

H. Thaiss¹ · R. Klein² · E.C. Schumann³ · G. Ellsäßer⁴ · H. Breitkopf⁵ · H. Reinecke⁵ ·

E. Zimmermann⁶

¹ Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Kiel

² Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes, Saarbrücken

³ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz

⁴ Landesgesundheitsamt Brandenburg, Zossen

⁵ Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

⁶ Gesundheitsamt Bremen, Bremen

Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz

Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren

Hintergrund

Es ist unwidersprochener gesellschaftlicher Konsens, dass Kinder schutzbedürftig sind, dass sie vor Gefahren, Gewalt und Missbrauch geschützt, vor Vernachlässigung bewahrt und ihr Grundrecht auf bestmögliche gesundheitliche Versorgung und eine gesunde Entwicklung entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention von 1990 gesichert werden müssen [1].

Diese Ziele spiegeln sich in allen Programmen und Kinderschutzgesetzen der deutschen Bundesländer wider und fußen darauf, eine verstärkte öffentliche Verantwortung für ein gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu definieren und eine angemessene Balance zwischen Förderung und Unterstützung einerseits und einer notwendigen kontrollierenden Intervention andererseits zu schaffen. Damit soll es gelingen, Eltern, Kinder und Jugendliche frühzeitig zu erreichen, ihnen Hilfen anzubieten und diese wirkungsvoll auszustalten.

Dabei setzen die rechtlichen Regelungen vorrangig auf Unterstützung und Förderung von Kindern und Eltern.

Gleichzeitig soll darauf hingewirkt werden, dass kein Kind „verloren geht“ und die staatliche Gemeinschaft Kindern bei drohender Gefährdung verlässlich Schutz bietet. Kinder brauchen den wachsamen Blick, das offene Ohr und die helfende Hand.

Hauptanliegen dabei ist es, früh zu (werdenden) Eltern in schwierigen Lebenslagen Kontakt aufzunehmen, um ihre Elternkompetenz zu stärken und sie in besonderen Problemsituationen zu entlasten. Eine Überforderung der Eltern, die in Vernachlässigung oder Misshandlung der Kinder münden kann, soll dadurch verhindert werden [2].

„In den öffentlich diskutierten Fällen geht es vorrangig um den wirkungsvollen Schutz von Kindern vor Misshandlung, Vernachlässigung und Gewalt, aber auch um die Vermeidung von Entwicklungsstörungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ [3].

„Ärzte spielen gerade bei der Diagnose einer körperlichen Kindesmisshandlung eine herausragende Rolle. Insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter, dem Hauptrisikoalter für Misshandlungen,

sind Kinder- und Jugendärzte oft die einzigen Fachleute, die regelmäßig Kinder dieser Altersgruppe sehen. Im ambulanten niedergelassenen Bereich liegt der Schwerpunkt oft noch vor der manifesten Misshandlung im Erkennen von und Intervenieren bei gestörten Eltern-Kind-Beziehungen und Risiken für die Kinder. Dazu kommen die genaue Verlaufsbeobachtung unklarer oder verdächtiger Konstellationen und schließlich die Überleitung in den stationären Bereich bei konkreten Verdachtsfällen“ [4]. Als besonderer Baustein im Rahmen des Kinderschutzes in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland sind daher Verfahren etabliert worden, die passgenau für diese Ziele die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder als Instrumente nutzen.

Rolle dieser Verfahren im Kontext Früher Hilfen

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (oft nur als „Us“ abgekürzt oder sachlich nicht ganz korrekt auch „Kindervorsorgen“ genannt), 1971 unter Mitwirkung des damaligen Berufsverbands

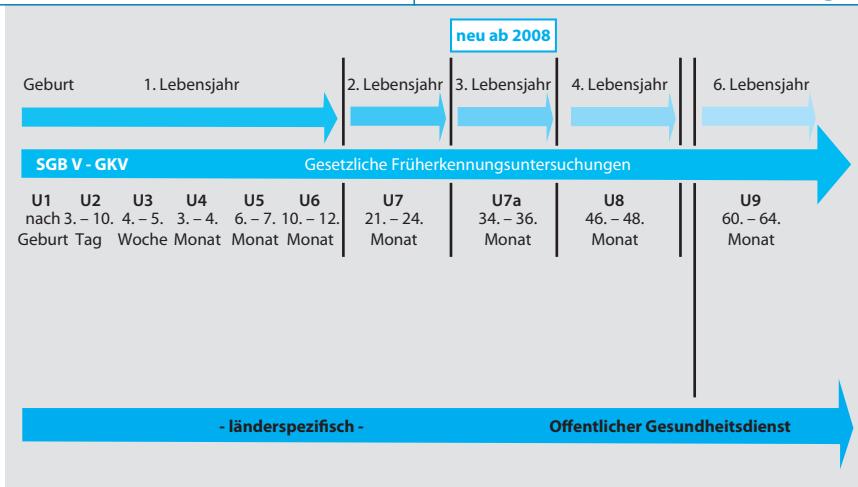


Abb. 1 ▲ Gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen bis zum 6. Lebensjahr im zeitlichen Ablauf [modifiziert nach: Früherkennung und Vorsorge in Hamburg (2007). In: Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern: früh erkennen – früh behandeln. Ergebnisse einer Erhebung in Kinderarztpraxen, Sommer 2007. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg]

der Kinderärzte entwickelt, waren als Instrument der Sekundärprävention zur frühen Identifizierung von Krankheiten und Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung konzipiert worden. Die damalige Reichsversicherungsordnung sah nach § 181 Abs. 1 Nr. 1 in der Fassung des Zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetzes vom 21. Dezember 1970 [5] keine Vergütung für primärpräventive Leistungen vor. Inzwischen sind sie seit dem Jahr 2004 in § 26 Abs. 1 in Verbindung mit § 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 SGB V und den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) [6] fest verankert und werden von allen gesetzlichen und privaten Kassen vergütet. Von initial acht wurde das Programm von der U1 bis zur J1 auf inzwischen elf reguläre und drei zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen erweitert. Die Untersuchungsintervalle wurden 2008 durch Einführung der U7a verdichtet [7] und um die Inhalte des Verdachts auf Kindesmisshandlung erweitert: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten“ [8].

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche dienen dazu, rechtzeitig Störungen der körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklung zu identifizieren und konsekutive therapeutische oder fördernde Maßnahmen ein-

zuleiten [9] (siehe auch Beitrag „Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter“ von E. Pott, U. Fillinger und M. Paul im Oktoberheft des Bundesgesundheitsblattes). Sie sind geeignet, um Krankheiten früh zu erkennen, Förderbedarfe aufzuzeigen und notwendige Maßnahmen – wie beispielsweise Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Heilpädagogik oder Erziehungsberatung – rechtzeitig einzuleiten.

In vorgegebenen Zeitfenstern, in denen bestimmte kindliche Entwicklungen zu erwarten sind [10], werden die Untersuchungen mit bestimmten Fristen in der Regel von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, von Allgemeinmedizinern oder hausärztlichen Internisten nach Terminvergabe durchgeführt und im sogenannten Gelben Heft des Gemeinsamen Bundesausschusses dokumentiert (■ Abb. 1).

Meist werden gleichzeitig die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut altersgemäß empfohlenen Schutzimpfungen durchgeführt. Auch wird es kaum einen kinderärztlichen Kontakt geben, bei dem ausschließlich kindzentrierte körperliche Befunde erhoben und therapiert werden. Vielmehr impliziert jedes pädagogische Handeln auch den Blick auf die Mutter-Kind-Interaktion, das soziale Umfeld des Kindes und der Familie und deren potenzielle Belastungen. Neben der Identifikation von Defiziten der personalen, sozialen und familiären Res-

sourcen bietet die Früherkennungsuntersuchung aber auch die Chance, kindliche und elterliche Resilienzfaktoren zu entdecken und zu stärken. In diesem Kontext kann ein kindlicher (Organ-) Befund differenzialdiagnostisch und therapeutisch adäquat gewürdigt werden.

Diese regelmäßigen und sich in überschaubaren Abständen wiederholenden Vorstellungen beim Kinder- oder Allgemeinarzt erfolgen in der Regel in einer Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens, auch durch langjährige Begleitung des Kindes, gegebenenfalls der Geschwister und der Familie. Hier zeigt sich ganz besonders die hausärztliche Funktion des Kinder- und Jugendarztes [12]. Diese Chance zur intensiven und vertraulichen Kooperation darf nicht dadurch vertan werden, dass die grundsätzlich den elterlichen Erziehungsauftrag unterstützende Ausrichtung der Früherkennungen den Charakter einer investigativen Untersuchung auf mögliches elterliches Feherverhalten bekommen. Eine Zwangsverpflichtung zur Untersuchung kann und darf es daher nach Meinung der Bundesärztekammer nicht geben [13].

Die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen sind von der Praxisgebühr befreit und von Zuzahlungen ausgenommen.

Die Untersuchungen U10, U11 und J2 gehören noch nicht zum Leistungsangebot jeder gesetzlichen Krankenkasse, die Kosten werden jedoch von einigen Kassen übernommen; optional werden bei Teilnahme am Früherkennungsprogramm auch Boni auf Beiträge oder weitere Prämien offeriert. Einige Kassen haben auch ein eigenes Erinnerungssystem für ihre Mitglieder zur Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen für ihre Kinder etabliert.

Daneben existieren weitere wertvolle öffentliche Aktionen, mit denen auf die Inhalte der Untersuchungen und deren Bedeutung hingewiesen wird [zum Beispiel „Ich geh zur U und Du“, der Eltern-Ordner mit Materialien für Eltern und die Internetseite „U1 bis U9 – zehn Chancen für Ihr Kind: Das unabhängige Informationsangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)“; daneben Hinweise des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte BVKJ [14]].

Zusammenfassung · Abstract

Gleichzeitig sind drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen gesetzlich etabliert, die vom dritten bis zum sechsten Lebensjahr der Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie der Identifizierung des Kariesrisikos dienen sollen [15].

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen sind ein bei Eltern und Erziehungsberechtigten bekanntes, bewährtes und akzeptiertes Instrumentarium.

So liegt bis zur U7 die Inanspruchnahme bei weit über 90% eines Jahrgangs und fällt von der U3 mit 95,3% auf 92,4% bei der U7. Je älter die Kinder werden, umso seltener nehmen sie dann an den Us teil. Die U8-Teilnahmequote liegt bereits unter 90%, bei der U9 fällt sie auf 86,4% ab [16].

Noch deutlich geringer ist allerdings die Beteiligung in den sogenannten Risikogruppen. 14% der Kinder mit Migrationshintergrund haben nie eine Früherkennungsuntersuchung besucht; an der U9 im sechsten Lebensjahr – also in dem wichtigen Jahr vor der Einschulung – nehmen nur zwei Drittel teil [17].

Ähnlich wirkt sich der Sozialstatus auf die Inanspruchnahme der Früherkennungen und auf deren Vollständigkeit aus. Familien mit niedrigem Differenzialstatus unterscheiden von denen mit hohem Sozialstatus zum Beispiel bei der U9 um bis zu 10%; auch nutzen jüngere Mütter (Alter bei der Geburt unter 26 Jahren) die Früherkennungsuntersuchungen seltener vollständig [17]. Die fehlende Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder kann daher durchaus auch Indikator mangelnder sozialer Integration sein.

Demzufolge bestehen in diesen Gruppen auch die deutlichsten Impfdefizite, insbesondere beim Schutz gegen Masern und bei nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund [18].

Dabei bieten gerade die Früherkennungsuntersuchungen intensivste niedrigschwellige und regelmäßige Kontaktmöglichkeiten der Eltern zu einer sozi-alpädiatrisch erfahrenen Profession, insbesondere bei den Unter-Zwei-Jährigen und damit einer für Frühe Hilfen besonders empfänglichen und bedürftigen Altersgruppe (im Schnitt 3,8-mal pro Quartal) [19].

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1029–1047 DOI 10.1007/s00103-010-1134-8
© Springer-Verlag 2010

H. Thaiss · R. Klein · E.C. Schumann · G. Ellsäßer · H. Breitkopf · H. Reinecke · E. Zimmermann **Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren**

Zusammenfassung

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (Us) sind gesetzlich etabliert und dienen der frühen Identifizierung von Krankheiten und Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung. In den „Kinderrichtlinien“ des G-BA (Gemeinsamen Bundesausschusses) sind ihre Inhalte definiert und elf Untersuchungen festgelegt (von der U1 nach der Geburt bis zur J1 bei Jugendlichen). Allein acht Termine sind vom 1. bis zum 4. Lebensjahr vorgesehen. Fast alle Bundesländer haben als Reaktion auf die öffentlich gewordenen Fälle von Kindesmisshandlung, Verwahrlosung oder Missbrauch seit 2007 im Kontext ihrer Kinderschutzkonzepte verbindliche Einladungs- oder Meldeverfahren für die Us eingeführt. Erste Erfahrungen der Länder (an sechs Beispielen ausführlich dargestellt) verdeutlichen, dass dadurch die Quote der Inanspruchnah-

me insgesamt, vor allem aber ab dem 4. Lebensjahr steigt; dies vor allem in schwierig zu erreichenden Familien mit sozialen Belastungen (junge/alleinerziehende Eltern, Migranten, bildungsferne oder sozial benachteiligte Familien). Dadurch nehmen auch die primärpräventiven (kinder)ärztlichen Tätigkeiten wie Impfungen, der Schutz vor Infektionskrankheiten und der Umfang gesundheitsfördernder Beratung zu. Als alleiniges Instrument zur lückenlosen Identifizierung von Kindeswohlgefährdung sind verbindliche Einladungs- und Erinnerungssysteme dagegen nur äußerst bedingt geeignet.

Schlüsselwörter

Kinder · Früherkennungsuntersuchung · Einladungs- und Erinnerungswesen · Meldesystem · Kindeswohlgefährdung

Child health check-ups as an instrument in child welfare. First results of compulsory check-up systems in German federal states

Abstract

Routine well-child visits, implemented as a means of secondary prevention and covered by health insurance, lead to early identification of disorders and abnormalities in child development. "Guiding principles for children" (by the G-BA) have determined the content of the eleven examinations, ranging from U1 immediately after birth to J1 in adolescence; eight of them take place within the first four years of age. Since cases of child maltreatment, neglect, or abuse became public in 2007, almost all German federal states have established mandatory examination and notification processes in the new child welfare surveillance programs. First results in the German federal states (six of which are exemplarily illustrated) point out that mandatory requirements have collectively increased the frequency of medi-

cal check-ups in children, especially starting from four years of age and most significantly in families with social disadvantages (young single parents, immigrant background, uneducated or socially disadvantaged families), which have so far been difficult to reach. Subsequently, provision of primary prevention (vaccinations and health promotion advice) by pediatricians has also increased. As a sole instrument for the complete identification of threats for children's welfare, however, systems inviting and reminding parents about check-ups are only of limited benefit.

Keywords

Children · Routine well-child visits · Health promotion · Welfare surveillance program · Child protection

Tab. 1 Länderverfahren zum Einsatz der Früherkennungsuntersuchungen. Bundesweite Übersicht der Länderverfahren zur Meldepflicht der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (Datum des Inkrafttretens) (Stand: Mai 2010, modifiziert und aktualisiert nach [23])

Baden-Württemberg	Meldepflicht: keine U1–U9 + J1 Teilnahmeverpflichtung (3.3.2009)
Bayern	Keine Meldepflicht; Teilnahmeverpflichtung Nachweis U6, U7 + U9 (6.5.2008)
Berlin	U4–U9 (U10) (ab 1.6.2010)
Brandenburg	U6–U9, J1; U7a, U9, J1 nur einmal (seit 1.6.2008)
Bremen	U4–U9 (seit 30.4.2007)
Hamburg	Modellversuch U6+U7 (ab 10/2010)
Hessen	U4–U9 (seit 1.1.2008)
Mecklenburg-Vorpommern	U2–U9 (seit 24.10.2008)
Niedersachsen	Seit 1.4.2010 U5–U8 (U1–U9) (29.10.2009)
Nordrhein-Westfalen	U5–U9 (seit 10.9.2008)
Rheinland-Pfalz	U4–U9 + J1 (seit 17.4.2008)
Saarland	U3–U9 (seit 1.4.2007)
Sachsen	Keine (Entwurf 19.6.2009 U4–U8; derzeit Novellierung))
Sachsen-Anhalt	Keine
Schleswig-Holstein	U4–U9 (1.4.2008)
Thüringen	U3–U9 (16.9.2008)

Gleichzeitig ergeben sich beim Arztkontakt auf der Basis eines gegenseitigen Vertrauensverhältnisses wertvolle Optionen nicht nur zur Diagnostik kindlicher Auffälligkeiten, sondern auch zur Beobachtung der Mutter/Eltern-Kind-Interaktion [20], des sozialen Hintergrunds, von Sprachbarrieren oder familiären Notlagen und damit insbesondere zur Identifikation der Risikogruppen für eine Gefährdung des Kindeswohls [21].

Vor diesem Hintergrund haben die Bundesländer mehrheitlich im Laufe der vergangenen drei Jahre Verfahren etabliert, die, zumeist im Rahmen gesetzlicher Grundlagen, die bestehenden Früherkennungsuntersuchungen verbindlich im System der Frühen Hilfen nutzen ([22], □ Tab. 1).

Im Folgenden werden aus sechs Bundesländern die ersten Erfahrungen mit diesen Verfahren exemplarisch wiedergegeben.

Erfahrungen der Länder

Saarland

Mit dem Gesetz zum Schutz der Kinder vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vom 07.02.2007 [24] und der Verordnung über die Teilnahme an

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder vom 12.04.2007 [25] wurden im Saarland Regelungen getroffen, die eine bessere Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zum Ziel hatten. Die neun, ab 01.07.2008 zehn ärztlichen Untersuchungen in definierten Abständen von der Geburt bis zu fünfthalb Jahren sind eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen, die die anderen Krankenversicherungsträger gegen sich gelten lassen.

Die Vorstellung und die Untersuchung des Kindes bei einer Ärztin/einem Arzt soll in diesem Gesetz als Screeninginstrument in einem umfassenden System der Frühen Hilfen fungieren, um eine mögliche Gefährdung des Kindeswohles in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht zu erkennen, die sich aus Belastungen seitens des Kindes oder einer familiären Konfliktlage heraus ergeben können, und zur Einleitung adäquater Beratung und Hilfen führen.

Verfahren

Das Verfahren zur Verbesserung der Teilnahme besteht in der Möglichkeit der Einladung sowie verpflichtenden nachgehenden Interventionen bei Versäumnis der Teilnahme. Eine zentrale Stelle, das Zentrum für Kindervorsorge, angesiedelt

an der Kinderklinik des Universitätsklinikums des Saarlandes, ist für die Umsetzung im Wesentlichen verantwortlich.

Durch eine neu geschaffene Regelung in der Melde Datenübermittlungsverordnung werden dem Zentrum aktuelle Daten des zentralen Melderegisters über Kinder von Geburt bis fünfthalb Jahre wöchentlich zur Verfügung gestellt. Alle Kinder, die zur U3 bis zur U9 anstehen, werden ein bis zwei Wochen vor Beginn der Untersuchungsfrist zu den einzelnen Untersuchungen eingeladen.

Um den Datenabgleich über die Teilnahme durchzuführen, besteht für die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte eine Meldepflicht. Innerhalb von drei Arbeitstagen nach Durchführung der Untersuchung hat die Meldung über die Teilnahme per Telefax oder über eine gesicherte Internetverbindung an das Zentrum zu erfolgen.

Bei ausbleibender Teilnahmebestätigung und Überschreitung des regulären Untersuchungszeitraums um eine Woche verschickt das Zentrum ein erstes Erinnerungsschreiben an die Eltern, nach weiteren zwei Wochen ein zweites. Bleibt innerhalb der beiden Folgewochen die Arztmeldung weiter aus, werden die Daten des Kindes und der Sorgeberechtigten an das Gesundheitsamt weitergeleitet. Dieses versucht die Sorgeberechtigten sowohl schriftlich als auch telefonisch zu kontaktieren: Eltern werden im Erinnerungsschreiben um telefonische Rückmeldung gebeten. Vorsorglich ist in dem Schreiben ein erster Hausbesuch durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes angekündigt und terminiert. Kommt zu diesem Termin kein Kontakt zustande, wird ein zweiter Hausbesuch in der Folgewoche festgelegt und dieses Schreiben im Briefkasten hinterlegt. Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter können subsidiär die Untersuchungen anbieten.

Kommt es innerhalb von drei Wochen nach Eingang der Meldung beim Gesundheitsamt dennoch zu keinem Kontakt mit der Familie und/oder geht auch keine Arztmeldung über die Teilnahme an der Untersuchung beim Zentrum für Kindervorsorge ein, übermittelt das Gesundheitsamt dem Jugendamt die oben genannten Daten. Dieses wird in eigener Zuständigkeit tätig, in dem es die Meldung als An-

zeige einer möglichen Kindeswohlgefährdung behandelt. Näheres ist in den gesetzlichen Regelungen nicht vorgesehen.

Bei U3 und U4 ist das Verfahren wegen der engen Zeitspanne zwischen beiden Untersuchungen verkürzt: Bei ausbleibender Arztemeldung erfolgt eine Woche nach Überschreiten des regulären Untersuchungszeitraumes eine direkte Weiterleitung der Daten an das Gesundheitsamt, das in oben beschriebener Weise tätig wird.

Um Familien mit Migrationshintergrund und unzureichenden Deutschkenntnissen zu erreichen, sind alle Einladungs- und Erinnerungsschreiben zusätzlich in sieben Fremdsprachen übersetzt, die den am häufigsten vorkommenden Ethnien bei den Einschulkindern entsprechen. Ein solches mehrsprachiges Beiblatt ist jedem Schreiben beigelegt. Alle Sorgeberechtigten erhalten einen ebenfalls mehrsprachigen Informationsflyer in der Geburtsklinik beziehungsweise über die Hebammen bei Hausgeburten, um auf das gesamte Verfahren hinzuweisen.

Umsetzung

Das Saarland hat als erstes Bundesland das Einladungswesen und den Abgleich der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in der oben dargestellten abgestuften Form mit den kommunalen Melddaten geregelt und Neuland mit der Umsetzung des Verfahrens betreten. Die organisatorischen und technischen Voraussetzungen des Einladungs- und Erinnerungswesens wurden in Zusammenarbeit von Gesundheitsministerium als Fachaufsicht, Universitätsklinikum des Saarlandes, Datenschutzbeauftragtem und Softwareherstellern geschaffen. Dies beinhaltete die Anforderungen an die Software, die Sicherheitsanforderungen an den Datentransfer und die Arbeit im Zentrum für Kindervorsorge, die Entwicklung der Einladungs- und Erinnerungsschreiben, der elektronischen Archivierung eingegangener Meldungen sowie eines Statistikmoduls zur Erfassung der Leistungen des Zentrums und der erreichten Ergebnisse. Für den Melddatenbereich waren zusätzlich das Innenministerium und der Städte- und Gemeinendedtag beteiligt, bei der Umsetzung auf Ebene der Gemeindeverbände der saarländ-

ische Landkreistag. Die Verfahrensschritte im Rahmen der nachgehenden Interventionen wurden in enger Abstimmung mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Ärztekammer sowie den Gesundheitsämtern entwickelt und die Jugendämter über die Umsetzungsschritte engmaschig informiert.

Die Personalisierung des Zentrums für Kindervorsorge erfolgte mit Dokumentationsassistentinnen, da die Einspeisung bei Fax-Meldungen in das System zunächst händisch vorzunehmen war, abgelöst durch ein halbautomatisiertes EInleseverfahren. In den Gesundheitsämtern wurde zur Umsetzung der nachgehenden Interventionen sowie zum Vorhalten des Untersuchungsangebotes die pädiatrische Kapazität durch das Land aufgestockt.

Vor Beginn der Maßnahmen wurde die mit den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen befasste Ärzteschaft in Praxen und Kliniken mehrfach informiert. Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgte über Pressegespräche sowie die Darstellung des Anliegens und der Abläufe im Zentrum für Kindervorsorge über die Homepage des Gesundheitsministeriums [26].

Um das konzipierte Verfahren auf seine Praxistauglichkeit zu überprüfen, wurde es zunächst an nur einer Untersuchung, der U5, erprobt. Ab dem 1. April 2007 erfolgten die Arztemeldungen, ab dem 01.07.2007 wurde der Abgleich durchgeführt. Ab dem 01.10.2007 wurden die weiteren Untersuchungen von U3 bis U9 konsekutiv in den Abgleich aufgenommen und Einladungen zu den einzelnen Untersuchungen versandt.

Besonders in der ersten Zeit war eine intensive Kommunikation der Mitarbeiterinnen des Zentrums mit Arztpraxen und Eltern wegen zahlreicher Nachfragen erforderlich. Neben Dankbarkeit für die Erinnerung an versäumte Untersuchungen und Zustimmung für das Vorgehen gab es auch deutliche Kritik an dieser staatlichen Einmischung in Elternrechte, die allerdings im Zeitverlauf zunehmend weniger wurde. Vergessene Arztemeldungen über die Teilnahme an den Untersuchungen, aber auch technische und organisatorische Unzulänglichkeiten bei der Verarbeitung der Meldungen waren Anlässe zu regelmäßigen Gesprächen mit allen Verfahrensbeteiligten. Die Ärztinnen und

Ärzte meldeten die Teilnahme zunächst unentgeltlich, ab 2009 zahlt das Land eine Aufwandsentschädigung von 2,80 Euro pro Meldung.

Ergebnisse (Stand Mai 2010)

Bei jährlich knapp 7000 Geburten im Saarland versendet das Zentrum im Jahr circa 55.000 Einladungen bei acht Untersuchungszyklen.

Die Entwicklung der Teilnahme innerhalb der regulären Untersuchungsfrist hat sich durch das Verfahren für alle Untersuchungen verbessert: von anfänglich unter 70% Teilnahme auf durchschnittlich 80% (Jahresergebnis 2009). Bei U3 lag es bei 82%, wobei in dieser Zeit durch Klinikaufenthalte/Wohnortwechsel et cetera Verzögerungen begründbar waren. Die U4 bis U5 wurden durchschnittlich zu knapp 90% regelrecht wahrgenommen, die U6 zu 83%. Bei den Untersuchungen im zweiten bis vierten Lebensjahr nahm dieser Anteil von 76% auf 67% ab und erreichte bei der U9 wieder 82%. Über das Erinnerungsverfahren durch das Zentrum, das von U5 bis U9 durchgeführt wird, wurden bei U5 und U6 über 96% der Kinder erreicht, von U7 91%, U7a und U8 85%, bei U9 89%. Die nachgehenden Interventionen der Gesundheitsämter konnten die Teilnahme für alle Untersuchungen auf durchschnittlich 97,6% erhöhen, wobei die Teilnahme bei U5 und U6 mit 98,5% am höchsten lag. 2,3% der Kinder wurden an die Jugendhilfe gemeldet. Bei rund 1% dieser Kinder war der Aufenthalt unbekannt; andere waren zum Teil bereits in Betreuung der Jugendhilfe.

Landesprogramm Frühe Hilfen

Die Verbesserung der Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ist ein Baustein im Rahmen des Landesprogrammes „Frühe Hilfen“. Leitgedanke ist, Frauen/Eltern in psychosozialen Problemlagen durch das System der Gesundheitsversorgung frühzeitig zu erkennen und über niedrigschwellige Zugangswege Beratung und Hilfen anzubieten. Dazu wurden Ansprechpartner für den Arzt/die Ärztin oder sonstiges Gesundheitspersonal, das in Schwangerschaft, im Rahmen der Geburt und bis zum Schulbeginn die Familien betreut, etab-

liert. Dies sind die mit dem Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ [27] in den Kreisen als niedrigschwelliges Angebot eingerichteten Koordinierungsstellen, besetzt mit einer Kinderärztin des Gesundheitsamtes und einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes. An diese kann die Familie bei Erkennen einer Gefährdung der Gesundheit oder des Kindeswohles zur Beratung verwiesen werden. Sie initiieren im Einvernehmen mit den Familien notwendige Maßnahmen: Im Rahmen dieses Projektes wird im ersten Lebensjahr aufsuchende Betreuung ermöglicht: bei psychosozialer Belastung durch Familienhebammen, bei kindlicher medizinischer Indikation durch Kinderkrankenschwestern des Gesundheitsamtes. Hilfestellung für Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen bei mütterlicher Indikation, Initiierung familienunterstützender Maßnahmen der Jugendhilfe, Vermittlung an die Sozialhilfe; Sucht- und Schuldnerberatung ergänzen diese Angebote. Das Gesundheitsamt bleibt auch in den weiteren Lebensjahren Ansprechpartner der Ärztinnen und Ärzte. Zur Elternbildung im Umgang mit dem Kind werden jungen Eltern zudem die Elternkurse „das Baby verstehen“ angeboten.

Schlussfolgerungen

Über die Verbesserung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen konnten viele Eltern erreicht werden, die ihr Kind bislang eher unregelmäßig oder lediglich zu den frühen Untersuchungen vorgestellt hatten. Durch die nachgehenden Interventionen wurden anteilmäßig mehr Familien mit Migrationshintergrund erreicht. Das Erinnerungswesen hat auch dazu beigetragen, Eltern für die Einhaltung der nachfolgenden Untersuchungen zu sensibilisieren.

Umfassende Aussagen zu den Effekten im Hinblick auf Verbesserung des Kinderschutzes liegen noch nicht vor; die Evaluation des Gesetzes erfolgt im Laufe des Jahres 2010. Anlässlich der Untersuchungen beziehungsweise Hausbesuche der Gesundheitsämter wurde wiederholt das Jugendamt wegen akuter Kindeswohlgefährdung eingeschaltet. Sehr viel häufiger als vor Erlass des Gesetzes waren die Untersuchungen Anlass, gesundheitliche Probleme anzugehen oder Ent-

wicklungsförderung einzuleiten, insbesondere bei den Untersuchungen jenseits des zweiten Lebensjahres. Die Schaffung der Koordinierungsstellen in den Kreisen beziehungsweise den Gesundheitsämtern als Ansprechpartner bei erkennbaren psychosozialen Problemlagen im Rahmen des Landesprogramms „Frühe Hilfen“ wurde von den Ärztinnen und Ärzten allgemein begrüßt und wird zunehmend in Anspruch genommen.

Die Einführung des Verfahrens zur Verbesserung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der angestoßenen Diskussion um Kinderschutz hat anfänglich zu viel Skepsis hinsichtlich der Akzeptanz der Eltern und der Effektivität in der Verbesserung des Kinderschutzes geführt. Die fortgesetzten Bemühungen auf politischer Ebene im Bund und in den Ländern haben dazu beigetragen, innerhalb der Gesundheits- und Jugendhilfe die gegenseitigen Bemühungen zu akzeptieren und enger zusammenzuarbeiten. Die Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen können nur dann auch zu mehr Schutz der Kinder beitragen, wenn sie in ein angepasstes System der Frühen Hilfen eingebettet sind. Dies zeigt die Entwicklung im Saarland deutlich auf.

Rheinland-Pfalz

Rechtliche Grundlage

Das rheinland-pfälzische Einladungs- und Meldeverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ist im Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) § 5 ff geregelt [28]. Das Gesetz ist am 21. März 2008 in Kraft getreten [29].

Ziel des Einladungsverfahrens zu den Früherkennungsuntersuchungen

Ziel des Einladungsverfahrens zu den Früherkennungsuntersuchungen ist die Verbesserung der Kindergesundheit durch eine Steigerung der Beteiligungs- raten an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Angestrebt ist eine 100%ige Beteiligungsrate. Mit dem Verfahren sollen insbeson-

dere sozial benachteiligte Familien und Familien mit Migrationshintergrund erreicht werden, da diese sich an den Früherkennungsuntersuchungen unterdurchschnittlich beteiligen. Das rheinland-pfälzische Einladungsverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen wurde nicht vorrangig als Maßnahme zur Verbesserung des Kinderschutzes eingerichtet, da es kein wirksames Instrument zur Verbesserung des Schutzes vor Vernachlässigung und Misshandlung darstellt. Das schließt nicht aus, dass positive Wirkungen auf den Kinderschutz erreicht werden können. Neben dem Einladungswesen regelt das Gesetz daher einen zweiten bedeutsamen Schwerpunkt: den Aufbau lokaler Netzwerke durch die Jugendämter und den Ausbau Früher Hilfen für Familien.

Laufzeit des Verfahrens

Das Verfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen startete am 17. April 2008 mit der Einladung zur J1 und wurde bis zum 15. Oktober 2008 sukzessive für die Untersuchungen U4 bis U9 eingeführt.

Inhalt und Ablauf des Verfahrens

Alle gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter, deren Kinder in Rheinland-Pfalz gemeldet sind und bei denen eine Früherkennungsuntersuchung ansteht, werden durch eine Zentrale Stelle zu den Früherkennungsuntersuchungen schriftlich eingeladen. Dies gilt für die Untersuchungen U4 bis U9 sowie die J1. Wurde die Früherkennungsuntersuchung absolviert, sind die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz verpflichtet, an die Zentrale Stelle eine Untersuchungsbestätigung zu übermitteln. Wird die Früherkennungsuntersuchung nicht wahrgenommen, erhalten die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter eine Erinnerung. Dies gilt nicht für die J1. Wird die Untersuchung trotz Erinnerung nicht wahrgenommen, werden die Gesundheitsämter durch die Zentrale Stelle darüber unterrichtet. Diese haben den Auftrag, die Eltern zur Wahrnehmung der Untersuchung zu motivieren. Bleibt die Intervention erfolglos, werden die Jugendämter hierüber informiert. Die Jugendämter prüfen, ob ein Hilfebedarf für die Familie besteht. Dabei kann deutlich

werden, dass Kind und Eltern einen Förderbedarf haben, um ein gesundes Aufwachsen für das Kind zu ermöglichen. In Einzelfällen können auch Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls notwendig werden.

Zuständige Stellen

Die Aufgaben im Zusammenhang mit dem Einladungsverfahren obliegen der Zentralen Stelle, die beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung eingerichtet wurde. Entsprechend § 5 Abs. 2 LKindSchuG hat die Zentrale Stelle die Aufgaben des Einladungs- und Meldeverfahrens an das Zentrum für Kindervorsorge am Universitätsklinikum des Saarlandes (Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin) übertragen. Die Kosten der Zentralen Stelle trägt das Land. Darüber hinaus erstattet das Land den Trägern der Gesundheitsämter für die entstandenen Kosten pauschal einen Betrag von drei Euro pro Jahr für jedes Kind unter sechs Jahren.

Schwierigkeiten bei der Einrichtung des Verfahrens

Es gab Probleme EDV-technischer Art, wie zum Beispiel beim elektronischen Einlesen der Untersuchungsbestätigungen. Weiterhin war eine Reihe von Sonderregelungen und Absprachen zu treffen, wie zum Beispiel im Falle von Auslandsaufenthalten der Kinder, bei Pflege- und Adoptivkindern, bei Kindern ohne Versicherungsschutz oder Kindern von Nato-Truppen-Angehörigen. Das derzeit noch bestehende größte Hindernis sind die von den Eltern vergessenen Untersuchungsbestätigungen. Das führt zu einer größeren Anzahl „falsch positiver“ Meldungen an die Gesundheitsämter. Damit entsteht bei den Gesundheitsämtern zusätzliche Arbeit, die auch personelle Ressourcen bindet. Akzeptanzprobleme bei den Eltern und Ärzten gab es in Ausnahmefällen.

Evaluation

Eine Evaluation zu den im Landeskinder- und Jugendgesetz vorgesehenen Maßnahmen erfolgt 2010 durch das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) in Heidelberg und das Universitätsklinikum für Kinder- und Ju-

gendpsychiatrie in Ulm für den Zeitraum 2008 und 2009 (§ 11 LKindSchuG). Dem Landtag ist in jeder Legislaturperiode über die Umsetzung des LKindSchuG zu berichten.

Bisherige Ergebnisse (Stand 2009)

Weiterleitung von Meldungen vom Gesundheitsamt an das Jugendamt. Von bisher ausgewerteten 26.453 Meldungen, die bei den Gesundheitsämtern bearbeitet wurden, leiteten diese ca. 5% der Fälle (n=1350) an das zuständige Jugendamt weiter [30].

Steigerung der Teilnahmequoten der Früherkennungsuntersuchungen. Sichere Angaben lassen sich zur J1-Untersuchung machen, da hier der längste Beobachtungszeitraum vorliegt. Danach konnte die Beteiligung durch das Verfahren erheblich gesteigert werden, nämlich um 25%. Bei der U6, U7, U8 und U9 gelang eine Steigerung der Beteiligung um etwa 4 bis 5%. Verlässliche Aussagen zur U4 und U5 können nach den Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, angepasst an die Geburtenstatistik, derzeit noch nicht getroffen werden.

Weitere positive Effekte des Verfahrens in Hinblick auf die Kindergesundheit. Durch das Verfahren fallen erstmals Kinder ohne Versicherungsschutz auf. Es wurde eine Regelung geschaffen, damit Kinder ohne Versicherungsschutz ebenfalls an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen können. Die Kosten trägt das Land. Gleichzeitig werden Familien ohne Versicherungsschutz beraten, wie sie der bestehenden Versicherungspflicht nachkommen können. Aus Erfahrungsberichten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist bekannt, dass in den Praxen vermehrt Familien aus sozial benachteiligten Situationen ihre Kinder zur Untersuchung anmelden.

Auswirkungen auf den Schutz von Kindeswohl. Direkte Auswirkungen auf den Schutz von Kindeswohl lassen sich aus den bisher vorliegenden Daten – die Auswertungen der Meldungen an Gesundheits- und Jugendämter und Maßnah-

men im Rahmen des Verfahrens – nicht ableiten. Diese Daten sind allenfalls Anhaltspunkte.

Bei 124 der bisher ausgewerteten 26.453 Meldungen, die bei den Gesundheitsämtern bearbeitet wurden, sahen die Gesundheitsämter Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung (=0,47%). Die Jugendämter stellten in 38 der 26.453 ausgewerteten Fälle (=0,14%) Anzeichen für eine (drohende) Kindeswohlgefährdung fest. In 11% der Fälle stellten die Jugendämter einen weiteren Hilfebedarf fest und leiteten Hilfen wie Beratungen, Hilfen zur Erziehung oder Angebote der Elternbildung ein [30]. Nach Einschätzung von Fachkräften der Jugendämter wurden durch die Fallmeldungen von den Gesundheitsämtern häufiger Hilfeangebote für Familien eingerichtet.

Brandenburg

Im Land Brandenburg ist das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen Bestandteil eines umfassenden Programms für den Kinderschutz. Dieses Programm ist Bestandteil der Zertifizierung des Landes Brandenburg als Safe Region innerhalb des WHO-Programms „Safe Communities“.

Weitere Informationen können dem Antragsbericht zur Zertifizierung entnommen werden (<http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de>).

Der folgende Beitrag beschränkt sich auf das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen und gibt einen vertieften Einblick in die Rechtsgrundlagen und ebenso in die Umsetzung.

Rechtliche Grundlage

Das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen (nachfolgend „ZER“) zu den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U9 und J1 basiert im Land Brandenburg auf § 7 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes, das zum 23.04.2008 in Kraft getreten ist und dem Landesgesundheitsamt beginnend mit dem 01.06.2008 die Umsetzung übertrug. Zielstellung dieser landesgesetzlichen Regelung ist die Erhöhung der Teilnehmerate an den vorgenannten Untersuchungen zum Wohl und Schutz der Kin-

der sowie die Identifikation potenzieller Risikofamilien.

Inhalt und Ablauf des Verfahrens

Das ZER basiert auf einem regelmäßigen Melddatenimport von 198 Brandenburger Einwohnermeldeämtern bezüglich aller Kinder, die zwischen 7 und 58 sowie zwischen 144 und 150 Lebensmonate alt sind und ihren Wohnsitz im Land Brandenburg haben.

Das ZER ist für die Untersuchungen U6, U7 und U8 zweistufig ausgelegt, das heißt die vom Landesgesundheitsamt erstellten Einladungsschreiben zu den jeweils anstehenden Untersuchungen werden stichtagsgenau an alle Kinder versandt, Erinnerungen folgen nur im Falle einer nicht beim Landesgesundheitsamt eingegangenen Untersuchungsbestätigung des Arztes.

Bei der Untersuchungsbestätigung handelt es sich im Regelfall um das mit Datum und Arztstempel versehene Einladungs- oder Erinnerungsschreiben des Landesgesundheitsamtes, das bereits als Rückmeldefax layoutet ist.

Die eigens für die Rückmeldung eingerichtete zentrale Faxnummer ist auf einen leistungsfähigen Faxserver geschaltet und dadurch jederzeit erreichbar. Die Faxerkennung und Zuordnung zum offenen Einladungsprozess erfolgt im IT-System überwiegend automatisiert durch Abgleich der auf den Schreiben enthaltenen Prozessnummern. Für Fälle, in denen die Eltern ihr Einladungsschreiben zur Untersuchung nicht beim Arzt vorlegen können, erhielten alle Brandenburger Arztpraxen, die die oben genannten Untersuchungen vornehmen, ein Formular vom Landesgesundheitsamt, das dann ersatzweise zur Rückmeldung verwendet wird. Diese Rückmeldung wird manuell, aber ebenfalls taggenau ins System eingepflegt und beendet den jeweiligen Einladungs-/Erinnerungsprozess.

Flankierend zur rein technischen Umsetzung wurde im Landesgesundheitsamt eine Hotline für jegliche Anfragen zum ZER eingerichtet. Diese Telefonnummer ist auf allen Einladungs-/Erinnerungsschreiben abgedruckt. Das Landesgesundheitsamt erhält circa 20 Anrufe täglich, die zu weit über 90% informativen, das heißt nachfragenden Charakter ha-

ben. Etwa 4% der Anrufe sind ausdrücklich als positive Resonanz auf das ZER zu werten, in etwa 2% der Fälle muss Kritik begegnet werden, Beschwerdecharakter haben weniger als 1% der Anrufe.

Zu den Früherkennungsuntersuchungen U7a, U9 und J1 lädt das Landesgesundheitsamt ebenfalls termingerecht ein, gemäß gesetzlicher Regelung allerdings ohne Rückmeldepflicht für die Ärzte. Das Landesgesundheitsamt versendet monatlich ca. 10.000 Einladungen/Erinnerungen.

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag informiert das Landesgesundheitsamt die Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten, wenn kurz vor Ablauf der jeweiligen Untersuchungsperiode (U6, U7 und U8) keine kindbezogene Untersuchungsbestätigung eingegangen ist.

Die Gesundheitsämter ergreifen dann angemessene und geeignete Maßnahmen, um auch bei den übermittelten Kindern sicherzustellen, dass die jeweilige Untersuchung noch nachgeholt wird. Hier wird dann auch deutlich, falls Ärzte ihrer Rückmeldepflicht nicht oder ver spätet nachkommen, das heißt, das Gesundheitsamt einer „Falsch-Positiv-Meldung“ nachgegangen ist. Insgesamt übermittelt das Landesgesundheitsamt circa 1000 Kinder im Quartal zur abschließenden Bearbeitung an die 18 Gesundheitsämter. Wichtiger Aspekt ist, dass die Gesundheitsämter im gleichen IT-System arbeiten, sodass zeitliche Überschneidungen bei den Rückmeldungen beherrscht werden können. Das zuständige Ministerium erhält quartalsweise die Auswertungen sowohl des Landesgesundheitsamtes als die der Gesundheitsämter, um gegebenenfalls steuernd einzutreten.

Für die Umsetzung des ZER konnte das Landesgesundheitsamt zuverlässige und leistungsfähige Partner gewinnen. Hervorzuheben sind insbesondere das Rostocker Institut für System-Management (iSM) für den Bereich Datenbank und Software, das Technische Finanzamt Cottbus für die Übernahme der ca. 120.000 Druckaufträge im Jahr, der landeseigene IT-Dienstleister ZIT für die Faxintegration sowie alle Hersteller der im Land Brandenburg zum Einsatz kom-

menden Meldeamt-Software für die Sicherstellung des Datentransfers zum Landesgesundheitsamt.

Ergebnisse

Schwierig ist im Moment eine qualifizierte Aussage, inwieweit das seit knapp zwei Jahren laufende ZER die Teilnehmer an den Früherkennungsuntersuchungen erhöht hat. Eine Gegenüberstellung mit genauen Ergebnissen kann ab 2011 erfolgen und den Vorjahren gegenübergestellt werden, wenn zu den Schuleingangsuntersuchungen die U-Hefte der Kinder ausgewertet werden können, die ab 2008 ff. die Einladungen im Rahmen des ZER erhielten.

Zutreffende Hinweise auf Kindeswohlgefährdung erhielt das Landesgesundheitsamt bisher keine. Im Einzelfall eines verzweifelten Anrufes einer Mutter aufgrund von Feuchtigkeits- und Schimmelbefall in der gemeinsam mit dem Kleinkind bewohnten Wohnung konnte nach Verständigung mit dem zuständigen Gesundheitsamt kurzfristig ein Umzug realisiert werden.

In 0,6% der an das Gesundheitsamt übermittelten Fälle (2009: n=11.245) wurde vom Gesundheitsamt das Jugendamt eingeschaltet und in 2,3% dieser Fälle führte das Gesundheitsamt einen Hausbesuch durch.

Nordrhein-Westfalen

Rechtliche Grundlage

In Nordrhein-Westfalen ist die Meldepflicht über die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ein Baustein eines insgesamt 15 Punkte umfassenden „Handlungskonzeptes für einen besseren und wirksameren Kinderschutz“. Das Meldeverfahren umfasst die Untersuchungen U5 bis U9 und sieht im Wesentlichen drei Schritte vor: Ermittlung der Kinder, für die kein Untersuchungsnachweis vorliegt; Erinnerung der Sorgeberechtigten und bei erfolgloser Erinnerung Information des Trägers der Jugendhilfe. Die Meldeverpflichtung für Ärztinnen und Ärzte ist im Heilberufsgesetz (HeilBerG § 32a) verankert, die Aufgaben der beim Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) eingerichteten „Zentralen Stelle Gesunde

Kindheit“ sind im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW, § 27 Absatz 3) festgeschrieben [31]. Die Einzelheiten zum Meldeverfahren sind in der Verordnung über die Datenemeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (UTeilnahmeDatVO) geregelt.

Inhalt und Ablauf des Verfahrens

Ärztinnen und Ärzte teilen innerhalb von fünf Werktagen nach einer Untersuchung der „Zentralen Stelle“ die von ihnen untersuchten Kinder mit. Die Mitteilung erfolgt auf der Basis des Programms zur Herstellung von „grünen Rezepten“. Diese Teilnahmemeldungen werden mit den Daten, die der „Zentralen Stelle“ regelmäßig von den Meldebehörden geliefert werden, verglichen. Die Sorgeberechtigten, für deren Kinder keine Teilnahme festgestellt werden kann, erhalten dann eine schriftliche Erinnerung. Diese erfolgt bei der U5 zwei Wochen vor und bei U6 bis U9 spätestens zehn Tage nach Ende der Toleranzzeit für die jeweilige Untersuchung. Den Erinnerungsschreiben liegt eine mehrsprachige Kurzinformation bei. Sofern drei Wochen – bei der U5 sechs Wochen – nach dieser Erinnerung noch keine Bestätigung über eine durchgeführte Untersuchung vorliegt, informiert die „Zentrale Stelle“ die für das Kind zuständige Kommune als Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Diese entscheidet dann in eigener Zuständigkeit, ob und wenn ja, welche Maßnahmen geeignet und notwendig sind.

Die Umsetzung des Verfahrens erfolgte seit Inkrafttreten der Verordnung im September 2008 schrittweise: Nach Abschluss der Generierung der Dateneinlieferungen seitens der Einwohnermeldebehörden und Ärzteschaft und Optimierung der Verfahrensabläufe erfolgte im August 2009 der Start des Versandes der Elternerinnerungen und der entsprechenden Informationen an die Kommunen; seit Februar 2010 läuft das Verfahren im Vollbetrieb. Dieser Stufenplan hat sich als sehr sinnvoll bestätigt, da die schrittweise Umsetzung im Sinne der beabsichtigten begleitenden Evaluation ein gezieltes und zeitnahe Nachsteuern im laufenden Verfahren ermöglicht hat. Ausgehend von jährlich rund 150.000 Geburten,

entfallen auf jeden Monat pro Untersuchung im Durchschnitt rund 12.000 Kinder und somit bei sechs Untersuchungen 72.000 Meldedatensätze, die die Grundlage für das Erinnerungsverfahren darstellen. Wurden im August 2009 noch mehr als 38% aller Eltern an die Durchführung der U5 erinnert, so sank diese Zahl in den Folgemonaten fortlaufend und lag im Dezember des gleichen Jahres bei circa 14%. Die Zahl der Mitteilungen an die Kommunen sank in diesem Zeitraum von mehr als 18% auf circa 7%.

Ergebnisse

Nach dem Start der Elternerinnerungen war festzustellen, dass auch Erinnerungen und spätere Informationen an Kommunen erfolgen, die offenbar zum Teil nicht gerechtfertigt sind, das heißt, es stellt sich im weiteren Kontakt heraus, dass Untersuchungen stattgefunden haben. Diese ungerechtfertigten Erinnerungen führen nicht nur zu Unmut, sie verursachen auch unnötigen Aufwand. Ursachen liegen in fehlenden und/oder unvollständigen Daten der Meldebehörden und nicht zuletzt auch der Ärzteschaft, den ursprünglichen Fristsetzungen im Erinnerungsverfahren, die nicht dem tatsächlichen Untersuchungsverhalten der Eltern entsprachen, aber auch technischen Problemen.

Zum jetzigen Zeitpunkt (April 2010) sind noch keine belastbaren Aussagen möglich, ob durch das Verfahren die Teilnahmequoten an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gesteigert werden oder ob Fälle von Kindeswohlgefährdung erkannt werden könnten. Ermittelt wurde bisher lediglich, dass in 0,88% der von den Jugendämtern bearbeiteten Fälle Maßnahmen nach § 8a SGB VIII ergriffen wurden; bei Hochrechnung auf ein Jahr und alle Jugendämter des Landes würde dies eine Anzahl von etwa 720 Kindern bedeuten, die durch das Meldeverfahren sehr frühe Hilfen erhalten würden.

Zur Akzeptanz des Verfahrens lässt sich feststellen, dass diese mit zunehmender Bekanntheit und steigender Routine wächst. Ungeachtet dessen werden von den Beteiligten auch kritische Fragen zum Kostenvolumen und zum Datenschutz aufgeworfen, die ernst zu nehmen sind. So wird zum Beispiel argumentiert, dass eine Verstärkung der un-

mittelbaren Hilfen vor Ort (Fachpersonal der Gesundheits- und Jugendämter, die aufsuchende Hilfe leisten) angemessen wäre. Das Verfahren sieht deshalb eine begleitende Evaluation vor, im Rahmen derer geprüft wird, ob und inwieweit die Ziele des Verfahrens erreicht werden, welchen Aufwand es für die einzelnen Beteiligten bedeutet und ob die Ziele des Verfahrens auf andere Weise besser zu erreichen wären. Ergebnisse sind Ende 2011 zu erwarten.

Bremen

In Reaktion auf eine Reihe erschütternder Todesfälle von Kindern infolge Misshandlung oder Vernachlässigung, in Bremen in Reaktion auf den tragischen Tod des kleinen Kevin, wurden bundesweit umfassende Analysen des Kinderschutzes eingeleitet, Qualitätssicherungsverfahren im Jugendhilfebereich entwickelt und Netzwerke zur Verknüpfung der diversen Kinderschutzansätze öffentlicher und freier Träger initiiert. Daneben entstand im politischen Raum ein Interesse an neuen, rasch umsetzbaren und für jeden sichtbare Maßnahmen im Kinderschutz. Vor diesem Hintergrund verabschiedete man in Bremen und anderenorts Gesetze, die die Verbindlichkeit in der Wahrnehmung der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung für Kinder stärken sollen.

Rechtliche Grundlage

Das bremische „Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung“ (Kindeswohlgesetz) vom 30.04.2007 sieht vor, dass Kinder zu den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 schriftlich eingeladen werden.

Eine der Einladung anhängende Bestätigung über die durchgeführte Untersuchung wird von den Eltern zum Untersuchstermin mitgebracht, in der Arzt-Praxis abgestempelt und von dort der einladenden Stelle zurückgesandt. Die durchführenden Ärzte sind hierzu durch das Kindeswohlgesetz verpflichtet.

Die Rückmeldungen werden von der einladenden Stelle in eine Datenbank eingefügt und zwei Wochen nach Ablauf des Untersuchungszeitraums mit den Einladungen abgeglichen. Für Kinder,

für die keine Bestätigung der Untersuchungsteilnahme vorliegt, wird automatisiert ein Erinnerungsschreiben, wiederum mit anhängender Teilnahmebestätigung, erstellt. Wird durch Datenabgleich drei Wochen nach Aussenden der Erinnerung erneut keine Beteiligung an der Früherkennungsuntersuchung bestätigt, werden Restantenlisten erzeugt, die den nach Wohnort zuständigen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Gesundheitsämter zugeleitet werden. Diese klären, ob ein nachvollziehbarer Grund für die Nichtbeteiligung vorliegt. Falls nicht, bieten sie die Durchführung der Untersuchung, gegebenenfalls auch im Rahmen eines Hausbesuchs, an. Wird dieses Angebot nicht angenommen, erfolgt eine Mitteilung an das Jugendamt mit der Bitte festzustellen, ob über die Nichtanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung hinaus Anzeichen für Vernachlässigung oder Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung bestehen.

Die Implementation begünstigende Faktoren

Als günstige Rahmenbedingung für die erfolgreiche Umsetzung des bremischen Kindeswohlgesetzes kann eine ganze Reihe Faktoren benannt werden:

- Die einladende Stelle für das Land Bremen wurde im (Stadt-)Gesundheitsamt Bremen eingerichtet. Durch Anbindung an die Arbeitsfelder der Sozialpädiatrischen Abteilung des Amtes kann in einem Umfang auf operatives Know-how zurückgegriffen werden, wie es in wissenschaftlichen Einrichtungen oder Ministerialbehörden nicht regelhaft zur Verfügung steht.
- Das Versorgungsgebiet der einladenden Stelle ist überschaubar, im Großen und Ganzen sind alle Praxen, die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder in dem Zwei-Städte-Staat durchführen, der sozialpädiatrischen Abteilung im Gesundheitsamt bekannt.
- Die seit langem konstruktive Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten in niedergelassener Praxis und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst hat erlaubt, im Vorfeld Verfahrensweisen abzusprechen. So werden alle Kinder-
- arztpraxen für den Fall, dass Eltern die Teilnahmebestätigung vergessen haben, mit entsprechenden Blanko-bestätigungen ausgestattet. Des Weiteren erhalten sie bereits freiemachte und an die einladende Stelle rück adressierte Umschläge zur Versendung der Teilnahmebestätigungen. Dasselbe gilt für einzelne Nicht-Kinderarztpraxen, die in nennenswertem Umfang Kinderfrüherkennungsuntersuchungen durchführen.
- Mit dem Einladungsmodell verbundene rechtliche Fragen der Melde datenübermittlung und des Datenschutzes wurden bereits durch das bremische Kindeswohlgesetz geregelt. Der Verzicht auf Datenübermittlung aus den Arztpraxen per Fax oder E-Mail hat die datenrechtliche Handhabung erleichtert, vor allem aber technische Komplikationen vermieden.
- Die Daten der Meldeämter im Zwei-Städte-Staat erwiesen sich als strukturkompatibel, die überschaubare Zahl der Meldeämter erlaubt, über persönliche Kontakte einen kontinuierlichen Datenfluss zu sichern.
- Es hat sich als richtig erwiesen, das Einladungsmodell zunächst nur mit einer Früherkennungsuntersuchung zu starten. So konnten im vergleichsweise ruhigen Probelauf Schwachstellen rasch erkannt und behoben, einzelne Kooperationspartner entspannt nachmotiviert werden. Besonders positiv ausgewirkt hat sich, dass mit der U9 begonnen wurde, da mit dieser zuvor am schwächsten in Anspruch genommenen Früherkennungsuntersuchung für alle sichtbar überzeugende Teilnahmesteigerungen erzielt werden konnten.
- Erfreulich verlief die Kooperation mit der Firma, die die erforderliche Spezialsoftware herstellte. Hier zahlte sich im übertragenen wie wörtlichen Sinne aus, dass die Firma bereits für das Saarland die einschlägige Software entwickelt hatte.
- Als besonderer Ausdruck guter regionaler Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in niedergelassener Praxis kann bewertet werden,

dass über den Zulassungsausschuss Ärzte (KV)/Krankenkassen die Gesundheitsämter eine Ermächtigung zur subsidiären Durchführung der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder erhielten. Diese Refinanzierung hat es ermöglicht, die zusätzliche Aufgabe im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst durchzuführen, und die Bereitschaft der dort tätigen Ärzte hierzu gestärkt.

Erschwernisse der Umsetzung

Allerdings wirkte und wirkt sich immer noch eine Reihe von Faktoren erschwerend auf den Geschäftsaltag aus:

- Hierzu gehören die unterschiedlichen Regelzeiträume, in denen die U-Untersuchungen durchgeführt werden sollen. Beispielsweise stehen für die U9 fünf Monate, für die U8 drei Monate als Durchführungszeitfenster zur Verfügung.
- Besonders bei kürzerem Regeluntersuchungszeitraum wirkt sich nachteilig aus, dass ein Teil der niedergelassenen Ärzte Untersuchungstermine bewusst zum Ende des Untersuchungszeitraums hin vergibt. Wenn Eltern dann einen Termin versäumen, liegt der Ersatztermin mit großer Wahrscheinlichkeit außerhalb des Karenzzeitraumes für die Abrechenbarkeit der U-Untersuchungen.
- Ausgesprochen kontraproduktiv hat sich ausgewirkt, dass die Krankenkassen zeitweise nicht bereit waren, außerhalb des Karenzzeitraumes durch geführte U-Untersuchungen zu honoriieren. Dass in dieser Phase die Mehrzahl der Praxen sich nicht weigerte, „verspätete“ Untersuchungen durchzuführen, spricht für die beteiligten Ärzte. Über ein Spitzengespräch mit dem Gesundheitsressort konnte der Konflikt in Bremen beigelegt werden.
- Zwar ohne negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme, aber dennoch irritierend erscheint in diesem Kontext, dass einzelne Kassen die Einladung ihrer Mitglieder zu den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen trotz Implementation des Einladungsmodells beibehalten haben.

- Vom Ablauf her unglücklich war, dass unmittelbar nach erfolgter Software-Implementation die neue U7a zum Ende des dritten Lebensjahres eingeführt wurde. Diese Untersuchung ist aktuell immer noch nicht unter den auf der ersten Umschlagseite des Gelben Vorsorgeheftes aufgeführten U-Untersuchungen gelistet, was trotz Einladung zu einer deutlich erhöhten Erinnerungs- und Trackingquote führt. Hier ist zu wünschen, dass noch vorhandene Altbestände an Gelben Heften entweder eingestampft oder durch Aufkleber oder Überdruck aktualisiert werden. Auch in den Praxen könnte die derzeit noch in Nutzung befindliche Altauflage entsprechend ergänzt werden.
- Die ursprüngliche Bestimmung des bremischen Kindeswohlgesetzes, dass von den Meldeämtern die Adressdaten der Eltern an die einladende Stelle übermittelt werden, führte dazu, dass weitaus mehr Briefe verschickt werden mussten, als Kinderfrüherkennungsuntersuchungen anstanden. Es war übersehen worden, dass ein relevanter Anteil der Eltern nicht zusammen lebt. Hieraus entstanden nicht nur erhöhte Portokosten, sondern es wurden auch Zwistigkeiten unter getrennt lebenden Eltern befördert, sofern ein Elternteil die bei ihm eingegangene Erinnerung wegen Nichtteilnahme zum Anlass nahm, den Ex-Partner, bei dem das Kind lebt, anzugreifen. Nach entsprechender Gesetzesrevision werden die Eltern nun über die Adresse des Kindes, die in den zuvor übermittelten Meldedaten nicht enthalten war, angeschrieben.
- Ein massives Problem stellt die mangelnde Meldepünktlichkeit vieler Familien beim Wegzug aus dem Interventionsgebiet dar. Unterbleibt die Anmeldung am neuen Wohnsitz, hat dies zur Folge, dass Einladungen als unzustellbar zurückkommen. Leider benötigen auch die Meldeämter oftmals erhebliche Zeit, um einen Zuzug an das für den früheren Wohnort zuständige Meldeamt weiterzuleiten.
- Extrem aufwendig beziehungsweise auch heikel wird das Tracking,

wenn unter der angegebenen Kindersadresse zwar die Großeltern wohnen, das Kind jedoch nicht. Befindet sich das Kind mit seiner Familie tatsächlich auf einer längeren (eventuell Monate dauernden) Vorstellungstour des männlichen Stammhalters bei den Verwandten im Herkunftsland? Wurde das Kind nur hier geboren und lebt ansonsten gesund mit seinen Eltern im Heimatland? Gewissheit ist hier gelegentlich nur mit nicht vertretbarem Aufwand zu erlangen. Schließlich verbietet es sich, durch Etablierung einer Misstrauenskultur die Wirkungsmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen vor Ort zu begrenzen. In der Konsequenz bedeutet dies jedoch, dass nicht für alle Kinder eine Versicherung über ihr Wohlergehen möglich ist.

Aktueller Stand und Bewertung der ersten Ergebnisse

Aktuell werden für U9 bis U6 Einladungen und Erinnerungen versandt und das Tracking (inklusive subsidiärem Untersuchungsangebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) durchgeführt. Zu U5 und U4 wird nur eingeladen. Bei U9 und U8 werden inzwischen Teilnahmekoten um 97% erreicht.

Die spürbare Erhöhung der Inanspruchnahme wird auch von den Kinderärzten wahrgenommen, weil nun Kinder aus Wohnquartieren, die zuvor nicht den Weg in die Praxis fanden, zur Vorsorge vorgestellt werden und die extrabudgetären Einnahmen durch Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen gestiegen sind. Auch Kinder mit Migrationshintergrund nehmen jetzt nicht mehr seltener an U9 und U8 teil. Deren Beteilungsquote, in Bremen vor Jahren als ein Indikator für die Zugänglichkeit des regionalen gesundheitlichen Versorgungssystems eingeführt, lässt sich daher nicht mehr diesbezüglich nutzen.

Die verbleibenden 3% der Kinder, die nicht an den U-Untersuchungen partizipieren, teilen sich auf in solche, die nachweislich an einer Teilnahme gehindert waren (längere Krankenhaus- bzw. Auslandsaufenthalte), und solche Kinder, deren Eltern die Früherkennungsuntersuchung nicht für erforderlich halten, da sie

sich selbst die entsprechende diagnostische Kompetenz zuschreiben. Nicht unerwartet finden sich in dieser Gruppe etliche Ärzte.

Dass die Implementation des „verbindlichen“ Einladungsverfahrens zu einem Rückgang oder einer frühzeitigeren Entdeckung von Kindesvernachlässigung oder Kindesmisshandlung geführt hat, lässt sich dagegen aus dem Datenmaterial nicht darstellen. Solche positiven Auswirkungen sind aus theoretischen Erwägungen auch eher zweifelhaft. Sicherlich aber bewirkt die erhöhte Teilnahmekontrahierung an den U-Untersuchungen, insbesondere durch Schichten mit erhöhtem Krankheitsrisiko, nunmehr eine günstigere Kosten-Nutzen-Relation des Früherkennungssystems für Kinder und einen effektiveren Beitrag zur Kinderergesundheit im Ganzen. Dieser Aspekt könnte noch bedeutsamer werden, wenn die vor einem halben Jahrhundert weitgehend unevaluierter eingeführten Untersuchungsinhalte der „Kindervorsorgen“ endlich zeitgemäßen Anforderungen angepasst würden.

Die Kinderschutztrias im bremischen ÖGD

Es würde einem falschen Eindruck über die Aktivitäten des Bremer ÖGD im Kinderschutz Vorschub leisten, enthielte diese Darstellung nicht wenigstens Hinweise auf weitere einschlägige Arbeitsansätze. So wurden gleichzeitig mit dem Entwurf des Kindeswohlgesetzes auch eine personelle Verstärkung des heuer 30 Jahre bestehenden Arbeitsfeldes Familien-Hebammen und das neue Projekt „TippTapp – Gesund ins Leben“ auf den Weg gebracht. Bei diesem Projekt suchen die Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes acht Wochen sowie sechs und zwölf Monate nach Geburt alle Mütter Neugeborener in sozial benachteiligten Ortsteilen Bremens auf. Ihr Auftrag ist, im häuslichen Umfeld altersadäquate präventive Beratung durchzuführen, den Frauen passende Gruppenangebote im Wohnquartier nachzuweisen (soziale Vernetzung) und sich über die Nichtbeeinträchtigung des Kindeswohls zu vergewissern.

Vor ihrer gemeinsamen Generalausrichtung, Gewährleistung von Chancengleichheit ab Geburt, ergänzen sich die Programme damit beispielhaft sowohl in der Zielrichtung als auch in der Zielgruppe:

- TippTapp: vorausschauende Beratung in Risikomilieus (Primärprävention),
- Kindeswohlgesetz: Vergewisserung über die Teilnahme an Maßnahmen der Früherkennung (Sekundärprävention),
- Familien-Hebammen: häusliche Unterstützung von Familien mit unmittelbar drohender beziehungsweise manifester Kindeswohlgefährdung (Tertiärprävention).

Schleswig-Holstein

Rechtliche Grundlage

Am 1. April 2008 trat das „Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein“ (Kinder- schutzgesetz – KiSchG) in Kraft. Zuvor war gerade nach den in der Presse berichteten „Fällen“ schwerster Vernachlässigung, Misshandlung bis hin zu fahrlässiger oder gar absichtlicher Tötung von Kindern in Deutschland insgesamt, in Schleswig-Holstein im Besonderen, eine Debatte über Kinderschutz und Frühe Hilfen in Gang gekommen.

Neben konkreten Interventionsmaßnahmen umfasst das Gesetz das gesamte System aus Prävention und Frühen Hilfen für Familien. Beispielsweise seien genannt die beiden Landesprogramme „Schutzzengel für Schleswig-Holstein“ und „Willkommen im Leben“. Die gewachsenen Vernetzungen werden durch das KiSchG mit einem institutionellen Rahmen versehen, indem die Gründung von lokalen Netzwerken und Kooperationskreisen verbindlich geregelt ist (§ 8 und § 12 KiSchG).

Ein besonderer Baustein des Schleswig-Holsteinischen Kinderschutzgesetzes ist das Verbindliche Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen.

Im Mittelpunkt steht dabei die Förderung des Kindeswohls im Hinblick auf die Gesamtgesundheit der Kinder und nicht vordergründig allein der Gedan-

ke, die Früherkennungsuntersuchungen als Screeninginstrument zur Aufdeckung von Kindeswohlgefährdung nutzen zu wollen.

Um den gesundheitsfördernden und unterstützenden Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen möglichst allen Kindern und Familien bieten zu können, hat der Schleswig-Holsteinische Landtag im Zuge der Verabschiedung des KiSchG, bei dem das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz (ULD) und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ-SH) von Beginn an eng eingebunden waren, mit der Einführung des neuen § 7a im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) ein verbindliches Einladungs- und Erinnerungswesen gesetzlich geregelt.

Inhalt und Ablauf des Verfahrens

Die Daten der Einwohnermeldeämter werden über Dataport (den Informations- und Kommunikations-Dienstleister der öffentlichen Verwaltung) an eine Zentrale Stelle geliefert. Mit der „Landesverordnung zur Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen“ vom 10. Januar 2008 wurde das Landesamt für Soziale Dienste – das Landesfamilienbüro – mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Zentralen Stelle beauftragt.

Von dort werden alle Kinder im Alter vom dritten Lebensmonat bis zu fünfseinhalb Jahren zu den vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 eingeladen [32]. Möglichen sprachlichen Hindernissen versucht man zu begegnen, indem das Landesfamilienbüro den Hintergrund der Einladung in mehreren Sprachen erklärt. Ärztinnen und Ärzte, die eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt haben, übermitteln dies innerhalb von fünf Arbeitstagen anonymisiert der Zentralen Stelle über die an die Einladung gekoppelte vorfrankierte und abzustempelnde Meldekarte mit den entsprechenden Daten des Kindes.

Die Zentrale Stelle kann durch Abgleich der Meldungen feststellen, welche Kinder nicht zu den Früherkennungsuntersuchungen gekommen sind. Die Eltern dieser Kinder werden mit Fristsetzung an die versäumte Früherkennungsuntersuchung erinnert. Wird eine Früherkennungsuntersuchung trotz Einladung und

einmaliger Erinnerung nicht nachgeholt, übermittelt die Zentrale Stelle den Kreisen und kreisfreien Städten die entsprechenden Daten.

Die Kreise und kreisfreien Städte treten mit den Eltern in Kontakt und bieten den Erziehungsberechtigten, in der Regel zunächst durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes (mit Ausnahme von zwei Städten, in denen primär die Institutionen der Jugendhilfe tätig werden), eine Beratung über den Inhalt und Zweck sowie die Durchführung der anstehenden Früherkennungsuntersuchung an. Sie können mit Einverständnis der Eltern die notwendigen Kontakte herstellen oder die Früherkennungsuntersuchungen auch selbst durchführen. Besteht auch dann dazu noch keine Bereitschaft, prüft das Jugendamt, welche Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen vorliegen und ob es Anhaltspunkte für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung gibt. Ziel des gesamten Prozesses ist es, die Familien in angemessener Weise zu unterstützen sowie im Bedarfsfall geeignete und notwendige Hilfen anzubieten (Abb. 2).

Ergebnisse

Gemäß § 14 Landeskinder- schutzgesetz Schleswig-Holstein ist in jeder Legislaturperiode dem Landtag ein „Bericht zur Situation von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl“ vorzulegen. Der Bericht soll neben einer Situationsanalyse eine Darstellung der Umsetzung des Gesetzes sowie Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Schleswig-Holstein enthalten.

Im Rahmen der ersten Evaluationsperiode (1.4.2008 bis 1.4.2009) wurde eine umfassende Fragebogenerhebung in den kommunalen Fachdiensten der Jugendhilfe und des Öffentlichen Gesundheitswesens erhoben.

Eine zweite Befragung erfolgte zum Ende der zweijährigen Laufzeit des Gesetzes (20.3.2010), jetzt mit Schwerpunkt im Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte über deren Berufsverband.

Bericht der Zentralen Stelle

Im Zeitraum zwischen 1.4.2008 bis 1.4.2010 wurden landesweit 245.000 Einladungen und 73.000 Erinnerungen vom Landesamt für Soziale Dienste versandt. 25.000 nicht erfolgte Früherkennungsuntersuchungen wurden in diesem Zeitraum an die Kommunen und Kreise gemeldet. Dies entspricht ca. 30% Erinnerungen und etwa 10% Meldungen an die Kreise. Dabei steigt die Zahl der Erinnerungen von 19% bei U4 und U5 auf bis zu 43% bei der U8, um dann wieder auf 26% bei der U9 zu sinken.

Ähnlich verhält es sich bei den Meldungen an die Kreise: von etwa 7% bei U4 bis U6 über 12% bei U7 und U7a bis zu fast 15% bei der U8 und 11% bei der U9.

Diese anhaltend hohe Zahl (etwa 10%) von Meldungen nicht wahrgenommener Früherkennungsuntersuchungen an die Kommunen, die initial stets als Fall einer potenziellen Kindeswohlgefährdung betrachtet wird, erwies sich im Laufe der beiden Jahre seit Einführung des Kinderschutzgesetzes als nahezu konstant; erst in jüngster Zeit ist in einigen Kreisen ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Berichte der Kreise und kreisfreien Städte

Die Befragung der Kommunen im ersten Jahr ergab in 353 Fällen, bei denen nach mehrmaliger Erinnerung (Landesamt und Gesundheitsamt) eine Überprüfung durch das Jugendamt erfolgte, dass die Einleitung weiterer Maßnahmen in lediglich fünf Fällen als notwendig erachtet wurde (meist Hilfen zur Erziehung, einmalige Herausnahme des Kindes aus der Familie). Diese Angaben bestätigen sich auch weiterhin, sodass die Quote der Fälle ernsthafter Kindeswohlgefährdung im Promillebereich bleibt.

Gleichzeitig bindet das Verfahren jedoch erhebliche materielle und personelle Ressourcen. Einige Kommunen haben daraufhin die personelle Ausstattung, vor allem in den Fachdiensten der Jugendhilfe, aufgestockt. Damit kann auch die aufsuchende Hilfe in den nicht wenigen, dem Jugendamt bereits bekannten gemeldeten Familien weiter intensiviert werden.

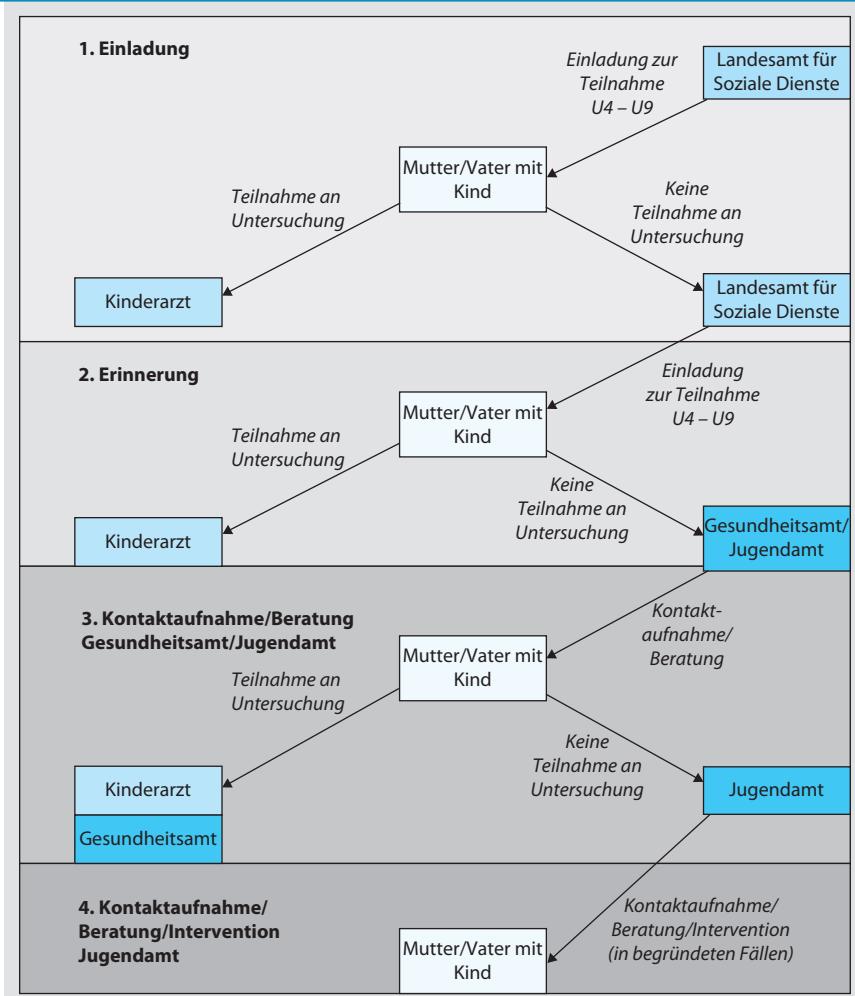


Abb. 2 ▲ Einladungsverfahren für Verbindliche Früherkennungsuntersuchungen nach § 7a GDG SH

Berichte der Kinder- und Jugendärzte

Betrachtet man die Auswirkungen des Verbindlichen Einladungswesens zu den Früherkennungsuntersuchungen auf die Kindergesundheit, so sind aufgrund der Befragung der schleswig-holsteinischen Kinder- und Jugendärzte folgende Effekte zu verzeichnen:

- Seit Einführung des Kinderschutzgesetzes am 1.4.2008 ist die Teilnahmewert an den Früherkennungsuntersuchungen gestiegen (Abb. 3a).

Am deutlichsten ist dies bei der U8 und U9: exemplarisch die Steigerung der U9-Inanspruchnahme im 3. Quartal 2008 im Vergleich zum 3. Quartal 2009 auf mehr als das Doppelte: von 2040 auf 5032 Untersuchungen [33].

- Die Steigerung der Teilnahmewert an den Früherkennungsuntersuchungen ist besonders zu beobachten bei
 - Kindern aus (jungen) Ein-Eltern-Familien (Abb. 3c),
 - Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund (Abb. 3b),
 - Kindern aus sozial benachteiligten Familien (Abb. 3d).
- Gleichzeitig war dieser Effekt auch bei der generellen Steigerung der Impfungen in den Praxen in diesem zweijährigen Zeitraum und hier noch deutlicher in den genannten Risikogruppen zu verzeichnen (Abb. 3f).
- Kinder ohne Versicherungsschutz wurden nur in geringem Umfang identifiziert (Abb. 3e).

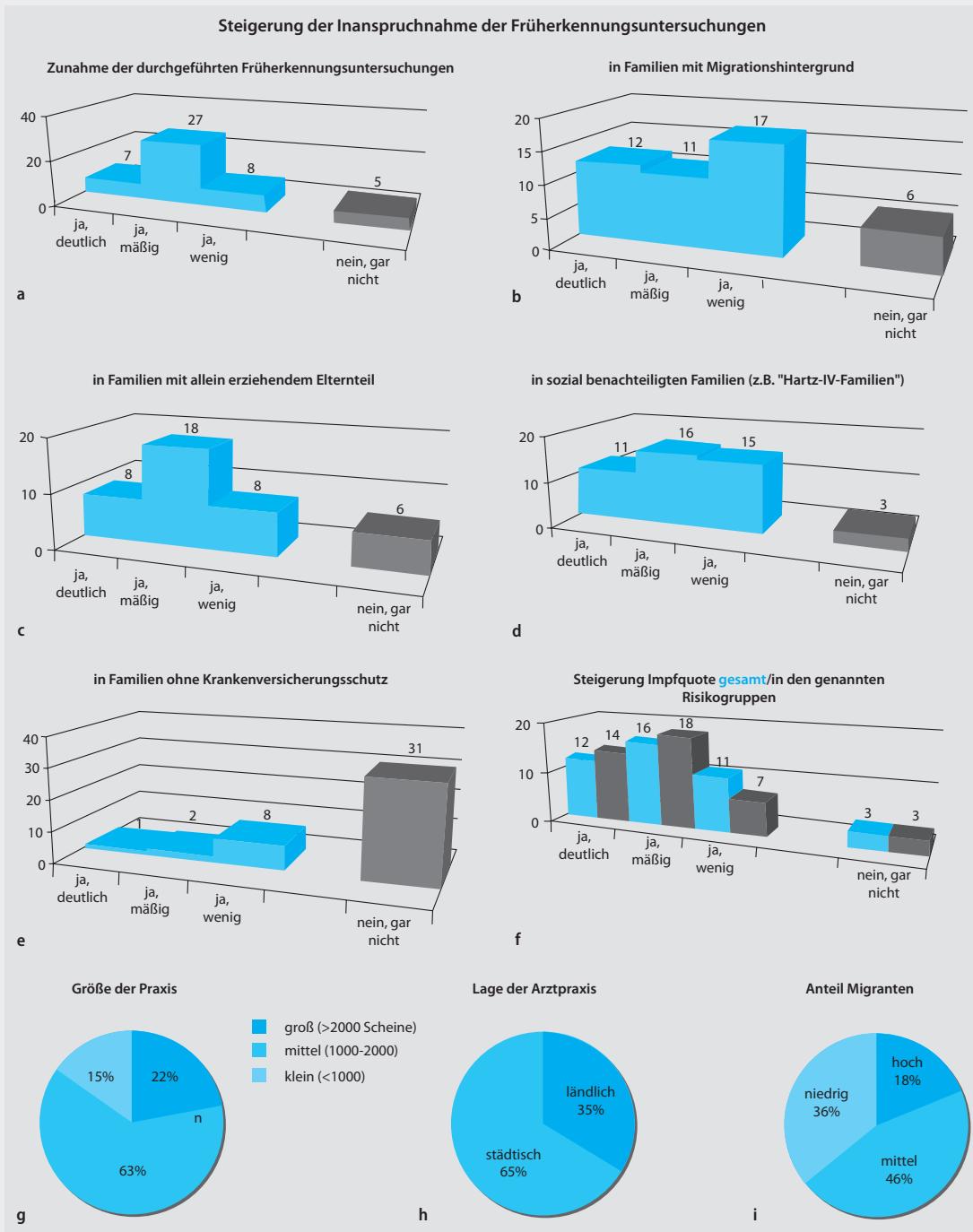


Abb. 3 ▲ Ergebnisse der Umfrage des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte Schleswig-Holstein (Stand: 20.03.2010):
a Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Einführung des Verbindlichen Einladungswesens (n=46 Praxen). **b** Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Familien mit Migrationshintergrund (n=46 Praxen). **c** Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Familien mit alleinerziehendem Elternteil (n=40 Praxen). **d** Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in sozial benachteiligten Familien (zum Beispiel „Hartz IV-Familien“) (n=45 Praxen). **e** Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Familien ohne Krankenversicherungsschutz (n=42 Praxen). **f** Steigerung der Impfquote gesamt und in den vor-genannten Risikogruppen (n=42). **g, h, i** Angaben zur Praxis (n=51 Praxen)

Eine noch differenziertere Auswertung nach einzelnen Untersuchungen wird sich vornehmen lassen, wenn die kompletten Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins über den gesamten Zeitraum vorliegen.

Mittel- und langfristig wird die Steigerung der Quote der Inanspruchnahme auch über die Erhebung bei der Schuleingangsuntersuchung erfasst werden, die in Schleswig-Holstein seit 1989 jahrgangsübergreifend erfolgt und seit 2000 von der Universität Lübeck wissenschaftlich begleitet wird [34].

Danach haben im Schuljahr 2008/2009 von den ersten beiden Lebensjahren bis zur U₇ weit über 90% der Kinder die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen bei dem/der Kinder- oder Hausarzt/-ärztin wahrgenommen. Von der U₃ fällt die Quote dann leicht von 98% auf 94,8% bei der U₇ ab. Erst im vierten Lebensjahr der Kinder geht die Beteiligung der Familien am Früherkennungsprogramm bei der U₈ auf unter die 92%-Marke zurück, um dann im sechsten Lebensjahr bei der U₉ auf 87,9% zu fallen (► Tab. 2, 3).

Der Anteil der alleinerziehenden Eltern in Schleswig-Holstein lag bei der Schuleingangsuntersuchung bei 4%; bei einem Elternteil mit Partner bei 4,9%, Eltern mit Migrationshintergrund stellten 16% (8% ein Elternteil, 7,9% beide Eltern), sozial Benachteiligte (gemessen am Bildungsabschluss etwa 20% der Eltern: niedriger 16,8%, sehr niedriger 1,9%, kein schulischer Abschluss 1,1% der Eltern).

Vor diesem Hintergrund sind die Reaktionen aus den einzelnen Städten und Kommunen auf das Verbindliche Einladungs- und Erinnerungsverfahren divergent.

Erhebliche Zweifel am Nutzen des Verfahrens kommen aus einigen kommunalen Jugendämtern bei ausschließlich selektivem Blick auf die Abwägung von Aufwand und Ergebnis bei der Identifizierung von Fällen akuter Kindeswohlgefährdung.

Überwiegend positiv wird dagegen im Kreis der Elternschaft die primäre Kontaktaufnahme durch die Gesundheitsämter aufgenommen. Sie begrüßen die neutralen Informationen über die Be-

Tab. 2 Verteilung und Anzahl der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins im Schuljahr 2008/09

Kreisfreie Stadt/ Landkreis	Durchgeführte U-Untersuchungen bei vorgelegten „gelben Vorsorgeheften“ der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9										Kein U-Heft vorgelegt							
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	N=alle	%	N	%	N	%	N	%	
Flensburg	98,4	543	98,0	541	96,9	535	96,7	534	95,1	525	93,7	517	90,6	500	85,3	471	80,6	445
Kiel	97,9	1591	97,7	1588	97,1	1578	95,5	1552	94,1	1529	94,2	1530	91,3	1484	86,5	1406	83,2	1352
Hansestadt Lübeck	98,7	1316	98,3	1311	97,9	1306	97,2	1297	96,3	1285	95,7	1277	94,1	1255	91,8	1225	88,2	1176
Neumünster	98,9	641	98,8	640	98,5	638	97,8	634	95,7	620	96,5	625	93,5	606	91,5	593	86,7	562
Dithmarschen	99,7	1209	99,3	1205	99,1	1202	98,5	1195	97,7	1185	97,3	1180	96,7	1173	94,0	1140	89,9	1090
Herzogtum Lauenburg	98,9	1746	98,9	1746	98,5	1739	97,6	1723	96,7	1706	96,8	1708	95,0	1676	90,8	1603	88,7	1565
Nordfriesland	99,6	1394	99,5	1393	99,4	1391	99,0	1386	99,0	1386	98,6	1381	96,9	1357	93,3	1306	86,4	1210
Ostholstein	99,0	1516	98,4	1507	98,3	1506	98,1	1503	97,8	1498	97,2	1489	96,6	1480	92,4	1415	88,3	1352
Pinneberg	98,6	2477	98,5	2474	98,4	2472	98,0	2460	96,9	2432	96,8	2430	95,1	2388	92,1	2313	89,4	2245
Plön	99,3	1166	99,1	1164	98,8	1160	98,0	1150	97,7	1147	97,6	1146	96,0	1127	94,6	1111	95,5	1121
Rendsburg-Eckernförde	93,2	2456	93,1	2452	93,1	2454	92,7	2442	92,3	2432	91,7	2417	91,0	2398	86,8	2287	82,5	2175
Schleswig-Flensburg	99,6	1419	99,5	1418	98,9	1410	98,9	1409	98,7	1406	98,9	1409	97,7	1392	92,4	1317	87,9	1253
Segeberg	99,0	2362	98,8	2358	98,9	2360	98,4	2349	97,3	2322	97,5	2326	96,2	2296	93,4	2228	91,8	2190
Steinburg	99,2	1173	98,8	1168	98,8	1168	98,2	1161	98,3	1162	97,5	1153	95,8	1132	91,3	1079	89,0	1052
Stormarn	99,5	1998	99,4	1996	99,4	1996	99,0	1987	98,0	1968	97,7	1962	96,1	1929	93,1	1870	90,6	1819
Dänischer Gesundheitsdienst	98,7	443	97,8	439	97,1	436	97,3	437	96,0	431	92,9	417	91,3	410	77,7	349	42	8,6
Schleswig-Holstein	98,4	23.450	98,2	23.400	98,0	23.351	97,4	23.218	96,6	23.040	96,4	22.981	94,8	22.610	91,3	21.774	87,9	20.956
2007/08	98,8	24.689	98,6	24.628	98,2	24.544	97,8	24.432	97,8	24.295	96,9	24.215	95,3	23.804	91,7	22.920	88,3	22.056
2006/07	98,8	25.371	98,7	25.333	98,4	25.259	97,9	25.140	97,3	24.975	97,1	24.913	95,2	24.440	91,2	23.411	87,3	22.419

Tab. 3 Durchführung der U9 Kinderärztin/-arzt versus Hausärztin/-arzt (Eintrag Vorsorgeheft) in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins im Schuljahr 2008/09

Kreisfreie Stadt/ Landkreis	„Vorsorgeheft“		Liegt vor und U9 ist durchgeführt beim		Liegt nicht vor		Gesamtzahl Kinder der S1
	Kinderärztin/- arzt	Anzahl %	Hausärztin/- arzt	Anzahl %	Keine Angabe ^a	Anzahl %	
Flensburg	404	95,5	19	4,5	188	30,8	611
Kiel	1272	96,7	43	3,3	468	26,2	1783
Hansestadt Lübeck	–	–	–	–	1657	100,0	1657
Neumünster	500	90,6	52	9,4	164	22,9	716
Dithmarschen	856	80,5	208	19,5	257	19,5	1321
Herzogtum Lauenburg	1344	87,2	198	12,8	378	19,7	1920
Nordfriesland	760	62,8	450	37,2	297	19,7	1507
Ostholstein	1077	81,0	252	19,0	388	22,6	1717
Pinneberg	2150	96,2	86	3,8	441	16,5	2677
Plön	771	86,0	126	14,0	303	25,3	1200
Rendsburg-Eckernförde	–	–	–	–	2638	100,0	2638
Schleswig-Flensburg	1057	84,6	193	15,4	420	25,1	1670
Segeberg	1945	90,3	209	9,7	383	15,1	2537
Steinburg	887	84,6	162	15,4	218	17,2	1267
Stormarn	1679	92,6	135	7,4	345	16,0	2159
Dänischer Gesundheitsdienst	265	80,3	65	19,7	161	32,8	491
Schleswig-Holstein	14.967	87,2	2198	12,8	8706	33,7	25.871

^aKeine Angabe: das „Vorsorgeheft“ lag nicht vor und/oder keine Angabe, bei welcher Ärztin/welchem Arzt die U9 durchgeführt wurde.

deutung von Früherkennung und Prävention, das Angebot zur Untersuchung auch im Gesundheitsamt und die persönliche Ansprache mit der Option zur zukünftigen Beratung und Hilfe in Krisensituationen. Auf diese Weise konnte auch in Familien mit anfänglich großer Reserviertheit oder Ablehnung des Verfahrens im Laufe des persönlichen Gesprächs ein Konsens über die Durchführung der Untersuchung erzielt werden.

Schwierig zu erfassen ist die Zahl derjenigen Eltern, die aufgrund der im Verfahren initiierten persönlichen Kontakte auch in späteren Risikosituationen auf diese Strukturen zurückgreifen.

Sehr hoch (70 bis 75%) war zu Beginn des Verfahrens der Anteil an „falsch positiven“ Meldungen, bei denen trotz durchgeföhrter Früherkennungsuntersuchung die Rückmeldekarte vergessen, verloren, nicht abgestempelt oder nicht abgesandt worden war. Dieser Anteil ist inzwischen mit zunehmendem Bekanntheitsgrad in der Elternschaft deutlich rückläufig, aber mit 40 bis 50% noch immer zu hoch.

Verbesserungen des Systems

In einem „lernenden System“ wurden als Konsequenz dieser Beobachtungen in den beiden Jahren einige Nachbesserungen und Optimierungen vorgenommen:

Qualität der Melddaten

Durch Vereinheitlichung und Aktualisierung der Software in den Meldeämtern konnte die Qualität der Personenstandsdaten deutlich verbessert werden.

Auch die Versendung von Einladungen an Eltern verstorbener Kinder wurde dadurch verhindert. Unbefriedigend ist nach wie vor das Einladewesen bei zur Adoption stehenden Kindern in Pflegefamilien, bei denen das Sorgerecht noch bei der Mutter oder den leiblichen Eltern liegt, und die Frage der nachgehenden Fürsorge für vorübergehend oder dauerhaft in benachbarte Bundesländer oder ins Ausland verzogene Kinder.

Mehrsprachige Informationen

Neu überarbeitet und auf sieben Sprachen erweitert wurde der Internetauftritt der Zentralen Stelle, unter der die Einla-

dungs- und Erinnerungsschreiben eingesehen werden können (deutsch, dänisch, englisch, türkisch, serbokroatisch, russisch, polnisch) [35].

Vergütung der Untersuchungen nach Ablauf der Fristen

Das häufige Problem der nicht vergüteten Arztleistungen nach Ablauf der Fristen für die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen, das durch zeitliche Verzögerung der Terminierung im Rahmen des Verfahrens durchaus auftrat, konnte seit 1.1.2009 behoben werden. Seither werden die Kosten nach Ablauf der Toleranzfristen bei Nachweis einer Meldung an die Kommunen vom Land übernommen. Näheres regelt eine Vereinbarung zwischen den Kassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Land Schleswig-Holstein.

Gleichzeitig wurde Eltern und Ärzten nahegelegt, nach Eingang der Einladung zeitnah einen Untersuchungstermin zu vereinbaren und für eine unmittelbare Rücksendung der Meldekarte Sorge zu tragen.

Durch diese Maßnahmen konnte die gelegentliche initiale Kritik und Skepsis der Verfahrensgegner weitgehend ausgeräumt und eine breite Akzeptanz des Verfahrens in der Ärzte- und Elternschaft erreicht werden.

Positiv wirkt sich auch die durch das Verbindliche Einladungs- und Erinnerungswesen deutlich (geforderte und geförderte) Gesprächsbereitschaft und Kooperation zwischen den Netzwerkpartnern aus, insbesondere zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe. Dadurch konnten Vorurteile abgebaut und das Bemühen um gegenseitiges Verständnis intensiviert werden [36].

Diskussion und Fazit

Diese Ergebnisse zeigen: In allen (vorgenannten) Bundesländern, in denen ein Einladungs- und Meldeverfahren für verbindliche Früherkennungsuntersuchungen ein- und eine entsprechende Evaluation durchgeführt wurde, besteht Konsens, dass

1. diese Verfahren als ausschließliches Instrumentarium, um gravierende Fälle von Kindeswohlgefährdung

- lückenlos zu identifizieren, nur sehr bedingt geeignet sind,
2. verbindliche Früherkennungsuntersuchungen und der dabei entstehende Arztkontakt sehr wohl geeignet sind, im Rahmen der Anamneseerhebung, der körperlichen Untersuchung und der Betrachtung des sozialen Umfelds entscheidende Hinweise in Verdachtsfällen von Kindesvernachlässigung, Kindesmissbrauch und Kindeswohlgefährdung liefern und Interventionsmöglichkeiten bieten zu können. Im Kontext weiterer Maßnahmen Früher Hilfen, wie in den meisten Ländern im Rahmen gesetzlicher Regelungen mittlerweile etabliert, können deutlich positive Effekte auf die Kindergesundheit erzielt und insbesondere in Risiko- und bisher schwer erreichbaren Familien von
 - Alleinerziehenden,
 - jungen Eltern,
 - Migranten,
 - Kindern ohne Versicherungsschutz durch Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auch die Primärprävention durch Erhöhung der Rate der Schutzimpfungen und der sozialpädiatrischen Beratung gefördert werden.

Und schließlich, dass

3. diese lernenden Systeme in Verfahrensfragen durchaus noch optimierbar sind.

Dabei können die Länder gegenseitig von ihren Verfahren profitieren (good practise), kooperieren (Netzwerke auch über Landesgrenzen hinweg) und gemeinsam evaluieren (Erhöhung der Fallzahlen, bei aller Vorsicht gegenüber der Vergleichbarkeit der Verfahren).

In diesem Rahmen böte sich auch eine empirische Überprüfung der ersten Umfrageergebnisse an. Hier wäre ein länderübergreifendes Gesamtkonzept äußerst hilfreich, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass Melde- und Mahnverfahren erhebliche finanzielle und personelle Kapazitäten binden.

Das geplante bundesweite Kinderschutzgesetz wird in diesem Zusammenhang ebenfalls hilfreich sein und einen

einheitlichen rechtlichen Rahmen vorgeben können. Bisher hat der Bund die Regelung dieser Verfahren den Ländern anheim gestellt [37].

Novellierung der Kinderrichtlinie

Aus diesem Anlass ist es dringend geboten, den Gemeinsamen Bundesausschuss nachdrücklich erneut um die Novellierung der „Kinderrichtlinie“ zu bitten und die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen den Realitäten der kindlichen Welt des 21. Jahrhunderts anzupassen, verbunden mit einer begleitenden Evaluation der Ergebnisse. Die Erfassung der Lebensbedingungen des Kindes sowie die Identifikation von Zeichen psychischer Auffälligkeiten, von Vernachlässigung oder von Gewalteinwirkung sowie die elterliche Beratung sollten dabei zukünftig stärker berücksichtigt werden. Ebenso müssen die neuen Morbiditäten [38] und die sozialpädiatrischen Belange dabei genauso Eingang finden wie die Integration primärpräventiver Inhalte [39].

Honorierung

In Konsequenz wünschenswert ist auch die Unterstützung der Kinder- und Jugendärzte für die adäquate Vergütung einer eingehenden Anamnese, Diagnostik und Beratung von Kindern und Eltern. „In Zukunft muss die Aufklärung der Eltern in Gesundheitsförderung und primärer Prävention durch den Arzt als wesentlicher Auftrag im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen anerkannt und entsprechend honoriert werden“ [40]. Hinzukommen muss die zukünftige Sicherstellung einer flächendeckenden pädiatrischen Versorgung neben der Stärkung und dem Ausbau der kinder- und jugendärztlichen Fachabteilungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Diese sozialpräventive Investition kann langfristig spätere kostenintensive Folgeschäden von Kindern nicht nur für die Sozialkassen, sondern auch die Gesamtgesellschaft verhindern [41].

Weiterbildung

Daneben muss die Repräsentanz sozialmedizinischer Aspekte in der qualifizierten Aus-, Weiter- und Fortbildung für die die Früherkennungsuntersuchungen durchführenden Fachärzte erhöht werden [42]. Nur wer in zuverlässiger (Differenzial-)Diagnostik von Vernachlässigung oder Misshandlung eines Kindes und den Anzeichen von Gewalt in dessen familiärem Umfeld befähigt und geübt ist, wird im Verdachtsfall adäquat reagieren können [43]. Gleichzeitig gilt es, Kind und Eltern mit Empathie, Vertrauen und Fachkompetenz zu begegnen, ihre Resilienzfaktoren zu stärken und sie in ihrem Erziehungsverhalten zu unterstützen [44].

Netzwerke

Informationen zu datenschutzrechtlichen Fragen und die Einbettung des Kinder- und Jugendarztes/der -ärztin in ein multiprofessionelles Netzwerk mit Kontakten nicht nur zu den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der Geburtshilfe, im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, den Sozialpädiatrischen Zentren, den Frühförderereinrichtungen und dem Zahnärztlichen Dienst [45] ergänzen idealerweise die primär- und sekundärpräventive Tätigkeit im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen. Aufgrund der dabei erhobenen Befunde (zum Beispiel bei Entwicklungsverzögerungen, sozial-emotionalen Verhaltensauffälligkeiten, Regulationsstörungen wie Fütterungs- und Schlafstörungen, exzessivem Schreien, frühen Eltern-Kind-Interaktionsstörungen, mütterlichen Verhaltensauffälligkeiten bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen, emotionaler Gleichgültigkeit, inadäquaten Reaktionen auf das Kind oder Substanzabusus) können entscheidende Weichenstellungen für weitere Maßnahmen im Sinne Früher Hilfen vorgenommen werden [46, 47].

Die staatliche Kontrolle der Teilnahme an den weiterhin freiwilligen Untersuchungen stellt dabei keinen Eingriff in die informelle Selbstbestimmung von Vätern und Müttern dar beziehungsweise ist gerechtfertigt, um Kindesvernachlässigung oder Misshandlung aufzudecken [48].

Bei dringendem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung unterliegt der Arzt/ die Ärztin trotz strafbewehrtem Berufsgeheimnis, der sogenannten „ärztlichen Schweigepflicht“ (§ 203 StGB), im rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB beziehungsweise § 294 a SGB V) einer gesetzlichen Mitteilungspflicht [49]. Ähnliche juristische Fragen bei Meldungen und Aussagen im Verfahren werden auch in anderen Staaten diskutiert [50].

Die regelmäßige Früherkennung für Kinder macht nur dann Sinn, wenn regionale ergänzende Strukturen im Bereich der Jugendhilfe und des Jugendmedizinischen Dienstes der Gesundheitsämter für diejenigen Familien lückenlos greifen, bei denen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen eine kindliche oder familiäre Risiko- oder Notlage identifiziert, die Notwendigkeit von weitergehenden Hilfen für Kind und Familie festgestellt wird und ihnen rasch und umfassend die entsprechende Betreuung zuteil werden kann.

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind als Fachleute für Fragen der kindlichen Entwicklung mit all ihren Einflussfaktoren insbesondere anlässlich der Eltern-Kind-Kontakte bei den regelmäßigen und engmaschigen verbindlichen Früherkennungsuntersuchungen als niedrigschwellige und leicht erreichbare Anlaufstellen in besonderer Weise disponiert, primär- und sekundärpräventiv im Netzwerk Früher Hilfen Promotoren für die Gesundheit, das Wohlergehen und die Lebensqualität künftiger Generationen zu sein.

Hinweis

Die Heterogenität der einzelnen Verfahren, die teilweise wissenschaftlich begleiteten Evaluationen sowie die konsolidierten Aussagen begründen Komplexität, Detailgenauigkeit und Umfang der einzelnen Länderbeiträge und damit auch der Gesamtstudie.

Korrespondenzadresse

Dr. H. Thaiss

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Str. 4, 24143 Kiel
heidrun.thaiss@sozmi.landsh.de

Danksagung. Allen Kolleginnen und Kollegen in den Ländern, sowohl im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wie in öffentlichen Institutionen, sei an dieser Stelle für den konstruktiven Erfahrungsaustausch über die Einladungs- und Meldeverfahren herzlich gedankt.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. UN (1990) Kinderrechtskonvention, Art. 3 Wohl des Kindes. <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Aussenpolitik/Themen/Menschenrechte/Download/UNkonvKinder1.pdf>
2. Landtag von Schleswig-Holstein (2010) Bericht zur Situation von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl. LT-Drucksache 17/382
3. Bundesregierung (2006) Stellungnahme der Bundesregierung zur Entschließung des Bundesrates für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls (BR-Drs.056/06 (B))
4. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2008) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention, Rechtliche Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 2
5. BGBI. I, S 1770
6. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>
7. BAnz (2009) Nr. 132: S. 3–125 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26.04.1976, zuletzt geändert am 18.06.2009
8. BAnz (2008) Nr. 57, S 1344
9. Abholz HH (1988) Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? In: Abholz H-H (Hrsg) Grenzen der Prävention. Argument-Sonderband AS 178. Kritische Medizin im Argument. Argument-Verl., Hamburg, S 63–99
10. Michaelis R (2004) Das Grenzsteinprinzip als Orientierungshilfe für die pädiatrische Entwicklungsbeurteilung. In: Schlack HG (Hrsg) Entwicklungspädiatrie. H. Marseille, München, S 123–129
11. G-BA: <http://www.g-ba.de/institution/themen-schwerpunkte/frueherkennung/kinder/>
12. Hellbrügge Th, Pechstein J (1968) Die Soziale Pädiatrie als Träger der ärztlichen Vorsorge für das Kindesalter. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene III. In: Hellbrügge T (Hrsg) (1981) Klinische Sozialpädiatrie – ein Lehrbuch der Entwicklungs-Rehabilitation im Kindesalter. Springer, Berlin, S 101–106
13. Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 8a SGB V zur Änderung der „Kinder-Richtlinien“ des G-BA – Einrichtung einer Kinderuntersuchung „U7a“ vom 15.04.2008
14. <http://www.kindergesundheit-info.de> und <http://www.gesundes-kind.de/u-untersuchungen/vorsorgeuntersuchungen.jsp>, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche <http://www.kinderärzte-im-netz.de/bvkj/show.php>
15. Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V) in der Fassung vom 4. Juni 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003; Nr. 226, S: 24 966, zuletzt geändert am 8. Dezember 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005; Nr. 54, S: 4 094, in Kraft getreten am 1.01.2005
16. Kamtsiurus P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:836–850
17. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/070/sd-migranten-machen-mit.html>
18. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) In: Bundesgesundheitsblatt 50:851–862 und „Ergebnisse der 1. Nationalen Impfkonferenz (2010) Good Practise Manual zur Maserneliminierung, RKI (im Druck)
19. Zinke M, Koch H, Kerek-Bodden H et al (2001) Patientenclientel und Diagnosenspektrum in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin. Ausgewählte Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Kinder Jugendarzt 32:712–718
20. BMFSFJ (2009) 13. Kinder- und Jugendbericht, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S 59–73
21. Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewaltexposition in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Gesundheitswesen 62:311–319
22. Nothafft S (2008) Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung im Auftrag des BMFSFJ, DJI, München
23. Modifiziert und aktualisiert nach „Kinderärzte im Netz“ und Senat der HH, pers. Mitteilung
24. Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vom 07.02.2007. Amtsblatt des Saarlandes 14:742–744
25. Verordnung über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder vom 12.04.2007. Amtsblatt des Saarlandes 17:910–912
26. Zentrum für Kindervorsorge. <http://www.saarland.de/17125.htm>
27. Keiner fällt durchs Netz. <http://www.saarland.de/32515.htm>
28. Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) vom 07.03.2008 (GVBl 2008, S. 52)
29. <http://www.masgff.rlp.de/fileadmin/masgff/familie/LKindSchuG.pdf>
30. Michel-Schilling A, Müller H, Lamberty J, Baas S (2010) Kinderschutz und Kindergesundheit. Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit, Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz. Eigenverlag, Mainz (im Druck)
31. <http://www.gesunde-kindheit.nrw.de>

32. <http://www.openpr.de/news/240808/Software-staerkt-Chancen-der-Kinder.html>
33. Quelle: BVKJ-SH und Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (Mai 2010)
34. Bericht unter <http://www.schleswig-holstein.de/MASG/DE/Service/Broschueren/PDF/schuleingutber2008.html>
35. http://www.schleswig-holstein.de/LASD/DE/KinderUndEltern/Fruherkennung/russisch/Fruherkennung_node.html
36. Thyen U (2006) Löcher im Kooperationssystem aus kinderärztlicher Sicht. Frühe Intervention und Hilfe. Von Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe. In: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg) Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 57:61–68
37. Stellungnahmen der Bundesregierung vom 21. November 2006 (BR-Drucks. 864/06, S. 6) und vom 21.03.2007 (BR-Drucks. 240/07, S. 1 f.)
38. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:871–878
39. Sick F, Neter E (1988) Ein Beitrag zur pädagogischen Aufgabe des Kinderarztes (1876–1966). Inauguraldissertation. Med. Fakultät Freiburg
40. Strassburg H-M (2009) Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Kleinkind. In: Bitzer EM, Walter U, Lingner H, Schwartz F-W (Hrsg) Kinder gesundheit stärken. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 97
41. Yarnall KS, Pollak KI, OstbyeT et al (2003) Primary care: Is there enough time for prevention? Am J Public Health 93:635–641
42. Block RW, Palusci VJ (2006) Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. J Pediatrics 148(6):711–712
43. Dubowitz H, Bennett S (2007) Physical abuse and neglect of children. Lancet 369(9576):1891–1899
44. Bode H, Zoubek A (2008) Kinderschutz. Monatsschr Kinderheilkd 156:627–628
45. Schilke R (2010) Karies als sicherer Indikator für Vernachlässigung? Vortrag beim 60. wissenschaftlichen Kongress des BVÖGD und BZÖGD, 29.04.–01.05.2010, Hamburg
46. Paul M, Backes J (2008) Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Monatsschr Kinderheilkd 156:662–668
47. Kuo AA, Inkelaar M, Maidenberg M et al (2009) Pediatricians' role in the provision of developmental services: an international study. J Dev Behav Pediatr 30:331–339
48. VGH B 45/08 Verfassungsgerichtshof Rheinland-Pfalz
49. <https://www.datenschutzzentrum.de/vortraege/20090401-koop-datenschutz-kinderschutz.html>
50. Palusci V, Hicks R, Vandervort FE (2001) You are hereby commanded to appear: pediatrician subpoena and court appearance in child maltreatment. Pediatrics 107:1427–1430

Ausschreibung

Hygiene-Preis der Rudolf Schülke Stiftung

Alle zwei Jahr vergibt die Rudolf Schülke Stiftung den Hygiene-Preis an Wissenschaftler, die besondere Problemlösungen im Bereich der Hygiene, Mikrobiologie und Präventionsmedizin erzielt haben. Der Hygiene-Preis der Rudolf Schülke Stiftung ist mit 15.000 € dotiert. Arbeiten können bis zum 15. Februar des Ausschreibungsjahres eingereicht werden.

Die ausführlichen Ausschreibungunterlagen für den Hygiene-Preis 2011 können unter www.rudolf-schuelke-stiftung.de abgerufen werden.

Der Preis wird im Jahr 2011 für hervorragende wissenschaftliche Untersuchungen auf den Gebieten HYGIENE - MIKROBIOLOGIE - ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT ausgeschrieben.

Erwünscht sind Arbeiten, die sich mit der Prävention und Kontrolle übertragbarer Erkrankungen befassen. Berücksichtigt werden insbesondere Arbeiten zur Entwicklung und Anwendung von Präventionsstrategien und von antimikrobiell beziehungsweise antiviral wirksamen Stoffen und Verfahren zur Antiseptik, Desinfektion und Konservierung. Arbeiten über den Zusammenhang zwischen solchen Anwendungen und Fragen der Epidemiologie sowie der Ökologie gesundheitlich relevanter Mikroorganismen und über Immunprophylaxe sind ebenso erwünscht wie Arbeiten über Konsequenzen für die Öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsökonomie.

Eingereicht werden können Arbeiten, die nach dem 1. Januar 2009 in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder einer Schriftenreihe in deutscher oder englischer Sprache erschienen sind beziehungsweise über deren Annahme eine Bescheinigung des Herausgebers vorgelegt wird.

Der Preis ist dotiert mit 15.000 € und wird im Rahmen einer Feierstunde an eine Einzelpersonlichkeit oder an eine Gruppe verliehen. In Ausnahmefällen kann der Preis geteilt werden. Über die Verleihung entscheidet ein Preisrichterkollegium, dessen Beschluss unanfechtbar ist. Der Rechtsweg bleibt ausgeschlossen.

Bewerber möchten ihre Arbeit bis zum 15. Februar 2011 als pdf-Datei per E-Mail an andrea.rodewald@schuelke.com senden. Alternativ kann die Arbeit in zehnfacher Ausfertigung bis zum 15. Februar 2011 (Poststempel) an das Sekretariat der Rudolf Schülke Stiftung, Robert-Koch-Str. 2, 22851 Norderstedt, gesendet werden. Die Fachvertreter an den Universitäten und entsprechenden Institutionen können Vorschläge für die Verleihung des Preises an die gleichen Adressen richten.