hebammen die für die Tätigkeit als Familienhebamme erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden.²⁵⁷ Zudem fördert das Land Fortbildungen, die dem Ziel einer verbesserten Zusammenarbeit der Jugend-, Gesundheits- und Behindertenhilfe, und der Zusammenarbeit mit Frauenunterstützungseinrichtungen sowie mit der Polizei und der Justiz dienen.²⁵⁸

Das Land hat sich in *Sachsen-Anhalt* verpflichtet, Fortbildungen für Hebammen und Entbindungspfleger zu unterstützen, die im Bereich der Familienpflege tätig werden.²⁵⁹

Das *brandenburgische* Landesgesetz sieht vor, dass für die im öffentlichen Gesundheitsdienst Beschäftigten angemessene Fortbildungsmöglichkeiten durch die Landkreise und kreisfreien Städte im Zusammenwirken mit dem für den Gesundheitsdienst zuständigen Ministerium sicherzustellen sind.²⁶⁰

c) **Schutzauftrag**

Durch eine Änderung des Heilberufsgesetzes verpflichtet der *rheinland-pfälzische* Gesetzgeber Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten auf besondere Risiken für Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung von Kindern zu achten und soweit dies erforderlich ist, auf Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen hinzuwirken.²⁶¹

Diesem Beispiel folgt das *Berliner* Kinderschutzgesetz mit einer gleichlautenden Regelung.²⁶² Zudem enthält das Berliner Gesetz eine Vorschrift zur persönlichen Eignung von im öffentlichen Gesundheitsdienst und bei der Zentralen Stelle tätigen Personen. § 72a SGB VIII ist danach auf diese Personen entsprechend anzuwenden. Soweit Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Dritte

²⁵⁷ § 6 Abs. 3 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

²⁵⁸ § 6 Abs. 1 und Abs. 2 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

²⁵⁹ § 4 Abs. 3 KiSchuG ST.

²⁶⁰ § 15 Abs. 2 BbgGDG.

²⁶¹ § 21 Nr 4 HeilberufsG RP.

²⁶² Art. 3 KiSchuG BE.

wahrgenommen werden, findet § 72a S. 3 SGB VIII entsprechende Anwendung.²⁶³

Eine vergleichbare Regelung trifft auch das *schleswig-holsteinische* Gesetz, welches die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe verpflichtet, sicherzustellen, dass die von ihnen vermittelten Kindertagespflegepersonen dafür sorgen, dass andere Personen, die als Haushaltsmitglied oder in sonstiger Weise in ständigem Kontakt mit den betreuten Kindern und Jugendlichen stehen, wegen keiner in § 72a S. 1 SGB VIII genannten Straftat verurteilt sind.²⁶⁴

4. Kooperationsbezogene Verantwortungsübernahme durch das Land: Förderung und Unterstützung

Verbesserungen im Kinderschutz sind nicht kostenneutral zu erzielen. Nur ein Teil der Länder übernimmt allerdings auch im Gesetz entsprechende Verantwortung in finanzieller Hinsicht. Etliche Länder überlassen die Kostentragung den Kommunen. Insoweit ist mitunter eine föderale Entsolidarisierung zu verzeichnen. Vor allen Dingen in Hessen und Nordrhein-Westfalen schafft das Land durch eigene Gesetze neue Aufgaben der Jugendämter, windet sich aber aus der Kostenverantwortung, indem es erklärt, diese hätten von den kommunalen Jugendämtern bereits zuvor im Rahmen des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung erfüllt werden müssen. Ein Finanzausgleich wird nicht gewährt.²⁶⁵

Zwei Länder allerdings legen sich sogar gesetzlich auf eine (Mit-)Finanzierung lokaler Netzwerkstrukturen fest: Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. Andere Länder wie Thüringen und Schleswig-Holstein sehen eine nicht näher konkretisierte Förderung vor, stellen diese aber unter Vorbehalt und in gewisser Weise in ein recht weites Ermessen des Landes über das Ob und Wie.

Das *rheinland-pfälzische* Kinderschutzgesetz sieht hierfür eine finanzielle Förderung durch das Land Rheinland-Pfalz mit einer Pauschale von sieben Euro pro Jahr für jedes Kind unter sechs Jahren im jeweiligen Jugendamtsbezirk vor.²⁶⁶

Das Kinderschutzgesetz von *Sachsen-Anhalt* regelt im Unterschied zu Rheinland-Pfalz die Finanzierung nicht durch eine Pro-Kopf-Regelung, sondern sieht vor, dass die Landkreise und kreisfreien Städte für das Jahr 2010 einen Betrag

²⁶³ § 13 KiSchuG BE.

²⁶⁴ § 10 Abs. 2 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

²⁶⁵ DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2008, S 137; mit kritischer Auseinandersetzung Hessischer Landkreistag/Hessischer Städte Tag JAmt 2010, S 115.

²⁶⁶ § 4 Abs. 2 LKindSchuG RP.

von jeweils 20.000 Euro und ab dem Jahr 2011 einen Betrag von jährlich jeweils 10.000 Euro erhalten.²⁶⁷

Der *thüringische* Gesetzgeber sieht eine finanzielle Unterstützung der Landkreise und kreisfreien Städte beim Auf- und Ausbau von lokalen Netzwerken und bei der Gewährung früher Hilfen durch das Land vor. Diese Unterstützung soll im Rahmen der freiwilligen Leistungen des Landes durch Zuschüsse nach Maßgabe des Landeshaushalts für die Maßnahmen gewährt werden, die in die örtliche Jugendhilfeplanung aufgenommen wurden.²⁶⁸ Diese Regelung weicht von den zuvor dargestellten Regelungen in Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt deutlich ab, da keine verpflichtende Finanzierung des Landes festgeschrieben wird, sondern lediglich eine solche auf freiwilliger Basis nach Lage des Haushalts gewährt wird.

Das Landesgesetz von *Schleswig-Holstein* regelt, dass frühe und rechtzeitige Hilfen und Leistungen, die gemeinsam von Jugend-, Gesundheits- und Sozialhilfe erbracht werden durch das Land gefördert werden. Somit übernimmt das Land die Mitfinanzierungsverantwortung für den Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke.²⁶⁹ Eine konkrete Festlegung wie die Landesgesetze in Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt trifft das schleswig-holsteinische Gesetz hingegen nicht.

Die Landesgesetze von *Berlin* und *Sachsen* enthalten keine Regelungen zur finanziellen Förderung der Arbeit der lokalen Netzwerke.

²⁶⁷ § 3 Abs. 1 KiSchuG ST.

²⁶⁸ Art. 3 Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes.

²⁶⁹ § 7 Abs. 3 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

Tabelle 6: (Mit-)Finanzierung der lokalen Netzwerke durch die Länder

	landesgesetzliche Verpflichtung	freiwillige Leistun- gen	Keine Finanzierung
<i>BE</i>			X
<i>RP</i>	pro Kind unter 6 Jah- ren: 7 EUR/Jahr		
<i>SN</i>			X
<i>SH</i>		ohne nähere Festlegung	
<i>ST</i>	2010: 20.000 EUR ab 2011: 10.000 EUR/Jahr		
<i>TH</i>		abhängig vom Landeshaushalt	

5. Landesfinanzierung für Qualifizierung und Fortbildung

Die Länder *Rheinland-Pfalz*, *Berlin*, *Sachsen-Anhalt* und *Schleswig-Holstein* haben sich in ihren jeweiligen Landesgesetzen dazu verpflichtet, die gesetzlich vorgesehenen Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zu fördern und somit finanzielle Verantwortung – zumindest teilweise – übernommen. Die jeweiligen Fortbildungen sind somit vom jeweiligen Land zur Verfügung zu stellen.

Schleswig-Holstein übernimmt darüber hinaus noch mit gesetzlicher Verbindlichkeit die Verantwortung, die Entwicklung und Erstellung von Informationsmaterialien und Materialien mit Empfehlungen für den Kinderschutz zur Qualitätsentwicklung und -sicherung zur Unterstützung der öffentlichen und freien Träger in ihrer Öffentlichkeitsarbeit zu fördern.²⁷⁰

6. Landesfinanzierung für präventive Maßnahmen

Das *sachsen-anhaltische* Kinderschutzgesetz regelt eine ausdrückliche Verantwortungsübernahme des Landes für den Ausbau präventiver Maßnahmen. So sieht das Gesetz vor, dass eine Unterstützung durch das Land erfolgt für Bil-

²⁷⁰ § 6 Abs. 4 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

dungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Familien, die diesen in besonderen Belastungssituationen Hilfestellung bieten können²⁷¹ und Angebote die geeignet sind, Vernachlässigungen, Misshandlung oder Missbrauch von Kindern zu verhindern und eine das Kindeswohl fördernde Erziehung in den Familien zu unterstützen.²⁷²

Auch *Schleswig-Holstein* hat sich in seinem Landesgesetz zur Verantwortungsübernahme für präventiv wirkende Maßnahmen verpflichtet. Eine Förderung durch das Land ist gesetzlich vorgesehen für Angebote, die geeignet sind, Vernachlässigungen, Misshandlung und Missbrauch von Kindern und Jugendlichen zu verhindern und eine gewaltfreie und das Wohl von Kindern fördernde Erziehung in der Familie zu unterstützen, d.h. eine Förderung der Weiterentwicklung generationsübergreifender und solcher Angebote, die in besonderer Weise das Zusammenwirken von Gesundheitshilfen, Familienförderung, Kindertagesbetreuung und Schulen umsetzen.²⁷³ Nach dem Gesetzeswortlaut beinhaltet die Förderung die Sicherung und Weiterentwicklung des flächendeckenden Netzes an Familienbildungsstätten und an Beratungsangeboten in familiären Belastungs- und Problemlagen. Nähere Regelung zur Förderung und die zu fördernden Einrichtungen können durch das für Jugendhilfe zuständige Ministerium durch Verordnung bestimmt werden.²⁷⁴

7. Landesstelle zur Unterstützung der kommunalen Praxis

Zwei Länder regeln mit gesetzlicher Verbindlichkeit die Einrichtung einer landeszentralen Stelle und geben ihr die Aufgabe, die Kommunen und die Arbeit vor Ort mit ihrem Service zu unterstützen (*Rheinland-Pfalz* und *Sachsen-Anhalt*). Beispielsweise Brandenburg hat sich gegen eine gesetzliche Verankerung entschieden und dennoch bereits im Mai 2006 mit der Fachstelle Kinderschutz eine vergleichbare Struktur geschaffen.²⁷⁵

Rheinland-Pfalz sieht die verbindliche Einrichtung einer Servicestelle Kinderschutz im Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung vor. Die Aufgaben der Servicestelle Kinderschutz umfassen die Beratung der Kommunen und Einrichtungen bei der Entwicklung einer zu den örtlichen Bedingungen passenden

²⁷¹ § 4 Abs. 1 KiSchuG ST.

²⁷² § 4 Abs. 2 KiSchuG ST.

²⁷³ § 4 Abs. 2 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

²⁷⁴ § 4 Abs. 3 Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen SH.

²⁷⁵ Im Internet zu finden unter www.fachstelle-kinderschutz.de.

Konzeption für lokale Hilfenetzwerke zur Förderung des Kindeswohls, die Entwicklung von Fortbildungsangeboten für die Kinder- und Jugendhilfe und beteiligte Kooperationspartner, die Sicherstellung von Weiterentwicklung der Konzepte durch Evaluation und der Betreibung einer regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von Partnern auf lokaler Kooperationsebene und zur Information von Familien über die bestehenden Angebote. Darüber hinaus hat die Servicestelle Kinderschutz auf einen gleichmäßigen Ausbau der Einrichtungen und Angebote hinzuwirken.²⁷⁶

In *Sachsen-Anhalt* ist gesetzlich die Einrichtung eines Zentrums „Frühe Hilfen für Familien“ durch das zuständige Ministerium für Gesundheit vorgesehen. Gesetzlich festgeschriebene Aufgabe dieses Zentrums ist es, die Bildung der lokalen Netzwerke Kinderschutz zu unterstützen und darüber hinaus die Beratung der Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe, insbesondere in Fragen des Aufbaus eines Qualitätsmanagements im Kinderschutz, die Organisation eines landesweiten Erfahrungsaustauschs der lokalen Netzwerke, die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und Verfahren, Methoden und Instrumenten der Gefährdungseinschätzung, die Unterstützung von Maßnahmen zur Deckung des Qualifizierungsbedarfs der in der Jugendhilfe oder sonstigen dem Kindeswohl dienenden Einrichtungen und Institutionen Tätigen, die Koordinierung der Ausbildung und des Einsatzes von Familienhebammen und Familienentbindungspflegern und die Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel, eine höhere Inanspruchnahme der Untersuchungsangebote zur Früherkennung von Krankheiten nach § 26 SGB V zu erreichen.²⁷⁷

Neben der Einrichtung des Zentrums „Frühe Hilfen für Familien“ ist gesetzlich die Einberufung eines Expertenrates mit der Bezeichnung „Allianz für Kinder“ durch das Ministerium für Gesundheitsschutz vorgeschrieben. Aufgabe dieses Expertenrates ist die Beratung und Unterstützung des Aufbaus eines Frühwarnsystems zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindervernachlässigung.²⁷⁸

Eine ausdrückliche Unterstützung der Kommunen durch Einrichtung einer entsprechenden landeszentralen Stelle wie in den soeben dargestellten Landesgesetzen ist in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen und Thüringen bislang nicht zu finden.

²⁷⁶ LT-Drucks. RP 15/1620, S. 15.

²⁷⁷ § 5 KiSchuG ST.

²⁷⁸ Art. 6 KiSchuG Änderung des Gesetzes zur Familienförderung des Landes ST.

III. Früherkennungsuntersuchungen

1. Gesetzlich definierte Ziele: Erhöhung der Teilnahmequote und darüber hinaus

Die kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind 2007 in den von den Medien angetriebenen politischen Aktivitäten zu einem, teilweise – aus Sicht der Politik, der Landesgesetze und auch der öffentlichen Debatte – zentralen Instrument geworden, mit dem die Landesgesetzgeber den Kinderschutz verbessern wollen.²⁷⁹ Das Basiselement aller Ländergesetze sind Regelungen zu einer Steigerung der Teilnahmezahlen an den Früherkennungsuntersuchungen, um so den Kindern einen Mindestschutz durch ärztliche Kontrolle zuteil werden zu lassen.²⁸⁰ So haben insgesamt 13 Bundesländer²⁸¹ in ihren Landesgesetzen ein formalisiertes Einladungswesen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen normiert. Die Länder *Baden-Württemberg* und *Bayern* hingegen beschränken sich auf die Normierung einer verpflichtenden Teilnahme aller Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen. *Sachsen-Anhalt* normiert als einziges Bundesland weder ein Einladungswesen noch eine Teilnahmeverpflichtung, vielmehr verpflichtet das Landesgesetz eine neu zu schaffende zentrale Stelle zur Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen, um eine höhere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen.

Nach der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) nehmen 81 % der Kinder in Deutschland an sämtlichen Früherkennungsuntersuchungen teil, weitere 16 % nutzen sie teilweise und lediglich 3 % werden nicht von ihren Eltern zur Früherkennungsuntersuchung gebracht.²⁸² Die Studie hat die Teilnahmequote an den einzelnen Untersuchungsstufen für die Jahre 2003 bis 2006 betrachtet, wobei die Teilnahmequote an den Untersuchungen U 1 und U 2 ausgeklammert wurden, da diese beiden Untersuchungen in der Regel noch in der Geburtsklinik vorgenommen werden und daher mit einer Teilnahmequote von nahezu 100 % anzunehmen sind. Nach den Ergebnissen der Studie bleibt die Inanspruchnahme in den ersten beiden Lebensjahren bis zur Untersuchung U 7 weit über der Grenze von 90 % und fällt dabei nur leicht von ca 95 % (U 3) auf etwa 92 % (U 7) ab. Erst im 4. Lebensjahr

²⁷⁹ Ministerpräsidentenkonferenz 2007; Jugendministerkonferenz 2006b, S. 5.

²⁸⁰ *Wabnitz* ZKJ 2-2010, S. 49 ff.

²⁸¹ Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen.

²⁸² Robert-Koch-Institut (Hrsg) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008), Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, RKI, Berlin 12/2008, S. 128.

(U 4) sinkt die Beteiligung der Familien an den Früherkennungsuntersuchungen unter 90 %, um sich dann im 6. Lebensjahr (U9) auf ca 86 % zu reduzieren.²⁸³

Die Bundesländer haben aufgrund der sinkenden Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen mit steigendem Alter des Kindes einen Handlungsbedarf gesehen und sind daher mit unterschiedlichen Zielrichtungen und mit einem unterschiedlichen Rollenverständnis von Jugendamt und Gesundheitsamt gesetzgeberisch tätig geworden. In den Zielrichtungen der Landesgesetze sind verschiedene Grundrichtungen erkennbar (Näheres siehe oben I.3.b).

Während elf Bundesländer das Ziel ausgeben, die Teilnahmequote zu erhöhen, wollen immerhin neun, teilweise andere Länder damit einen Beitrag zur gesundheitlichen Vorsorge leisten. Drei Länder nennen in diesem Zusammenhang auch das Ziel einer ersten groben Risikoselektion. Wiederum für 11 Bundesländer soll die gesetzliche Normierung eines „verbindlichen Einladungswesens“ oder einer Teilnahmepflicht – den Beschlüssen der Ministerpräsidentenkonferenzen entsprechend²⁸⁴ – dem Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch dienen. Vier Bundesländer benennen offen das Ziel, stärkere staatliche Kontrolle zu ermöglichen. Den Hilfedanken zu stärken, die Initiierung von Hilfe zu erleichtern und den Familien den öffentlichen Gesundheitsdienst als Ansprechpartner an die Seite zu stellen, steht – nur – bei drei Bundesländern im Vordergrund.²⁸⁵

2. Früherkennungsuntersuchungen: Was ist das?

Früherkennungsuntersuchungen sind gesetzlich in § 26 SGB V abgesicherte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen für Kinder. Diese Untersuchungen dienen dazu, Krankheiten oder Entwicklungsstörungen bei Kindern frühzeitig zu erkennen, um Gefährdungen der körperlichen, psychischen oder geistigen Entwicklung frühzeitig mit den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen begegnen zu können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als oberstes Beschlussorgan der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland regelt in Form von Richtlinien den

²⁸³ Robert-Koch-Institut (Hrsg) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008), Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, RKI, Berlin 12/2008, S. 128 mwN.

²⁸⁴ Siehe oben I.1.

²⁸⁵ Näheres siehe oben I.3.b.

Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (§ 25 Abs. 4 iVm §§ 91 ff SGB V), legt also fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.²⁸⁶ Der GBA hat in den sogenannten „Kinder-Richtlinien“²⁸⁷ nähere Regelungen zu den ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern ab Geburt bis zur Vollendung des 6. Lebensjahrs festgelegt. Diese sollen in den normierten Zeitabständen von der Kinderärztin oder vom Kinderarzt durchgeführt werden. Die insgesamt zehn Untersuchungen werden abgekürzt durch den Buchstaben U und sind laufend durchnummeriert. Als elfte Untersuchung schließt sich die Jugendgesundheitsuntersuchung (abgekürzt J 1) an. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Tabelle 7: Früherkennungsuntersuchungen nach der Kinder-Richtlinie – Zeitpunkte und Toleranzgrenze

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U 1	Bei Geburt	
U 2	3. – 10. Lebenstag	3. – 14. Lebenstag
U 3	4. – 5. Lebenswoche	3. – 8. Lebenswoche
U 4	3. – 4. Lebensmonat	2. – 4 ½ Lebensmonat
U 5	6. – 7. Lebensmonat	5. – 8. Lebensmonat
U 6	10. – 12. Lebensmonat	9. – 14. Lebensmonat
U 7	21. – 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat
U 7a	34. – 36. Lebensmonat	33. – 38. Lebensmonat
U 8	46. – 48. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat
U 9	60. – 64. Lebensmonat	58. – 66. Lebensmonat
J 1	13. Lebensjahr	

Die Dokumentation der Teilnahme an den Untersuchungen erfolgt in dem vom GBA herausgegebenen Untersuchungsheft für Kinder (sogenanntes gelbes U-Vorsorgeheft). Die ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen U 1 und U 2 erfolgen

²⁸⁶ Im Internet: Homepage des G-BA www.g-ba.de ▶ institution ▶ Glossar ▶ G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss recherchiert am 23.03.2010.

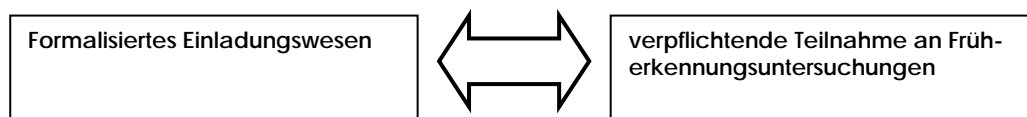
²⁸⁷ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11.11.1976, zuletzt geändert am 18.06.2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 132, S. 3 125 in Kraft getreten am 05.09.2009.

meist noch in der Geburtsklinik, während die späteren Untersuchungen (U 3 bis U 9 bzw. J 1) überwiegend von niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten durchgeführt werden. Sie können auch durch Hausärztinnen und Hausärzte/praktische Ärztinnen und Ärzte erfolgen.

3. Zwei Modelle der gesetzlichen Ausgestaltung

Das gemeinsame Ziel aller Bundesländer, die Steigerung der Inanspruchnahme der vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen, wird in den Landesgesetzen im Wesentlichen durch zwei verschiedene Regelungsmodelle umgesetzt. In der Mehrzahl der Landesgesetze²⁸⁸ – so auch in *Rheinland-Pfalz* – ist das Modell eines *formalisierten Einladungswesens* normiert.

Die Landesgesetzgeber in *Baden-Württemberg* und *Bayern* sind hingegen den Weg gegangen, eine *Pflicht der Personensorgeberechtigten zur Sicherstellung der Früherkennungsuntersuchungen* festzuschreiben, ohne allerdings in den gesetzlichen Regelungen Ausführungen für eine konkrete Gestaltung eines Einladungswesens zu machen.²⁸⁹



Einzig das *Hessische* Kindergesundheitsschutzgesetz normiert sowohl ein formalisiertes Einladungswesen als auch eine Teilnahmepflicht aller Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen.

Sachsen-Anhalt hat als einziges Bundesland weder ein verbindliches Einladungsverfahren noch eine Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen in das Gesetz aufgenommen. Die Gesetzgebung in Sachsen-Anhalt beschränkt sich darauf, der Zentralen Stelle die Aufgabe zuzuweisen, mit den gesetzlichen Krankenkassen zu kooperieren, um eine höhere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen.

²⁸⁸ Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen.

²⁸⁹ Nothhafft, S. Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, 2008 S. 8.

4. Verfahren des Einladungswesens

Die Regelungen eines formalisierten Einladungswesens zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen – die insgesamt 13 Landesgesetze normieren – sind inhaltlich unterschiedlich ausgestaltet. Im Folgenden werden die entsprechenden Regelungen der Länder vergleichsartig dargestellt.

a) Erfasste Früherkennungsuntersuchungen

Keines der 13 Landesgesetze regelt ein Einladungswesen, welches alle – oben dargestellten – zehn Untersuchungszeiträume (U 1 bis U 9) und die sich anschließende Jugenduntersuchung J 1 erfasst. Die Landesgesetze erfassen jeweils nur einen Ausschnitt dieser Zeiträume.

Allen Landesgesetzen gemeinsam ist die Erfassung der Untersuchungsstufen U 6 und U 7, also die ärztlichen Untersuchungen, die das Alter von zehn bis 27 Monaten abdecken.

In der Mehrzahl der Bundesländer sind aber bereits die Untersuchungsstufen ab der Untersuchung U 4 erfasst,²⁹⁰ also ab einem Lebensalter der Kinder von zwei Monaten. Die Erfassung bereits dieser Untersuchungsstufen wird damit begründet, dass sich diese Untersuchungszeiträume in hohem Maße dafür eignen, eventuell vorliegende Erkrankungen, Auffälligkeiten und Bedarfe in der frühkindlichen Entwicklung zu erkennen, aber auch um mögliche Überforderungen von Eltern und Risikofamilien wahrzunehmen und den Familien geeignete Hilfsangebote zu unterbreiten. Die Kinder dieser Altersgruppe erscheinen offenbar als besonders gefährdet, da sie auf die zuverlässige Versorgung durch Erwachsene und auf deren kontinuierliche Fürsorge angewiesen sind.²⁹¹

Niedersachsen und das Saarland haben eine sehr zupackende Regelung getroffen, indem bereits die Untersuchungsstufe U 1, also die Untersuchung unmittelbar nach der Geburt mit umfasst wird. Auch das Landesgesetz von Mecklenburg-Vorpommern setzt sehr früh ein, nämlich bereits ab der Untersuchung U 2, also ab einem Alter von 3 bis 14 Tagen des Kindes.

Die Mehrzahl der Landesgesetze²⁹² erfasst bezüglich der späteren U-Untersuchungen die Untersuchungen bis einschließlich der Untersuchung U 9.

²⁹⁰ In sämtlichen Bundesländern außer: Brandenburg, Hamburg und Nordrhein-Westfalen(ab U5 erfasst).

²⁹¹ So LT-Drucks. SN 4/14409, S. 2.

²⁹² Außer Hamburg und Sachsen.

Die Jugenduntersuchung J 1 wird lediglich in 2 Bundesländern erfasst (Brandenburg und Rheinland-Pfalz).

Das *rheinland-pfälzische* Landesgesetz geht im Vergleich zu den übrigen Landesgesetzen einen Mittelweg, indem das verbindliche Einladungswesen für die Untersuchungsstufen U 4 bis J 1 etabliert wird. Hierbei ist zu bemerken, dass die Festlegung, für welche Untersuchungsstufen das verbindliche Einladungswesen zu etablieren ist, durch das zuständige Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen festgelegt wird. Eine Festlegung im Gesetz wurde vom rheinland-pfälzischen Gesetzgeber für nicht zweckmäßig erachtet, da einerseits eine Änderung der Festlegungen in den Kinder-Richtlinien des GBA erfolgen oder die Umsetzungspraxis des Gesetzes ergeben könnte, dass anderweitige Festlegungen sinnvoller sind.²⁹³ Das Ministerium hat am 4. April 2008 festgelegt, dass das verbindliche Einladungswesen für die Untersuchungsstufen U 4 bis U 9 sowie J 1 einzurichten ist.²⁹⁴

Die Landesgesetze der übrigen Bundesländer haben die Untersuchungszeiträume unmittelbar im Gesetz festgelegt. Die von den einzelnen Landesgesetzen erfassten Untersuchungszeiträume sind in Tabelle 8 übersichtsartig dargestellt:

²⁹³ LT-Drucks. RP 15/1620, S. 22.

²⁹⁴ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 43.

Tabelle 8: Qua Landeskinderschutzgesetz zu erfassende U-Untersuchungen in den Ländern

Erfasste U-Untersuchungen (Bundesland)	U 1	U 2	U 3	U 4	U 5	U 6	U 7	U 7a	U 8	U 9	J 1
Berlin				X	X	X	X	X	X	X	
Brandenburg						X	X	X	X	X	X
Bremen				X	X	X	X	X	X	X	
Hamburg						X	X				
Hessen				X	X	X	X	X	X	X	
Mecklenburg-Vorpommern		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Niedersachsen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Nordrhein-Westfalen					X	X	X	X	X	X	
Rheinland-Pfalz				X	X	X	X	X	X	X	X
Saarland	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Sachsen				X	X	X	X	X			
Schleswig-Holstein				X	X	X	X	X	X	X	
Thüringen			X	X	X	X	X	X	X	X	

b) Durchführung des Einladungswesens

aa) Zuständigkeit (Zentrale Stelle, Vorsorgezentrum etc)

Die Landesgesetze benennen sämtlich eine Zentrale Stelle bzw. eine Behörde, welche für die Durchführung und Koordination des formalisierten Einladungsverfahrens zuständig ist.

Das *rheinland-pfälzische* Landeskinderschutzgesetz regelt in § 5 Abs. 1 die Einrichtung einer Zentralen Stelle beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung und schreibt dieser Stelle die Aufgabe zu, die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter rechtzeitig über die jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchungen zu informieren und zur Teilnahme aufzufordern. Das Gesetz sieht vor, dass die Zentrale Stelle sich zur Erfüllung der im Zusammenhang mit dem Einladungsverfahren zu Früherkennungsuntersuchungen obliegenden Aufgaben

einer anderen Behörde bedienen kann. Mit Zustimmung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen wurden die operativen Aufgaben des Einladungsverfahrens an das Zentrum für Kindervorsorge beim Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg übertragen.²⁹⁵

Die Einrichtung Zentraler Stellen zur Wahrnehmung der Koordinierung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens sehen auch die Landesgesetze in Berlin,²⁹⁶ Hamburg,²⁹⁷ Hessen,²⁹⁸ Mecklenburg-Vorpommern,²⁹⁹ Nordrhein-Westfalen,³⁰⁰ Niedersachsen,³⁰¹ Saarland,³⁰² Schleswig-Holstein³⁰³ und Thüringen³⁰⁴ vor.

Das Landesgesetz in *Brandenburg*³⁰⁵ bestimmt das Landesgesundheitsamt als zuständige Behörde. In *Bremen*³⁰⁶ ist das jeweilige örtliche Gesundheitsamt für die Durchführung des Einladungsverfahrens zuständig. In *Sachsen*³⁰⁷ ist die Kassenärztliche Vereinigung die zuständige Behörde für die Durchführung des Einladungswesens.

bb) Einladungsverfahren

Zum Einladungsverfahren finden sich in den verschiedenen Bundesländern im Wesentlichen zwei unterschiedliche Modelle:

- ein *proaktives Einladungsmodell*, bei dem vor der jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchung auffordernd „eingeladen“ wird, diese in Anspruch zu nehmen;
- ein *reaktives Erinnerungsmodell*, bei dem bei Nichtfeststellbarkeit der Teilnahme quasi „im Nachhinein“ erinnert wird, die Früherkennungsuntersuchung noch in Anspruch zu nehmen.

Insgesamt gibt es zwischen diesen zwei Modellen unterschiedliche Spielarten, können auf Einladungen Erinnerungen folgen oder kann die gesetzlich vorgegebene Praxis je nach U-Untersuchung variieren.

²⁹⁵ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 49.

²⁹⁶ § 4 KiSchuG BE: Charité Universitätsklinikum.

²⁹⁷ § 6a GDG HH.

²⁹⁸ § 3 Abs. 1 KindergesundheitsSchuG HE: Hessisches Kindervorsorgezentrum.

²⁹⁹ § 15b Abs. 1 ÖGDG MV: Servicestelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales.

³⁰⁰ § 3 Abs. 1 UteilnahmeDatVO NW: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit.

³⁰¹ § 2 FrüherkUG NI.

³⁰² § 8 a Abs. 1 S. 3 GDG SL: Zentrum für Kindervorsorge beim Universitätsklinikum des Saarlandes.

³⁰³ § 7a ÖGDG SH: Landesamt für Soziale Dienste (§ 2 LVO zur Durchführung von KinderfrüherkU).

³⁰⁴ § 2 FKG TH: Vorsorgezentrum für Kinder.

³⁰⁵ § 7 Abs. 1 GDG BB: Landesgesundheitsamt.

³⁰⁶ § 14 a Abs. 1 GDG Bremen: Gesundheitsamt Bremen.

³⁰⁷ § 7 KischuG SN.

(1) Proaktive Einladung

In *Rheinland-Pfalz* übermitteln die Meldebehörden der Zentralen Stelle die Meldedaten aller in Rheinland-Pfalz lebenden Kinder der entsprechenden Altersstufen.³⁰⁸ Auf Grundlage dieser Daten werden die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter aller Kinder im entsprechenden Alter durch die Zentrale Stelle rechtzeitig vor Beginn des jeweiligen Untersuchungszeitraums der anstehenden Früherkennungsuntersuchung über diese Untersuchung schriftlich informiert. Sie erhalten eine individuelle, auf das Lebensalter und die bevorstehende Früherkennungsuntersuchung abgestimmte Einladung, einzeln und zeitnah zu den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen.³⁰⁹ Die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter werden durch die Zentrale Stelle mit ausdrücklichem Hinweis auf ihre Mitverantwortung für die gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder zur Teilnahme an den jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchungen aufgefordert und umfassend über die nach dem Gesetz vorgesehenen Verfahrensabläufe bei Inanspruchnahme bzw. Nichtinanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen aufgeklärt.³¹⁰ Eine Pflicht zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen sieht das rheinland-pfälzische Gesetz nicht vor, sondern laut Gesetzesbegründung soll es nur den Zweck verfolgen, die Eltern durch ausreichende Information und Aufklärung von dem Nutzen der Früherkennungsuntersuchungen „hinzuweisen“ und die Eltern dadurch zur Sicherstellung der Teilnahme zu „motivieren“.³¹¹

Auf der anderen Seite dieser „Freiwilligkeit“ soll durch die verbindliche Einladung aller Kinder eine möglichst lückenlose Erfassung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen aller in dem jeweiligen Bundesland lebenden Kinder erreicht werden. Nach den Vorstellungen des Landesgesetzgebers soll durch den mit der Einladung verbundenen Hinweis der gesetzlichen Vertreter auf die jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchung und die damit verbundene Aufklärung die Aufmerksamkeit der Eltern auf den Sinn und Zweck der Untersuchungen gerückt werden und das Verantwortungsbewusstsein und die Erziehungskompetenzen der Eltern sollen unterstützt werden.³¹² Die Erinnerung durch die staatlichen Behörden an die Teilnahme wird von einigen Eltern allerdings auch als staatliche Einmischung in ihre Elternbelange und Misstrauen empfunden; rechtlich gesehen sind damit Grundrechtseingriffe verbunden.

³⁰⁸ § 6 Abs. 2 LKindSchuG RP.

³⁰⁹ LT- Drucks. RP 15/1620 S. 21.

³¹⁰ § 7 Abs. 1 LKindSchuG.

³¹¹ LT- Drucks. RP 15/1620 S. 15.

³¹² LT-Drucks. RP 15/1620 S. 16.

In *Brandenburg*,³¹³ *Bremen*,³¹⁴ *Niedersachsen*,³¹⁵ *Schleswig-Holstein*³¹⁶ und *Thüringen*³¹⁷ erfolgt ebenso wie in Rheinland-Pfalz eine Einladung der Zentralen Stelle an alle im jeweiligen Bundesland lebenden Kinder der entsprechenden Altersstufen rechtzeitig vor Beginn des jeweiligen Untersuchungszeitraumes der anstehenden Untersuchungsstufe.

Das *saarländische* Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung regelt im Unterschied zu Rheinland-Pfalz, die Einladung der gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter aller im Saarland lebenden Kinder, deren Früherkennungsuntersuchung bevorsteht, in einer Kann-Vorschrift, d.h. eine Einladung kann erfolgen, ist aber nicht gesetzlich verbindlich vorgesehen.³¹⁸ Diese Kann-Vorschrift wird durch die am 12. April 2007 erlassene Verordnung über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in § 4 Abs. 1 dahingehend ausgestaltet, dass – ebenso wie in Rheinland-Pfalz – eine Einladung aller im Saarland lebenden Kinder verbindlich erfolgt.³¹⁹ Durch diese Regelung des Einladungsverfahrens für alle im Saarland lebenden Kinder (unabhängig von einer bisherigen Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen), welche in Form einer Kann-Vorschrift geregelt wurde, hat sich der saarländische Gesetzgeber die Möglichkeit offengehalten, dieses Verfahren nicht mehr durchzuführen, falls es sich in der Umsetzungspraxis des Gesetzes als nicht tauglich oder problematisch herausstellen sollte.

(2) *Reaktive Erinnerung*

In *Berlin*,³²⁰ *Hamburg*,³²¹ *Hessen*,³²² *Mecklenburg-Vorpommern*,³²³ *Nordrhein-Westfalen*³²⁴ und *Sachsen*³²⁵ ist das so genannte Einladungsverfahren in einem reaktiven Erinnerungsmodell geregelt. Auch in diesen Bundesländern übermitteln die jeweiligen Meldebehörden der für das Einladungsverfahren zuständigen Stelle die Meldedaten aller im jeweiligen Bundesland lebenden Kinder der entsprechenden Alterstufen. Anders als im zuvor dargestellten Modell in Rheinland-Pfalz erfolgt in diesen Bundesländern allerdings vorab keine Einladung der gesetzli-

³¹³ § 7 Abs. 1 GDG BB.

³¹⁴ § 14a GDG GDG BR.

³¹⁵ § 2 FrüherkUG NI.

³¹⁶ § 4 ÖGDG SH.

³¹⁷ § 4 FKG TH.

³¹⁸ § 8 a Abs. 4 S. 1 GDG SL.

³¹⁹ § 4a Abs. 1 VO über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder SL.

³²⁰ § 6 Abs. 1 KiSchuG BE.

³²¹ § 7a Abs. 4 GDG HH.

³²² § 3 Abs. 1 KindergesundheitsG HE.

³²³ § 15b Abs. 5 ÖGDG MV.

³²⁴ § 3 UTeilnahmeDatVO NW.

³²⁵ § 2 Abs. 2 KiSchuG SN.

chen Vertreterinnen und Vertreter aller im jeweiligen Bundesland lebenden Kinder zu den jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchungen.

Die zuständigen Stellen ermitteln durch einen Datenabgleich der ihnen von den Meldebehörden übermittelten Daten mit den Untersuchungsbestätigungen, die ihnen von Ärztinnen und Ärzten übersandt werden, die die Früherkennungsuntersuchungen durchführen, diejenigen Kinder, die bisher nicht an der jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter dieser Kinder werden dann schriftlich von der zuständigen Stelle an die Teilnahme an der verpassten Früherkennungsuntersuchung erinnert und zur Nachholung aufgefordert.

Eine Besonderheit des Verfahrens in *Mecklenburg-Vorpommern* ist, dass die Servicestelle ein nach den jeweiligen Untersuchungsstufen differenziertes Erinnerungsschreiben an die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter versendet. Ermittelt die Servicestelle beim Datenabgleich, dass eine Früherkennungsuntersuchung der Untersuchungsstufen U 2 bis U 5 nicht wahrgenommen wurde, weist sie die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter in dem Erinnerungsschreiben auf die Teilnahme an der nächstfolgenden Kinderfrüherkennungsuntersuchung hin. Wird die Nichtteilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung der Untersuchungsstufen U 6 bis U 9 durch die Servicestelle festgestellt, fordert diese die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter zur Nachholung der nicht wahrgenommenen Kinderuntersuchung auf.³²⁶

Auch *Sachsen* hat das Modell der reaktiven Erinnerung in seinem Landesgesetz aufgegriffen, allerdings unterscheidet sich das sächsische Verfahren in seiner Ausgestaltung von den reaktiven Erinnerungsverfahren der anderen Bundesländer. Statt an eine Zentrale Stelle – wie in den anderen Ländern – übermittelt die Sächsische Anstalt für Kommunale Datenverarbeitung die entsprechenden Meldedaten aller Kinder in Sachsen an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. Auch die Ärztinnen und Ärzte, die eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt haben, übermitteln die Daten unter Angabe der Untersuchungsstufe der vorgenommenen Untersuchung an die Kassenärztliche Vereinigung.³²⁷ Aufgrund eines Abgleichs der übermittelten Daten ermittelt die Kassenärztliche Vereinigung diejenigen Kinder, zu denen keine Untersuchungsbescheinigungen vorliegen und übermittelt die entsprechenden Daten dieser Kinder unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt. Geht nach Übermittlung der Daten an das Gesundheitsamt eine Untersuchungsbestätigung ein, muss die Kassenärztliche Vereini-

³²⁶ § 15b Abs. 5 GÖDG MV.

³²⁷ § 2 Abs. 2 KiSchuG SN.

gung dies unverzüglich mitteilen.³²⁸ Das zuständige Gesundheitsamt – und nicht wie in den anderen Ländern mit reaktivem Erinnerungsverfahren die zentrale Stelle – erinnert die gesetzliche Vertreterin oder den gesetzlichen Vertreter der betreffenden Kinder dann schriftlich an die Nachholung der versäumten Früherkennungsuntersuchung.³²⁹

cc) Problem: nicht krankenversicherte Kinder

Die Früherkennungsuntersuchungen sind gesetzlich abgesicherte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen für Kinder. Es stellt sich daher die Frage, ob die Landesgesetze auch die Untersuchungen nicht krankenversicherter Kinder erfassen.

Das *rheinland-pfälzische* Landesgesetz sieht ein zentrales Einladungs- und Erinnerungswesen für alle Kinder unabhängig von ihrem Versicherungsstatus vor. Eingeladen werden alle Kinder, die in Rheinland-Pfalz gemeldet sind (§ 7 Abs. 1 S. 1 LKindSchuG RP). Maßgeblicher Anknüpfungspunkt für das Einladungsverfahren ist daher der Wohnsitz des Kindes in Rheinland-Pfalz. Kinder, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, werden von der Zentralen Stelle zu Untersuchungen eingeladen, die den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V vergleichbar sind.³³⁰ Die Kosten für diese Untersuchungen werden vom Land übernommen und die Familien in der (Wieder-)Erlangung des Krankenversicherungsstatus beraten und unterstützt.

Entsprechende Regelungen treffen auch die Landesgesetze in *Berlin*,³³¹ *Brandenburg*,³³² *Bremen*,³³³ *Hamburg*,³³⁴ *Hessen*,³³⁵ *Niedersachsen*,³³⁶ *Nordrhein-Westfalen*,³³⁷ *Sachsen*³³⁸ und *Thüringen*.³³⁹

Das *Saarland*,³⁴⁰ *Mecklenburg-Vorpommern*³⁴¹ und *Schleswig-Holstein*³⁴² regeln ausdrücklich, dass für das Einladungsverfahren alle Kinder des jeweiligen Alters,

³²⁸ § 2 Abs. 3 KiSchuG SN.

³²⁹ § 2 Abs. 4 KiSchuG SN.

³³⁰ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 48.

³³¹ § 6 KiSchuG BE.

³³² § 7 Abs. 1 GDG BB.

³³³ § 14a Abs. 1 S. 2 GDG Bremen.

³³⁴ § 7a GDG HH.

³³⁵ § 1 Abs. 1 KindergesundheitsG HE.

³³⁶ § 2 Abs. 1 FrüherkUG NI.

³³⁷ § 1 Abs. 1 UTeilnahmeDatVO.

³³⁸ § 2 Abs. 1 KiSchG SN.

³³⁹ § 4 FKG TH.

³⁴⁰ § 8a Abs. 1 GDG SL.

³⁴¹ § 15b Abs. 1 ÖGDG MV.

³⁴² § 7a Abs. 1 ÖGDG SH.

sowohl gesetzlich krankenversichert als auch nicht gesetzlich krankenversichert, ermittelt werden und dann unabhängig vom Versicherungsstatus zur Teilnahme an den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen eingeladen bzw. in Mecklenburg-Vorpommern an die Teilnahme erinnert werden.

dd) Problem: vorübergehend im Ausland lebende, in Rheinland-Pfalz gemeldete Kinder

Da das LKindSchuG RP für in Rheinland-Pfalz gemeldete Kinder, die sich vorübergehend im Ausland aufhalten, keine abweichende Regelung vorsieht, gilt grundsätzlich auch für diese dasselbe Verfahren wie für in Rheinland-Pfalz lebende Kinder. Gleichwohl ergeben sich für diese Fallkonstellationen besondere Konsequenzen.

Zum einen besteht das Problem, dass der rheinland-pfälzische Gesetzgeber eine Meldeverpflichtung über die Wahrnehmung der Untersuchungen nur für die in Rheinland-Pfalz praktizierenden Ärztinnen und Ärzte festgeschrieben hat (und selbstredend festschreiben konnte), sodass, wenn eine Untersuchung im Ausland vorgenommen wurde, kein Adressat der in § 7 Abs. 2 S. 1 LKindSchuG RP festgeschriebenen Übermittlungsverpflichtung vorhanden ist. Vielmehr steht die Ausfertigung der Untersuchungsbestätigung im freien Belieben der Ärztin oder des Arztes und die Rücksendung in der alleinigen Entscheidungsfreiheit der Eltern.

Zum anderen setzt zwar, sofern keine Untersuchungsbestätigung in der zentralen Stelle eingeht, grundsätzlich das weitere „normale“ Verfahren nach §§ 8, 9 LKindSchuG mit Meldungen an das Gesundheitsamt und ggf. auch ans Jugendamt ein. Gleichwohl gilt zu berücksichtigen, dass fehlende Rückmeldungen in diesen ausländischen Fallkonstellationen möglicherweise auf besonderen praktischen Gründen beruht, wie z.B. dass der Arzt die Untersuchungsbestätigung nicht ausfüllen kann bzw. will oder zwar die Untersuchungen vornehmen würde, aber die im jeweiligen Land vorgesehenen und damit abrechenbaren Untersuchungszeitpunkte andere als die in den Kinder-Richtlinien vorgesehenen sind. Diese Hindernisse lösen einen anderen Handlungsbedarf der zur Reaktion verpflichteten Gesundheits- bzw. Jugendämtern aus, als bei Eltern, die sich um die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nicht gekümmert haben oder gar bewusst verweigern.

Das aus der rheinland-pfälzischen Praxis berichtete Drängen von Gesundheitsämtern auf die Wahrnehmung von kinderärztlichen Untersuchungen im Ausland, deren Inhalte (genau) denen der deutschen entsprechen sollen, dürfte hierbei im

Widerspruch zur Freiwilligkeit der Untersuchung stehen und nicht mit der Zielsetzung des Gesetzes übereinstimmen, zur Inanspruchnahme von kinderärztlicher Vorsorge zu motivieren. Es erscheint daher – auch vor dem Hintergrund des Gesetzes – ausreichend und zielführender, dass in diesen Fällen das Gesundheitsamt die Eltern über die Bedeutung und Inhalte der Untersuchungen informiert. Es wäre zu entscheiden, ob die Eltern im Rahmen dieser Information gleichzeitig gebeten werden sollen oder nicht, nach der Wahrnehmung der Untersuchung einen entsprechenden Nachweis (ggf mit Untersuchungsinhalten) zuzusenden. Eine Pflicht zum Nachweis besteht aus rechtlicher Sicht jedenfalls nicht. Eine faktische Einführung in der Praxis würde nur unnötigen weiteren Bürokratieaufwand bedeuten.

5. Meldesysteme und Datenweitergaben

a) Nachweis und Erhebung der Teilnahmedaten: Inhalt, Form und Regelung

aa) Übermittlung der Meldedaten an die zuständige Behörde

Die Meldebehörden der jeweiligen Bundesländer sind aufgrund des jeweiligen Landesgesetzes ermächtigt und verpflichtet, den zuständigen Behörden die Meldedaten der jeweiligen Kinder zur Durchführung des Einladungs- und Erinnerungswesens zu übermitteln.

Welche Daten die jeweiligen Behörden übermitteln, ist in Tabelle 9 dargestellt:

Tabelle 9: Gesetzlich festgeschriebene Meldedaten

Bundesland	BE	BB	BR	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	SH	TH
<i>Meldeinhalte</i>													
<i>Vor- und Familienname</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Frühere Namen</i>	X	X		X					X			X	X
<i>Geschlecht</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
<i>Gegenwärtige Anschrift</i>	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
<i>Frühere Anschrift</i>	X						X		X				X
<i>Tag des Ein- und Auszugs</i>					X				X				X
<i>Tag und Ort der Geburt</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Sterbetag und -ort</i>	X				X	X	X	X	X			X	X
<i>Vor- und Familiennamen des gesetzlichen Vertreters (gV)</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Anschrift des gV</i>	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Tag der Geburt des gV</i>									X		X		
<i>Geschlecht des gV</i>				X					X				
<i>Akademischer Titel des gV</i>	X			X			X		X		X		X
<i>Sterbetag des gV</i>											X		
<i>Staatsangehörigkeit</i>									X				X
<i>Auskunftssperren</i>				X	X		X	X	X				X

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, werden nur drei von insgesamt 16 unterschiedlichen personenbezogenen Daten, die mindestens in einem Bundesland gesetzlich determiniert weitergegeben werden, in allen Ländern übermittelt, nämlich Vor- und Familienname des Kindes, Geburtsdatum und -ort des Kindes sowie Vor- und Familienname des gesetzlichen Vertreters.

Ebenfalls lässt sich ersehen, dass Rheinland-Pfalz mit 15 von 16 möglichen personenbezogenen Daten im Vergleich zu den übrigen Bundesländern deutlich die meiste Datenübermittlung vorsieht. Das thüringische Gesetz sieht auch immerhin noch die Übermittlung von 13 der 16 möglichen personenbezogenen Daten zur Übermittlung vor. Am wenigsten Daten übermitteln Bremen (mit 5/16) sowie SH und SL (mit jeweils 6/16).

Datenschutzrechtlich ist der Gesetzgeber an das Prinzip der Datensparsamkeit gebunden, d.h. er hat gemäß des verfassungsrechtlichen Gebots der Erforderlichkeit Datenverarbeitungsvorgänge grundsätzlich an dem Ziel auszurichten, keine oder so wenig Daten wie möglich zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.³⁴³ Der rheinland-pfälzische Gesetzgeber muss sich daher an der Frage messen lassen, ob die von ihm so weitreichend erhobenen Daten für die Aufgabenerfüllung des Einladungsverfahrens tatsächlich erforderlich sind. Dies darf nicht nur deshalb bezweifelt werden, weil andere Bundesländer offenbar mit deutlich weniger Daten auskommen, sondern auch, weil unklar bleibt, wofür beispielsweise im Rahmen des Einladungsverfahrens das Geburtsdatum oder das Geschlecht des gesetzlichen Vertreters benötigt werden. Auch hinsichtlich der Erfassung früherer Anschriften und Ein- und Auszugsdaten dürfte die Erforderlichkeit kritisches Hinterfragen verdienen.

Das rheinland-pfälzische Signal, möglichst viel Informationen zur Verfügung stellen zu wollen, deutet jedenfalls auf einen starken Willen hin, die Kinder und ihre Eltern unbedingt und von allen den Aufenthalt ermitteln zu wollen, um die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung sicherzustellen. Auch steht das aus der Praxis berichtete und dort so genannte „Eltertracking“, bei dem die Gesundheits- und Jugendämter alles daransetzen, der Eltern und ihrer Kinder im In- oder Ausland habhaft zu werden, ebenfalls in Widerspruch zur – auch ausdrücklich vom Gesetzgeber betonten – Freiwilligkeit der Teilnahme.³⁴⁴ Für Behörden ist es wegen der gesetzlichen Pflichten ein Problem, wenn sie bei einzelnen Familien nicht oder nur unter Schwierigkeiten feststellen können, ob die Früherkennungsuntersuchung tatsächlich nicht wahrgenommen wurde und sie ggf. deshalb nicht für die freiwillige (!) Inanspruchnahme werben können. Den Gesundheitsämtern und Jugendämtern stellt sich die Frage, ob bzw. inwieweit sie im Nachhinein belangt werden können, wenn sie den Aufenthalt eines Kind nicht ermittelt haben.

bb) Erfassung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen

In *Rheinland-Pfalz* erfolgt die Einladung der Zentralen Stelle mittels eines einheitlichen Einladungsformulars mit einer angehängten Untersuchungsbestätigung zu Früherkennungsuntersuchungen. Diese Untersuchungsbestätigung ist von dem untersuchenden Arzt innerhalb von drei Arbeitstagen nach der Früherkennungsuntersuchung in schriftlicher Form oder auf elektronischem Weg an die Zentrale Stelle zu übermitteln (§ 7 Abs. 2 S. 1 LKiSchuG RP). Das Gesetz verpflichtet die

³⁴³ Vgl § 3a BDSG, *Bizer*, in: Simitis, Bundesdatenschutzgesetz, 6. Aufl. 2006, § 3a Rn 2.

³⁴⁴ LT-Drucks. RP 15/1620, 17.

Ärztinnen und Ärzte zur Übersendung der Untersuchungsbestätigung, eine Einwilligung der gesetzlichen Vertreter ist nicht erforderlich. Übermittelt werden ausschließlich Daten der Teilnahme der Früherkennungsuntersuchungen. Medizinische Untersuchungsbefunde oder medizinisch sensible Daten sind von der Übermittlung ausgeschlossen.³⁴⁵

Auch in allen anderen Landesgesetzen zu Früherkennungsuntersuchungen wird die Teilnahme an der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung darüber kontrolliert, dass die Ärztin oder der Arzt, die bzw. der eine Untersuchung durchführt (sowie Hebammen und Entbindungspfleger³⁴⁶), unverzüglich³⁴⁷ bzw. innerhalb von drei,³⁴⁸ fünf³⁴⁹ oder 14³⁵⁰ Tagen eine Untersuchungsbestätigung an die Zentrale Stelle bzw. die zuständige Behörde übermittelt. Das saarländische Gesetz sieht dagegen keine Frist für die Übermittlung der Untersuchungsbestätigung vor.

Die Erfassung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen kann problematisch sein, wenn die Früherkennungsuntersuchung bei einem Arzt außerhalb des Heimatbundeslandes vorgenommen wurde.

Das *rheinland-pfälzische* Landeskinderschutzgesetz sieht hierfür keine spezielle Regelung vor, sodass Früherkennungsuntersuchungen, die außerhalb von Rheinland-Pfalz durchgeführt werden, nur dann bei der Zentralen Stelle erfasst werden, wenn die Ärztinnen oder Ärzte aus dem anderen Bundesland die durchgeführte Untersuchung mittels Rückmeldebogen auf freiwilliger Basis zurückmelden. In allen anderen Fällen kommt es jedoch dazu, dass die gesetzlichen Vertreter ein Erinnerungsschreiben der Zentralen Stelle erhalten, obwohl die entsprechende Untersuchung bereits vorgenommen wurde.

Die Landesgesetze in *Berlin*,³⁵¹ *Hamburg*,³⁵² *Niedersachsen*³⁵³ und *Thüringen*³⁵⁴ regeln, dass für den Fall, dass eine Früherkennungsuntersuchung außerhalb des eigenen Bundeslands durchgeführt wird, die Personensorgeberechtigten sich eine Untersuchungsbescheinigung ausstellen lassen und diese an die Zentrale Stelle übermitteln sollen. Aufgrund dieser Regelung in den Landesgesetzen, soll vermieden werden, dass Eltern an die Teilnahme ihrer Kinder an einer Früher-

³⁴⁵ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 60.

³⁴⁶ So in § 8a Abs. 2 GDG SL.

³⁴⁷ Brandenburg, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen.

³⁴⁸ Thüringen für U 3 bis U6.

³⁴⁹ Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen für U 7 bis U9.

³⁵⁰ Mecklenburg-Vorpommern.

³⁵¹ § 6 Abs. 4 KiSchuG Berlin.

³⁵² § 7a Abs. 3 GDG HH.

³⁵³ § 3 Abs. 2 FrüherkUG Niedersachsen.

³⁵⁴ § 6 Abs. 3 FKG TH.

kennungsuntersuchung erinnert werden, obwohl diese bereits vorgenommen wurde. Die Vorschrift ist allerdings nur als Soll-Vorschrift ausgestaltet, sodass es auch in diesen Fällen zu Falschmeldungen bzw. nicht erforderlichen Erinnerungsschreiben kommen kann, wenn die Eltern die Untersuchungsbestätigung nicht an die Zentrale Stelle übermitteln. Allerdings liegt die Übermittlung im Verantwortungsbereich der Eltern und die Eltern sind darüber informiert, dass im Falle der Nichtübermittlung an die Zentrale Stelle von dort Einladungs- bzw. Erinnerungsmaßnahmen vorgenommen werden.

Die übrigen Landesgesetze enthalten ebenso wie das rheinland-pfälzische Gesetz keine Regelung für diese Fälle.

b) (Zweite) Erinnerung durch die Zentrale Stelle

Wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Untersuchungszeitraums keine Untersuchungsbestätigung für die erfassten Untersuchungsstufen bei der Zentralen Stelle eingeht, werden nach dem *rheinland-pfälzischen* Gesetz die gesetzlichen Vertreter/innen an die Teilnahme zur versäumten Früherkennungsuntersuchung erinnert.³⁵⁵

Eine entsprechende Regelung treffen auch die Landesgesetze von *Brandenburg*,³⁵⁶ *Bremen*,³⁵⁷ *Niedersachsen*,³⁵⁸ *Saarland*,³⁵⁹ *Schleswig-Holstein*³⁶⁰ und *Thüringen*³⁶¹. Die Landesgesetze von *Hamburg*³⁶² und *Hessen*,³⁶³ die beide das Modell der reaktiven Erinnerung verfolgen, sehen vor, dass in diesen Fällen eine nochmalige Erinnerung der Eltern an die Teilnahme erfolgt.

Eine Besonderheit des *saarländischen* Gesetzes ist, dass auch Versäumnisse bei den Untersuchungen U 1 bis U 3 erfasst werden. In diesen Fällen erfolgt allerdings keine Erinnerung an die Nachholung der Untersuchung, vielmehr erfolgt direkt eine Übermittlung der Daten an das zuständige Gesundheitsamt.³⁶⁴

³⁵⁵ Aufgrund der Regelung des § 7 Abs. 3 LKischiG RP wurde dies vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz festgelegt.

³⁵⁶ § 7 Abs. 3 GDG BB.

³⁵⁷ §14a Abs. 3 GDG BR.

³⁵⁸ § 4 FrüherkUG NI.

³⁵⁹ § 8a GDG SL.

³⁶⁰ § 7a ÖGDG SH.

³⁶¹ § 6 FKG TH.

³⁶² § 7a Abs. 4 GDG HH.

³⁶³ § 3 Abs. 1 KindergesundheitsG HE, die Erinnerung ist fakulativ.

³⁶⁴ § 8 a Abs. 5 Alt. 1 GDG SL; *Meysen/Schönecker/Kindler*, in: dies. Frühe Hilfen im Kinderschutz, 2009, S. 145.

c) **Meldung über nicht festgestellte Teilnahme**

aa) **Gesundheitsamt und/oder Jugendamt**

Wird die Früherkennungsuntersuchung nach durchgeführtem Einladungs- und/oder Erinnerungsverfahren nicht durchgeführt bzw. nicht rechtzeitig nachgeholt, ist die gemeinsame Konsequenz aller Landesgesetze eine weitere Datenübermittlung der Meldedaten der Person sowie der Bezeichnung der versäumten Untersuchung. An welche Behörde diese Datenübermittlung erfolgt, ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt.

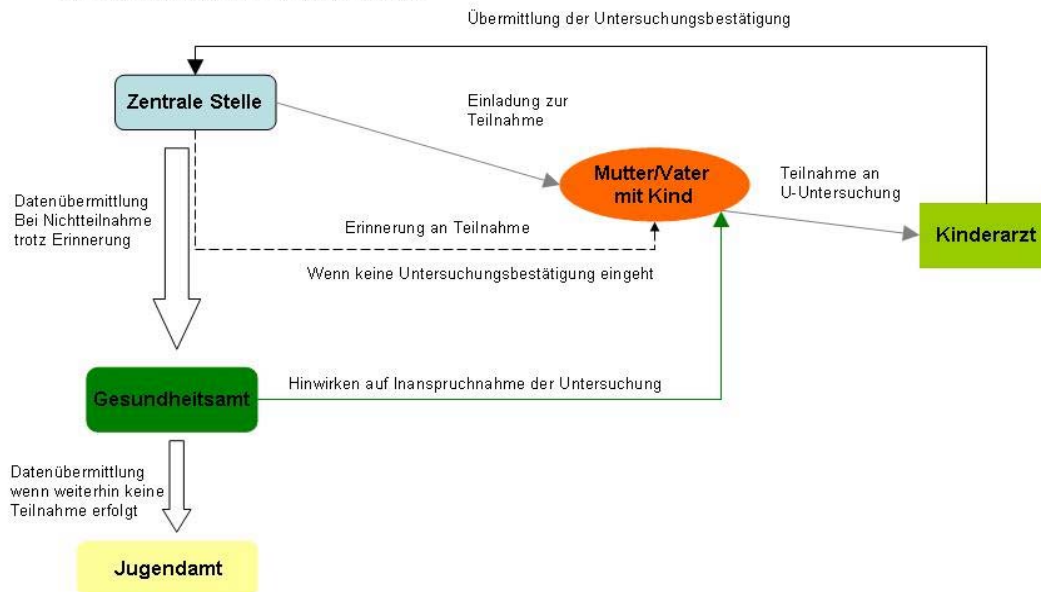
Das *rheinland-pfälzische* Gesetz regelt für den Fall, dass auch nach der Erinnerung zur Teilnahme an der jeweiligen U-Untersuchung keine Untersuchungsbestätigung bei der Zentralen Stelle eingeht, eine unverzügliche Übermittlung der Meldedaten des jeweiligen Kindes sowie der Bezeichnung der versäumten Früherkennungsuntersuchung an das örtlich zuständige Gesundheitsamt erfolgt. Geht die Untersuchungsbestätigung nach der Datenübermittlung bei der Zentralen Stelle ein, teilt sie dies dem Gesundheitsamt unverzüglich mit.³⁶⁵ Die Übermittlung der Daten erfolgt schriftlich mit verschlossenem Umschlag oder auf elektronischem Weg. Nach § 8 Abs. 1 S. 4 Halbs. 2 LKiSchuG RP ist bei der Datenübermittlung durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Daten ausschließlich den mit dieser Aufgabe betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamts zur Kenntnis gelangen. Dies bedeutet, dass in den jeweiligen Gesundheitsämtern die Personen eindeutig benannt werden müssen, die mit den Aufgaben nach dem LKiSchuG RP betraut sind.³⁶⁶

Das Gesundheitsamt setzt sich unverzüglich nach Datenübermittlung mit der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter des Kindes in Verbindung und wirkt auf eine Inanspruchnahme der versäumten Früherkennungsuntersuchung hin. Wird trotz dieser Maßnahmen eine Teilnahme an der jeweiligen Untersuchung nicht erreicht, übermittelt das Gesundheitsamt die Daten zusammen mit der Angabe, welche Früherkennungsuntersuchung versäumt wurde, an das örtlich zuständige Jugendamt.

³⁶⁵ § 8 Abs. 1 LKiSchuG RP.

³⁶⁶ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 71.

Schematische Darstellung des Einladungswesens in Rheinland-Pfalz



In den Landesgesetzen von *Berlin*, *Mecklenburg-Vorpommern*, *Saarland* und *Schleswig-Holstein* ist der Ablauf des Einladungsverfahrens systematisch ebenso strukturiert wie im rheinland-pfälzischen Regelungssystem. In allen vier Bundesländern erfolgt bei Nichtteilnahme des Kindes trotz Einladung³⁶⁷ und Erinnerung³⁶⁸ an der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung eine Datenübermittlung der Meldedaten an das zuständige Gesundheitsamt. Erfolgt auch nach den Bemühungen des Gesundheitsamts keine Untersuchungsteilnahme, werden die Meldedaten an das zuständige Jugendamt übermittelt.

Das *schleswig-holsteinische Gesetz* regelt im Unterschied zum rheinland-pfälzischen Gesetz, dass bei Nichtteilnahme trotz Erinnerung eine Weiterleitung der Meldedaten an die Kreise und kreisfreien Städte erfolgt. Von den insgesamt elf Landkreisen und vier kreisfreien Städten in Schleswig Holstein wurde in fünf Kommunen bestimmt, dass die Verantwortlichkeit direkt beim Jugendamt liegt.³⁶⁹ In allen anderen Kommunen ist das Gesundheitsamt zuständig und das Verfahren daher mit dem rheinland-pfälzischen System vergleichbar.

Auch das *brandenburgische Gesetz* sieht eine Datenübermittlung an die Landkreise und kreisfreien Städte vor.³⁷⁰ Nach dem vom Landesgesundheitsamt als Zentrale Stelle herausgegebenen Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg sind in den Kreisen und kreisfreien Städten die

³⁶⁷ § 6 Abs. 1 KiSchuG BE, § 5 ÖGDG MV.

³⁶⁸ § 7 Abs. 3 LKindSchuG RP, § 8a Abs. 4 GDG SL, § 7a Abs. 4 GÖDG SH.

³⁶⁹ Landeskinderschutzbericht Schleswig-Holstein, 2009, S. 26.

³⁷⁰ § 7 Abs. 3 GDG BB.

Gesundheitsämter die zuständigen Stellen, daher erfolgt in Brandenburg – ähnlich wie in Rheinland-Pfalz – eine Übermittlung der Daten an das zuständige Gesundheitsamt.³⁷¹

Auch in *Bremen* und *Sachsen* ist eine Datenübermittlung an das örtlich zuständige Jugendamt geregelt. Diese erfolgt allerdings erst, nachdem das für das Einladungsverfahren zuständige Gesundheitsamt gezielt Kontakt mit den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern aufgenommen hat, einen Hausbesuch und gleichzeitige Durchführung der versäumten Früherkennungsuntersuchung während dieses Hausbesuchs³⁷² oder gesundheitlicher Aufklärung und Beratung unter Benennung geeigneter Ärzte und Durchführung der Untersuchung durch das Gesundheitsamt³⁷³ angeboten hat. Wird dieses Angebot ohne hinreichende und nachgewiesene Gründe abgelehnt, übermittelt das Gesundheitsamt dem Jugendamt die Meldedaten des betreffenden Kindes.³⁷⁴ Das sächsische Gesetz regelt zudem, dass dem Gesundheitsamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes vorliegen müssen, damit eine Übermittlung der Daten an das Jugendamt zulässig ist.³⁷⁵

Der Ablauf des Einladungsverfahrens in *Brandenburg*, *Bremen* und *Sachsen* ist dem Einladungsverfahren in Rheinland-Pfalz insofern vergleichbar, als auch hier nach erfolglosen Bemühungen des Gesundheitsamts, die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter zur Teilnahme ihrer Kinder an der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung zu motivieren, eine Weiterleitung der Daten an das Jugendamt erfolgt. Der Unterschied der beiden Systeme (also des Systems in Brandenburg, Bremen und Sachsen und dem rheinland-pfälzischen System) ist allerdings darin zu sehen, dass im rheinland-pfälzischen System die Zuständigkeit der Durchführung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens bei einer speziell zu diesem Zweck geschaffenen zentralen Stelle liegt. Die Befassung des Gesundheitsamts mit einer Familie erfolgt erst, nachdem die Bemühungen der zentralen Stelle erfolglos waren, quasi als zweite Ebene des Verfahrens. In Brandenburg und Bremen ist das Gesundheitsamt (bzw. in Brandenburg das Landesgesundheitsamt) bereits auf erster Ebene zuständig, da dieses für die Durchführung des Einladungs- und Erinnerungswesens zuständig ist.

³⁷¹ Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg), Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg Februar 2010, S. 148.

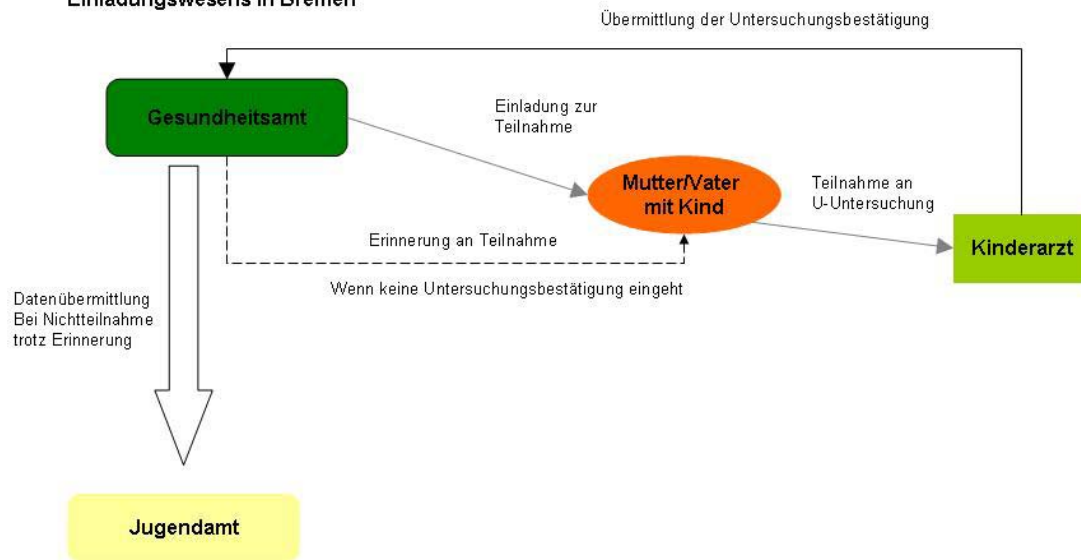
³⁷² § 14a Abs. 4 GDG BR.

³⁷³ § 2 Abs. 4 KiSchG SN.

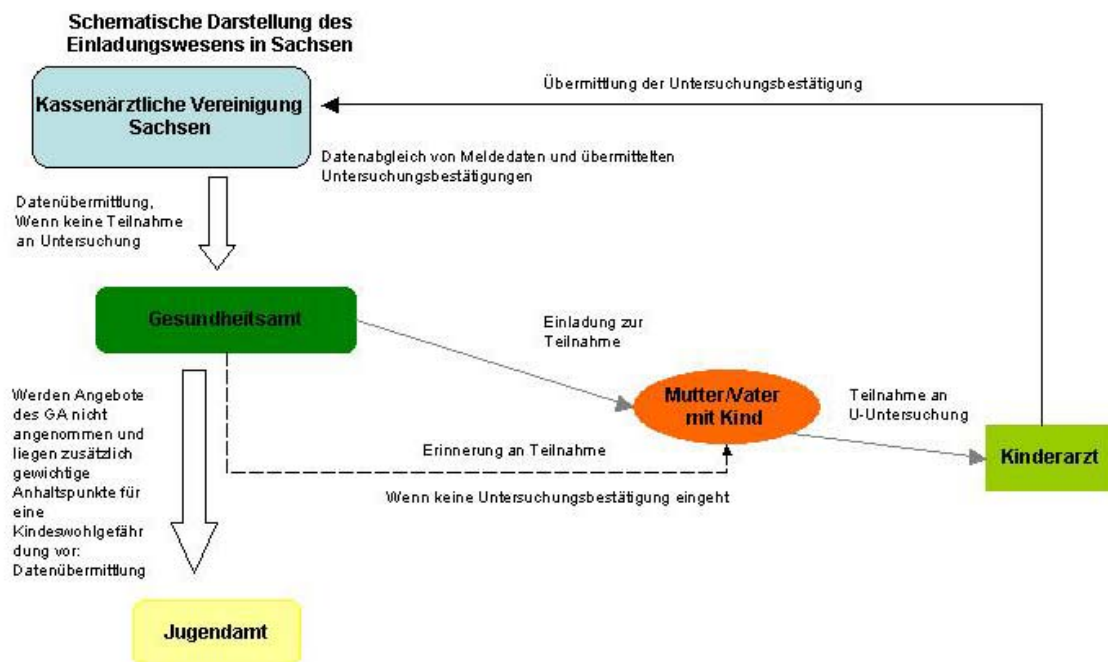
³⁷⁴ § 14 a Abs. 5 GDG BR.

³⁷⁵ § 2 Abs. 5 KiSchG SN.

**Schematische Darstellung des
Einladungswesens in Bremen**

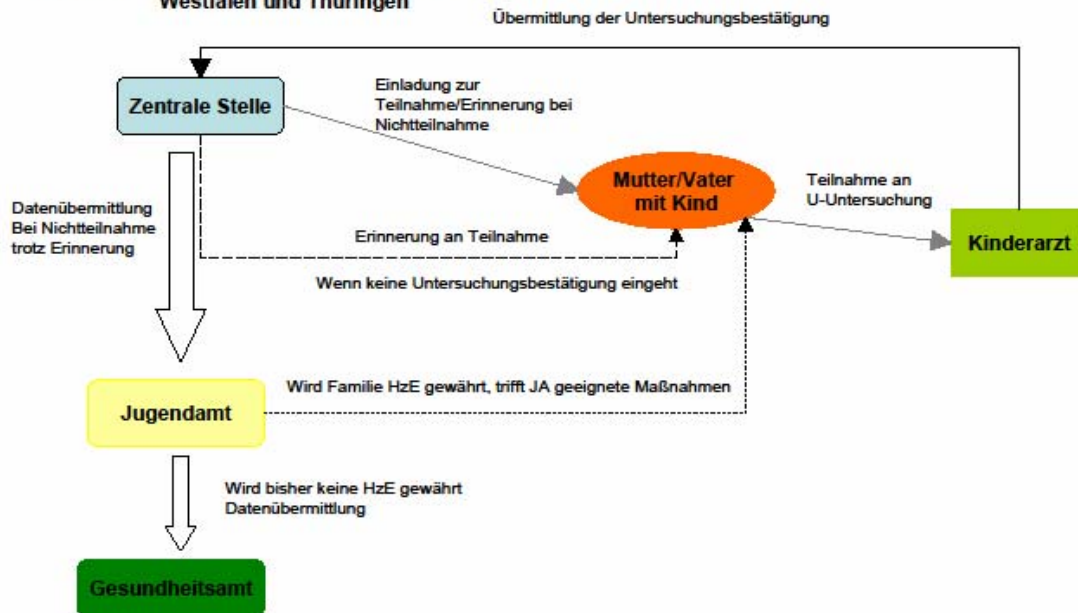


Auch in *Sachsen* ist das Gesundheitsamt unmittelbar auf erster Ebene für die Durchführung des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens zuständig, allerdings mit dem Unterschied, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen – wie oben dargestellt – vorab einen Datenabgleich zwischen den Meldedaten und den übermittelten Untersuchungsbestätigungen vornimmt und dem Gesundheitsamt die Daten derjenigen Kinder übermittelt, für welche keine Untersuchungsbestätigung eingegangen ist.



Die Bundesländer *Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen* und *Thüringen* sehen in ihren Landesgesetzen bei Nichtteilnahme eines Kindes an einer Früherkennungsuntersuchung trotz Einladung bzw. Erinnerung eine unmittelbare Weiterleitung der Meldedaten von der zentralen Stelle an das örtlich zuständige Jugendamt vor.

**Schematische Darstellung des Einladungswesens
in Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-
Westfalen und Thüringen**



In *Hamburg* prüft das zuständige Jugendamt aufgrund der übermittelten Daten, ob Familien der nicht als teilnehmend gemeldeten Kinder Hilfe zur Erziehung erhalten und ist gesetzlich gehalten, in diesen Fällen die notwendigen und geeigneten „Maßnahmen“ zu ergreifen. Erhalten die gemeldeten Kinder bzw. deren Familien keine Hilfe zur Erziehung, werden die Meldedaten an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt. Das Gesundheitsamt setzt sich dann mit der gesetzlichen Vertreterin bzw. dem gesetzlichen Vertreter in Verbindung und wirkt in geeigneter Weise auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen hin.³⁷⁶

bb) Zeiträume der Übermittlung

(1) Datenübermittlung von der Zentralen Stelle an das Gesundheitsamt

In *Rheinland-Pfalz* hat die Übermittlung der Daten von der Zentralen Stelle an das Gesundheitsamt nach § 8 Abs. 1 S. 2 LKischuG RP unverzüglich zu erfolgen. Geht nach Übermittlung der Daten an das Gesundheitsamt die Untersuchungsbestätigung für das jeweilige Kind ein, hat die Zentrale Stelle dies dem

³⁷⁶ § 7a Abs. 6 GDG HH.

Gesundheitsamt unverzüglich mitzuteilen. Unverzüglich bedeutet nach der Legaldefinition in § 121 BGB – die nach allgemein herrschender Ansicht für das gesamte private und öffentliche Recht gilt³⁷⁷ – ohne schuldhaftes Zögern. Nach der gesetzlichen Definition beurteilt sich der Zeitraum nach den Umständen des Einzelfalls.

Bei der Datenübermittlung der Zentralen Stelle an das Gesundheitsamt handelt es sich um eine regelhafte Weiterleitung, die erfolgt, wenn innerhalb einer angemessenen Frist nach Versendung des Erinnerungsschreibens (als angemessener Zeitraum wird 20 Arbeitstage nach Aussendung der Erinnerung erachtet)³⁷⁸ keine Untersuchungsbestätigung vorliegt. Die Weiterleitung hat dann unverzüglich, also innerhalb weniger Arbeitstage zu erfolgen. Die Übermittlung erfolgt schriftlich mit verschlossenem Umschlag oder auf elektronischem Weg.

Auch das Landesgesetz in *Sachsen* regelt eine unverzügliche Weiterleitung der Daten an das Gesundheitsamt, wenn nach Ablauf des für die jeweilige Untersuchungsstufe maßgeblichen Zeitraums keine Meldung über eine Teilnahme vorliegt.³⁷⁹

Die Landesgesetze in *Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland* und *Schleswig-Holstein* enthalten keine Regelung bezüglich der Übermittlungszeiträume der Meldedaten von der Zentralen Stelle an das zuständige Gesundheitsamt.

(2) *Datenübermittlung vom Gesundheitsamt an das Jugendamt*

Nach dem *rheinland-pfälzischen* Kinderschutzgesetz übermittelt das Gesundheitsamt in den Fällen, in denen trotz der Maßnahmen des Gesundheitsamts keine Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt wurden, dem örtlich zuständigen Jugendamt unverzüglich die Meldedaten mit der Angabe, welche Früherkennungsuntersuchung versäumt wurde (§ 9 LKindSchuG RP).

Auch die Landesgesetze von *Berlin*,³⁸⁰ *Bremen*,³⁸¹ *Hessen*³⁸² und *Sachsen*³⁸³ regeln, dass die Datenweitergabe an das Jugendamt unverzüglich zu erfolgen hat. Da die Übermittlung der Daten an das Jugendamt der Prüfung eines mögli-

³⁷⁷ *Ellenberger* in: Palandt Bürgerliches Gesetzbuch, 69. Aufl. 2010, § 121Rn 3.

³⁷⁸ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 70.

³⁷⁹ § 2 Abs. 3 KiSchG SN.

³⁸⁰ § 6 Abs. 7 KiSchuG BE.

³⁸¹ § 14a GDG BR.

³⁸² § 3 Abs. 1 KindergesundheitsG HE.

³⁸³ § 2 Abs. 3 KiSchG SN.

chen Hilfebedarfs dienen soll, ist der Rechtsbegriff „unverzüglich“ im Lichte des kindlichen Zeitempfindens hier eng auszulegen. Die Übermittlung hat daher baldmöglichst zu erfolgen.

Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet das Gesundheitsamt zur sofortigen Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt und legt damit einen sehr engen Zeitmaßstab an.³⁸⁴

Die Länder *Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein* und *Thüringen* treffen keine Regelungen zu den Zeiträumen für die Übermittlung der Daten an das Jugendamt.

cc) Aufgaben nach Mitteilungen an das Gesundheitsamt

Das *rheinland-pfälzische Gesetz* weist dem Gesundheitsamt in § 8 Abs. 2 die Aufgabe zu, in den Fällen, in denen ihnen die Zentrale Stelle eine Meldung nach § 8 Abs. 1 LKindschuG RP übermittelt hat, durch unverzügliche direkte Kontaktaufnahme zu den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern der betroffenen Kinder darauf hinzuwirken, die versäumte Früherkennungsuntersuchung zeitnah nachzuholen. Welche Form der Kommunikation und Intervention geeignet und notwendig ist, um die gesetzlich zugewiesene Aufgabe zu erfüllen, lässt das Gesetz offen. Das jeweils zuständige Gesundheitsamt hat daher die im Einzelfall zu treffenden Maßnahmen selbst festzulegen.³⁸⁵ Das Gesundheitsamt übernimmt die Aufgabe, die Eltern durch Aufklärung und Information zu Sinn und Zweck der Früherkennungsuntersuchungen dazu zu motivieren, ihre Kinder zu den jeweiligen Untersuchungen vorzustellen.

War eine Kontaktaufnahme durch das Gesundheitsamt nicht möglich oder wurde trotz Kontaktaufnahme und Beratung durch das Gesundheitsamt die Früherkennungsuntersuchung nicht durchgeführt, sind die Gesundheitsämter gesetzlich verpflichtet, das örtlich zuständige Jugendamt unverzüglich zu benachrichtigen. Dem Jugendamt sind dabei die Meldedaten des betreffenden Kindes zusammen mit der Angabe, welche Früherkennungsuntersuchung versäumt wurde, zu übermitteln.³⁸⁶

Eine Datenübermittlung erfolgt nach § 9 Abs. 1 S. 2 LKindSchuG RP auch dann unverzüglich, wenn sich für das Gesundheitsamt aus seinem Kontakt mit den Eltern des betreffenden Kindes der Verdacht der Kindeswohlgefährdung ergibt.

³⁸⁴ § 15b Abs. 7 ÖGDG MV.

³⁸⁵ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 72.

³⁸⁶ § 9 LKindSchuG RP.

Ebenso wie in Rheinland-Pfalz weisen die Gesetze in vier weiteren Ländern (*Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Schleswig-Holstein*) dem zuständigen Gesundheitsamt die Aufgabe zu, die gesetzliche Vertreterin oder den gesetzlichen Vertreter über den Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchung eingehend zu beraten und auf eine Durchführung der versäumten Früherkennungsuntersuchung hinzuwirken.³⁸⁷ In *Berlin* und *Mecklenburg-Vorpommern* weist das Landesgesetz den Gesundheitsämtern die Aufgabe zu, den Personensorgeberechtigten der betreffenden Kinder einen Hausbesuch anzubieten³⁸⁸ oder nach schriftlicher Ankündigung – unter Hinweis auf die Freiwilligkeit – einen Hausbesuch vorzunehmen.³⁸⁹ Ein Hausbesuch erfolgt nicht, wenn die Personensorgeberechtigte nachvollziehbare Gründe nennen, weshalb die jeweilige Früherkennungsuntersuchung nicht durchgeführt worden ist und dem Gesundheitsamt keine Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung vorliegen.³⁹⁰

Erfolgt trotz der Beratungsangebote des Gesundheitsamts keine Früherkennungsuntersuchung, übermittelt das Gesundheitsamt die entsprechenden Daten an das örtlich zuständige Jugendamt.³⁹¹

Zudem verpflichten die Landesgesetze in *Berlin*³⁹² und *Mecklenburg-Vorpommern*³⁹³ das Gesundheitsamt für den Fall, dass sich bei dem Kontakt mit den Eltern und dem Kind Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung ergeben, zur sofortigen Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Jugendamt.

Das *brandenburgische* Gesetz weist den Landkreisen oder kreisfreien Städten die Aufgabe zu, geeignete und angemessene Maßnahmen zu treffen, um auf eine erhöhte Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken.³⁹⁴ Eine Präzisierung der Maßnahmen im Landesgesetz erfolgt nicht. Die zentrale Stelle präzisiert die Aufgaben allerdings in dem von ihr veröffentlichten Handbuch dahingehend, dass das Gesundheitsamt Kontakt mit den Familien aufzunehmen und eine umfassende Beratung anzubieten hat. Für den Fall, dass eine Kontaktaufnahme nicht möglich ist, soll das Gesundheitsamt einen vorher angemeldeten Hausbesuch vornehmen.³⁹⁵ Dieser stringent an der Gesundheitsförderung orientierte Ansatz entspricht den rheinland-pfälzischen Grundvorstel-

³⁸⁷ § 8a Abs. 6 GDG SL.

³⁸⁸ § 15b Abs. 7 ÖGDG MV.

³⁸⁹ § 6 Abs. 5 KiSchuG BE.

³⁹⁰ § 6 Abs. 6 KiSchuG BE.

³⁹¹ ZB § 8a Abs. 7 GDG SL.

³⁹² § 6 Abs. 6 KiSchuG BE.

³⁹³ § 15b GDG MV.

³⁹⁴ § 7 Abs. 4 GDG BB.

³⁹⁵ Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg), Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg Februar 2010, S. 148.

lungen, scheint in der Umsetzung aber im Hinblick auf die Abgrenzung vom Anspruch, gleichzeitig Kinderschutz im engeren Sinne leisten zu wollen, zielführender zu sein.

dd) Aufgaben nach Mitteilung an das Jugendamt

Wie oben dargestellt, erfolgt nach erfolgloser Durchführung des Einladungs- bzw. Erinnerungsverfahrens, über das eine feststellbare Teilnahme an der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung nicht erreicht werden konnte, eine automatische oder von weiteren Voraussetzungen abhängige Datenübermittlung an das Jugendamt, entweder unmittelbar von der Zentralen Stelle bzw. zuständigen Behörde³⁹⁶ oder von dem vorher eingeschalteten Gesundheitsamt.³⁹⁷ Welche Aufgaben sich aus dieser Datenübermittlung für die Jugendämter ableiten, wird nur in wenigen Landesgesetzen erläutert.

Nach § 9 Abs. 2 LKindSchuG *Rheinland-Pfalz* ist das örtlich zuständige Jugendamt verpflichtet, unverzüglich nach Datenübermittlung im Rahmen seiner jugendhilferechtlichen Zuständigkeit das Vorliegen eines Hilfebedarfs zu prüfen. Zur Erleichterung der Ausführung dieser Aufgabe hat das LKindSchuG RP in § 9 Abs. 1 S. 3 die Befugnis für die Gesundheitsämter vorgesehen, auch weitere personenbezogene Daten, die ihnen bei der Kontaktaufnahme mit den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern bekannt geworden sind, sowie Gründe für die Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen an das Jugendamt zu übermitteln. Gesetzgeberisches Ziel dieser Regelung ist sicherzustellen, dass das zuständige Jugendamt über alle relevanten Daten und Informationen verfügt, um möglichst kurzfristig prüfen zu können, ob ein Hilfebedarf des betroffenen Kindes vorliegt. Welche Aufgaben sich für das jeweils zuständige Jugendamt ergeben, wird im LKindSchuG RP nicht festgelegt. Die nähere Ausgestaltung des Umgangs mit den übermittelten Daten bleibt in der Verantwortung des jeweiligen örtlichen Trägers der Jugendhilfe.

*Bremen*³⁹⁸ und *Thüringen*³⁹⁹ regeln in ihren Landesgesetzen, dass die Jugendämter die übermittelten Daten im Rahmen der Erfüllung ihres Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII zu berücksichtigen und in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen haben. Auch hier erfolgt also keine gesonderte Aufgabenzuweisung durch die Landeskinderschutzgesetze.

³⁹⁶ In Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein (in den meisten Fällen) und Thüringen.

³⁹⁷ Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen.

³⁹⁸ § 14a GDG BR.

³⁹⁹ § 8 FKG TH.

Auch das *schleswig-holsteinische* Gesetz weist dem Jugendamt die kinderschutzzentrierte Aufgabe zu, im Rahmen seiner Aufgabe nach § 8a SGB VIII zu prüfen, ob gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, geeignete und notwendige Hilfe anzubieten und erforderlichenfalls das Familiengericht einzuschalten oder das Kind in Obhut zu nehmen, wenn eine familiengerichtliche Entscheidung nicht abgewartet werden kann.⁴⁰⁰

Nach der gesetzlichen Regelung in *Nordrhein-Westfalen* hat das Jugendamt – ebenfalls vom Schutz vor Misshandlung und Vernachlässigung her konstruiert – in eigener Zuständigkeit zu entscheiden, ob gewichtige Gründe für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und welche Maßnahmen geeignet und erforderlich sind; die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt wird gesetzlich empfohlen.⁴⁰¹

Eine konkrete Aufgabenzuweisung für das Jugendamt enthält hingegen das *hamburgische* Landesgesetz. Danach prüft das zuständige Jugendamt eher hilfebedarfsorientiert aufgrund der übermittelten Daten unverzüglich, ob die Familien, für deren Kinder keine Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung festgestellt werden kann, Hilfe zur Erziehung gemäß SGB VIII erhalten und ergreift in diesen Fällen die notwendigen und geeigneten „Maßnahmen“, wie das Gesetz es im sprachlichen Widerspruch zum Hilfeansatz nennt. Gemeint sein dürfte hier weniger ein Helfen, denn ein direktives Auffordern zur Teilnahme an der – dann nur noch formal – freiwilligen Früherkennungsuntersuchung.

Die Daten der Kinder, für die eine Früherkennungsuntersuchung nicht festgestellt werden kann und deren Familien keine Hilfe zur Erziehung erhalten, werden an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt. Das Gesundheitsamt setzt sich unverzüglich mit der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter in Verbindung und wirkt in geeigneter Weise auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen hin.⁴⁰² Die Unterscheidung der Vorgehensweise nach dem Kriterium, ob der betreffenden Familie Hilfe zur Erziehung gewährt wird oder nicht, erscheint eher fragwürdig. Auch Eltern, die Leistungen der Hilfen zur Erziehung erhalten und bei denen das Jugendamt davon weiß (bei niedrighschwelliger Hilfen wie Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII ist dies in den meisten Fällen nicht der Fall), haben bei nicht wahrgenommener Früherkennungsuntersuchung primär einen Bedarf nach gesundheitlicher Aufklärung und Beratung für ihr Kind. Die Koppelung allein der Hilfen zur Erziehung nach § 27 Abs. 1 SGB VIII verleitet zu den Nachfragen, weshalb ausschließlich diese Hilfeart her-

⁴⁰⁰ § 7a Abs. 6 GDG SH.

⁴⁰¹ § 4 Abs. 3 UTeilnahmeDatVO NW.

⁴⁰² § 7a Abs. 6 GDG HH.

ausgepickt ist und was sich der Gesetzgeber vom „Hinterhersein“ bzw. gesetzlichen „Hinterherschicken“ des Jugendamts verspricht. Es liegt die Vermutung nahe, dass hier ein Einzelfall zur betreffenden Differenzierung Anlass gegeben und dadurch die Reflexion im Gesamtkontext im Gesetzgebungsverfahren nur bedingt stattgefunden hat.

Die Landesgesetze in *Hessen*,⁴⁰³ *Niedersachsen*,⁴⁰⁴ und *Saarland*⁴⁰⁵ treffen keine Regelungen, zu welchen Aufgaben das Jugendamt nach Übermittlung der Daten verpflichtet wird. Auch *Mecklenburg-Vorpommern* trifft hierzu keine Regelung sondern normiert lediglich, dass das Jugendamt zum Schutz des Kindes tätig wird,⁴⁰⁶ was in gewissem Widerspruch zur Betonung in der Gesetzgebung steht, es sei gerade nicht Intention des Gesetzes, Eltern durch die Kontrolle in den Verdacht zu stellen, ihre Kinder zu vernachlässigen.⁴⁰⁷ Auch hier dürfte ein Einzelfall, der Tod des Mädchens Lea-Sophie in 2007, für die widersprüchlichen Botschaften des Gesetzgebers verantwortlich sein.

Da durch die Landeskinderschutzgesetze oder durch die Länder erlassene Ausführungsbestimmungen in Form von Rechtsverordnungen oder Ähnlichem keine gesonderte Aufgabenzuweisung erfolgt, können sich die Aufgaben des jeweils zuständigen Jugendamts nur aus dem SGB VIII ableiten, das der Kinder- und Jugendhilfe Aufgaben zur Förderung und dem Schutz von Kindern und Jugendlichen zuweist.

Voraussetzung für ein Auslösen der Rechtspflichten des Jugendamtes aus § 8a SGB VIII ist, dass dem Jugendamt „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden, dh die Umstände, die für eine Datenübermittlung an die Jugendämter Anlass geben, müssten folglich als „gewichtige Anhaltspunkte“ für die Gefährdung des Wohls eines Kindes gewertet werden können. Mit der Voraussetzung „gewichtig“ hat der Gesetzgeber eine bestimmte Risikoschwelle als „Eingangsvoraussetzung“ vorgegeben, sodass nicht nur irgendwelche Hinweise ausreichen, die potenziell mit einer Gefährdungssituation in Verbindung gebracht werden können, sondern sie müssen von einem gewissen Gewicht sein.⁴⁰⁸

Bislang bleiben alle Landesgesetze, die die nicht festgestellte Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung mit einer „Indizwirkung“ für eine potentielle

⁴⁰³ §3 Abs. 1 S. 3 KindergesundheitsschutzG HE.

⁴⁰⁴ § 4 Abs. 2 FrüherkUG NI.

⁴⁰⁵ § 8a Abs. 7 GDG SL.

⁴⁰⁶ § 15b Abs. 7 ÖGDG MV.

⁴⁰⁷ Siehe oben I.2.b.

⁴⁰⁸ *Meysen*, in: Münder ua, FK-SGB VIII, 6. Aufl. 2009, § 8a Rn 12; *Wiesner*, in: ders., SGB VIII, 3. Aufl. 2006, § 8a Rn 13.

Kindeswohlgefährdungssituation verknüpfen, eine nähere Begründung für diese Gleichsetzung schuldig. Dabei gibt es bislang gerade keine Hinweise dafür, dass Kinder, bei denen eine Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht festgestellt werden kann, ein höheres Risiko tragen, von ihren Eltern misshandelt oder vernachlässigt zu werden, als alle anderen Kinder. Im Gegenteil, die Geeignetheit der Früherkennungsuntersuchungen als Mittel zur Erkennung von Kindeswohlsituationen ist aufgrund der bislang vorliegenden Erkenntnisse, z.B. aus der statistischen Erhebung in Hessen,⁴⁰⁹ vielmehr stark anzuzweifeln.

Außer der Erkenntnis, dass Familien mit Migrationshintergrund deutlich überrepräsentiert sind, fehlen bislang valide Erkenntnisse darüber, welche Personengruppe sich hinter den Familien verbirgt, deren Kinder Früherkennungsuntersuchungen – trotz ausdrücklicher und direkter Aufforderung zur Teilnahme – nicht wahrnehmen. Bei den Eltern mit Migrationshintergrund kann es sich bspw. um solche handeln, die Einladungen und Erinnerungsschreiben aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht verstehen (zB ein Ingenieursehepaar aus Korea), es können aber auch Eltern sein, die aufgrund spezialisierter eigener Kenntnisse ein gutes Bild vom Gesundheits- und Entwicklungsstand ihres Kindes haben oder die zusätzliche Untersuchungen aufgrund laufender Förder- und Behandlungsmaßnahmen als überflüssig ansehen.⁴¹⁰

Auch kann damit gerechnet werden, dass sich Eltern bewusst gegen die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen entscheiden, zum einen weil sie sich aufgrund der Verpflichtung und dem verbindlichen Einladungswesen in der Ausübung ihres Elternrechts beeinträchtigt und bevormundet sehen, zum anderen weil sie nicht bereit sind, die Eingriffe in ihr Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung zu dulden (so auch im Fall, über den der VerfGH Rheinland-Pfalz⁴¹¹ zu entscheiden hatte).⁴¹²

Eine Sicht der Eltern, deren Kinder Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen haben, als potenzielle Gefährder des Wohls ihrer Kinder ist daher – gerade auch verfassungsrechtlich und entgegen der Auffassung des VerfGH Rheinland-Pfalz⁴¹³ – nicht zu rechtfertigen.⁴¹⁴

⁴⁰⁹ Hessischer Landtag/Hessischer Städtetag JAmt 2010, S. 115 f.

⁴¹⁰ DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2008, 137, 139.

⁴¹¹ JAmt 2010, 142.

⁴¹² Fegert/Ziegenhain/Fangerau, S. 333.

⁴¹³ JAmt 2010, 142 ff.

⁴¹⁴ *Jestaedt* JAmt/ZKJ-Sonderheft 2010, 32 f; *Fegert/Ziegenhain/Fangerau*, S. 333; DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2008, 137, 138 ff; vgl auch kritische Hinweise für die Praxis zum Urteil des VerfGH Rheinland-Pfalz JAmt 2010, 142, 149 f.

Wenn im Einzelfall nicht anderweitige Anhaltspunkte hinzutreten, kann somit bei bloßer Nichtinanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nicht davon ausgegangen werden, dass sich aus einer Datenübermittlung an die Jugendämter „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung ergeben.

Eine Pflicht des Jugendamts zum Tätigwerden nach § 8a SGB VIII ergibt sich somit nur dann, wenn sich aufgrund der Kenntnis weiterer Umstände im Zusammenspiel mit der Übermittlung der Daten über die Nichtteilnahme an der Früherkennungsuntersuchung gewichtige Anhaltspunkte ergeben oder wenn Ärztinnen und Ärzte bzw. Hebammen/Entbindungspfleger im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen entsprechende Wahrnehmungen gemacht haben und sie dem Jugendamt mitteilen. Auch im Zusammenhang mit den sonstigen Hilfaufgaben des Jugendamts ergibt sich keine (gesetzliche) Verpflichtung der Jugendämter zum Tätigwerden, da das SGB VIII keine von einem Hilfeauftrag abgekoppelten Kontrollaufträge enthält.⁴¹⁵

Wenn die Landesgesetzgeber von *Hessen*, *Niedersachsen* und *Saarland* dem jeweiligen Jugendamt selbst überlassen zu entscheiden, wie mit den übermittelten Daten zu verfahren ist und ob oder welche weiteren Schritte unternommen werden, so wird ihnen beim Blick ins Gesetz ein Rätsel aufgegeben, für das sich in den Vorschriften der Landes- und Bundesgesetze keine Antworten finden lassen. Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit⁴¹⁶ und die fachliche sowie gesellschaftliche Sinnhaftigkeit einer automatischen Datenübermittlung an die Jugendämter, wenn eine Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung nicht festgestellt werden konnte bzw. die Nichtteilnahme verifiziert wurde, erscheint daher fragwürdig.

d) Löschung der Daten

Das *rheinland-pfälzische* Gesetz differenziert für die Regelung der Zeiträume der Datenlöschung danach, ob eine Untersuchungsbestätigung bei der zentralen Stelle eingegangen ist oder nicht. Die Daten sind spätestens sechs Monaten nach Eingang der Untersuchungsbestätigung von der Zentralen Stelle zu löschen.⁴¹⁷ Ist keine Untersuchungsbestätigung eingegangen, hat die Zentrale Stelle die Daten zu löschen, sobald diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind.⁴¹⁸ Die Löschung muss spätestens ein Jahr nach der Einladung zur letzten Früherkennungsuntersuchung, also der U 9, erfolgen, da zu diesem

⁴¹⁵ DIJuF Rechtsgutachten JAmt 2003, S 137.

⁴¹⁶ Hierzu *Jestaedt* JAmt/ZKJ-Sonderheft 2010, S. 32 f.

⁴¹⁷ § 10 Abs. 1 S. 2 LKindSchuG RP.

⁴¹⁸ § 10 Abs. 1 S. 3 LKindSchuG RP.

Zeitpunkt davon ausgegangen werden kann, dass die Daten von der Zentralen Stelle nicht mehr benötigt werden.

Die Gesundheitsämter sind verpflichtet, die ihnen von der Zentralen Stelle übermittelten oder sonstige in diesem Zusammenhang bei ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten spätestens nach drei Jahren zu löschen.⁴¹⁹

Ebenso verpflichtet das Gesetz die Jugendämter zur Löschung der Daten spätestens drei Jahre nachdem nach einer Prüfung des Hilfebedarfs entschieden wurde, keine weiteren Schritte einzuleiten.⁴²⁰

Eine so detaillierte Regelung wie im rheinland-pfälzischen Gesetz findet sich in keinem anderen Landesgesetz wieder.

Nach den Landesgesetzen in *Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein* und *Thüringen* sind die Daten, die zur Durchführung des Einladungsverfahrens übermittelt wurden, zu löschen,

- wenn diese für die Durchführung dieser Aufgabe nicht mehr erforderlich sind;⁴²¹
- spätestens drei Monate nach Ablauf der Toleranzfrist;⁴²²
- drei Monate nach Abschluss des Einladungsverfahrens;⁴²³
- zwölf Monate nach ihrer Übermittlung⁴²⁴;
- mit Vollendung des vierten Lebensjahres des Kindes;⁴²⁵
- spätestens nach drei⁴²⁶ bzw fünfeinhalb Jahren⁴²⁷
- nach Vollendung des sechsten Lebensjahrs des Kindes⁴²⁸
- mit Vollendung des siebten Lebensjahrs des Kindes.⁴²⁹

⁴¹⁹ § 10 Abs. 2 LKindSchuG RP.

⁴²⁰ § 10 Abs. 3 LKindSchuG RP.

⁴²¹ § 1 Abs. 3 UTeilnahmeDatVO NW.

⁴²² § 7a Abs. 4 GDG HH.

⁴²³ § 7a Abs. 3 S. 3 GDG SH.

⁴²⁴ § 3 KiSchG SN

⁴²⁵ § 3 KiSchG SN.

⁴²⁶ § 6 Abs. 6 KiSchuG BE.

⁴²⁷ § 8a Abs. 3 S. 2 GDG SL.

⁴²⁸ § 5 Abs. 2 KindergesundheitsG HE, § 9 FLG TH.

- Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sehen keine Regelung zu den Lösungszeiträumen vor.

e) **Problem der falsch-positiven Meldungen**

Erhebungen des Landes haben gezeigt, dass es sich bei den Datenübermittlungen von der Zentralen Stelle an die Gesundheitsämter in mehr als drei Viertel (2009: 76,7 %) um falsch-positive Meldungen handelt, d.h. um Meldungen und behördliche Kontaktaufnahmen, obwohl die Untersuchung tatsächlich bereits wahrgenommen wurde. Auswertungen aus anderen Bundesländern zeigen, dass dies offenbar kein spezifisches rheinland-pfälzisches Problem ist, sondern die gewählten Einladungsverfahren insgesamt offenbar sehr fehleranfällig sind.⁴³⁰

Zur Verfahrensoptimierung hat der Landesgesetzgeber in § 14 Abs. 3 Nr 1 LKindSchuG RP ausdrücklich eine Rechtsverordnungsermächtigung gegenüber dem fachlich zuständigen Ministerium vorgesehen. Ob und wenn ja, in welcher Form es empfehlenswert erscheint, von dieser Gebrauch zu machen, lässt sich insbesondere mangels näherer Kenntnis der Fehlerquellen nicht sagen. Da das Einladungsverfahren gesetzlich bereits sehr differenziert beschrieben ist, erscheint jedoch zumindest fraglich, ob mit dem Instrument der Rechtsverordnung – mit dem wiederum nur auf rechtlicher Ebene nachjustiert werden könnte – wirklich nennenswerte Effekte zu erzielen sind. Die wenig ermutigenden, vergleichbaren Erfahrungen mit dem hohen Anteil an falsch-positiven Meldungen aus den anderen Bundesländern deuten darauf hin, dass trotz intensiver Bemühungen ein Weg zu einer einigermaßen zufriedenstellenden Reduzierung des Problems noch nicht gefunden wurde, wenn es einen solchen überhaupt gibt und die Schwierigkeiten nicht strukturell im System angelegt sind.

6. **Finanzierung des Verfahrens**

In *Rheinland-Pfalz* können die Zentrale Stelle und die Kassenärztliche Vereinigung gem. § 7 Abs. 2 Satz 3 LKischG RP eine Vereinbarung über eine pauschale Abgeltung des mit der Übermittlung der Untersuchungsbestätigungen verbundenen Aufwands durch das Land schließen. Am 25. Juni 2008 haben diese beiden Stellen die „Vereinbarung über die Übermittlung und Vergütung der Untersuchungsbestätigungen zu Früherkennungsuntersuchungen gemäß Landesgesetz

⁴²⁹ § 14a GDG BR, § 5 Abs. 2 FrüherkUG NI.

⁴³⁰ Vgl z.B. auch die Auswertung in Hessen mit einer vergleichbaren Fehlerquote von knapp 72 % (Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag JAmt 2010, 115) oder die Angabe der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in NRW, die von mind. 50 %, teils bis zu 90 % Falschmeldungen berichten (LT-Drucks. 14/10159, 5).

zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit vom 07.03.2008“ geschlossen. Als Vergütung für die Versendung wird als pauschale Abgeltung des Übermittlungsaufwands ein Betrag von 1,00 Euro vereinbart. Diese Pauschale erhalten die Vertragsärztinnen und -ärzte nach erfolgter Kindesuntersuchung automatisch mit Quartalsende. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die jeweils ausbezahlten Beträge dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung quartalsweise in Rechnung.⁴³¹

Für die Kosten, die den Gesundheitsämtern durch die Erfüllung der Aufgaben nach dem LKindSchuG RP entstehen, sieht das Gesetz in § 13 LKindSchuG RP eine pauschale Kostenerstattung des Landes Rheinland-Pfalz an die Träger der Gesundheitsämter vor. Diese erfolgt in Höhe von drei Euro pro Jahr für jedes Kind im Dienstbezirk des jeweiligen Gesundheitsamts, das das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Auszahlung erfolgt an die Landkreise als Träger der Gesundheitsämter jeweils zum 1. Juli eines Jahres. Für die Anzahl der Kinder, nach denen abgerechnet wird, ist die zum 30. Juni des Vorjahres nach den melderechtlichen Vorschriften unter Anwendung des landeseinheitlichen Verfahrens für das Meldewesen ermittelte Zahl der Kinder mit Hauptwohnung im Dienstbezirk des jeweiligen Gesundheitsamts maßgebend.⁴³²

Das *hessische* Kindergesundheitsschutzgesetz trifft keine eigene gesetzliche Regelung sondern sieht in § 3 Abs. 8 vor, dass die Gemeinden für den Mehraufwand, der ihnen durch die Übermittlung der Meldedaten an die Zentrale Stelle entsteht, im Rahmen des allgemeinen Kommunalen Finanzausgleichs einen entsprechenden Ausgleich erhalten.⁴³³

In *Mecklenburg-Vorpommern* trägt das Land die den Ärzten und Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten entstehenden Sachkosten.⁴³⁴ Nähere Regelungen darüber, wie die Erstattung zu regeln ist, trifft das Gesetz nicht.

Das *sächsische* Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz regelt die umfassendste Kostenerstattung der Landesgesetze. Die Ärztinnen und Ärzte erhalten zur Erstattung der Kosten, die durch die Übermittlung der Untersuchungsbestätigung an die Kassenärztliche Vereinigung entstehen, eine Pauschale in Höhe von 3,50 Euro für jedes untersuchte Kind. Für die Untersuchung von nicht versicherten Kindern wird eine Pauschale von 35 Euro je Kind erstattet.⁴³⁵ Die Auszahlung

⁴³¹ *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 62.

⁴³² *Zaun-Rausch*, Kinderschutz in Rheinland-Pfalz, S. 90.

⁴³³ § 3 Abs. 8 KindergesundheitsG HE.

⁴³⁴ § 15b Abs. 2 ÖGDG MV.

⁴³⁵ § 6 KiSchG SN.

erfolgt jährlich zum 1. Juli auf Antrag bei der zuständigen Behörde. Die Landkreise und kreisfreien Städte erhalten vom Land Sachsen für die schriftliche Erinnerung der Eltern an die Teilnahme an der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung durch das Gesundheitsamt eine Erstattungspauschale in Höhe von 3,50 Euro⁴³⁶ und für jede durch das Gesundheitsamt selbst durchgeführte Früherkennungsuntersuchung eine Erstattungspauschale in Höhe von 35 Euro.⁴³⁷ Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen erhält vom Land eine Erstattung der notwendigen Aufwendungen, die für den Abgleich der übermittelten Daten mit den eingehenden Untersuchungsbestätigungen anfallen.⁴³⁸ Zudem erstattet das Land die Kosten für die Einrichtung des automatisierten Datenabrufverfahrens sowie die Kosten, die für die Übermittlung der Meldedaten an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen entstehen.⁴³⁹

Baden-Württemberg trifft keine spezielle Finanzierungsregelung, sondern verweist für den Ausgleich der Kosten, die den Gesundheitsämtern durch die neue Aufgabe der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen entstehen auf die pauschalen Zuweisungen, die die Landkreise als untere Verwaltungsbehörden nach dem Sonderbehördeneingliederungsgesetz iVm § 11 Abs. 4 Finanzausgleichsgesetz erhalten.⁴⁴⁰

In den übrigen Bundesländern treffen die jeweiligen Landesgesetze keine Regelungen zur Finanzierung des Einladungsverfahrens.

7. Folgen nicht erfolgter Teilnahmen außerhalb der Meldesysteme

Baden-Württemberg und *Bayern* haben eine Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen normiert, deren Einhaltung die Personensorgeberechtigten sicherzustellen haben. Beide Landesgesetze normieren allerdings kein Einladungs- und Erfassungssystem, sodass die Nichtteilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht zentral erfasst wird.

In *Bayern* besteht allerdings zudem die Pflicht vor Einschulung an einer Schuluntersuchung teilzunehmen.⁴⁴¹ Im Rahmen dieser Schuluntersuchung ist von den Personensorgeberechtigten die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung

⁴³⁶ § 6 Abs. 2 Nr. 1 KiSchG SN.

⁴³⁷ § 6 Abs. 2 Nr. 2 KiSchG SN.

⁴³⁸ § 6 Abs. 3 KiSchG SN.

⁴³⁹ § 6 Abs. 4 KiSchG SN.

⁴⁴⁰ LT-Drucks. BW 14/3587, S. 6.

⁴⁴¹ Art. 80 S. 1 BayEUG.

U 9 nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, besteht die Verpflichtung an einer schulärztlichen Untersuchung teilzunehmen.⁴⁴²

Ein Nachweis der Teilnahme an der letzten fälligen Früherkennungsuntersuchung wird auch von Eltern bei der Anmeldung ihres Kindes in einer Kindertageseinrichtung gefordert. Wurde die Untersuchung nicht wahrgenommen, werden die Eltern durch das pädagogische Personal auf die gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen und gebeten, die Untersuchung nachzuholen.⁴⁴³

Bayern und *Thüringen* haben Sanktionen der Nichtteilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch die Kopplung an den Anspruch auf Landeserziehungsgeld geregelt. In Bayern besteht nur dann eine Anspruchsberechtigung für den Bezug von Landeserziehungsgeld, wenn ein Nachweis für die Teilnahme des Kindes an der U 6 (bei Leistungsbeginn des Bezugs des Landeserziehungsgeldes zwischen dem 13. und dem 24. Lebensmonat) oder der U 7 (bei Leistungsbeginn zwischen dem 25. und 29. Lebensmonat) vorgelegt wird.⁴⁴⁴ In Thüringen wird das Landeserziehungsgeld versagt, wenn kein Nachweis der Früherkennungsuntersuchung U 7 oder kein Nachweis über die Vorstellung des Kindes beim Gesundheitsamt erbracht wird.⁴⁴⁵

Baden-Württemberg sieht nicht nur keine Sanktionen bei Nichtteilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen vor, sondern weist vielmehr den Gesundheitsämtern die Aufgabe zu, über den Sinn und Zweck der Früherkennungsuntersuchungen zu informieren und zu beraten und bei versäumten Untersuchungen, kostenfrei eine Nachholung anzubieten.⁴⁴⁶ Auch in den übrigen Bundesländern sind keine Sanktionen bei Nichtteilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen außerhalb der normierten Meldesysteme vorgesehen.

IV. Evaluation

Das *LKindSchuG RP* regelt, dass die Landesregierung dem Landtag in jeder Wahlperiode, erstmals im Jahr 2010 über die Jahre 2008 und 2009, einen Bericht über die Umsetzung und Auswirkung sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz vorgesehenen Maßnahmen auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Evaluation sowie entsprechender Beiträge insbesondere

⁴⁴² Art 14 Abs. 5 S. 4 und 5 GDVG BY.

⁴⁴³ LT-Drucks. BY 15/9366 S. 7.

⁴⁴⁴ Art. 1 Abs. 1 Nr. 4 BayLErzGG .

⁴⁴⁵ § 1 Abs. 1 Nr. 3 ErzGG TH.

⁴⁴⁶ § 1 Abs. 3, § 2 Abs. 2 KiSchuG BW.

re des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung und der Zentralen Stelle sowie der Gesundheitsämter und der Jugendämter zu erstatten hat.⁴⁴⁷

Eine vergleichbare Regelung enthält das Landesgesetz von *Sachsen*, wonach die Staatsregierung dem Landtag im Jahr 2011 einen Bericht über die Umsetzung und die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landesgesetz vorgesehenen Maßnahmen zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Evaluation sowie entsprechender Beiträge, insbesondere des Landesjugendamts und der Jugendämter erstattet.⁴⁴⁸

Auch das *Berliner* Kinderschutzgesetz enthält eine Regelung, nach der zwei Jahre nach Beginn der Arbeit der Zentralen Stelle durch einen von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu beauftragenden Dritten eine Evaluation des Gesetzes durchzuführen und im Abstand von drei Jahren zu wiederholen ist.⁴⁴⁹

Bremen sieht ebenfalls eine Evaluation des Gesetzes zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes vor, um die Wirksamkeit des Verfahrens des Einladungswezens zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu bewerten.⁴⁵⁰

In *Niedersachsen* ist eine Überprüfung der Auswirkungen des Gesetzes bis 1. Dezember 2014 gesetzlich vorgesehen.⁴⁵¹

In *Nordrhein-Westfalen* sieht die Verordnung vor, dass das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium der Landesregierung bis zum 31. Dezember 2011 über die Erfahrungen mit dem Meldeverfahren berichtet.⁴⁵²

Anders als die Landesgesetze in Rheinland-Pfalz und Sachsen enthalten die Gesetze von Berlin, Bremen und Nordrhein-Westfalen keine Vorgaben, auf welcher Grundlage eine Evaluation zu erfolgen hat.

Die übrigen Landesgesetze entbehren Regelungen zur wissenschaftlichen Evaluation der Regelungen zum Kinderschutz.

⁴⁴⁷ § 11 Abs. 1 LKindSchuG RP.

⁴⁴⁸ § 8 SächsKiSchG.

⁴⁴⁹ § 7 Abs. 1 KiSchuG BE

⁴⁵⁰ § 42a GDG BR.

⁴⁵¹ § 6 FrüherkuG NI.

⁴⁵² § 5 UTeilnahmeDatVO NRW.

C. Die sozialwissenschaftliche Evaluation des rheinland-pfälzischen Landeskinderschutzgesetzes

Der im Folgenden beschriebene sozialwissenschaftliche Teil der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landeskinderschutzgesetzes bezieht sich auf den Zeitraum seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2008 bis zum Jahr 2009. Dieser Zeitraum beschreibt den Beginn der Umsetzung des Gesetzes. **Insofern sind auch die Ergebnisse der Evaluation im Kontext eines Prozesses zu interpretieren, der noch nicht abgeschlossen ist.** Im Prozess der Umsetzung des LKindSchuG und der Etablierung von lokalen Netzwerken und neuen Kooperationsstrukturen oder der Etablierung des Einladungswesens zu den Früherkennungsuntersuchungen sind anfängliche Reibungsverluste oder Verzögerungen bzw. auch kommunal unterschiedliche Zeitabläufe im Fortgang der Entwicklung selbstverständlich und normal. Umgekehrt lässt sich positiv hervorzuheben, wie schnell und insgesamt erstaunlich reibungslos die Entwicklung und Umsetzung des LKindSchuG in Rheinland-Pfalz bisher vonstatten gegangen ist.

Die Evaluation wurde auf diesen noch nicht abgeschlossenen Prozess beziehungsweise „Work-in-Process“ abgestimmt. Neben dem Ziel, den derzeitigen Stand der Umsetzung des LKindSchuG zu erfassen, war wesentlicher Schwerpunkt der Evaluation, unterliegende motivationale und strukturelle Aspekte, herauszuarbeiten, die den derzeitigen Prozess der Umsetzung des LKindSchuG unterstützen, ggf. aber auch behindern können. Hier liegt die Chance, in dem noch frühen Stadium der Implementierung des LKindSchuG den Entwicklungsprozess ggf. gezielt zu unterstützen.

Die hier dargestellte **Konzeption und Durchführung der Evaluation und die daraus abgeleiteten Ergebnisse werden im Folgenden der besseren Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit halber zusammengefasst dargestellt.***

*Die detaillierte Darstellung der Methoden und der Ergebnisse kann bei den Autorinnen und Autoren des Berichtes erfragt werden.

I. **Aufbau und Durchführung der Evaluation**

Evaluiert wurden die Wirkungen des LKindSchuG RP, insbesondere bezüglich des **Ausbaus der lokalen Netzwerke** bzw. der Kooperation der professionellen Akteure in den regionalen Netzwerken, bezüglich des **Ausbaus und der Weiterentwicklung der lokalen Angebotsstruktur** frühzeitiger, rechtzeitiger und niedrigschwelliger Hilfen sowie bezüglich der **verbindlichen Einladung der Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen**. Des Weiteren wurden die in den gesetzlichen Regelungen vorgesehene **Umsetzung des Gesetzes durch das Land** bzw. auch darüber hinausgehende Aktivitäten zur Unterstützung und Förderung der Umsetzung des LKindSchuG durch das Land evaluiert.

Die Evaluation erfolgte mit unterschiedlichen Methoden und Zugängen. Kern der Evaluation war ein qualitatives Vorgehen über fortlaufende Expertendiskussionen, angelehnt an die so genannte Delphi-Methode und ergänzt um die Methode des „Reflecting Team“. Qualitative Methoden und Vorgehensweisen sind die Verfahren der Wahl, wenn es darum geht, Prozesse zu erklären bzw. nachzuvollziehen. Dieses Vorgehen ermöglichte es, das individuelle und intuitive Fachwissen der interdisziplinären Expertinnen und Experten zu nutzen und Erklärungen und Interpretationen für die jeweilige Akzeptanz und Zustimmung zum LKindSchuG RP bzw. den Stand der Vernetzungsaktivitäten oder die Einschätzung zum Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen abzuleiten.

Die Expertendiskussionen wurden systematisch und in mehreren Feedbackrunden mit Rückkopplung durch unabhängige Beobachter durchgeführt. Die Stärke dieser Methode ist es, möglichst breit und umfassend Aussagen, Meinungen, Haltungen oder Interessen herauszuarbeiten, die, offen oder latent vorhanden, und zunächst exemplarisch und ggf. auch plakativ, in den folgenden Gesprächsrunden und Feedback-Kaskaden neu bewertet und differenziert werden können. Durch die Rückmeldungen eines beobachtenden Teams wurde eine erweiterte Beobachtungsebene und Außenperspektive ermöglicht, über die zusätzliche Reflexionen bzw. differenzierende und vertiefende Interpretationen entwickelt werden konnten.

Damit ließen sich die vielschichtigen und komplexen Aspekte um die Fragen von Kindergesundheit und Kinderschutz im Spannungsfeld von Prävention und Kontrolle herausarbeiten und die Folgen ableiten, die sich daraus für die konkrete Ausgestaltung in der Praxis ergeben können. Mit dieser Methode lässt sich auch darauf schließen, inwieweit das Gesetz gemäß seinen Intentionen aufgefasst oder auch ggf. davon abweichend interpretiert wird oder es lassen sich auch mögliche Erklärungen für Reibungsverluste oder Verschleppungen in der Umsetzung des Gesetzesauftrages nachvollziehen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren Experten aus unterschiedlichen Disziplinen im Kontext der Früherkennungsuntersuchungen und der lokalen Netzwerke sowie Eltern. Das Verfahren zielt auf das individuelle und intuitive Urteil des Fachexperten und fußt darauf, dass Expertinnen und Experten in ihrem Fachgebiet über besonders viel Wissen verfügen und die Praxis ihres Arbeitsalltags gut einschätzen können.

Die beiden Themen, nämlich der Aufbau der lokalen Netzwerke und die Kooperation und Vernetzung der professionellen Akteure in den lokalen Netzwerken („Vernetzung der professionellen Akteure“) sowie der Ausbau und die Weiterentwicklung der Angebote und deren Vermittlung an Eltern und Kinder sowie die Effekte bei der Umsetzung der verbindlichen Einladung zu den Früherkennungsuntersuchungen („Instrumente des Gesetzes“) wurden in jeweils zwei eintägigen Treffen im Abstand von vier bzw. sieben Monaten mit insgesamt fünf 90-minütigen Diskussionseinheiten mit Experten unterschiedlichen Disziplinen diskutiert. Bei der Diskussion des letztgenannten Themas waren zudem auch Eltern beteiligt.

Der Ablauf der Expertendiskussionen war manualisiert und wurde entlang von Leitfragen durchgeführt. An den Expertendiskussionen über die „Vernetzung der professionellen Akteure“ beteiligt waren Vertreterinnen und Vertreter von Jugendämtern, von Gesundheitsämtern, von Hebammen (freiberuflich und angestellt), von niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten, Kinderkliniken, von Sozialpädiatrischen Zentren mit Frühförderung, von freien Trägern der Jugendhilfe (Kindertageseinrichtungen, Erziehungsberatung, Träger der „Hilfen zur Erziehung“), von Schulen, von ARGEn bzw. Job-Centern, von Familiengerichten, Polizei und der Servicestelle Kinderschutz am Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV). Zusätzlich waren Vertreterinnen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) und der die Evaluation durchführenden Institutionen in der Diskussion bzw. Moderation der Expertendiskussion beteiligt. An den Expertendiskussionen über die „Instrumente des Gesetzes“ waren Eltern, Vertreterinnen und Vertretern der Jugendämter, der Gesundheitsämter, der Schwangerenberatungsstellen, der Frauenkliniken, der Hebammen, der niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte, der Kinderkliniken, der Sozialpädiatrischen Zentren, der Familienbildungseinrichtungen, der freien Träger der Jugendhilfe (Kindertageseinrichtungen, Erziehungsberatungsstellen), des Zentrum für Kindervorsorge (ZfK), Universitätsklinikum Saarland, Homburg, sowie der Servicestelle Kinderschutz beteiligt ebenso wie Vertreterinnen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.

Die Expertendiskussionen wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Sie wurden inhaltsanalytisch nach der Methode von Mayring (2003) ausgewertet.

Um in diesem frühen Stadium der Implementation des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit Rheinland-Pfalz einen möglichst breiten Überblick über den Stand der Entwicklungen zu ermöglichen, wurden zusätzlich quantitative Erhebungen durchgeführt. Hierbei wurde auf unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen, und zwar

- auf Daten des Instituts für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism), die seit Oktober 2008 jährlich im Auftrag des rheinland-pfälzischen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) seit Oktober 2008 bei allen Jugendämtern und Gesundheitsämtern erhoben werden, Grundlage für diesen Bericht sind deshalb die Daten aus dem Jahr 2009, die seit Sommer 2010 vorliegen,
- auf Daten des Deutschen Instituts für Urbanistik (DIfU), das im Jahr 2008, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des LKindSchuG, deutschlandweit Jugend- und Gesundheitsämter zu Kooperationsformen im Bereich „Frühe Hilfen“ befragt hat (hier einbezogen wurden die Ergebnisse der Befragung für Rheinland-Pfalz), sie liefern somit Informationen über den Status zu Beginn der Umsetzung des Gesetzes,
- auf Daten, die im Rahmen der kontinuierlichen Rückmeldungen über die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen durch das Zentrum für Kindervorsorge (ZfK) kontinuierlich erfasst werden bzw. auf die ergänzenden Auswertungen des Instituts für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism),
- auf Daten, die im Rahmen dieser Evaluation erhoben wurden, um ergänzende und bisher nicht einbezogene Aspekte zu erfassen. Dabei konnten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugend- und Gesundheitsämter (mittlere Leitungsebene) auf Basis eines semi-strukturierten Telefoninterviews nahezu vollständig erreicht werden (36 von 41 Jugendämtern und 21 von 24 Gesundheitsämtern). Die Befragung von Vertreterinnen und Vertreter anderer Disziplinen im Kontext der lokalen Netzwerke und der Früherkennungsuntersuchungen (Zufallsauswahl anhand einer Adressliste), erbrachte trotz erheblicher Anstrengungen und eines großen Zeitaufwandes nur relative kleine Zellenbesetzungen für eine quantitative Auswertung und wurde daher nur zur qualitativen Ergänzung herangezogen. Gefragt wurde u.a. nach dem Informationsstand zum LKindSchuG, dem (zielgruppenspezifischen) Ausbau,

der Weiterentwicklung und der Vermittlung von Angeboten Früher Hilfen, nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen, nach der Häufigkeit und Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit und nach der Zufriedenheit mit der Unterstützung des Landes. Das Telefoninterview enthielt 62 Fragen und dauerte ca. 30 bis 45 Minuten.

- auf ergänzende qualitative Interviews mit Eltern, in denen analog zur Befragung der interdisziplinären Fachkräfte nach dem Informationsstand zum LKindSchuG, dem Wissen und dem Zugang zu Angeboten Früher Hilfen sowie nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen gefragt wurde (19 Eltern mit und ohne Migrationshintergrund; Zufallsauswahl aus einer Recherche in Kindertageseinrichtungen in Rheinland-Pfalz mit Plätzen für unter 3-jährige und einer Zufallsauswahl von Eltern, die nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hatten). Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Sie wurden inhaltsanalytisch nach der Methode von Mayring (2003) ausgewertet.

Von ihrem Umfang her sind die empirischen Daten des Monitoringberichtes, der jährlich vom Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz (ism) die wichtigsten; denn in diesen Datenpool fließen die Daten aller Einladungen der Zentralen Stelle sowie die von der Zentralen Stelle weitergegebenen Informationen an die Gesundheitsämter und alle Informationen der Gesundheitsämter an die Jugendämter. Dieser Monitoringbericht wird auch, da er die Daten jeweils für ein Jahr fortlaufend dokumentiert, in den kommenden Jahren noch offene Fragen zu beantworten.

Mit Hilfe dieser breiten methodischen Herangehensweise wurden die Evaluationsergebnisse sowohl qualitativ (d.h. um unterliegende Meinungen, Haltungen oder Interessen herauszuarbeiten) als auch quantitativ (d.h. für einen möglichst breiten Geltungsbereich) analysiert und zusammengeführt. Tabelle 11 fasst die beschriebenen unterschiedlichen Datenquellen zusammen.

Tabelle 10: Überblick über die Ziele des Gesetzes, die Gegenstände der Erhebung und die jeweilige Datenbasis

Ziele des Gesetzes	Gegenstand der Erhebung	Fremderhebung (Daten der zentralen Stelle)	Eigenerhebung
1. Der Aufbau der lokalen Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der lokalen Netzwerke • Einbindung und Beteiligung der Netzwerkpartner • Themen der Expertendiskussionen • Einschätzung der Kooperation in lokalen Netzwerken 	<p>Erhebung des ism</p> <p>Erhebung des ism, Befragung des Deutschen Instituts für Urbanistik</p> <p>Erhebung des ism</p> <p>Erhebung des ism</p>	<p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p> <p>Expertendiskussion</p> <p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p>
2. Ausbau und Weiterentwicklung der Angebote und deren Vermittlung an Eltern und Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der lokalen Angebotsstruktur • Erreichen der Zielgruppe, Zusammenarbeit mit den Eltern • Auswirkungen auf die einzelfallbezogene Kooperation: Datenschutz und die interdisziplinäre Zusammenarbeit 	<p>Erhebung des ism, Befragung des Deutschen Instituts für Urbanistik</p>	<p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p> <p>Elterninterview</p> <p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p> <p>Elterninterview</p> <p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p>
3. Das Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • (Nicht-)Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen • Früherkennungsuntersuchungen als Instrument zur Prävention von Kindeswohlgefährdung • Auswirkungen des verbindlichen Einladungswesens • Rezeption des Einladungswesens aus Sicht der verschiedenen Professionen und der Eltern 	<p>Erhebung des ism</p>	<p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p> <p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p> <p>Elterninterview</p> <p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p> <p>Elterninterview</p>
4. Die Verpflichtungen und Aktivitäten des Landes.	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der Begleitung, Unterstützung und Förderung der Umsetzung des LKindSchuG durch das Land 	<p>Erhebung des ism</p>	<p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Rezeption des LKindSchuG 		<p>Expertendiskussion</p> <p>Telefoninterview</p> <p>Elterninterview</p>

II. Fallübergreifende Kooperation: Der Aufbau der lokalen Netzwerke

Das LKindSchuG Rheinland-Pfalz benennt die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Jugendämter) als Verantwortliche für die Bildung lokaler Netzwerke, die aktive Einbindung anderer Einrichtungen und Dienste (§ 3 Abs. 1) und für die Planung und Steuerung der lokalen Netzwerke (§ 3 Abs. 3 LKindSchuG). Als Beteiligte der lokalen Netzwerke werden insbesondere Einrichtungen und Dienste der freien Jugendhilfe, Gesundheitsämter, Sozialämter, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Beratungsstellen, Einrichtungen und Dienste zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe benannt (§ 3 Abs. 2 LKindSchuG). Die Mitwirkung dieser Institutionen bzw. Berufsgruppen an den lokalen Netzwerken erfolgt auf freiwilliger Basis. Dem Jugendamt als Netzwerkkoordinator kommt damit die besondere Aufgabe zu, die für den Kinderschutz relevanten Akteure in die Netzwerkarbeit einzubinden. Unter welchen Voraussetzungen dies gelingen kann und welche (Rahmen-) Bedingungen dabei ggf. hinderlich sind, wurde in der Expertendiskussion besonders fokussiert.

1. Allgemeine Voraussetzungen gelingender Kooperation und Vernetzung

Dabei ist es für die Einschätzung der im Folgenden dargestellten Ergebnisse und des derzeitigen Standes der Vernetzungsaktivitäten wichtig, einige strukturelle Aspekte und Grundsätze von Vernetzungsprozessen und der Etablierung verlässlicher Kooperationsstrukturen voranzustellen.

In vielen Bereichen, wie dem der Wirtschaft, den Sozialwissenschaften oder der Sozialpsychologie mehren sich theoretische Konzepte und Befunde, die die Vorteile von Kooperation gegenüber konkurrierenden oder vereinnahmenden Strategien belegen (Sydow & Windeler, 2000, Seckinger, 2001). *Im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz sind Kooperation und Vernetzung insbesondere zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe zwingend.* Keine Berufsgruppe für sich alleine genommen kann eine optimale Unterstützung und Versorgung gewährleisten. Das Gesundheitssystem hat einen frühen und nicht stigmatisierenden Zugang zu praktisch allen Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die Kinder- und Jugendhilfe ist zuständig für die Vermittlung weitergehender Hilfen, und für die Sicherung des Kindeswohls. Dazu gehört es, Kinder vor Vernachlässigung und Misshandlung zu schützen. Bisher sind die Übergänge von der Gesundheitshilfe zur Kinder- und Jugendhilfe noch nicht systema-

tisch ausgebildet. Gut strukturierte Übergänge können dazu beitragen, dass Familien, die frühe und präventive Unterstützung benötigen, diese auch erhalten. Diese Übergänge zu schaffen, ist eine wesentliche Aufgabe des Landeskinderschutzgesetzes. Vor dem Inkrafttreten des Gesetzes fehlten verbindliche Verfahrensrountine, über die Eltern weitervermittelt werden können (Ziegenhain et al., 2010). Will man fachlich adäquate Hilfen und eine Versorgung, die an die individuellen Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien angepasst ist, gibt es fachlich keine gute Alternative zu einem kooperativen und interdisziplinär vernetzten Arbeiten. Dieses setzt eine *flächendeckende Etablierung und Optimierung von gesicherten und verbindlichen Kooperationsverfahren* voraus.

Demgegenüber steht eine jahrelange Praxis, in der eine inhaltliche, gemeinsame Weiterentwicklung mit dem Schwerpunkt interdisziplinärer Zusammenarbeit selten ist (Lützenkirchen, 2005). Vor Inkrafttreten des Gesetzes waren der Aufbau und die Pflege interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung nicht verbindlich geregelt, d.h. bisher war niemand strukturell für diese Vernetzung zuständig und verantwortlich.

Es gibt vielfältige Praxiserfahrungen, die *hohe Reibungsverluste in der interdisziplinären Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme* belegen. Dabei sind es gleichermaßen motivationale als auch strukturelle Aspekte, die eine gute und effiziente Zusammenarbeit bei Frühen Hilfen und im Kinderschutz behindern bzw. die zu Reibungsverlusten führen. Typische Reibungsverluste entstehen aus einer Gemengelage aus gegenseitiger Unkenntnis, unklaren Verfahrensabläufen, motivationalen Aspekten und Kostendruck (Ziegenhain et al., 2010).

Tatsächlich gelingt interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung nicht von alleine oder aus dem Wissen ihrer Notwendigkeit heraus. Dies belegen Praxis und Forschung gleichermaßen. *Vielmehr müssen Kooperationen in einen verbindlichen Rahmen gestellt werden, damit sie funktionieren.* Es müssen Konzepte dafür erarbeitet und verbindlich vereinbart werden (Gräßer & Ihle, 1998). Dies betrifft insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus der Jugend- und der Gesundheitshilfe, aber auch zwischen den anderen Disziplinen. Verfahrenswege und Vorgehensweisen müssen in ruhigen Zeiten ausgehandelt und abgestimmt werden, um dann im Einzelfall zu funktionieren. Dies gelingt, wenn vor Ort die professionellen Akteure aktiv beteiligt sind und die fachlich und politisch Verantwortlichen Zuständigkeiten und Strukturen administrativ verankern und steuern.

Ein solcher Prozess braucht nicht nur Zeit, sondern ist mit systematisch erwartbaren motivationalen und strukturellen Hürden und Schwierigkeiten verbunden. Diese zeigen sich etwa in Schwierigkeiten, die eigenen und fachfremden Kern-

kompetenzen zu beschreiben und aufeinander zu beziehen, in nicht-realitätsgerechten Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der anderen Professionen, in „Sprachschwierigkeiten“ aufgrund unterschiedlicher beruflicher Sozialisation und Denkmodellen, oder in Verunsicherungen bezüglich des Datenschutzes und der Informationsweitergabe. Sie zeigen sich insbesondere in der Schaffung verbindlicher Strukturen und Verfahrensabläufen, der Klärung von Zuständigkeiten, Entscheidungsbefugnissen und Funktionsüberschneidungen bis hin zur Frage der Finanzierung von Hilfen. Bisher herrschte an den Schnittstellen zwischen Systemen üblicherweise eher Ressortabgrenzung (Seckinger, 2001; Ziegenhain et al., 2010). Insofern sind erste wichtige und notwendige Schritte in der Entwicklung von interdisziplinären Vernetzungsstrukturen einen systematischen Informationsaustausch und Kommunikationsstrukturen zu etablieren.

Interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen lassen sich am Ehesten kommunal entwickeln, denn die Kommunen sind für die allgemeine Daseinsfürsorge zuständig; sie sind durch den demokratischen Willensbildungsprozess politisch legitimiert, Strukturen vor Ort zu entwickeln. Die Kommunen sind auch von ihrer Größe am Ehesten geeignet, ein überschaubares und damit auch nutzbares lokales Netz zu knüpfen. . Besonders in der Phase der Etablierung von Vernetzungsstrukturen sind für diese Arbeit *zusätzliche personelle und zeitliche Ressourcen* notwendig. Für eine systematische Verbreitung in die Fläche aber bedarf es unbedingt der *landespolitischen Steuerung*. Rheinland-Pfalz hat hier im Landeskinderschutzgesetz interdisziplinäre Vernetzung nicht nur normiert, sondern auch finanziert. Damit ist eine *unerlässliche Voraussetzung geschaffen, ohne die nachhaltige interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen nicht systematisch und flächendeckend etabliert werden könnten*.

Neben einer solchen zwingenden strukturellen Vorgabe müssen Kooperation und Vernetzung aber auch jeweils im persönlichen, beruflichen Selbstkonzept der beteiligten Akteure integriert und mit dem der jeweils anderen Akteure abgestimmt werden, um effizient realisiert und nachhaltig etabliert werden zu können (Lützenkirchen, 2005). Es muss als kleinste gemeinsame Verabredung ein gemeinsames Verständnis darüber entwickelt werden, dass Kooperation eine Organisationsaufgabe ist und nicht eine Aufgabe, die alleine in der persönlichen Verantwortung der Handelnden liegt. So lassen sich Kooperationsstrukturen etablieren, die auch weitgehend unabhängig von den im Einzelfall beteiligten Personen funktionieren. Interdisziplinarität wird durch die jeweilige persönliche Gestaltung der Akteure innerhalb des vorgegebenen gesetzlichen und institutionellen Rahmens tragfähig. Auf dieser Basis können dann Verfahrensabläufe verabredet werden, die verbindlich und tragfähig sind. Dieser Prozess, muss gestaltet werden, er braucht eine *realistische und systematisch hinreichende Entwicklungszeit*. Die anderthalb Jahre, die im Wesentlichen den Beobachtungszeit-

raum für diesen Evaluationsbericht sind, sind vor dem Hintergrund dieses komplexen Prozesses ein sehr kurzer Zeitraum. Es kann nicht erwartet werden, dass binnen 21 Monaten (April 2008 – Dezember 2009) diese Prozesse abgeschlossen sind. Zu erwarten sind vielmehr Friktionen, Konflikte und sonstige Schwierigkeiten, die Teil des Entwicklungsprozesses sind.

Die Etablierung und Umsetzung des rheinland-pfälzischen LKindSchuG steht am Beginn. Dies gilt insbesondere für die Aushandlungsprozesse und strukturellen Entwicklungen in der interdisziplinären Vernetzung. **Insofern sind die hier vorgestellten Ergebnisse nicht endgültig zu interpretieren, sondern als erste Ergebnisse eines Prozesses der Abstimmung gemeinsamer interdisziplinärer Verfahrensabläufe.**

2. Zwischenergebnisse zum Stand des Aufbaus der lokalen Netzwerke in Rheinland-Pfalz

Bis zum Ende des Jahres 2008 waren in fast der Hälfte der rheinland-pfälzischen Jugendamtsbezirke lokale Netzwerke etabliert und bis Ende des Jahres 2009 in allen der 41 Jugendamtsbezirke. In allen Jugendamtsbezirken fanden r Netzwerkkonferenzen statt. Aus der Hälfte dieser Konferenzen wurden bereits erste fachpolitische Auswirkungen der Netzwerkarbeit im jeweils zuständigen kommunalen Jugendhilfeausschuss berichtet. Es entstanden Arbeitsgruppen und kleinräumig organisierte Netzwerke mit sozialräumlichen oder inhaltlichen Themen. In fast allen Netzwerkkonferenzen waren die relevanten Partner aus dem Gesundheitswesen (Gesundheitsämter, Hebammen, Geburtskliniken und Kinderärztinnen und Kinderärzte) vertreten, ebenso wie alle relevanten Institutionen und Dienste im Kinderschutz. Dies ist, angesichts des kurzen Zeitraums, ein überaus erfreuliches Ergebnis.

Insgesamt wurde das Gesetz von den interdisziplinären Fachkräften ausdrücklich begrüßt und dabei durchaus im Sinne der Intentionen des Gesetzes, nämlich der Förderung der Kindergesundheit und des Kindeswohls und des Ausbaus der Angebotsstruktur im Bereich der Frühen Hilfen.

Die Vertreterinnen und Vertreter der *Jugendämter* identifizierten sich hoch mit der ihnen vom Gesetz zugewiesenen Rolle als Verantwortliche für die Etablierung und Weiterentwicklung der lokalen Netzwerke. . Insgesamt Die Daten zeigen, dass sich die fallübergreifenden Kontakte mit anderen Akteuren im interdisziplinären Netz deutlich verbessert haben und dass die Akteure aus dem Gesundheitssystem fast in allen lokalen Netzwerken vertreten sind. Während die Akteure aus der institutionellen Einrichtungen des Gesundheitswesen (Kranken-

haus, Gesundheitsämter, ...) sich systematisch an der Netzwerkarbeit beteiligten, ist die Beteiligung der freiberuflich tätigen Gesundheitsberufe noch nicht systematisch sichergestellt. Dies zu schaffen, ist eine Aufgabe für die kommenden Jahre und wurde im Übrigen auch in den Expertendiskussionen so vertreten und gewünscht. Von Seiten der Jugendämter wird hervorgehoben, dass die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern jetzt konstruktiver und systematischer ist als vor Inkrafttreten des Gesetzes. Es seien seitdem mehr regelhafte Verfahrenswege zwischen den beiden Institutionen entwickelt worden.

Von den anderen Akteuren im Feld wurden der Stand und die Qualität der Netzwerkentwicklung überwiegend positiv eingeschätzt, auch wenn es eine Streuung von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ gibt. Die Diskussionen in den Expertengruppen legen hier nahe, dass aufgrund der im Prozess befindlichen Netzwerkgestaltung zahlreiche Anlaufschwierigkeiten und (noch) unklare Strukturen zu Verunsicherungen und in der Folge zu einer tendenziell eher negativen Bewertung der Zusammenarbeit führen.

Für die weitere Entwicklung wurden der Ausbau und die Gestaltung der interdisziplinären Vernetzungsstrukturen genannt. Diese ermöglichen sowohl nachhaltige und systematische Wege der Vermittlung als auch klare und verbindliche Absprachen über die jeweilige Angebotsstruktur vor Ort. Hierzu gehört auch eine verbesserte Steuerung, bei der die Jugendämter künftig stärker mittels verbindlicher Absprachen Zuständigkeiten auf unterschiedliche Netzwerkpartner übertragen können. Damit würde auch die gemeinsame und disziplinübergreifende Identifikation gestärkt.

Ebenso wie die Jugendämter gestalteten auch die *Gesundheitsämter* den gesetzlichen Auftrag durch das LKindSchuG überwiegend positiv. Die Gesundheitsämter sind in fast allen lokalen Netzwerken vertreten und werden als Kooperationspartner von den anderen Akteuren geschätzt. Nach dem Monitoringbericht stieg die Beteiligung der Gesundheitsämter an den lokalen Netzwerkkonferenzen von 68% im Jahr 2008 auf 95% im Jahr 2009 (MASGFF, 2010). Insbesondere die Kooperation mit der Jugendhilfe wurde seit Inkrafttreten des LKindSchuG als konstruktiv und systematischer als vorher eingeschätzt, und zwar gleichermaßen von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsamtes und der Jugendhilfe. Dies zeige sich etwa in der Etablierung regelhafter Kooperationsstrukturen. Dabei bezog sich die Kooperation überwiegend auf die Früherkennungsuntersuchungen. Hier zeigt sich eine unmittelbare Auswirkung der Intentionen des LKindSchuG und eine nicht antizipierte positive „Nebenwirkung“ des Einladungswesens. Gemäß den Daten aus den telefonischen Befragungen kontaktierten die Hälfte der Gesundheitsämter das Jugendamt in einzelfallbezogenen Fragen als zentralen Kooperationspartner ein bis mehrmals in der Woche. Nur

zwei der befragten Gesundheitsamtsmitarbeiterinnen und –mitarbeiter gaben an, sehr wenig Kontakt mit den Jugendämtern, nämlich einmal in sechs Monaten, gehabt zu haben. Die Hälfte der befragten Gesundheitsämter gaben an, die Jugendämter in allgemeinen, fallübergreifenden Angelegenheiten nur selten zu kontaktieren. Dies galt umgekehrt auch für die Jugendämter. Insgesamt wurde sowohl in der telefonischen Befragung als auch in den Expertendiskussionen die Kooperation mit dem Jugendamt wechselseitig als sehr gut bis gut eingeschätzt (nur zwei der befragten Jugendämter schätzten ihre Kooperation mit dem Gesundheitsamt als schlecht ein). Danach bewerteten gleichermaßen Vertreterinnen und Vertreter von Jugend- und Gesundheitsämtern die Zusammenarbeit seit Inkrafttreten des LKindSchuG RP als konstruktiv und systematischer als vorher. Darüber hinaus bewerteten auch die anderen befragten Akteure im Netz, die von regelmäßigen Kontakten berichteten, die Zusammenarbeit überwiegend als gut oder sehr gut. Insgesamt, so das Resümee aus den Expertendiskussionen, sahen sich die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsämter als wichtigen Knotenpunkt in den lokalen Netzwerken und wurden von den anderen Akteuren geschätzt.

In den Expertenrunden wurde deutlich, dass für die *Geburtskliniken* ein breiter und nicht stigmatisierender Zugangsmöglichkeiten zu belasteten Familien gesehen wurde, die anderen Institutionen, insbesondere der Jugendhilfe, so nicht zur Verfügung stehen. In den Expertenrunden und in der telefonischen Befragung bestätigten die Jugendämter, den Geburtskliniken eine gute Zusammenarbeit mit den anderen im Netzwerk aktiven Akteuren. Die beteiligten Vertreterinnen und Vertreter der *Kinderkliniken* sahen ihre Position im Netzwerk seit Inkrafttreten des LKindSchuG wenig verändert, die erforderlichen Wege seien bereits vorher gebahnt worden. Die gute Qualität dieser Kooperation wurde von anderen interdisziplinären Akteuren wie Jugendämtern und Gesundheitsämtern bestätigt. Strukturelle Probleme wurden in den fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen für fallübergreifende Vernetzung benannt. Hier unterstützt das Land insgesamt 17 Geburtskliniken, die im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelten Ablaufstrukturen zur Erkennung und Weitervermittlung von Familien mit Bedarf an Unterstützung und Förderung ein- bzw. fortzuführen. Für die *Sozialpädiatrischen Zentren* gehörten bereits vor Inkrafttreten des LKindSchuG interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu wichtigen Aufgabenbeschreibungen ihrer Tätigkeit. Genauso war der gesetzliche Auftrag zur interdisziplinären Kooperation und Vernetzung für die *Erziehungsberatungsstellen bzw. die Ehe, Familien- und Lebensberatungsstellen* sowie die *Schwangerschafts-konfliktberatungsstellen* eine systematische Fortführung und Weiterentwicklung ihrer bisherigen Aufgabenbeschreibung. Hierfür konnte auf bestehende Kontakte und Verfahrensabläufe zurückgegriffen werden. Auch die Familienbil-

dungsstätten sahen sich als Kooperationspartner des Jugendamtes. Eine Weiterentwicklung im Bereich der Frühen Hilfen sahen die Vertreterinnen und Vertreter der *Familienbildungsstätten* in der verstärkten Weiterentwicklung von aufsuchenden Angeboten. *Kindertagesstätten* wurden insbesondere im Zusammenhang mit früher Bildungsförderung als gut integrierte Partner in den lokalen Netzwerken beschrieben. Offenheit aber auch eine gewisse Unsicherheit wurde von ihnen bezüglich der im Kontext des LKindSchuG Definition der eigenen Aufgaben in den lokalen Netzwerken thematisiert. Auch die *Freien Träger im Bereich „Hilfen zur Erziehung“* verstanden sich als selbstverständliche Mitglieder der lokalen Netzwerkkonferenzen. Als mögliches Spannungsfeld für die gemeinsame Arbeit zeichnete sich die Verortung der freien Träger im Bereich der „Hilfen zur Erziehung“ zwischen den beiden Polen Frühe Hilfen und Kinderschutz ab, da sie traditionell vermehrt für Angebote im Bereich des Kinderschutzes angefragt wurden. Gleichzeitig war eine hohe Bereitschaft vorhanden, sich mit Möglichkeiten und Angeboten der Frühen Hilfen auseinanderzusetzen und deren Integration in das eigene Arbeitsfeld zu überprüfen.

Als eher schwierig wurde die Einbindung der *niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte* in die lokalen Netzwerke in den Expertenrunden und in den telefonischen Befragungen beschrieben. Zwar wurden fast überall engagierte Ärztinnen und Ärzte gewonnen (die Beteiligung von Kinderärztinnen und –ärzten an den lokalen Netzwerkkonferenzen stieg von 63% im Jahr 2008 auf 93% im Jahr 2009; MASGFF, 2010), es wurden aber strukturelle Begrenzungen für eine systematische Kooperation deutlich, denn die engagierten Kinderärztinnen und –ärzte können nicht für ihre niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen Absprachen treffen. Die engen zeitlichen Rahmenbedingungen von Kinderärztinnen und Kinderärzten für fallübergreifende Vernetzungsarbeit (bzw. aller niedergelassenen Ärzte in den lokalen Netzwerken) ist ein weiteres Problem. Über diese strukturellen Einschränkungen hinaus wurden bedingt durch das unterschiedliche fachliche Vorgehen weitere Spannungsfelder deutlich. So sahen die niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte den Schwerpunkt interdisziplinärer Kooperation in der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit. Insgesamt wurde die Kooperation von den befragten Vertreterinnen und Vertretern anderer Disziplinen als gut eingeschätzt. Von den befragten Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsämter bewerteten ca. 80% die Zusammenarbeit mit den Kinderärztinnen und Kinderärzten, aber auch mit den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin als gut bis sehr gut, von den befragten Vertreterinnen und Vertretern der Jugendämter schätzten um die 60% die Zusammenarbeit als gut ein, allerdings gaben hier auch ca. 20% eine schlechte Zusammenarbeit an. Von allen anderen befragten Akteuren im Netz bewerteten 65% die Zusammenarbeit als gut. Die fallübergreifende Kooperationen wurden von den befragten Kinderärztinnen und Kinderärzten zumindest für ihren eigenen Wirkungsbereich als

wenig bedeutsam eingeschätzt. Fallübergreifende Kooperation mit den Kinderärztinnen und Kinderärzten war aber einvernehmlicher und ausdrücklicher Wunsch aller anderen Berufsgruppen in den Expertendiskussionen. Sie wünschten eine notwendige und breite Einbindung von Kinderärztinnen und Kinderärzten in der fallübergreifenden Kooperation mit regelmäßiger Beteiligung von möglichst vielen Kinderärztinnen und Kinderärzten an den Netzwerkkonferenzen und – auf der Einzelfallebene – deren systematische Einbindung bei der Vermittlung von Eltern mit Unterstützungsbedarf in weiterführende Hilfen.

Auch die Teilnahme der *Hebammen* an der lokalen Netzwerkarbeit und die fallbezogene Zusammenarbeit werden von den befragten Akteuren als eher unsystematisch und eher zufällig beschrieben. Die Befragten benannten ausdrücklich das hohe Engagement der Hebammen, die an den lokalen Netzwerkkonferenzen teilnehmen, als beispielhaft. Von den Hebammen haben 71% an den lokalen Netzwerkkonferenzen teilgenommen, im Jahr 2008 waren sie bei 93% Netzwerkkonferenzen vertreten. (MASGFF, 2010). Dies zeigt, dass es Hebammen gibt, die mit großem Engagement an der Netzwerkbildung mitarbeiten; doch sie können – ähnlich wie die Fachärztinnen und Fachärzte – keine verbindlichen Absprachen für ihre Berufskolleginnen treffen. Die befragten Hebammen wünschten explizit den Einbezug ihrer Berufsgruppe in die multiprofessionellen Netzwerke. Auch wenn nicht alle Hebammen mit allen anderen Berufsgruppen im Alltag Kontakte haben, ist ein umfassender fallübergreifender Kontakt gerade wegen ihrer besonderen „Türöffnerfunktion“ sehr wichtig. Die Berufsgruppen, die einen systematischen Kontakt mit Hebammen haben, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Jugendämtern bewerteten diese Kooperation fast alle als gut bzw. sehr gut. Die Hebammen selber äußerten noch Unsicherheiten bzw. Klärungsbedarf über ihre Rolle bzw. die Definition ihrer ggf. erweiterten Aufgaben in den lokalen Netzwerken, dies auch im Kontext von noch nicht umfassend etablierten Kooperationen zu den anderen Akteuren in den lokalen Netzen.

Die *Schulen* zeigten großes Engagement und hohe Beteiligung an den Netzwerkkonferenzen. Gemäß den Evaluationsergebnissen stieg die Beteiligung der Schulen an den lokalen Netzwerkkonferenzen von 63% im Jahr 2008 auf 88% im Jahr 2009 (MASGFF, 2010). Dabei wurde deutlich, dass gemeinsame Inhalte und Berührungspunkte fehlten, die eine Kooperation im Alltag begründen können. Das System Frühe Hilfen bezieht sich vorrangig auf den Altersbereich 0 bis 3 und begründet damit zunächst keinen unmittelbaren gemeinsamen Bezugsrahmen der Zusammenarbeit mit Schulen. Von den befragten Jugendämtern bewerteten zwei Drittel den Kontakt mit den Schulen als gut, ein Viertel als schlecht. Nachvollziehbar hatten die befragten Vertreterinnen und Vertreter im Gesundheitsbereich keinen Kontakt mit Schulen. Von den befragten Gesund-

heitsämtern hatten etwa 40% bisher keinen Kontakt mit Schulen, von denjenigen Gesundheitsämtern, die Kontakt hatten, bezeichneten etwa die Hälfte ihn als gut bzw. sehr gut. Von den anderen befragten Institutionen (Kinderärztinnen und Kinderärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen) hatten mehr als ein Drittel keinen Kontakt mit Schulen, von denen, die Kontakt hatten, bewerteten ein Drittel diesen Kontakt als gut bzw. sehr gut. In den Expertendiskussionen wurde von den Vertreterinnen und Vertretern der Schulen die günstigen strukturellen Voraussetzungen hervorgehoben, das LKindSchuG RP im Kontext der Schulen umzusetzen (hierarchisch gut eingespielte Abläufe, die – zumindest theoretisch – eine systematische und breite Information aller Lehrer bzw. eine einheitliche und zuverlässige Umsetzung von Vorgehensroutinen ermöglichen sollten). Deutlich wurde eine Diskrepanz zwischen dem Engagement der Schulen, einer hohen Beteiligung an den Netzwerkkonferenzen oder dem Wunsch nach Fort- und Weiterbildung auf der einen Seite und, auf der anderen Seite, fehlenden Schnittstellen und Berührungspunkten, auf deren Basis eine Kooperation im Alltag gestaltet und eine inhaltliche Einbindung in die lokalen Netzwerke realisiert werden kann.

In ähnlicher Weise waren auch die *ARGEn/Jobcenter* bisher kein integraler Bestandteil des institutionellen Auftrags an den lokalen Netzwerken. Dies zeigte sich auch daran, dass sie sich den lokalen Netzwerken nicht selbstverständlich zugehörig fühlten. Gemäß den Ergebnissen der Evaluation steigerte sich die Beteiligung der ARGEn bzw. der Jobcenter an den lokalen Netzwerkkonferenzen von zunächst 44% bei den ARGEn und von 34% bei den Jobcentern im Jahr 2008 auf 63% bei den ARGEn bzw. 61% bei den Jobcentern im Jahr 2009 (MASGFF, 2010). Insbesondere für die Vertreterinnen und Vertreter dieser Institutionen, so ließ sich aus den Expertendiskussionen schließen, bestand eine große konzeptionelle Kluft zwischen ihrer ureigenen Aufgabe der gewöhnlich überwiegend finanziellen Unterstützung oder der Förderung von Maßnahmen, die die Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zum Ziel haben (und eines indirekten Einflusses auf die Verminderung von Armut) und der Verknüpfung oder Erweiterung dieser Aufgabe auf mögliche Hilfen zur unmittelbaren Förderung des Kindeswohls und der Kindergesundheit. Aus den Expertendiskussionen ließ sich ableiten, dass hier gleichermaßen Engagement und Bereitschaft zur Kooperation, aber auch zunächst ein grundsätzlicher Bedarf besteht, die Belange von Kindeswohl und Kindergesundheit in konkrete und praktisch umsetzbare Hilfemaßnahmen zu übersetzen und mit dem vorhandenen Repertoire der ARGEn/Jobcenter zu verknüpfen.

Die *Polizei* konnte aufgrund der seit längerem etablierten Schwerpunktsetzung im Präventionsbereich bereits auf Erfahrungen in der Etablierung interdisziplinärer Kooperationsstrukturen und auf entsprechende Erfahrungen und Kompetenzen in der Zusammenarbeit in lokalen Netzwerkstrukturen zurückgreifen. Ge-

meinsame Inhalte für Kooperation und Vernetzung sind auf den Bereich des Kinderschutzes begrenzt. Dies betrifft ebenso die Zusammenarbeit mit den *Familienrichterninnen und Familienrichtern*. Die Beteiligung der Polizei bzw. der Ordnungsbehörden an den lokalen Netzwerkkonferenzen wird für 2008 mit 71% bzw. 42% und für 2009 mit 88% bzw. 59% angegeben. Weiterhin waren Familiengerichte 2008 mit 56% und 2009 mit 83% an den Netzwerkkonferenzen beteiligt (MASGFF, 2009; MASGFF, 2010).

Einrichtungen und Dienste zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen gehören zu denjenigen interdisziplinären Akteuren, deren Bedeutung als Partner in den lokalen Netzwerken insbesondere im Bereich des Kinderschutzes aufgrund des LKindSchuG deutlich wurde. Gewalt in Partnerschaften gilt als ein zentraler Risikofaktor im Kinderschutz. Die systematische Einbindung dieser Einrichtungen ist wichtig für die künftige Ausgestaltung der lokalen Netzwerke in Rheinland-Pfalz. Die Beteiligung von Vertreterinnen von Frauenhäusern an den lokalen Netzwerkkonferenzen hat zwischen 2008 und 2009 von 49% auf 54% zugenommen, die Beteiligung von Interventionsstellen gegen Gewalt von 56% auf 63% (MASGFF, 2009; MASGFF, 2010).

Zusammenfassend war es vor dem Hintergrund einer theoretisch und aus Praxiserfahrungen heraus systematisch erwartbaren Phase von Anlaufschwierigkeiten und Reibungsverlusten ein *überaus erfreuliches Ergebnis, dass die Einbindung der meisten interdisziplinären Akteure in die lokalen Netzwerke als relativ reibungslos und unkompliziert beschrieben* wurde. Die Jugend- und Gesundheitsämter füllten die ihnen vom Gesetzgeber zugewiesene Rolle erstaunlich schnell und gut aus. Die Einbindung interdisziplinärer Akteure, wie der Geburts- und Kinderkliniken, der Sozialpädiatrischen Zentren mit Frühförderung in Rheinland-Pfalz (Steigerung der Beteiligung an den lokalen Netzwerkkonferenzen von 54% im Jahr 2008 auf 68% im Jahr 2009; MASGFF, 2009; MASGFF, 2010), der Erziehungsberatungsstellen bzw. der Ehe, Familien- und Lebensberatungsstellen, (68% in 2008; 90% in 2009), der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen (63% in 2008, 85% in 2009), der Familienbildungseinrichtungen (42% in 2008, 63% in 2009), der Kindertageseinrichtungen (66 % in 2008, 90% in 2009) oder der Freien Träger im Bereich „Hilfen zur Erziehung“ (73% in 2008, 90% in 2009) fand, auch vor dem Hintergrund bereits eingespielter Kontakte und Kooperationsstrukturen, einigermaßen reibungslos statt. Auch die anderen Akteure im interdisziplinären Netz, wie die Kinderärztinnen und Kinderärzte, die Hebammen, die Schulen und die ARGE/Jobcenter, beteiligten sich insgesamt sehr engagiert. Hier zeigten sich *aufgrund struktureller bzw. (noch) fehlender gemeinsamer inhaltlicher Definitionen die erwarteten Reibungsverluste in der interdis-*

ziplinären Zusammenarbeit. Die Inhalte der Zusammenarbeit mit Polizei und Familienrichterinnen und Familienrichtern sind auf den Bereich des Kinderschutzes begrenzt. Als ein eher neuer, aber wichtiger Partner in den lokalen Netzwerken erwiesen sich die Einrichtungen und Dienste zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen. Insgesamt war der Stand der Einbindung und der interdisziplinären Kooperation erwartungsgemäß u.a. abhängig davon, inwieweit bisher bereits Kooperationsbeziehungen bestanden und genutzt werden konnten bzw. inwieweit neue Strukturen zu entwickeln waren und inwieweit neue gemeinsame Inhalte definiert werden konnten. Bei der *fallübergreifenden Zusammenarbeit* spielten *strukturelle Aspekte, wie zeitliche und personelle Ressourcen* eine Rolle dabei, inwieweit interdisziplinäre Kooperation wahrgenommen werden konnte. Der nächste wichtige Entwicklungsschritt ist der der Kenntnis über Angebote und Strukturen anderer Institutionen und darauf aufbauend die Entwicklung interdisziplinärer und passgenauer Angebote Früher Hilfen in den Kommunen, und zwar von niedrighschwelligen bis hochschwelligen Angeboten. Die Ergebnisse des ism, , dass die Jugendämter in zwei Drittel aller Fälle zeitnäher und passgenauer Reaktion auf mögliche Kindeswohlgefährdung reagierten , weisen in die Richtung verbesserter Vernetzung von Angeboten zumindest im hochschwelligen Bereich.

III. Ausbau und Weiterentwicklung der Angebote

Das Landeskinderschutzgesetz benennt die Gewährleistung notwendiger niedrighschwelliger Angebote zur Förderung des Kindeswohls (§ 1 Abs. 3 LKindSchuG) als erstes von vier zentralen Zielen. Der bedarfsgerechte Ausbau und die Weiterentwicklung der bisher zur Verfügung stehenden Angebote sind jedoch nicht ohne die Voraussetzung einer interdisziplinären Sicht- und Herangehensweise bzw. die Etablierung lokaler Vernetzungsstrukturen zu erreichen. Insofern stand dieser Aspekt der Umsetzung des LKindSchuG im Zeitraum dieser Evaluation zwangsläufig noch am Anfang der Aktivitäten in den Jugendamtsbezirken. Der Schwerpunkt lag darauf, die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den lokalen Netzwerken zu konstituieren und zu entwickeln. Um so erfreulicher ist, dass im hier berichteten Zeitraum zahlreiche Angebote im Bereich der Frühen Hilfen etabliert bzw. ausgebaut wurden, deren primäre Zielrichtung zunächst auf die Information und Weiterqualifizierung von Fachkräften gerichtet war. Darauf auf-

bauend lassen sich zukünftig in den lokalen Netzwerken interdisziplinäre Angebotsstrukturen weiterentwickeln. .

1. Zwischenergebnisse zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Angebote

Gemäß den Ergebnissen der Evaluation wurden seit Inkrafttreten des LKind-SchuG RP neue, zusätzliche Angebote im Bereich der Frühen Hilfen geschaffen (28 von 41 Jugendämtern), 31 mal wurden zudem bereits vorhandene Angebote weiter ausgebaut, ebenso wurden gemeinsame Angebote des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe etabliert (etwa von der Hälfte der Jugendämter berichtet). Dabei lagen inhaltliche Schwerpunkte in der Weiterqualifizierung der Fachkräfte im Bereich des Kinderschutzes sowie in niedrigschwelligen Angeboten für Familien (Familienbildung, Elternkurse) und beginnend auch in den institutionsübergreifenden Einzelfallberatungen (MASGFF, 2010). Diese Ergebnisse wurden in der telefonischen Befragung der Jugendämter bestätigt. Danach gaben fast 60% der Jugendämter an, dass neue Angebote im Bereich Früher Hilfen etabliert wurden bzw. berichteten 16 von 36 befragten Jugendämtern, dass bestehende Angebote auch für die Belange Früher Hilfen modifiziert wurden (Mehrfachnennungen). Die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter und der anderen Akteure im Netz konnten von deutlich weniger neuen oder auch modifizierten bestehenden Angeboten berichten. Besonders deutlich zeigte sich dies in den Antworten der befragten niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte, denen kaum Angebote Früher Hilfen bekannt waren. Offen bleibt, ob es den von den Jugendämtern angegebenen Ausbau Früher Hilfen im Wirkungsbereich der befragten Ärztinnen und Ärzte nicht gab oder ob diese die neuen Angebote nicht kannten. Dies hatte im Ergebnis zur Konsequenz, dass die befragten Eltern von den Ärztinnen und Ärzten auch weniger häufig an weitergehende Hilfen und Angebote verwiesen wurden.

Neben dem Ausbau von Angeboten geht es bei ihrer Vermittlung an die Familien auch darum, dass die Akteure im lokalen Netz systematisch über das interdisziplinäre Angebotsrepertoire informiert sind. Aus den Interviews mit Eltern ließ sich ableiten, dass diese eher Kinderärztinnen und Kinderärzte und/oder Hebammen ansprechen, wenn sie weitergehende Unterstützung oder Hilfen benötigen. Insofern ist das *Wissen der interdisziplinären Akteure* im Gesundheitssystem, und in allen anderen Systemen über die lokalen Angebote in den Frühen Hilfen bzw. die Information darüber also wesentlich, damit Angebote Früher Hilfen auch bei den Familien ankommen bzw. von ihnen genutzt werden. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass es dabei an Informationen über Angebote, die im Spektrum jeweils anderer Disziplinen etabliert sind, fehlt. Es handelt sich also vermutlich

um ein strukturelles Problem. Die Information und die Vermittlung von Hilfen für Eltern sind möglichst umfassend, interdisziplinär und spezifisch auf ihre jeweiligen Bedürfnisse zuzuschneiden. Damit die interdisziplinären Hilfen bei den Familien ankommen, braucht es des Weiteren darüber hinaus eine systematische Information von Eltern über die jeweilige lokale Angebotsstruktur.

In den Expertendiskussionen zeigte sich , dass in den Netzwerken, mit der *Entwicklung und dem passgenauen Ausbau eines spezifischen Angebotsrepertoires Frühe Hilfen* begonnen wurde. . Ein solches Angebotsrepertoire umfasst eine gut aufeinander abgestimmte und interdisziplinäre Angebotspalette mit niedrig- bis hochschwelligem Angeboten für unterschiedliche Informationsbedürfnisse oder Belastungen und Risiken von Familien mit Kindern (von der Verunsicherung der Eltern über psychosoziale Belastungen bis zu Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Behinderungen des Kindes oder der Eltern).

Die Ergebnisse der nicht-repräsentativen telefonischen Befragung zeigten, dass die befragten Familien mit Migrationshintergrund, vor allem durch Jugendämter, an weiterführende Hilfen vermittelt wurden (ca. 60%). Die Ergebnisse verweisen darauf, dass diese Angebote nicht passgenau auf die Bedürfnisse von Familien mit Migrationshintergrund zugeschnitten waren.

Aus den Analysen der Expertendiskussionen wurde deutlich, dass zum Zeitpunkt der Evaluationsforschung die vorhandenen Ressourcen und Aktivitäten schwerpunktmäßig für die Etablierung der lokalen Netzwerkstrukturen genutzt wurden. In den kommenden Jahren wird sich zeigen, ob die vorhandenen Ressourcen und Aktivitäten in gleicher Weise für den weiteren Ausbau der Frühen Hilfen bereit stehen. Die zukünftige Entwicklung und Etablierung von interdisziplinären und passgenauen Angeboten Früher Hilfen wird für das Gelingen des LKindSchuG RP wesentlich sein.

IV. Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen

Ein wichtiges Ziel des Kinderschutzgesetzes ist es, die Gesundheit der Kinder zu fördern. Der Gesetzgeber sieht in der Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen ein wichtiges Instrument, um dieses Ziel zu erreichen. Die Früherkennungsuntersuchungen geben Hinweise auf die gesundheitliche Entwicklung des einzelnen Kindes, mit ihnen können Entwicklungsverzögerungen, drohende chronische Erkrankungen oder Behinderungen frühzeitig erkannt und damit rechtzeitig behandelt werden, sie bieten die Möglichkeit für ein ärztliches Beratungsgespräch, Die Früherkennungsuntersuchungen sind somit ein gutes Instrument für

die Förderung und für den Schutz der Gesundheit des einzelnen Kindes. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen hat der Gesetzgeber mit dem LKindSchuG ein Instrument geschaffen, um die Inanspruchnahme der Untersuchungsangebote dieser Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern deutlich zu erhöhen (§ 1 Abs. 3 Nr. 4 LKindSchuG).

Für die Umsetzung werden im Gesetz ein proaktives Einladungsmodell (die verbindliche Einladung zu den Früherkennungsuntersuchungen), die Unterrichtung der Gesundheitsämter in den Fällen, in denen keine Untersuchungsbestätigung eingegangen ist und die unverzügliche Unterrichtung der Jugendämter in den Fällen, in denen trotz der vorgesehenen Maßnahmen der Gesundheitsämter keine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde oder sich Anhaltspunkte für die Vernachlässigung, den Missbrauch oder die Misshandlung eines Kindes ergeben haben, benannt (§§ 5-9 LKindSchG). Durch Weitergabe dieser Informationen an die Jugendämter, wird über die Umsetzung des primär benannten Ziels „Förderung von Kindergesundheit“ hinaus ein weiteres Nebenziel, die „Vorbeugung von Kindeswohlgefährdung“, im Gesetz aufgegriffen.

1. Zwischenergebnisse zum Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen

Vergleichbare Zahlen zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen vor und nach Inkrafttreten des LKindSchuG liegen nicht vor. Einer Studie des Robert-Koch-Institutes zufolge liegen die Teilnahmeraten für die Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr bei 95% und gehen bis zur U 9 im fünften Lebensjahr sukzessive bis auf 80% zurück (vgl. Robert-Koch-Institut, 2006). Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen konnte die Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen dem gegenüber durch die Maßnahmen des LKindSchuG auf rund 98 % erhöht werden.

In den Expertendiskussionen wurden die wichtigen Entwicklungen im Sinne der Förderung der Kindergesundheit durch das LKindSchuG einhellig gewürdigt. Positiv konnotiert wurde die Chance, im Rahmen des Einladungswesens eine *Zielgruppe* zu erreichen, die bisher die Früherkennungsuntersuchungen nicht oder nur sporadisch wahrgenommen habe. Erste Erfahrungen der Kinderärztinnen und Kinderärzte zeigten, dass Familien zu den Untersuchungen kämen, die bisher keine regelmäßigen Vorsorgetermine wahrgenommen haben. . Diese Einschätzung wurde auch vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz geteilt. Danach berichteten niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte, dass mit dem verbindlichen Einladungswesen Kinder und Familien in die Kinderarztpraxen kommen, die bisher weder das An-

gebot der Früherkennungsuntersuchungen noch der notwendigen Impfungen genutzt hätten. Durch das Einladungswesen sind, wie der Monitoringbericht zeigt, auch nicht-versicherte Kinder zu den Untersuchungen gekommen, diese kommen vor allem aufgrund des Engagements der Gesundheitsämter, die den Eltern die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen für die Gesundheit ihrer Kinder verständlich machen konnten.

Auch Eltern, so die Erfahrungen der interdisziplinären Experten, teilten diese positive Einschätzung. Sie spiegelt sich ebenso in den qualitativen Interviews mit Eltern. Danach würden die verbindlichen Einladungen zu den Früherkennungsuntersuchungen von den Eltern mehrheitlich positiv aufgenommen und im Sinne der Förderung der Kindergesundheit akzeptiert, auch als *Erinnerungshilfe*. Datenschutzrechtlich hätten die meisten befragten Eltern keine Bedenken. Das Instrument eigne sich, so die Meinung der befragten Eltern, um Eltern früh zu erreichen und einen niedrigschwelligen und akzeptierten Zugang zu Angeboten aus dem System Frühe Hilfen zu ermöglichen. Mit einer Ausnahme waren alle interviewten *Eltern* der verbindlichen Einladung zu den Früherkennungsuntersuchungen gegenüber grundlegend positiv eingestellt. Unterschiedlich beantwortet wurde allerdings die Frage, wie die befragten Eltern die *Einladung zu den Früherkennungsuntersuchungen* selbst erlebt hatten. Hier zeigt sich ein Spektrum von erwarteten Antworten, die sich von positiver bis negativer Aufnahme der Einladung erstreckte (hohe Bedeutung der Untersuchung, Einladung als Erinnerungshilfe, gut, aber persönlich unnötig, da die Früherkennungsuntersuchungen ohnehin wahrgenommen würden, Erschrecken bzw. Gefühl von Bedrohung, Einschränkung des eigenen Entscheidungsrechts). Dabei bewerteten rund ein Drittel der interviewten Eltern, die die Einladung für sich selber als positiv.

Aus der qualitativen Diskursanalyse der Elterninterviews lassen sich verschiedene *Assoziationslinien* ableiten, je nachdem, ob Eltern das verbindliche Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen jeweils mit dem Aspekt der Kindergesundheit oder dem des Kinderschutzes diskutierten. In der Diskussion um die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen für die Kindergesundheit waren die Äußerungen einheitlich positiv, besonders wenn damit die Vermittlung von weitergehenden Hilfen verbunden wurde. Mit der Diskussion um eine mögliche Nachverfolgung durch die Jugendämter, wenn Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen werden, wurde das Einladungswesen eher unter dem Aspekt der „Pflicht“ und im Zusammenhang mit Kinderschutz assoziiert..

Diese Einschätzungen von befragten Eltern wurden in den Expertendiskussionen bestätigt. Dort wurde von Erfahrungen mit Eltern berichtet, die teilweise irritiert oder verschreckt auf die als Mahnung aufgefasste Einladung reagierten. Es werde im Einzelfall, so die Einschätzung einiger Expertinnen und Experten, die

Nichtwahrnehmung einer *freiwillige Gesundheitsleistung als Pflicht* und damit möglicherweise als „Vorabverdächtigung“ interpretiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Expertengespräche im Laufe des Jahres 2009 stattgefunden haben. Zu diesem Zeitpunkt hatten auch die befragten Expertinnen und Experten gerade erste Erfahrungen mit dem Kinderschutzgesetz gemacht. Bei einer weiteren Untersuchung ist zu prüfen, ob Eltern mittlerweile mit dem Einladungswesen vertraut sind und sich damit die Einschätzungen und Bewertungen dieses Systems von Eltern und von Expertinnen und Experten geändert haben.

Die Frage nach der Bedeutung des verbindlichen Einladungswesens für die *Vorbeugung von Kindeswohlgefährdung* wurde in den *Expertenrunden* von den interdisziplinären Expertinnen und Experten kontrovers und mit hoher emotionaler Beteiligung diskutiert. Als unzureichend für die Vorbeugung von Kindeswohlgefährdungen wurden insbesondere die langen Abstände zwischen den einzelnen Untersuchungen angeführt.

Der hohe Anteil falsch-positiver Meldungen von der Zentralen Stelle an die Gesundheitsämter wurde als Hindernis für eine gute Akzeptanz des Einladungswesens angesehen. In den *Expertenrunden* wurde auch die Frage nach der rechtlichen und finanziellen *Verhältnismäßigkeit* gestellt. Dabei blieb die Frage offen, ob und welche Anzahl von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung durch die Informationsweitergabe die Eingriffe in Grundrechte rechtfertigen und ob mit den Ressourcen, die für das Einladungswesen genutzt werden, andere Maßnahmen entwickelt werden könnten, die einen größeren Effekt zur Förderung der Kindergesundheit haben als das Einladungswesen.

Die Expertendiskussionen bewegten sich im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle, nämlich der Förderung der Kindergesundheit und der Entdeckung möglichen Hilfebedarfs auf der einen Seite und vor allem der Entdeckung von Kindeswohlgefährdung auf der anderen Seite. Diese Ambiguität in der expliziten oder auch impliziten Auslegung des Gesetzesauftrags führte dazu, dass die Entdeckung möglicher Hilfebedarfe von Familien und im weiteren die Etablierung von Weitervermittlungsstrukturen in Angebote Früher Hilfen in ihrer Bedeutung in der Diskussion eher vernachlässigt bzw. nachrangig behandelt wurden.

V. Aktivitäten zur Unterstützung und Förderung der Umsetzung des LKindSchuG durch das Land

Die im Gesetz verankerten Verpflichtungen des Landes beziehen sich einerseits auf die Einrichtung einer überregionalen Servicestelle Kinderschutz beim Lan-

desamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV), um die Jugendämter bei der Etablierung und Steuerung der lokalen Netzwerke zu beraten und zu unterstützen. (§4 Abs. 1 LKindSchuG). Andererseits fördert das Land den Aufbau und die Arbeit der lokalen Netzwerke pauschal mit sieben Euro pro Jahr für jedes Kind im Bezirk des jeweiligen Jugendamtes, das das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§3 Abs. 2 LKindSchuG) und erstattet den Trägern der Gesundheitsämter die entstehenden Kosten pauschal in Höhe von drei Euro für jedes Kind im Bezirk des jeweiligen Gesundheitsamtes, das das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§ 13 LKindSchuG). Zudem wurde für die Organisation des Einladungswesens bei Früherkennungsuntersuchungen eine Zentrale Stelle, ebenfalls beim LSJV (mit Übertragung zentraler Aufgaben im Zusammenhang mit dem Einladungswesen an das Zentrum für Kindervorsorge, Universitätsklinikum Saarland, Homburg, ZfK) etabliert (§ 5 Abs. 1 LKindSchuG). Die Zentrale Stelle informiert die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter über anstehende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und zur lädt sie zur Teilnahme ein, sie ermittelt diejenigen Kinder, zu denen keine Untersuchungsbestätigungen eingegangen sind und unterrichtet in vorgesehenen Fällen die zuständigen Gesundheitsämter.

Darüber hinaus und unabhängig von den gesetzlichen Regelungen wurden die Jugend- und Gesundheitsämter, die Schulbehörde, die kommunalen Spitzenverbände, Krankenkassen, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte oder die Ärztlichen Leitungen der Geburts- und Kinderkliniken kontinuierlich über das Gesetz und den jeweiligen Stand der Umsetzung bis hin zu Einzelfragen durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) informiert. Dies geschah in Arbeitsgruppen, Informationsgesprächen oder anlässlich von Fachtagen (siehe Tabelle 11). Darüber hinaus erarbeitete die Servicestelle Kinderschutz Handreichungen für Jugend- und Gesundheitsämter. Des Weiteren bot das Land an, bei Kindern, die in Rheinland-Pfalz gemeldet sind, deren Früherkennungsuntersuchung aber außerhalb von Rheinland-Pfalz stattfand, die Finanzierung für die Meldung und das Zentrum für Kindervorsorge (ZfK) zu übernehmen. Das Land übernimmt auch die Kosten der Früherkennungsuntersuchung für Kinder ohne Versicherungsschutz. Für Kinder im Ausland (NATO, Pflegekinder, Kinder ohne Versicherungsschutz) wurden Sonderregelungen erarbeitet. Darüber hinaus initiierte und steuerte das Ministerium systematisch einzelne Aktivitäten, wie die Einbindung von bisher siebzehn Geburtskliniken in die lokalen Vernetzungsstrukturen gemäß dem Modell der Stadt Ludwigshafen und Trier. Ausgehend von diesen Geburtskliniken werden Familien früh und nicht stigmatisierend für ggf. weitergehende Hilfen und Angebote geworben und vermittelt.

Tabelle 11: Initiativen und Steuerung des Landes zur Implementierung des Gesetzes

Zielgruppe	Initiativen
Kommunale Spitzenverbände, Jugendämter, Gesundheitsämter, Landesjugendamt	Etablierung einer begleitenden Arbeitsgruppe
Leitungen Jugend- und Gesundheitsämter	2 Fachtage
Leitung Jugendämter	1-2 Fachgespräche jährlich
Leitung Gesundheitsämter	Informationen im Rahmen von Dienstbesprechungen
Schulpsychologische Dienste der Gesundheitsämter	Informationen im Rahmen von Dienstbesprechungen
Krankenkassen und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Gespräche zu Einzelfragen
Ärztliche Leitung der Geburts- und Kinderkliniken	mehrere Gespräche und Informationsveranstaltungen
Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion (ADD, als mittlere Schulbehörde)	mehrere Gespräche
Servicestelle Kinderschutz	
Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsämter	Informationsschreiben zum Einladungsverfahren /KV-Mitgliederzeitschrift/Ärzteblatt RLP
benachbarte Länder	Informationsschreiben des Staatssekretärs

1. Zwischenergebnisse zu den unterstützenden Aktivitäten des Landes

Insgesamt zeigten die Ergebnisse der Evaluation, dass die getroffenen Maßnahmen gut für die Umsetzung des LKindSchuG genutzt und unterstützend wahrgenommen wurden.

Die hohe Zufriedenheit mit der Arbeit der Servicestelle Kinderschutz verdeutlicht, dass es hier gelungen ist, die vielfältigen Anfragen und Bedürfnisse in der Anfangsphase der Umsetzung des Gesetzes aufzugreifen, zu beantworten oder an die richtige Stelle weiterzuleiten. Gleichzeitig konnte das Profil der eigenen Arbeit geklärt und an die Nutzer vermittelt werden. Für den weiteren Verlauf erwarten wir, dass die Schwerpunkte der Anfragen sich nach der bisherigen Anfangsphase verlagern (von der Aufbauphase zur Prozessbegleitung in den Netzwerken,

von der Konzentration auf die Netzwerkarbeit zur Ausdifferenzierung der Angebote) und eine flexible Reaktion auf die sich verändernden Bedürfnisse erfordern.

In der Förderung und Kostenerstattung zeigt sich, dass die Gesundheitsämter in Bezug auf die finanzielle und personelle Ausstattung bei der Umsetzung des LKindSchuG deutlich mehr Unzufriedenheit äußerten als die Jugendämter. Dies ist unter Umständen im Zusammenhang mit der hohen Zahl der falsch positiven Meldungen bei den Früherkennungsuntersuchungen zu sehen. Eine weitere Beobachtung der Entwicklung kann Aufschluss geben, ob sich der Anteil der falsch positiven Meldungen durch geeignete Maßnahmen verringern lässt und ob sich die Arbeitsbelastung der Gesundheitsämter dadurch reduziert.

Zusammenfassend und abschließend lassen sich die hier dargestellten Ergebnisse als ein gutes Bild des derzeitigen Standes der Umsetzung des LKindSchuG RP interpretieren. Dies lässt sich auch aus den überwiegend übereinstimmenden Ergebnissen aus den unterschiedlichen Datenquellen ableiten. Allerdings lassen sich die hier berichteten und zusammengefassten Ergebnisse zum derzeitigen Zeitpunkt und vor dem Hintergrund eines bewusst und gerade im Sinne der Herausarbeitung von (auch latent vorhandenen) Meinungen, Haltungen und Interessen schwerpunktmäßig qualitativ angelegten Vorgehens, das dem derzeitigen Prozess der Umsetzung des LKindSchuG Rp Rechnung trägt, nicht generalisierend und abschließend interpretieren. Sie können aber insbesondere da, wo etwa unterschiedliche bzw. auch in sich widersprüchliche Einschätzungen oder Auslegungen des LKindSchuG ggf. zu Reibungsverlusten führen können, Hinweise für eine veränderte Steuerungspolitik geben und sie erlauben im Prozess der Etablierung und des Ausbaus von interdisziplinären und passgenauen Angeboten Früher Hilfen eine spezifischere und differenzierte unterstützende Steuerung.

D. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Die Forschungsergebnisse aus der Evaluation zum LKindSchuG RP belegen eindrücklich: „*Es tut sich etwas in Rheinland-Pfalz*“ bei der Förderung von Kindeswohl und Kindergesundheit. Die Frage, wie diese dynamischen Entwicklungen in Rheinland-Pfalz mit dem Gesetz in Verbindung stehen, insbesondere ob sie anlässlich, wegen oder trotz des Gesetzes geschehen, lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht nicht trennscharf beantworten. Doch es wird deutlich: Das rheinland-pfälzische Gesetz setzt einen notwendigen und – auch im Ländervergleich – ausgesprochen qualifizierten Rahmen, um die Kindergesundheit zu fördern und um den Kinderschutz in der Praxis tatsächlich zu verbessern.

Doch auch im Zusammenhang mit Kindergesundheit und Kinderschutz sind Gesetze häufig nur so viel wert, wie sie flankierende Förderung der Implementierung erfahren. Damit ein Gesetz bekannt und akzeptiert wird und im Sinne der gesetzgeberischen Intentionen umgesetzt werden kann, sind begleitende Prozesse erforderlich. Auch in dieser Hinsicht ist in Rheinland-Pfalz ausgesprochen viel Engagement feststellbar. Die Landesregierung in Rheinland-Pfalz, dem Landesjugendamt und der Servicestelle Kinderschutz im Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung zusammen mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort mit haben viel Einsatz entfaltet und, für weite Bereiche des Gesetzes, die Umsetzung erfolgreich vorangetrieben und gefördert. Anderthalb Jahre (2008/2009) sind eine kurze Zeit, um die anspruchsvollen Ziele des Gesetzes zu verwirklichen, weitere Etappen stehen den beteiligten Ebenen und Akteuren noch bevor. An einigen wenigen Stellen legen die ersten Evaluationsergebnisse nahe, die gesetzlichen Vorgaben zu überdenken.

Fallübergreifende Kooperation: Aufbau der lokalen Netzwerke

1. Rheinland-Pfalz war das erste – von inzwischen sechs – Bundesländern, das den *Aufbau lokaler Netzwerkstrukturen verbindlich* vorgegeben hat. Dabei hat sich der Landesgesetzgeber zudem – wie sonst nur noch Sachsen-Anhalt – gesetzlich auf eine Mitfinanzierung der lokalen Netzwerke festgelegt (§ 4 Abs. 2 LKindSchuG RP) und damit anerkannt, dass der Aufbau von Kooperationsstrukturen nicht kostenneutral gelingen kann, sondern eigene Personal- und Finanzressourcen benötigt. Als Regelungskonzept hat der rheinland-pfälzische Gesetzgeber – wie in dieser Konsequenz sonst in keinem der Bundesländer – auch die vorgesehenen Netzwerkteilnehmer in den für sie jeweils geltenden Gesetzen mit eigenen Vorschriften adressiert, die diese zur Teilnahme verbindlich anhalten. Eine Ausnahme bildet allein die deutlich schwächere Einbindung der Angehöri-

gen der Heilberufe (d.h. insbesondere Ärztinnen und Ärzte), die sich lediglich „nach ihren Möglichkeiten“ beteiligen „sollen“ (§ 21 Nr 4 Heilberufsg). Diese sicherlich strukturell nachvollziehbare Zurückhaltung spiegelt sich in der Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wieder (vgl. 5).

2. Dass es in Rheinland-Pfalz in der kurzen Zeit seit Inkrafttreten des LKind-SchuG gelungen ist, flächendeckend in allen 41 Jugendamtsbezirken, lokale Netzwerke und *Kooperationsstrukturen im System Frühe Hilfen* aufzubauen, an der sich insbesondere die Akteurinnen und Akteure aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe beteiligen, ist ein eindrucksvoller Beleg für kommunales Engagement bei der Förderung von Kindergesundheit und beim Schutz von Kinder, aber auch sicherlich ein großer Verdienst dieser landesrechtlichen Flankierungen. Die Leistungen in der Praxis der Netzwerkarbeit können nicht hoch genug geschätzt werden. Diesen Aufbau von Strukturen gilt es in den kommenden Jahren auszubauen und weiterzuentwickeln.
3. Quantitativ kann eine überaus *beachtliche Steigerung der Kontakte* und offenbar auch eine relativ hohe Zufriedenheit der Kooperationspartner festgestellt werden. Fachlich-inhaltlich und qualitativ fällt die Ausgestaltung jedoch recht unterschiedlich aus. So ist noch nicht überall gelungen, die wichtigsten Berufsgruppen systematisch und selbstverständlich in die inhaltliche und koordinierende Arbeit der lokalen Netzwerke einzubinden.
4. Die *Gesundheitsämter* sehen sich in etlichen Kommunen in ihrer Selbstdefinition bislang eher im Kontext von Früherkennungsuntersuchungen und sind noch nicht überall bzw. nicht von allen Akteurinnen und Akteuren als aktive Partner im Netzwerk wahrnehmbar oder werden als solche noch nicht wahrgenommen. Die Kooperation mit den Gesundheitsämtern wird vielerorts noch zu sehr über die Zusammenarbeit wegen der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen definiert. Es gilt in der Zukunft, verstärkt ein gemeinsames Verständnis der fallübergreifenden Vernetzungstätigkeit und dem Aufbau gemeinsamer Angebote im Kontext von Frühen Hilfen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsbereich zu entwickeln. Im Kontext der Früherkennungsuntersuchungen aber haben die Gesundheitsämter die ihnen zugewiesene Aufgabe engagiert übernommen und trotz diverser Anfangs- und Anlaufschwierigkeiten in der Organisation und der Entwicklung von Verfahrensroutinen auch eine überwiegend positive Haltung und Überzeugung zu diesem gesetzlichen Auftrag entwickelt. Die Intentionen des Gesetzgebers, die Gesundheitsämter maßgeblich einzubinden, wurden hier also bestätigt und von der Praxis angenommen. Die Gesundheitsämter sind ein wichtiger Partner in der Förderung der Kinder-

gesundheit. Hinzu kommt, dass dort, wo Gesundheitsämter den Prozess des Aufbaus von Kooperationsstrukturen und der Weiterentwicklung der Angebotspalette aktiv unterstützen und teilweise sogar initiieren, sie als überaus hilfreich wahrgenommen werden.

5. Die Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, insbesondere der *Kinderärztinnen und Kinderärzte*, in die lokalen Netzwerke wird allgemein als schwierig beobachtet. Sie stellt aufgrund der strukturellen Voraussetzungen eine besondere Herausforderung für die Weiterentwicklung der Netzwerke dar. Zwar gelingt es fast überall, einzelne engagierte Ärztinnen oder Ärzte zu gewinnen, die sich aktiv in die Arbeit einbringen. In der Berufsgruppe mit ihrer spezifischen berufsständischen Organisiertheit ein gemeinsames, mit Leben gefülltes Verständnis als Netzwerkpartner zu entwickeln, ist bislang wenig gelungen. Noch kommt es immer wieder zu gegenseitigen Schuldzuweisungen, wer etwas zur Verbesserung der Beteiligung am lokalen Netzwerk tun müsse (die Akteurinnen und Akteure im lokalen Netzwerk oder die Kinderärztinnen und Kinderärzte). Auch bestehen unterschiedliche Sichtweisen auf die Kooperation: Während die Kinderärztinnen und Kinderärzte sehr stark die Ebene der Einzelfälle im Blick haben, besteht in den lokalen Netzwerken die Aufgabe zum fallübergreifendem Aufbau verbesserter, verlässlicher Strukturen. Diese Bedarfe der Kinderärztinnen und Kinderärzte können einen Ansatzpunkt liefern, um sie für die Netzwerkarbeit zu motivieren.

Erschwert wird das Zusammenfinden zudem durch widersprüchliche Rollenanforderungen. Die bundesweite politische Tendenz einer Medikalisierung des Kinderschutzes, also einer Verstärkung des Einflusses und der Definitionsmacht des Gesundheitswesens im Kontext von Fragen des Schutzes von Kindern, ist verbunden mit sehr hohen unterschwelligen (oder teilweise direkt geäußerten) Kinderschutz-Erwartungen an die Pädiatrie. Diese sind in den vorhandenen Strukturen allerdings nur sehr bedingt erfüllbar. Sie stellen daher in ihrer umfassenden Gestalt eine objektive Überforderung dar und müssten zumindest teilweise zurückgewiesen werden. Das fällt jedoch nicht leicht, steht der Erwartung von außen doch das hohe Eigeninteresse und persönliche Engagement der Kinderärztinnen und Kinderärzte gegenüber, das gesunde Aufwachsen von Kindern nach besten Kräften befördern zu wollen, und ihre objektiv zentrale Rolle bei der Verwirklichung dieses Ziels bestmöglich mit Leben zu füllen.

Um die Kompetenzen der Pädiatrie in der Zusammenarbeit insbesondere mit der Kinder- und Jugendhilfe nutzbar zu machen (z.B. bei Alkohol- oder Gewaltproblemen der Eltern), ist eine Achtung der jeweiligen Begrenzung

gen erforderlich. Es gilt, strukturelle Rahmenbedingungen zu stärken, um die fachbezogenen Grenzen zu erweitern (z.B. Anspruch auf anonymisierte Fachberatung, Honorierung der Leistungen).

6. *Hebammen* und Entbindungspfleger sind eine inhomogene Gruppe, deren Einbindung in die lokalen Netzwerke und die fallbezogene Zusammenarbeit bislang als unsystematisch beschrieben werden kann. Ihre Bedeutung und das Potenzial für das System Frühe Hilfen scheinen erkannt, aber auch hier wird ein Ressourcenproblem deutlich. Jenseits der begrenzten, mit den Krankenversicherungen abrechenbaren Leistungen ist die Finanzierungsfrage derzeit rechtlich ungelöst und damit ungesichert.
7. Es zeichnet sich ab, dass die Beteiligung der *ARGEn/Jobcenter* an den lokalen Netzwerken zunächst nicht als integraler Bestandteil des institutionellen Auftrags gesehen wurde und sich vor diesem Hintergrund auch die *ARGEn/Jobcenter* nicht selbstverständlich zugehörig fühlten. Eine Haltung in den *ARGEn/Jobcentern*, die das Kindeswohl durchgängig mit berücksichtigt, und ein von den anderen Akteuren im System Frühe Hilfen geteiltes Bewusstsein, das die materiellen Hilfen als wesentlichen Bestandteil integriert, muss sich erst entwickeln und etablieren. Unterstützung liefert hier auch das Urteil des BVerfG vom 09.02.2010 (NJW 2010, 505) zur Verfassungswidrigkeit der Bemessung der ALG II-Regelsätze, das nicht nur den Gesetzgeber auffordert, in seiner Neubestimmung der Regelsätze auch die speziellen Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungsbedarfe von Kindern mit zu berücksichtigen, sondern vielerorts auch ein Umdenken der Mitarbeiter/innen in den *ARGEn/Jobcentern* erfordert, ihre spezifische Mitverantwortung für die förderliche Entwicklung von Kindern stärker in den Blick zu nehmen.
8. Eine aktiv gestaltende Beteiligung der *Polizei und Familiengerichte* an den lokalen Netzwerken scheint selten. Dies ist aus unserer Sicht jedoch nicht zu kritisieren. Die Fokussierung des Aufgabenfelds von Polizei und Familiengerichten auf Konstellationen der konkreten Kindesmisshandlung bzw. Kindeswohlgefährdung reduziert die Überschneidungsbereiche zum System Frühe Hilfen, bei dem die *präventive* Entwicklung von Kooperations- und Angebotsstrukturen als Beitrag zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung im Vordergrund steht. In der Forschung wurden keine Problemanzeigen in der Kooperation sichtbar, die im Zusammenhang mit den Zielen und Aufgaben nach dem LKindSchuG RP Bearbeitung finden sollten.
9. Die *Schulen* sind als Netzwerkpartner im Gesetz genannt (§ 3 Abs. 2 LKindSchuG RP, § 19 Satz 1 Nr 1 SchulG RP). Formal gehören sie also

dazu, real jedoch nicht. Auch dies erscheint systemimmanent. Das System Frühe Hilfen konzentriert sich auf die Phase rund um die Geburt und bis zu einem Lebensalter des Kindes von rund drei Jahren (siehe Begriffsbestimmung des Wiss. Beirats des NZFH, veröffentlicht in JAmt 2010, 119). Dieser Befund korreliert mit den eher diffusen Anforderungen des mit dem LKindSchuG RP neu eingeführten § 3 Abs. 2 Satz 3 Schulgesetz Rheinland-Pfalz, der weder hinreichend erkennen lässt, ob er eine Datenübermittlungsbefugnis oder Aufgabe normiert, noch, wie es nach einer Informationsweitergabe weitergehen und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt aussehen soll. Regelungsmodelle aus anderen Ländern zeigen noch wenig, woran sich Rheinland-Pfalz orientieren könnte. Aber die Erfahrung aus mittlerweile bereits mehrjährigen Qualifizierungsprozessen wie in Nordrhein-Westfalen oder die gesetzliche Rahmung in Brandenburg können Anregungen geben, wie in qualifizierender Weise bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung in der Schule etwa der schulpsychologische Dienst oder andere erfahrene Fachkräfte einzubeziehen sind.

Einzelfallbezogene Kooperation:

Datenschutz und interdisziplinäre Zusammenarbeit

10. Gestaltung von Hilfeübergängen bei der Kooperation im System Frühe Hilfen bedeutet im Einzelfall auch die Weitergabe von Informationen. Rheinland-Pfalz hat insoweit als erstes Landesgesetz eine differenzierte Regelung zur *Datenübermittlung* eingeführt (§ 12 LKindSchuG RP), in der die Handlungsanforderungen und die Schwelle für die Weitergabe von Informationen durch Berufsgeheimnisträger – u.a. auch für den Fall, dass Eltern im Fall einer Kindeswohlgefährdung nicht mit einer solchen einverstanden sind – beschrieben werden. Diese Vorschrift hat verdienter Weise in einigen weiteren Bundesländern als Vorbild für landeseigene Regelungen gedient.
11. Aus der Praxis wird eine Zunahme der *Handlungssicherheit* berichtet. Allerdings geht die Verbesserung der empfundenen Rechtssicherheit, wie die Forschungsergebnisse zeigen, nicht notwendig mit einem tatsächlichen Verstehen der Rechtslage einher. Die gesetzlich beschriebene Schwelle für eine Datenweitergabe ohne bzw. gegen den Willen der Betroffenen und das Bild der Professionellen von dieser Schwelle weisen immer wieder erhebliche Unterschiede und Missverständnisse in verschiedenste Richtungen auf.

12. In der – offensichtlich an die Regelung des § 8a Abs. 2 SGB VIII angelehnten – Befugnisnorm des § 12 LKindSchuG fehlt für die hier adressierten Berufsgruppen des § 203 StGB die Anforderung und Möglichkeit, bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sich mit einer insoweit erfahrenen Person zu beraten. Die beschriebenen Unsicherheiten und das Bedürfnis, nicht alleine dazustehen mit den Wahrnehmungen zu einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung, deutet darauf hin, dass die positiven Erfahrungen mit der verlässlichen anonymisierten Fachberatung ähnliche Effekte bei einer Einbindung der Berufsgruppen des § 203 StGB zeigen könnten.

Ausbau und Weiterentwicklung der Angebote

13. Die Erwartung, dass es durch das LKindSchuG RP und die flankierenden Initiativen zu einem Ausbau und der qualitativen Weiterentwicklung der Angebote kommt, hat sich nicht mit der gleichen Eindeutigkeit wie der Aufbau der Kooperationsstrukturen bestätigt. Die konsequente Umsetzung der Vorgaben unterliegt an dieser Stelle Zweifeln. Das rheinland-pfälzische Gesetz sieht, auch und gerade im bundesweiten Vergleich hervorzuhebender Weise, *interdisziplinäre und interinstitutionelle Bedarfsklärung sowie aufeinander abgestimmte Angebotsdifferenzierung* vor (§§ 2, 3 Abs. 4 Nr 3 LKindSchuG, §§ 14 bis 17 AG KJHG RP n.F.). Diese scheint in den Kommunen jedoch zum aktuellen Zeitpunkt nicht systematisch umgesetzt. Es ist zumindest eine Diskrepanz erkennbar zwischen einer relativ positiven Selbsteinschätzung von Fachkräften sowie den Kommunen, erhoben durch das ism, über den Ausbau der Angebote im Frühbereich und der geringen Wahrnehmung von Veränderungen durch die befragten Eltern.
14. Neben dem Ausbau von Angeboten geht es bei ihrer Vermittlung an die Familien auch darum, dass die Akteure im lokalen Netz systematisch über das interdisziplinäre Angebotsrepertoire informiert sind. Eltern sprechen eher Kinderärztinnen und Kinderärzte und/oder Hebammen an, wenn sie weitergehende Unterstützung oder Hilfen benötigen. Insofern ist das *Wissen der interdisziplinären Akteure* im Gesundheitssystem, aber auch in allen anderen Systemen über die lokalen Angebote in den Frühen Hilfen bzw. die Information darüber also wesentlich, damit Angebote Früher Hilfen auch bei den Familien ankommen. Häufig fehlt es dabei an Informationen über Angebote, die im Spektrum jeweils anderer Disziplinen etabliert sind. Es handelt sich also vermutlich auch um ein strukturelles Problem im Aufgabenbereich der lokalen Netzwerkkonferenzen. Die Vermittlung von Hilfen für Eltern sollte möglichst umfassend, interdisziplinär und spezifisch auf ihre jeweiligen Bedürfnisse zugeschnitten sein. Damit die interdisziplinären

Hilfen bei den Familien ankommen, braucht es des Weiteren darüber hinaus eine systematische Information von Eltern über die jeweilige lokale Angebotsstruktur.

15. Die *Entwicklung bzw. der passgenaue Ausbau eines spezifischen Angebotsrepertoires Frühe Hilfen* stehen noch am Beginn. Es zeigte sich, dass für die Entwicklung passgenauer und spezifischer Angebote Früher Hilfen auch konzeptuelle Vorstellungen präzisiert bzw. für eine Umsetzung in die Praxis aufbereitet werden müssen. Ein konzeptuell wichtiger Aspekt hierbei ist, dass ein Angebot nur deshalb, weil es für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern vorgehalten wird, nicht zwangsläufig ein adäquates Angebot früher Hilfe sein muss. Die Vermittlung von interdisziplinären und spezifisch zugeschnittenen Hilfen ist insbesondere relevant im Zusammenhang mit der Unterstützung von den befragten Familien mit Migrationshintergrund. Aber auch insgesamt ist die zukünftige Entwicklung und Etablierung von interdisziplinären und passgenauen Angeboten Früher Hilfen eine zentrale Aufgabe der weiteren Umsetzung des LKindSchG RP. Der einhellige und interdisziplinär feststellbare Konsens darüber ist ein notwendiger, wenn auch noch nicht hinreichender Schritt in der Weiterentwicklung eines interdisziplinären Angebotsrepertoires.
16. Die knappe Daten- und Befundlage der Evaluation zum Ausbau einer zielgruppenspezifischen und passgenauen Angebotspalette dürfte mit der tatsächlichen Situation im Land korrelieren. Die Vorgabe des Gesetzes, bei der Kinder- und Jugendhilfeplanung besonderes Augenmerk auf die Gestaltung eines bedarfsgerechten Angebots präventiver Familienbildung und niedrigschwelliger Hilfen zur Erziehung (§ 19 Abs. 2 i.V. mit § 17 AG KJHG RP) zu richten, verdient weitere Aufmerksamkeit. Orientierung für eine der Zielrichtungen könnten hierbei möglicherweise die Gesetze in Schleswig-Holstein und Thüringen bieten, die bspw. eine *Gewährleistungspflicht der Kinder- und Jugendhilfe* normieren, junge schwangere Frauen, junge Mütter und junge Väter, Kinder, Jugendliche, Mütter und Väter in belasteten Lebenslagen, mit sozialer Benachteiligung oder individueller Beeinträchtigung frühzeitig auf Beratung, Unterstützung sowie Hilfen und Leistungen hinzuweisen und sie frühzeitig bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Pflege, Bildung und Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen. Die Jugendämter haben eine Pflicht, den Bedarf für entsprechende Leistungen festzustellen und die Angebote in die Jugendhilfeplanung aufzunehmen.
17. In Rheinland-Pfalz hat das LKindSchuG RP auch das Angebot von *Fort- und Weiterbildungen* im Bereich Frühe Hilfen angestoßen (§ 15 Abs. 2 AG KJHG RP). Mit der Einrichtung der *Servicestelle Kinderschutz* beim Lan-

desamt für Soziales, Jugend und Versorgung hat diese gesetzliche Zielvorgabe in ausgesprochen qualifizierter Form strukturelle Unterstützung durch das Land erfahren. Die Entwicklung kann sicher als Erfolgsgeschichte bezeichnet werden und verdient unbedingt Fortsetzung.

Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen

18. Die kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind seit 2007 in den politischen Aktivitäten zu einem, teilweise – aus Sicht der Politik, der Landesgesetze und auch der öffentlichen Debatte – *dem zentralen Instrument* geworden, mit dem die Landesgesetzgeber den Kinderschutz verbessern wollen. So haben neben Rheinland-Pfalz auch zwölf weitere Bundesländer in ihren Landesgesetzen ein formalisiertes Einladungs- bzw. Erinnerungswesen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen normiert. Mit der grundsätzlichen Forcierung der Teilnahmequote verbinden sie z.T. sehr unterschiedliche Zielrichtungen: So sind sie eingesetzt zur gesundheitlichen Vorsorge und/oder zum Schutz vor Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern, zur Initiierung von Hilfeprozessen, zur Ermöglichung erster grober Risikoselektionen oder aber auch bewussten Eröffnung stärkerer staatlicher Kontrolle.
19. Hinsichtlich des Verfahrens setzen die Bundesländer auf zwei unterschiedliche Einladungsmodelle: Rheinland-Pfalz hat sich – im Gegensatz zum reaktiven Erinnerungsmodell, bei dem bei Nichtfeststellbarkeit der Teilnahme (nur) im Nachhinein an die Inanspruchnahme erinnert wird – für das proaktive Einladungsmodell entschieden, bei dem vor der jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchung auffordernd „eingeladen“ wird, diese in Anspruch zu nehmen. In Rheinland-Pfalz hat sich durch dieses Verfahren die *Teilnahmequote* an den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen erhöht. Es deutet sich an, dass eine Annäherung an das *gesetzlich ausgegebene Ziel einer 100%igen Quote* erreicht wurde (vgl. MASGFF, 2010).
20. Gesicherte, wenn auch wenig erfreuliche Zahlen gibt es zu den fehlerhaften Feststellungen über die (Nicht-)Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. In mehr als drei Viertel (2009: 76,7 %) der Datenübermittlungen von der Zentralen Stelle an die Gesundheitsämter handelt es sich um *falsch-positive Meldungen*, d.h. um Meldungen und behördliche Kontaktaufnahmen, obwohl die Untersuchung tatsächlich bereits wahrgenommen wurde. Diese Fehlerquote diskreditiert die Gesetzesintention eines positiv besetzten Zugehens von Gesundheits- und Jugendämtern auf Familien. Außerdem bindet sie unnötig viele Ressourcen. Zur Verbesserung der Akzeptanz des Gesamtsystems bei Eltern, Kinderärztinnen und -ärzten

sowie bei den Gesundheitsämtern sind weitere Maßnahmen zu ergreifen, um die Zahl der sogenannten falsch-positiven Meldungen deutlich zu reduzieren. Dabei mögen die Ergebnisse des Monitoringberichts Anhaltspunkte geben, wonach die Zahl der falsch-positiven Meldungen von Landkreis zu Landkreis zu Teil deutlich variiert. Vielleicht lassen sich über eine Auswertung der möglichen Gründe hierfür Wege erschließen zur Steigerung der Bereitschaft von Kinderarztpraxen, die Zentrale Stelle über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu informieren.

21. Im Hinblick auf die Zielvorgaben Gesetzes sind *widersprüchliche Botschaften des Gesetzgebers* auszumachen. Die Vorgabe der 100%-igen Inanspruchnahme kollidiert mit dem gesetzlichen Leitbild eines einladenden Zugehens, der Transparenz, des Aufbaus von Vertrauen und der Freiwilligkeit als Grundelemente der Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und ihren Kindern auf der einen und Staat sowie professionelle helfende Akteure auf der anderen Seite (vgl. etwa § 3 Abs. 4 LKindSchuG RP). Die Zielvorgabe von 100% kollidiert auch mit der Aussage in der Gesetzesbegründung, wonach das Gesetz „*keinen Zwang zur Teilnahme*“ an den Früherkennungsuntersuchungen vorsehe und vielmehr den Zweck verfolge, die Eltern durch ausreichende Information und Aufklärung von dem Nutzen der Früherkennungsuntersuchung zu überzeugen und die Eltern dadurch zur Teilnahme zu motivieren. Dies steht bereits zum Gesetzestext im Widerspruch: So sind bspw. bei der Datenübermittlung von den Meldebehörden an die Zentrale Stelle nach dem LKindSchuG RP im bundesweiten Rechtsvergleich – mit Abstand – am meisten Daten zu übermitteln. Intention ist, später das Auffinden von Eltern und Kindern zu erleichtern, deren Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht festgestellt werden konnte.

Die Praxis reagiert auf diese widersprüchlichen Botschaften häufiger mit der Haltung eines Ermitteln des Aufenthalts der Eltern und Kinder zur Überprüfung der Teilnahme „um jeden Preis“ (sog. „*Eltern-Tracking*“). Spüren Gesundheits- und/oder Jugendämter, ggf. mit Unterstützung der Polizei, Eltern bspw. im Ausland auf, werden sie zur Bestätigung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchung mit den deutschen Untersuchungsinhalten nachdrücklich aufgefordert. Hier scheint – nicht in Bezug auf den Personenkreis der im Ausland lebenden Familien – ein Umdenken angezeigt, die der Idee eines Werbens für die freiwillige Inanspruchnahme, von der das rheinland-pfälzische Gesetz gerade auch im Vergleich mit anderen Landesgesetzen getragen ist, stärker in den Blick nimmt und nicht die staatlich eingeforderte Sicherstellung der Inanspruchnahme als Leitbild verfolgt.

22. Rheinland-Pfalz hat in der Gesetzesbegründung erklärt, sein *Einladungs- und Kontrollsystem* zu den Früherkennungsuntersuchungen nicht mit dem *Ziel des Kinderschutzes* belasten und ggf. auch überfrachten zu wollen. Damit sticht Rheinland-Pfalz positiv aus dem Kreis der Bundesländer mit vergleichbaren Systemen heraus. Der Gesetzgeber erfährt auch aus empirischer, wissenschaftlicher Sicht Unterstützung, denn bislang kann kein Zusammenhang zwischen nicht festgestellter Früherkennungsuntersuchung und erhöhtem Risiko für eine Kindeswohlgefährdung festgestellt werden (siehe bspw. die Erhebung in Hessen, JAmt 2010, 115). Allerdings findet sich im rheinland-pfälzischen Gesetz ein Relikt der Verknüpfung des Einladungswesens mit dem Ziel Kinderschutz, wenn es die Gesundheitsämter auffordert, bei einer Nichtfeststellbarkeit einer Früherkennungsuntersuchung das Jugendamt unverzüglich zu unterrichten (§ 9 LKindSchuG RP).

Ungeachtet dieser eindeutigen und aus wissenschaftlicher Sicht unterstützenswerten Herangehensweise des rheinland-pfälzischen Gesetzes wurde bei der Evaluation der Praxis eine Interpretation des Gesetzes erkennbar, die zur Ambiguität in der expliziten oder auch impliziten Auslegung des Gesetzesauftrags führen (können): Es geht um das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle, hier zwischen der Förderung der Kindergesundheit und der Entdeckung möglichen Hilfebedarfs auf der einen Seite und, auf der anderen Seite einer Funktion des Einladungswesens als Instrument zur Entdeckung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Hier zeigte sich, dass eine Einordnung des Einladungswesens als explizite Förderung der Kindergesundheit in der Praxis schwer fällt bzw. nicht immer eindeutig ist. Das ausdrücklich gesetzlich benannte Ziel des Einladungswesens, das ausschließlich in der Förderung der Kindergesundheit und der Entdeckung möglicher Hilfebedarfe von Familien liegt, wird von der Praxis noch nicht in dieser Weise aufgegriffen.

Für die Annahme, dass das Einladungswesen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen der Förderung der Kindergesundheit dient, lassen sich in den ersten anderthalb Jahren erste Tendenzen beobachten. So konnten Kinder identifiziert werden, die bisher wegen einer fehlenden Krankenversicherung noch keine Früherkennungsuntersuchung nutzen konnten. Das Land Rheinland-Pfalz übernimmt die Kosten für die Untersuchungen dieser Kinder, die damit von dem System direkt profitieren. Auch gibt es deutliche Hinweise darauf, dass mit dem Einladungswesen Familien erreicht werden, die bisher diese Maßnahmen nicht für ihre Kinder genutzt haben und dank der nachgehenden Arbeit der Gesundheitsämter zur Inanspruchnahme motiviert werden können.

E. Empfehlungen

Fallübergreifende Kooperation: Aufbau der lokalen Netzwerke

Die *Gesundheitsämter* sind eine wichtige Säule in den lokalen Netzwerken. Sie sollten in der Weiterentwicklung interdisziplinärer Fallarbeit bzw. von bedarfsorientierten sowie passgenauen Angeboten im System Früher Hilfen verstärkt unterstützt werden, damit sie – je nach Entwicklungsstand der Kooperationsstrukturen vor Ort – weiterhin, zunehmend oder zukünftig eine zentrale Rolle im System Frühe Hilfen einnehmen können.

In der Evaluation wurde deutlich, dass die breite und systematisch Einbindung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte an etlichen Orten noch nicht zufriedenstellend gelungen ist. Es empfiehlt sich daher landesweit weitere Anstrengungen zu unternehmen, um die Beteiligung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte an der fallübergreifenden Kooperation in den lokalen Netzwerken zu verbessern. Hierzu bedarf es aus unserer Sicht, auch aufgrund der fehlenden „Organisationsstruktur“ niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, sowohl fachintern und fachverbandlich als auch auf den verschiedenen politischen Ebenen weiterer Abstimmung und Annäherung sowie einer Bereitschaft auf allen Seiten, die gewohnten und vorhandenen professions- bzw. kooperationsinternen Strukturen zu verändern und weiterzuentwickeln. Wir empfehlen zudem, auf den verschiedenen beteiligten politischen Trägerebenen (Krankenversicherungen, Land, Kommunen) über finanzielle Aufwertung der strukturellen sowie einzelfallbezogenen Kooperationsarbeit nachzudenken.

In Rheinland-Pfalz gibt es seit einigen Jahren die *Qualifizierungsinitiative „Hebammen und andere Gesundheitsberufe beraten Familien“*. Diese sollte weitergeführt werden, um möglichst alle Hebammen mit psychosozialen Themen (z.B. zu elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenz und deren Förderung, Gesprächsführung in Konflikten, Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe und ihrer Angebote) vertraut zu machen. Zu prüfen ist, ob die zeitliche Ausweitung von Hebammenleistungen, wie sie derzeit in den Regionen Trier und Mainz erprobt werden, die Arbeit der Hebammen sichtbarer und für die Familien nützlicher macht, damit sie ihrer wichtigen Türöffner- und Brückenbogenfunktion im interdisziplinären Netz noch besser gerecht werden können. Zur besseren Integration der Hebammen in das System Frühe Hilfen empfehlen wir, in der lokalen Struktur der Kinder- und Jugendhilfe klar identifizierbare, auf personenbezogener Zu-

sammenarbeit mit den Hebammen basierende Anlaufstellen für die Hebammen sowie ihre Klientinnen und Klienten zu etablieren, um die Werbung der Hebammen bei den Eltern für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen und eine Hinzuziehung des Jugendamts oder andere Einrichtungen und/oder Dienste der Kinder- und Jugendhilfe zu erleichtern.

Die ARGEEn/Jobcenter sind in der Fläche bislang noch kein integraler Bestandteil der lokalen Netzwerke. Hier sind Impulse zur Entwicklung eines Bewusstseins notwendig, dass materielle und arbeitsbezogene Hilfen der ARGEEn/Jobcenter wesentlicher Bestandteil eines gelingenden Systems Frühe Hilfen sind. Ziel ist die verlässliche Einbindung und aktive Beteiligung der ARGEEn/Jobcenter in die lokalen Netzwerke. Wir empfehlen, eine konsequente fachliche Unterstützung in Form von Fortbildung und Beratungsmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den ARGEEn/Jobcentern durch Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitsbereichs.

In der Kooperation mit Polizei und Familiengerichten gibt es vielerorts etablierte und bewährte Kooperationsstrukturen. Auf diese sollte auch weiterhin zurückgegriffen und diese gezielt befördert werden, Schnittstellen zum System Frühe Hilfen zu identifizieren und gegenseitigen Informationsaustausch zu gewährleisten.

Die Schulen gehören formal zu den lokalen Netzwerken, sie sind jedoch überwiegend real keine aktiven Partner. Die Rolle der Schulen im lokalen Netzwerk sollte überdacht und andere, eigene Wege der Kooperation in Fragen des Kinderschutzes geprüft werden. Empfohlen wird eine gemeinsame Initiative des Kultusministeriums mit dem Familienministerium, um die Selbstdefinition des Schulbereichs im Kontext von (potenzieller) Kindeswohlgefährdung und die Aufgaben von Schulen und Lehrerinnen und Lehrern herauszuarbeiten, möglichst differenziert zwischen Grundschulen, Förderschulen und den verschiedenen weiterführenden Schulen. Die Notwendigkeit zu einer Erweiterung des Auftrags und eine Qualifizierung des Umgangs mit Kindeswohlgefährdung in und durch Schulen zeigen sich aktuell auch anlässlich der Diskussionen um sexuellen Missbrauch in Institutionen.

Einzelfallbezogene Kooperation:

Datenschutz und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Befugnisnorm für Personen, die einer Schweige- und Geheimhaltungspflicht nach § 203 StGB unterliegen, wird vor dem Hintergrund der geplanten Regelungen im Kinderschutzgesetz des Bundes noch stärker an Bedeutung gewinnen. Wir empfehlen, noch stärker über die Inhalte des § 12 LKindSchuG zu informieren sowie der Praxis weitere Hilfestellungen zur Übersetzung der einzelnen

Handlungsschritte und -schwellen für die praktische Arbeit im konkreten Einzelfall zur Verfügung zu stellen. Dabei wird es auch darum gehen, die Adressatinnen und Adressaten des § 12 LKindSchuG in den für sie besonders herausforderungsvollen Aufgaben, die notwendigen Einschätzungen zur Gefährdungssituation des Kindes und den erforderlichen und geeigneten Hilfen vornehmen zu müssen, verbindlich zu unterstützen. Dabei bietet sich an, unter enger Beteiligung oder sogar Federführung der Gesundheitsämter, der Nutzung der Kompetenz der Jugendämter sowie spezialisierten Dienste und Beratungseinrichtungen eine Struktur aufzubauen und deren Inanspruchnahme verbindlich einzufordern, in der Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitsbereich, insbesondere auch niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte, sowie alle anderen Akteure außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe, bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung eine interdisziplinäre, anonymisierte Fallberatung in Anspruch nehmen können.

Ausbau und Weiterentwicklung der Angebote

Der Ausbau und die qualitative Weiterentwicklung der Frühen Hilfen hat in den Kommunen begonnen. Die Jugendämter sollten in der weiteren Arbeit in ihren Bezirken einen Schwerpunkt auf die systematische Information der Eltern über die jeweilige lokale Angebotspalette zu legen. Die bisherigen Ansätze sollten noch stärker personenbezogen und interdisziplinär gedacht und zielgruppenspezifisch weiterentwickelt werden. Vor Ort ist hierfür wichtige Voraussetzung eine systematische Information aller Akteure in den lokalen Netzwerken über das bestehende Angebotsrepertoire. Wir empfehlen, dass die Kommunen in ihrer Jugendhilfeplanung, aber auch im koordinierenden Gesundheitsamt bei der weiteren Umsetzung des Gesetzes einen besonderen Schwerpunkt auf die qualitative und quantitative Weiterentwicklung passgenauer Angebote für die verschiedenen Zielgruppen des Systems Frühe Hilfen legen. Dieser könnte landesgesetzlich im AG KJHG unterstützt werden.

Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen sind eine Leistung der Gesundheitshilfe. Dem Ziel des rheinland-pfälzischen Gesetzes, mit dem Instrument der Früherkennungsuntersuchungen Weitervermittlungsstrukturen in Angebote Früher Hilfen – auch der Kinder- und Jugendhilfe – zu entwickeln, sollte bei der weiteren Begleitung der Umsetzung des Gesetzes durch die landeszentralen Stellen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hierbei empfehlen wir, die positiven Aspekte der Früherkennungsuntersuchungen im Hinblick auf die Gesundheitsförderung stärker in der Außendarstellung des Gesetzes zu betonen.

Die Nicht-Feststellbarkeit der Teilnahme ist für sich alleine kein Indiz für eine Kindeswohlgefährdung. Wir empfehlen daher, die Zulässigkeit einer Weitergabe von Informationen seitens des Gesundheitsamts an das Jugendamt ohne Einwilligung der Eltern davon abhängig zu machen, ob Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung und/oder einen weitergehenden Hilfebedarf vorliegen. Die derzeit normierte gesetzliche Pflicht, das Jugendamt über jede nicht wahrgenommene Früherkennungsuntersuchung zu informieren, widerspricht dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Die Umsetzung dieser Empfehlung sollte sowohl durch gesetzgeberische als auch flankierende politische Maßnahmen geschehen.

Für die Familien, die sich längerfristig aus beruflichen oder sonstigen Gründen im Ausland aufhalten, empfehlen wir landesweit eine einheitliche Regelung zu treffen, bei welcher die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und die Akzeptanz ausländischer Konzepte der Früherkennung im Kindesalter besondere Berücksichtigung finden.

Im Zuge einer Betonung der gesundheitsfördernden und Hilfe vermittelnden Intentionen des Einladungswesens sollte wesentlicher Bestandteil eine Stärkung der Beratungsaufgaben der Gesundheitsämter sowie deren persönlichen Kontaktaufnahmen mit den Familien bei Nichtfeststellung der Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung sein (vgl. etwa die Regelungen in Brandenburg).

Aufgrund der Notwendigkeit, das System eines verbindlichen Einladungswesens zukünftig noch deutlicher in den Kontext der Gesundheitsförderung zu stellen, sollte eine weitere Evaluation diese Zielerreichung und hierbei insbesondere die Zweck-Mittel-Relationen zwischen dem bürokratischen Aufwand des Einladungswesens und dem Nutzen für die Förderung der Kindergesundheit untersuchen. Im Zuge dessen könnte auch ein Vergleich mit einem System erfolgen, in dem das aufwändige und grundrechtsrelevante Vorgehen im Zuge der Erfassung, Einladung und Überprüfung verzichtet und konsequent Werbung zur Steigerung der Teilnahme betrieben wird (vgl. etwa den Ansatz in Sachsen-Anhalt).

F. Literatur

Andersen, T. (Hrsg.) (1994). *Das Reflektierende Team*. Dortmund: Borgmann.

- BMFSFJ (Hrsg.) (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse, Berlin.
- Binder, M. (2007). Sieben-Punkte-Aktionsplan „Gerechtigkeit von Anfang an – Für einen besse- ren Schutz unserer Kinder“, zu finden unter:
http://www.spdfraktion.de/cnt/rs/rs_datei/0,,9372,00.pdf (zuletzt aufgerufen am 11.08.2010)
- Bohnsack, R. (2000). Gruppendiskussion. In: Flick U., Kardorff E. von & Steinke I. (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 369-384.
- Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2009). Richtlinien des über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976, zuletzt geändert am 18.06.2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 132, S. 3 125 in Kraft getreten am 05.09.2009
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006). Aktionsprogramm des BMFSFJ zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme, 16.08.2006
- Bundesministerium für Gesundheit (2007). Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch, 14.12.2007, *BAnz. Nr 234*, S. 8268.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) eV (2008). Rechtsgutachten vom 05.03.2008 Aufgaben der Jugendamtes nach Übermittlung der Meldedaten von Kindern und Personensorgeberechtigten durch das Kindervorsorgezentrum, wenn dort die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht festgestellt werden konnte (§ 3 Abs. 1 S. 3 HessKindGSG), *JAMt 2008*, 137-144.
- Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg) (2010). Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg
- Fegert, J.M., Ziegenhain, U., Fangerau, H. (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*, Weinheim und München: Juventa.

- Gläser, J. & Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gräßer, H. & Ihle, H.J. (1998). Vom „Wildwuchs“ zur Verbindlichkeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, *Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit*, 3&4, 69-71.
- Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag: Hessisches Kindergesundheitsschutzgesetz (2010). Evaluation durch die Jugendämter, *JAMt*, S. 115-117.
- Hessischer Städtetag, hessischer Landkreistag 2009: *Betreff: Hessisches Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder vom 14. Dezember 2007 (Kindergesundheitsschutzgesetz)*, GVBl. Nr. 27 vom 20. Dezember 2007. Schreiben des hessischen Städtetags und des hessischen Landkreistags an das hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Wiesbaden.
- Häder, M. (Hrsg.) (2002). *Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Jestaedt, M. (2010). Elternpflicht als Kinderrecht?, *JAMt/ZKJ-Sonderheft*, S. 32-36.
- Jugend- und Familienministerkonferenz (2007). 31.05./1.6.2007 in Potsdam, TOP 7 „Qualitätsmerkmale und Rahmenbedingungen eines wirksamen Kinderschutzes in Deutschland – Gemeinsame Empfehlungen der Jugend- und Familienministerkonferenz und der Kommunalen Spitzenverbände.“
- Jugendministerkonferenz (2006). 18./19. Mai 2006 in Hamburg, TOP 8a „Familien stärken – Kinder schützen“.
- Jugendministerkonferenz (2006). 24. November 2006 in Berlin, TOP 3 „Kinderschutz stärken – Familien fördern“.
- Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Knorr, C., Fangerau, H., Ziegenhain, U., Fegert, J. M. (2009). „Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt.“ Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, Frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, *JAMt*, S. 352-357.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009). 17. Legislaturperiode, Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.

- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2005). 16. Legislaturperiode, „Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit“
- Konferenz der Regierungschefs der Länder (2008). 12. Juni 2008 in Berlin, TOP 1.3 „Kinderschutz – Zwischenbericht“
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Landeskinderschutzbericht Schleswig-Holstein (2009). *Zur Situation von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl*, Bericht der Kommission nach § 14 Landeskinderschutzgesetz SH 2009.
- Lützenkirchen, A. (2005). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 3, 311-324.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Meysen, T., Schönecker, L., Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz – Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) (2010). *Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg*.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz – MASGFF - (Hrsg.) Michel-Schilling, A. & Müller, H. & Lamberty, J. & Baas, S. (Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e.V., ISM) (2010). *Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit*. Mainz.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz – MASGFF - (Hrsg.) Mutke, B. & Lindner, E. & Müller, H. (Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e.V., ISM) (2009). *Erste Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit*. Mainz.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg) (2008). *Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein – Kinderschutzgesetz*. [http:// www.schleswig-holstein.de](http://www.schleswig-holstein.de)

- Ministerpräsidentenkonferenz (2007). 19. Dezember 2007 in Berlin, TOP 1.10 „*Kinderschutz*“
- Münder, J., Meysen, T., Trenczek, T. (Hrsg.) (2009). *Frankfurter Kommentar SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe* (6. Aufl.).Baden-Baden: Nomos.
- Nothhafft, S. (2008). Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw der Gesundheitsvorsorge, Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindervernachlässigung, Im Auftrag des BMFSFJ, 2008 München
- Palandt, O. (Begr.) (2010). *Bürgerliches Gesetzbuch. Kommentar* (69. Aufl.).München:C.H.Beck.
- Pollock, F. (1955): *Gruppenexperiment*, Frankfurt am Main.
- Robert Koch Institut (Hrsg) (2006). *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, RKI, Berlin.
- Robert Koch Institut (Hrsg) (2008). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), *Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, RKI, Berlin.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schöllhorn, A.; König, C. Künster, A.K.; Fegert, J.M.; Ziegenhain, U. (2010). Lücken und Brücken. Eine qualitative Studie zu gelingenden und nicht-gelingenden Bereichen von Kooperationsbeziehungen zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“. In: Renner, I.; Sann, A. (Hrsg.): *Forschung und Praxis Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Früher Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen*, Köln (im Druck).
- Seckinger, M. (2001). Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, S. 279-292.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Abteilung Gesundheit Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung Referat IE Berlin (Hrsg) (2010). *Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes – Begründung*.Berlin.

- Simitis, S. (Hrsg) (2006). *Bundesdatenschutzgesetz. Kommentar* (6. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Sydow, J. & Windeler, A. (2000). *Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Wabnitz, R. (2010). *Landeskinderschutzgesetze - ein Überblick*, ZKJ, S. 49-52.
- Wiesner, R. (2006). *SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*, 3. Aufl., München: C.H.Beck.
- Zaun-Rausch, G. (2008). *Kinderschutz in Rheinland-Pfalz. Praxishandbuch mit Kommentar zum Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit, Vorschriftenanhang und Materialien*. Dresden: Saxonia Verlag.
- Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt (2009). Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi), *BLJA Mitteilungsblatt 1-2/09*.
- Ziegenhain, U; Schöllhorn, A.; Künster, A.K.; Hofer, A.; König, C.; Fegert, J.M. (2010). *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben – Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz*. Köln: Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

G. Anhang

A: Leitfragen für die Expertendiskussionen

1. Expertendiskussion „Vernetzung“ am 3.6.2009

- Wie wurde Ihnen das Landeskinderschutzgesetz (LKindSchuG) bekannt?
- Was hat das Gesetz ausgelöst?
- Wie hat sich die Zusammenarbeit zwischen den Professionen und Institutionen seit der Verabschiedung des Gesetzes verändert?
- Hat sich durch das LKindSchuG die Zusammenarbeit mit den Eltern und ihren Kindern verändert? Wenn ja, wie?

- Hat sich durch das LKindSchuG etwas in der Zusammenarbeit zwischen den hier vertretenen Institutionen und Hilfesystemen verändert? Zwischen wem? Wie?
- Hat sich die Inanspruchnahme der Hilfen durch die Eltern und ihre Kinder verändert? Wenn ja, wie?

2. Expertendiskussion „Vernetzung“ am 5.10.2009

- Haben sich die Vernetzungsstrukturen nach Ihrer Einschätzung in Ihrer Kommune inzwischen weiter entwickelt?

Sind sie verlässlich und entstehen/entstanden dadurch (neue) Verbindlichkeiten?

- Hat sich die Haltung/die Einstellung zur Vernetzung verändert?

Wie gehen die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure aufeinander zu? Haben sich Einstellungen gegenüber Berufsgruppen verändert (ist es mit einer Berufsgruppe besonders leicht/schwer)? Was bringt die Vernetzung aus Ihrer Sicht?

- Woran würden Sie merken, dass das LKindSchuG wirkt?

Kommt das Gesetz bei den Familien an? Wie kann der „Geist des Gesetzes“ spürbar werden? Sind die Rollen der Berufsgruppen in den Netzwerken klar? Was hindert die Umsetzung?

- Woran würden Sie merken, dass die Vernetzung der Berufsgruppen und Institutionen gelungen ist?

Was hätte sich dann verändert? Wie sähe ein gelungenes Netzwerk Frühe Hilfen aus?

- Was könnten andere daran kritisch finden?
- Müsste das Gesetz korrigiert oder erweitert werden? An welchen Stellen?

3. Expertendiskussion „Instrumente des Gesetzes“ am 2.7.2009

- Wann haben Sie zum ersten Mal vom LKindSchuG gehört?

Was hat sich seitdem verbessert/verschlechtert?

- Zum Thema Früherkennungsuntersuchungen: Wie erleben Sie diesen Teil des Gesetzes?

Hat sich bei und für die Eltern etwas verändert? Welche Bedeutung hat die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen? Welche Aussagen lassen sich in diesem Zusammenhang über Kindeswohlgefährdungen treffen?

- Haben Sie Ihre Angebote verändert?

Wie gestaltet sich der Zugang der Eltern zu diesen Angeboten?

4. 2. Expertendiskussion „Instrumente des Gesetzes“ am 17.2.2010

- Wie wirkt das verbindliche Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen aus? Welche Effekte zeigen sich?

Auf die Eltern? Welche Bedeutung hat die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen? Welche Aussagen lassen sich in diesem Zusammenhang über Kindeswohlgefährdungen treffen?

- Wie haben sich die Angebote und die Angebotspalette verändert, um Eltern früh, präventiv und passgenau zu erreichen?

Hat das LKindSchuG die Angebotspalette Früher Hilfen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen verändert?

- In welchem Zusammenhang stehen aus Ihrer Sicht die einzelnen Teile des Gesetzes? (Verbindliche Einladung zu den Früherkennungsuntersuchungen, Frühe Hilfen und Konzepte zur Verbesserung des Schutzes von Kindern) Gibt es aus Ihrer Sicht positive oder negative Wechselwirkungen?

B: Telefonbefragung

In der Politik wird momentan um ein Bundeskinderschutzgesetz gerungen. Einzelne Bundesländer haben individuelle Regelungen getroffen.

1. Wissen Sie ob Rheinland-Pfalz ein eigenes Gesetz zu diesem Thema verabschiedet hat?
2. Wie haben Sie von diesem Gesetz erfahren?
3. Ziele des Gesetzes sind
 - die Gewährleistung notwendiger niedrigschwelliger Angebote zur Förderung des Kindeswohls,
 - die Früherkennung von Risiken für das Kindeswohl und die konsequente Sicherstellung der erforderlichen Hilfen,
 - der Aufbau lokaler Netzwerke zur Förderung des Kindeswohls und zur Verbesserung des Kinderschutzes und
 - die Förderung von Kindergesundheit, insbesondere durch die Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen
4. Welche Bedeutung hat das Gesetz für Ihren Berufsalltag?

Ich würde Ihnen nun in der Folge Fragen zu all diesen Bereichen stellen. Zum Bereich der **Angebote**:

5. Welche Angebote im Bereich frühe Hilfen (im Sinne von niedrigschwellig, früh im Alter von 0-3, rechtzeitig) sind Ihnen in Ihrer Kommune bekannt?
6. Welche Angebote im Bereich Frühe Hilfen halten Sie selbst vor?
7. Sind im Zusammenhang mit dem LKischuG neue Angebote hinzu gekommen? Wenn ja, welche?
8. Wurden Angebote im Zusammenhang mit dem LKischuG modifiziert? Wenn ja, welche?
9. Haben sie mehr Familien an Angebote der Frühen Hilfen weiter vermittelt?

10. Ich lese Ihnen nun eine Liste vor. In welche Bereiche vermitteln Sie?
- Gesundheitswesen (Ärztinnen/Ärzte, Kliniken, SPZ, Logopädie, Ergotherapie, Hebammen/Entbindungspfleger und Familienhebammen/Familienentbindungspfleger, Psychotherapie)
 - Freie Träger der Jugendhilfe (Familienbildung/ Erziehungsberatung)
 - Jugendamt (Hilfen zur Erziehung, SPFH, Erziehungsbeistandsschaft)
 - Schwangerschaftsberatungsstellen
 - Frühförderung
 - Behandlungsstellen für Erwachsene (z.B. Suchtberatungsstelle, Erwachsenenpsychotherapie)
11. Gibt es ein Angebot in das Sie Familien besonders häufig vermitteln?
Wenn ja, welches?

Nun geht es um die Adressaten des Gesetzes:

12. Haben sie den Eindruck, dass Familien etwas von dem neuen Gesetz merken? Wenn ja was?

Nun geht es um den Bereich der Früherkennungsuntersuchungen:

13. Denken Sie; dass die (verbindliche Einladung) zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ein geeignetes Instrument ist, um Kindeswohlgefährdung vorzubeugen? Können Sie Gründe dafür nennen?
14. Haben Sie durch das Gesetz mehr Kinder und Familien mit Förder- und Unterstützungsbedarf wahrgenommen?
Wenn ja, konnten Sie diese Familien an geeignete Angebote weiter vermitteln? Wenn nein, warum nicht?
15. Hat sich durch das Gesetz ihre Zielgruppe verändert? Wenn ja wie? (z.B. jüngere Kinder, mehr Migranten,...)
16. Haben Sie durch das Gesetz mehr vernachlässigte, misshandelte oder missbrauchte Kinder gesehen?

17. Hat das Gesetz ihren Blick für Kindeswohlgefährdung geschärft?
18. Hat sich der Zugang für Familien mit Migrationshintergrund zu Frühen Hilfen hierdurch verändert?
19. Konnten Familien mit Migrationshintergrund an geeignete Angebote weiter vermittelt werden?
20. Fehlen Ihnen spezifische Angeboten für Familien mit Migrationshintergrund?
21. Sind allgemein vorgehaltenen Angebote so gestaltet, dass auch Familien mit Migrationshintergrund profitieren können? Wenn nein, warum nicht?

Nun geht es um die *Vernetzung der professionellen Helfer*:

22. Jugendamt
 - Wie häufig haben Sie fallbezogen Kontakt mit dem Jugendamt?
 - Wie häufig haben Sie allgemeine Kontakte mit dem Jugendamt?
 - Wie beurteilen Sie mit der Qualität der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt?
23. Gesundheitsamt
 - Wie häufig haben Sie fallbezogen Kontakt mit dem Gesundheitsamt?
 - Wie häufig haben Sie allgemeine Kontakte mit dem Gesundheitsamt?
 - Wie beurteilen Sie mit der Qualität der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt?
24. Hat sich Ihre Vernetzung mit anderen Professionen seit Inkrafttreten des Gesetzes verändert? Wenn ja, wie?
25. Haben Sie selbst schon an einer Netzwerkkonferenz teilgenommen?
26. Hat Sie sich die fallbezogenen Zusammenarbeit mit Kooperationspartner generell verändert? Wenn ja, wie?
27. Haben sich allgemeine Institutionelle Kontakte verbessert? Wenn ja, wie?

28. Und woran würden Sie merken, dass die Vernetzung gelungen ist?
29. Ich befrage Sie jetzt zur Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens:
- Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den Geburtskliniken beurteilen
Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den Kinderkliniken beurteilen
 - Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den Kinderärztinnen/Kinderärzte und Hausärztinnen/Hausärzte beurteilen
 - Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den Gynäkologinnen/Gynäkologen beurteilen
 - Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den Hebammen/ Entbindungspflegern beurteilen
30. Nun zu den Schulen:
- Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den Schulen beurteilen

Nun würde ich Sie gerne zum Bereich *Schweigepflicht* befragen:

31. Wissen Sie wie ihre Schweigepflicht im Bezug auf Kindeswohlgefährdung geregelt ist?
32. Können Sie die Regelung kurz zusammenfassen?
33. Auf welcher Grundlage treffen Sie Entscheidungen zur Schweigepflicht im Bereich des Kinderschutzes?
34. Befürchten Sie, in diesem Bereich etwas falsch zu machen?
35. Fürchten Sie Sanktionen?
36. Fühlen Sie sich diesbezüglich sicherer seit Inkrafttreten des LKindSchuG?

Nun will ich Sie zur *Unterstützung und Förderung durch das Land* befragen:

37. Wissen Sie von der Servicestelle des Landes?
38. Nutzen Sie die Servicestelle?

39. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Servicestelle?
40. Wie beurteilen Sie die finanzielle Unterstützung durch das Land zur Umsetzung des LKISCHUG?
41. Wie beurteilen Sie die personelle Ausstattung in Ihrem Tätigkeitsfeld zur Umsetzung des LKISCHUG?

Zuletzt würde ich Sie nun nach *allgemeinen Verbesserungsvorschlägen* fragen:

42. Was müsste im Hinblick auf eine gelungen Umsetzung des Gesetzes korrigiert und erweitert werden?

C: Abbildungsverzeichnis

1. Tabellen

Tabelle 1:	Überblick über Landesgesetze zum Kinderschutz.....	16
Tabelle 2:	Regelungsinhalte der Landesgesetze.....	21
Tabelle 3:	Klassifizierung der Gesetzesziele	28
Tabelle 4:	Zielsetzung und Aufgaben der Netzwerke	37
Tabelle 5:	Gesetzlich vorgesehene Beteiligte der Netzwerke	39
Tabelle 6:	(Mit-)Finanzierung der lokalen Netzwerke durch die Länder	67
Tabelle 7:	Früherkennungsuntersuchungen nach der Kinder- Richtlinie – Zeitpunkte und Toleranzgrenze.....	72
Tabelle 8:	Qua Landeskinderschutzgesetz zu erfassende U- Untersuchungen in den Ländern.....	76
Tabelle 9:	Gesetzlich festgeschriebene Meldedaten	84
Tabelle 10:	Überblick über die Ziele des Gesetzes, die Gegenstände der Erhebung und die jeweilige Datenbasis.....	113
Tabelle 11:	Initiativen und Steuerung des Landes zur Implementierung des Gesetzes	131