

untersuchungen für Kinder und Jugendliche durch § 7 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz eingeführt. Dem ging eine umfassende Diskussion voraus: Es wurde unter anderem diskutiert, ob es ausreichend sei, wenn die Krankenkassen an die Untersuchungen erinnern, was jedoch nicht von allen Krankenkassen praktiziert wird. Auch wurden datenschutzrechtliche Bedenken hinsichtlich der Rückmeldung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an die Zentrale Stelle laut. Bei der Rückmeldung werden jedoch keine Untersuchungsergebnisse der Kinder weitergegeben, sondern es wird nur bestätigt, dass das Kind an der Untersuchung teilgenommen hat. Hinsichtlich des Grundrechts auf informelle Selbstbestimmung hat das Urteil des Landesverfassungsgerichts Rheinland-Pfalz vom 28. Mai 2009 (AZ: VGH B 45/08) eine ähnliche Regelung in diesem Bundesland für verfassungsgemäß erklärt.

Zur vorliegenden Evaluation wurden die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg abgerechneten Früherkennungsuntersuchungen sowie Daten des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz zu den durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen einschließlich Daten der Zentralen Stelle herangezogen. Weitere Datengrundlage war ein vom Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz erarbeiteter Fragenkatalog, der an die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte zur Evaluation des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens übersandt wurde. Die Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz und die Erfahrungen der Gesundheitsämter sind in die nachfolgende Auswertung eingeflossen.

Durchführung des Einladungs- und Rückmeldewesens

Verfahren bei der Zentralen Stelle

Für die Durchführung des Verfahrens wurde bei der Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz die Zentrale Stelle eingerichtet und dafür wurden zwei Mitarbeiterinnen eingestellt.

Seit Juni 2008 erhalten die im Land Brandenburg wohnenden bzw. gemeldeten Kinder eine Einladung zu ihrer altersentsprechenden Früherkennungsuntersuchung, ab der U6 bis einschließlich der J1. Für die genannten Früherkennungsuntersuchungen sind in der nachfolgenden Übersicht die unterschiedlichen Untersuchungszeiträume mit den jeweiligen Toleranzgrenzen dargestellt.

Untersuchungsstufen nach den Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen:

	Untersuchungszeitraum	Toleranzgrenze
U6	10. – 12. Lebensmonat	9. – 14. Lebensmonat
U7	21. – 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat
U7a	34. – 36. Lebensmonat	33. – 38. Lebensmonat (ab Juni 2008)
U8	46. – 48. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat
U9	60. – 64. Lebensmonat	58. – 66. Lebensmonat
J1	13. – 14. Lebensjahr	jeweils 12 Monate vorher und nachher

Die Zentrale Stelle beim Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz verschickt auf der Basis der Meldedaten der Meldeämter die Einladungen an die Familien. Mit den Einladungen werden die Eltern über Inhalt und Zweck sowie die Durchführung der Untersuchungen aufgeklärt. Sie werden aufgefordert, einen Untersuchungstermin bei der niedergelassenen Ärztin/ beim niedergelassenen Arzt zu vereinbaren. Für die Früherkennungsuntersuchungen U6, U7 und U8 sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gesetzlich verpflichtet, die Bestätigung über die stattgefundene Untersuchung unverzüglich an die Zentrale Stelle zu senden. Die Einladungsschreiben der Zentralen Stelle sind als Rückmeldeformular gestaltet, sodass für die Arztpraxis der geringstmögliche Aufwand entsteht. Lediglich Arztstempel und Untersuchungsdatum sind zu ergänzen. Die eingerichtete zentrale Faxnummer ist auf einen Server geschaltet, der eine permanente Erreichbarkeit sicherstellt. Die Verarbeitung der Rückmeldungen bei der Zentralen Stelle erfolgt taggenau und voll automatisiert über das systemseitige Auslesen des Geschäftszeichens auf den Einladungsschreiben. Für Fälle, in denen Familien das Einladungsschreiben zur Untersuchung nicht vorlegen können, greifen die Arztpraxen auf ein Ersatzformular zurück, das vom Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Verfügung gestellt wird. Das Rückmeldeverfahren ist identisch, der Aufwand für die Arztpraxis allerdings etwas höher, da der Name des Kindes in das Ersatzformular eingetragen werden muss und die jeweilige Untersuchung anzukreuzen ist. Auch hier wird der taggenaue Abschluss des Einladungs- und Rückmeldeverfahrens sichergestellt.

Erhält die Zentrale Stelle zwei Monate vor Ablauf der oben genannten Toleranzgrenzen keine Rückmeldung, wird ein zweites Schreiben, ein so genanntes Erinnerungsschreiben, an die Familien versandt. Erfolgt nach der Erinnerung eine Rückmeldung der niedergelassenen Ärztin/ des niedergelassenen

Arztes an die Zentrale Stelle, dass das Kind bei der Früherkennungsuntersuchung war, ist das Verfahren beendet. Stichtagsgenau einen Monat vor Ablauf der untersuchungsbezogenen Toleranzgrenzen zur U6, U7 und U8 werden, sofern bei der Zentralen Stelle keine Rückmeldung eingegangen und somit weiterhin unklar ist, ob das Kind die Früherkennungsuntersuchung erhalten hat, die Daten des Kindes an das jeweilige zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.

Verfahren bei den Gesundheitsämtern

Nach dem Eingang der Datensätze bei den Gesundheitsämtern haben diese geeignete und angemessene Maßnahmen zu ergreifen, um auf eine erhöhte Teilnahmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken. Die Entscheidung, welche Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen geeignet und angemessen sind, liegt im Verantwortungsbereich der Kommunen. Die Kreise und kreisfreien Städte können ihre Maßnahmen bedarfs- und situationsgerecht ausgestalten. Die Gesundheitsämter entscheiden, ob sie beispielsweise ein weiteres Einladungsschreiben an die Familien schicken, den Eltern verstärkt Aufklärung und Beratung anbieten oder Hausbesuche durchführen.

Um den Gesundheitsämtern Hilfestellungen zu geben, wurden durch den Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz hierzu Empfehlungen erarbeitet und in das Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg eingearbeitet. Dieses Handbuch stellt eine Arbeitsgrundlage für die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter des Landes Brandenburg dar. Ursprünglich ist es für die einheitliche Durchführung der kinderärztlichen Untersuchungen und die Dokumentation der Ergebnisse entwickelt worden.

Ergeben sich bei den Maßnahmen der Gesundheitsämter Anhaltspunkte für eine Vernachlässigung oder Misshandlung des Kindes und können sie nicht abgeklärt oder die Gefährdungen des Kindes durch geeignete Maßnahmen abgewendet werden, informieren diese zwecks weitergehender Nachforschungen und entsprechender Hilfen die Jugendämter.

Geht man von einer Geburtenrate von ca. 19.000 Kindern pro Jahr aus (Durchschnitt der letzten fünf Jahre gemäß Statistischem Jahrbuch 2010 Land Brandenburg), so sind dies für die drei genannten Untersuchungen U6, U7 und U8 etwa 57.000 Einladungen pro Jahr, die von der Zentralen Stelle im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz an die Eltern versandt werden. Nach Übersendung der Einladung bzw. eines Erinnerungsschreibens wurden von der Zentralen Stelle im Kalenderjahr 2009 insgesamt ca. 11.500 Datensätze von Kindern an die Gesundheitsämter übermittelt, bei denen keine Rückmeldung vorlag. Im gesamten Jahr 2010 wurden durch die Zentrale Stelle ca. 14.400 Meldungen von Kindern übermittelt, bei denen unklar ist, ob diese an der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Dies bedeutet, dass an jedes Gesundheitsamt ca. 60 Meldungen pro Monat von der Zentralen Stelle weitergegeben wurden. Das heißt, dass im Kalenderjahr 2010 ca. 25 % der landesweit eingeladenen Kinder zur U6, U7 und U8 (14.400 von 57.000) an die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte übermittelt wurden. Dabei sind die Landkreise und kreisfreien Städte unterschiedlich betroffen, die Anzahl ist stark von der Bevölkerungsdichte abhängig. Es zeigt sich, dass bei der U8 diese Quote der Meldungen an die Gesundheitsämter mit durchschnittlich ca. 40 % überproportional hoch ist, sodass gerade bei der U8 die Eltern intensiver auf die Wahrnehmung der Untersuchungen hingewiesen und auch die Rückmeldungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verstärkt werden müssen.

Auswertung des Einladungs- und Rückmeldewesens

Auswertung Hotline

Die Einführung des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens wurde bei den Eltern unterschiedlich aufgenommen. Die ersten Reaktionen reichten von totaler Verweigerung wegen staatlicher Einmischung bis hin zum ausdrücklichen Lob für die Maßnahmen. Um die Reaktionen der Eltern entgegennehmen und entsprechend darauf reagieren zu können, wurde mit Einführung des Verfahrens bei der Zentralen Stelle eine Hotline eingerichtet, bei der Eltern, aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte anrufen können. Die Durchwahl der Hotline ist auf jedem Einladungs- und jedem Erinnerungsschreiben der Zentralen Stelle angegeben.

Seit dem 13. Mai 2009 führt die Zentrale Stelle eine anonymisierte, detaillierte Statistik der eingegangenen Anrufe. Seit diesem Zeitpunkt sind bis zum 31. Dezember 2010 insgesamt 7.424 Anrufe von Eltern oder Ärztinnen und Ärzten bei der Hotline eingegangen. Legt man zugrunde, dass die Hotline montags bis freitags, außer an Feiertagen, besetzt ist, entspricht dies durchschnittlich 18 Anrufen täglich.

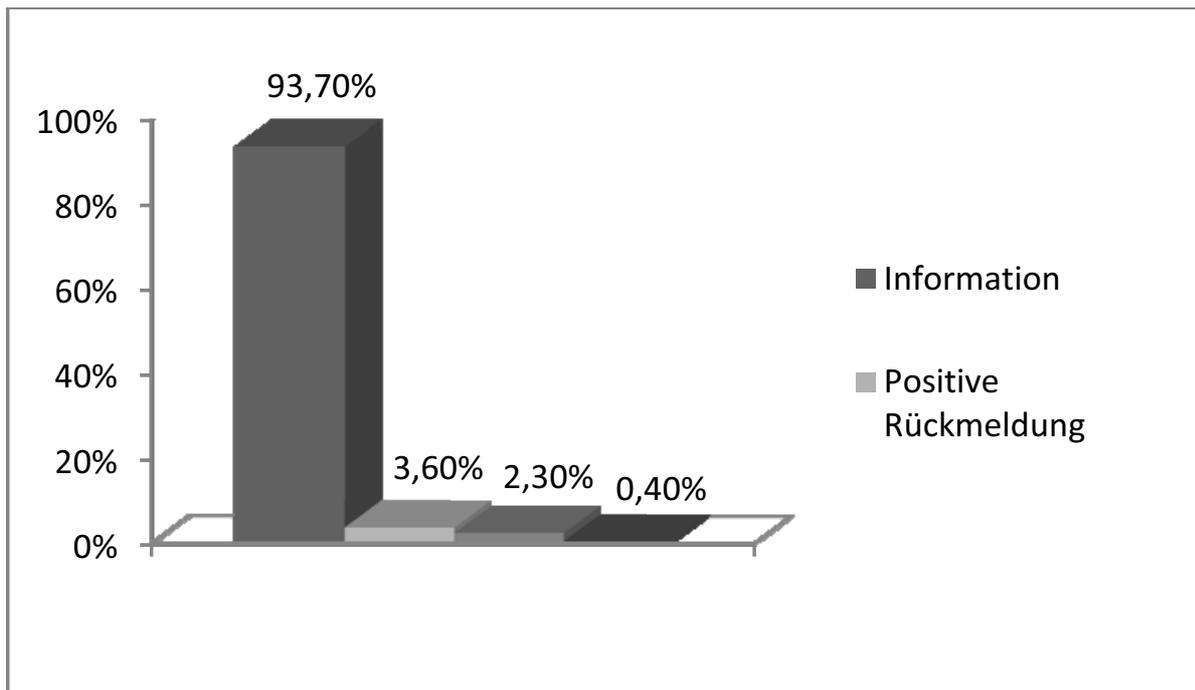
Die eingehenden Anrufe werden nach ihrem Charakter in vier Gruppen eingeteilt:

1. Informationen zum Verfahren,
2. positive Rückmeldung zum Verfahren,
3. Verärgerung der Anrufer,
4. Beschwerde durch den Anrufer.

Der bei Weitem größte Teil der Anrufer, nämlich 93,7%, hatte Fragen zum Inhalt und Zweck des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens sowie zur Logistik des Verfahrens. Positive Rückmeldungen gab es von 3,6% der

Anrufer, Verärgerung von 2,3%, und massiven Beschwerdecharakter hatten nur 0,4% der Anrufe in dem genannten Zeitraum.

Auswertung der bei der Zentralen Stelle eingegangenen Anrufe in der Zeit vom 13. Mai 2009 bis zum 31. Dezember 2010:



Die Mitarbeiterinnen der Hotline tragen durch Erläuterungen der gesetzlichen Grundlagen, des Inhaltes und der Durchführung des Verfahrens zur Versachlichung der Diskussion und zur Akzeptanz des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens bei. Auch Missverständnisse und Fehlinterpretationen („staatliche Überwachung“, „Bevormundung“, „Generalverdacht gegenüber Eltern“) werden im Regelfall bereits während der Telefonate ausgeräumt bzw. richtig gestellt. Anrufe, deren abschließende Klärung über die Mitarbeiterinnen der Hotline nicht erreicht werden kann, werden sachbezogen in der Abteilung Gesundheit oder an die Leiterin der Abteilung weitergeleitet bzw. wird ein verbindlicher Rückruftermin angeboten. Dieses abgestufte System hat sich bewährt. Die Ergebnisse zur Auswertung der eingegangenen Anrufe sind in der Anlage 1 in den Tabellen 1 bis 4 dargestellt.

Auswertung der Maßnahmen der Gesundheitsämter

Im Kalenderjahr 2009 erhielten die Gesundheitsämter ca. 11.500 Datensätze von Kindern, bei denen nicht bekannt war, ob sie an der Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, im Jahr 2010 waren es ca. 14.400 Datensätze.

Nachdem die Daten der Kinder im Gesundheitsamt eingegangen sind, schreiben die Gesundheitsämter die Familien nochmals an und laden zur altersentsprechenden Früherkennungsuntersuchung ein. Zu diesem Zeitpunkt ist nach Aussage der Gesundheitsämter die überwiegende Anzahl der Familien bereits mit ihren Kindern bei der Untersuchung gewesen. Die niedergelassene Ärztin/ der niedergelassene Arzt hat es versäumt, das Rückmeldefax an die Zentrale Stelle zu senden. Von den verbleibenden Familien, die bisher nicht an der Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, nehmen nach Angaben der Gesundheitsämter viele die Erinnerung dankbar an und gehen zur Untersuchung. Oftmals gibt es auch ein zweites Schreiben an die Familien, um nochmals an die Untersuchung zu erinnern.

Sollte es auch dann keine Reaktion oder Rückmeldung geben, nehmen die Gesundheitsämter in der Regel telefonischen Kontakt mit den Eltern auf. In ca. 40% der übermittelten Datensätze wird durch die Gesundheitsämter telefonischer Kontakt zu den Eltern hergestellt. Ein telefonischer Kontakt zu den Familien hat den Vorteil, dass Eltern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes direkt zu gesundheitlichen Problemen ihrer Kinder befragen können. Diese Art der Kontaktaufnahme mit den Familien wird von den Gesundheitsämtern positiv eingeschätzt, ist aber relativ zeit- und personalaufwendig.

Die Reaktionen der Eltern sind sehr unterschiedlich. Ähnlich wie bei der Hotline hat der größte Teil informatorischen Charakter, wie beispielsweise Fragen zu den Untersuchungen und zum Verfahren. Aber auch Ärger und Empörung über die vermeintliche staatliche Kontrolle werden zum Ausdruck gebracht. Während der Gespräche erfahren die Gesundheitsämter zugleich die Gründe für die Nichtteilnahme an der Untersuchung wie beispielsweise Krankheit, Urlaub, Terminschwierigkeiten der Eltern oder der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Nach den Angaben der Gesundheitsämter können mit der telefonischen Kontaktaufnahme weitere Familien überzeugt werden, die Früherkennungsuntersuchung wahrzunehmen. Gibt es auch nach den Anschreiben und/ oder Telefonaten keine Reaktion der Familien, wird von einem Teil der Gesundheitsämter ein Hausbesuch angekündigt.

Hausbesuche haben den Vorteil, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes auch einen Eindruck von der sozialen Situation der Familie bekommen und bei Bedarf entsprechende passgenaue Hilfsangebote zur Förderung der Kinder vermitteln können. Solche Angebote umfassen beispielsweise Hinweise auf Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe, Familienpaten, Frauen- und Familienzentren, Elternberatungsstellen, Beratungsstellen der Sozialhilfe und andere. Diese Angebote von Hilfen vor Ort werden von den Familien in der Regel gern angenommen.

Aus personellen Gründen ist die Durchführung von Hausbesuchen nicht immer im gewünschten Umfang umzusetzen. Hausbesuche werden in der Regel von Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeitern, Arzthelferinnen, Arzthelfern oder Sozialmedizinischen Assistentinnen und Assistenten vorgenommen, in eher seltenen Fällen von Ärztinnen und Ärzten sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Auch hier sind die Reaktionen der Eltern unterschiedlich und reichen von ungehalten, überrascht und erschreckt bis hin zu positiven

Rückmeldungen. Im Ergebnis gehen weitere Familien mit ihren Kindern zur Früherkennungsuntersuchung. Die Möglichkeit der aufsuchenden Hilfen wird von den Gesundheitsämtern noch nicht ausreichend genutzt.

Sollte der Untersuchungszeitraum einschließlich Toleranzzeitraum zu den entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen bei den Kontakten der Gesundheitsämter mit den Familien bereits überschritten sein, kann das Gesundheitsamt ein Angebot zur Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst unterbreiten. In Einzelfällen ist dieses Angebot genutzt worden.

Ergeben sich bei den Maßnahmen der Gesundheitsämter Anhaltspunkte für eine Vernachlässigung der Kinder, wird die Kinder- und Jugendhilfe über solche Verdachtsfälle für weitergehende Nachforschungen und entsprechende Hilfen informiert. Hiervon ist im Jahr 2009 nach Angaben der Gesundheitsämter in ca. 0,6% und bis September 2010 in ca. 0,2% der an sie übermittelten Datensätze der Kinder Gebrauch gemacht worden. Der Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe wird oftmals auch nach Rücksprache mit den Eltern oder in Einzelfällen sogar auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern hergestellt.

Fazit

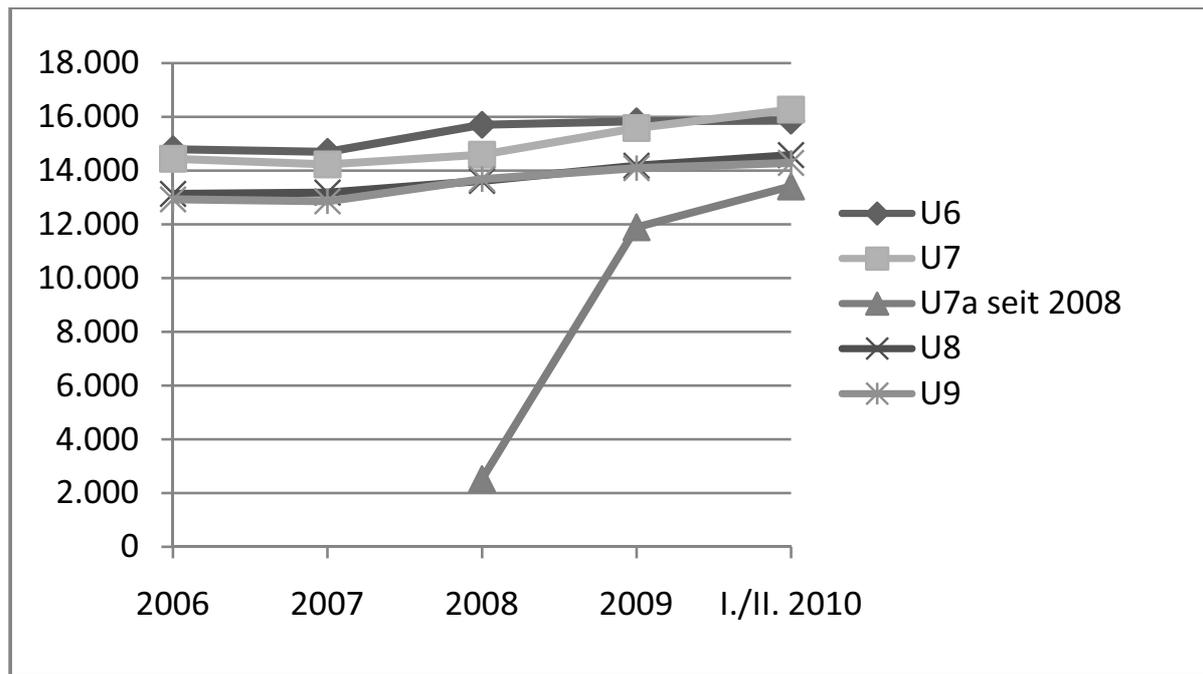
Zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge der jungen Menschen und der Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung ist im Jahr 2008 mit der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen nach § 26 SGB V eingeführt worden. Ziel war es, die Rate der Inanspruchnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen.

Zur Bewertung, ob die Einführung des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens zielführend ist und die Teilnehmerate tatsächlich erhöht werden konnte, sind als erste Anhaltspunkte auch Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg aus den Jahren 2006 bis 2009 und dem ersten Halbjahr 2010 herangezogen worden. Im Jahr 2006 haben beispielsweise nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg 14.793 Kinder an der U6 teilgenommen. Im Jahr 2009 waren es im Land Brandenburg 15.827 Kinder und im ersten Halbjahr 2010 7.927 Kinder.

Hier ist die Tendenz einer leichten Steigerung erkennbar. Aufgrund der Kürze des Beurteilungszeitraums von nur knapp zwei Jahren sind diese Daten jedoch nur bedingt aussagefähig und nicht valide. Der nachhaltige Erfolg wird erst nach einer weiteren Beobachtung von mindestens zwei bis drei Jahren ggf. bestätigt werden können.

Da die Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nur bis einschließlich II. Quartal 2010 vorliegen, wurde ergänzend eine Hochrechnung für das gesamte Jahr 2010 erstellt. Auch hier wäre ein leichter Anstieg der Teilnehmezahlen zu verzeichnen. Die Früherkennungsuntersuchung U7a wurde im Jahr 2008 neu eingeführt.

Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nach abgerechneten Untersuchungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg: (Weitere Daten sind in der Anlage 1 in Tabelle 5 dargestellt.)



Zusätzlich zu den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg wurden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2009 und 2010 herangezogen. Bei diesen Untersuchungen erreicht der Öffentliche Gesundheitsdienst den kompletten Jahrgang und kontrolliert unter anderem die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Auch hier wurden die Teilnahmeraten U6 bis U9 der genannten Jahre mit dem Jahr 2006 verglichen. Im Jahr 2006 haben 95,2% der Kinder, bei denen das Untersuchungsheft vorlag, beispielsweise die U6 wahrgenommen. Im Jahr 2009 waren es 96,7% der Kinder, deren Untersuchungsheft vorlag, die an der U6 teilgenommen haben. Dies entspricht einer leichten Steigerung von 1,5%. Der Trend zeigt sich auch bei den weiteren Früherkennungsuntersuchungen U7, U7a,

U8 und U9. Nähere Ausführungen hierzu sind in der Anlage 1 in den Tabellen 6 und 7 dargestellt.

Die Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2009 und 2010 können noch keine direkten Ergebnisse liefern, bei denen die Erhöhung der Teilnehmerate auf das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen zurückgeführt werden kann. Frühestens zur Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2011 kann mit Ergebnissen gerechnet werden. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass dieser Einschulungsjahrgang (2011) mit Beginn des Zentralen Einladungswesens ab Juni 2008 im damaligen Alter von ca. dreieinhalb Jahren erstmalig die rückmeldepflichtigen Einladungen zur Früherkennungsuntersuchung U8 erhielt. Analog können erst ab dem Einschulungsjahrgang 2013 die Tendenzen zur Wahrnehmung der U7 und erst ab dem Einschulungsjahrgang 2014 die Tendenzen zur Wahrnehmung der U6 in direkten Zusammenhang mit dem Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesen gebracht werden.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Daten der Kasenärztlichen Vereinigung Brandenburg nicht mit den Daten des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz vergleichbar sind.

Zusammenfassung

Der Aufbau eines zentralen, verbindlichen Einladungswesens zu den Früherkennungsuntersuchungen erfordert sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen, wobei die Kommunen deutlich stärker als das Land betroffen sind. Die Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hat als alleiniger Indikator hinsichtlich der Gesundheit der Kinder wenig Aussagekraft. Außerdem können daraus keine Rückschlüsse auf Kindesvernachlässigung und -misshandlung gezogen werden. Das Verfahren ist und bleibt abhängig von der Rückmeldebereitschaft

der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die Tendenz einer leichten Erhöhung der Inanspruchnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist erkennbar, sie könnte jedoch auch auf die auf allen Ebenen geführten Diskussionen zum Kinderschutz und die Aufklärungskampagnen zurückgeführt werden. Diese haben möglicherweise die Früherkennungsuntersuchungen mehr in das Bewusstsein der Familien gerückt und zu einer Erhöhung der Teilnahmerate beigetragen.

Im Ergebnis wird eingeschätzt, dass ein verbindliches Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen ein Baustein sein kann, um mehr Kinder zu erreichen und die Gesundheit der Kinder zu fördern. Dieses Verfahren sollte nach zwei bis drei Jahren erneut evaluiert werden.

2 b) Untersuchungen aller Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte (§ 6 Abs. 2 BbgGDG)

Einführung

Mit der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (BbgGDG) im Frühjahr 2008 wurde der Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit dem Ziel gestärkt, allen Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg unabhängig vom sozialen Status ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Dafür wurde neben der Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchung zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen der Untersuchungszeitraum für alle Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat festgelegt. Dieses Alter ist eine wichtige Phase für die kindliche Entwicklung und Fördermaßnahmen in dieser Lebensphase verbessern die gesundheitliche Entwicklung insbesondere von Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen aus sozial benach-

teiligten Familien und somit auch ihre schulischen Startchancen. Erstmals werden selbst die Kinder in die Untersuchungen einbezogen, die keine Kindertagesstätte besuchen.

Werden bei den Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt, die die gesundheitliche Entwicklung des Kindes wesentlich beeinträchtigen, wie zum Beispiel Sprach- und Sprechstörungen, Einschränkungen im Sehen und Hören, Bewegungsstörungen, umschriebene Entwicklungsstörungen oder bisher nicht erkannte allergische Erkrankungen, erhalten die Eltern nach der Untersuchung durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter gezielte Empfehlungen für weitere diagnostische oder therapeutische Schritte bzw. Fördermaßnahmen. Darüber hinaus können während der kinderärztlichen Untersuchung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch Anhaltspunkte für eine Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung erkannt werden, da eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik durchgeführt wird.

Mit der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes wurde den Landkreisen und kreisfreien Städten zudem eine weitere Aufgabe übertragen, das so genannte Betreuungscontrolling nach § 6 Abs. 2 Satz 7 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz, welches im Anschluss an die ärztlichen Untersuchungen zum Tragen kommt. Die Landkreise und kreisfreien Städte sollen dafür Sorge tragen, dass Kinder tatsächlich die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bzw. heilpädagogische oder andere Fördermaßnahmen erhalten. Entsprechendes gilt auch für die zahnärztlichen Untersuchungen. Das Betreuungscontrolling wurde mit dem Ziel eingeführt, einerseits die Gesundheit der Kinder zu erhalten und zu fördern und andererseits Familien, die ihren Kindern nicht die notwendige Fürsorge geben oder geben können, wirksame Hilfen zu vermitteln. Die Untersuchungen der Gesundheitsämter stellen das Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten

ten bei Kindern in den Vordergrund. Es handelt sich um eine Screeninguntersuchung, die auf einem einheitlichen ärztlichen Untersuchungsverfahren basiert. Demgegenüber unterliegen die Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte keinem einheitlichen Untersuchungsstandard, auch fehlt ein verbindliches Qualitätsmanagement.

Für die Einführung der kinderärztlichen Untersuchung aller Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat durch die Gesundheitsämter war es wesentlich, dass die Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zusammen mit dem Betreuungscontrolling und dem Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen ein ganzheitliches Konzept zur Erhaltung und Verbesserung der Kindergesundheit darstellen. Darüber hinaus lässt sich gerade durch diese Untersuchung landesweit systematisch und kontinuierlich feststellen, ob und in welchem Ausmaß die gesundheitlichen Chancen der Kinder verbessert werden, wie das Familienprogramm der „Netzwerke Gesunde Kinder“ sich auswirkt und welche Handlungsbedarfe sich für das Land ergeben.

Wie schon bei der Evaluation des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens hat das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz eine Befragung der Gesundheitsämter durchgeführt, um diesen Gelegenheit zu geben, ihre Erfahrungen mit den neuen Regelungen des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes etwa zwei Jahre nach deren Einführung mitzuteilen. Der Fragenkatalog umfasste insbesondere Angaben zur Durchführung der Untersuchungen, zum Erreichen der Hauskinder, zum Betreuungscontrolling, zur Akzeptanz bei den Eltern sowie zur Zusammenarbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Kindertagesstätten und Tagespflegestellen. Die Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden berücksichtigt.

Eingeflossen sind ebenfalls die Daten aus den durchgeführten Untersuchungen der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat und den Schuleingangsuntersuchungen, die entsprechend der Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung an das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz anonymisiert gemeldet und schuljahresbezogen (jeweils von August bis Juli des Folgejahres) ausgewertet werden.

Durchführung der Untersuchungen der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat

Um Qualität und Vergleichbarkeit der Untersuchungen der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat flächendeckend zu gewährleisten, wurden – wie für die anderen Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes – durch den Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz unter Beteiligung externer Fachleute und Experten Leitlinien zur einheitlichen Durchführung der Untersuchungen und Dokumentation der Ergebnisse entwickelt. Diese Leitlinien wurden im Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammengefasst und den Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt. Das Handbuch enthält für die zu untersuchenden Funktionsbereiche wie Sinnesorgane, Stütz- und Bewegungsapparat, Nerven/ Psyche oder Herz/ Kreislauf definierte Befundkategorien, mit denen die funktionellen Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Risiken von Kindern festgestellt werden können. Für die Entwicklungsdiagnostik der 30 bis 42 Monate alten Kinder waren die Befundermittlung und die Testverfahren bei den Sprach- und Sprechstörungen, bei den visuellen Wahrnehmungsstörungen sowie den grob- und feinmotorischen Störungen neu aufzunehmen. Es werden die Untersuchungsmethoden, -instrumente und Hilfsmittel ebenso beschrieben wie die Dokumentation und Übermittlung der Ergebnisse an das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Das Handbuch für den Kinder- und

Jugendgesundheitsdienst wird kontinuierlich dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst und überarbeitet.

Regelmäßig werden die Kinderärztinnen und -ärzte der Gesundheitsämter sowie das Assistenzpersonal im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst auf der Grundlage der im Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst festgeschriebenen Qualitätsstandards geschult. Damit ist im Land Brandenburg die Datenlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen repräsentativ, valide und vergleichbar. Die anderen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wie Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchung unterliegen den gleichen Kriterien, sodass auch hier Vergleichbarkeit und Validität der Daten gesichert sind.

Der zeitliche Aufwand der eigentlichen ärztlichen Untersuchung in der Altersgruppe 30. bis 42. Lebensmonat wird seitens der Gesundheitsämter mit 20 bis 30 Minuten pro Kind eingeschätzt. Die für die Vor- und Nachbereitung der Untersuchungen benötigte Zeit liegt ebenfalls bei durchschnittlich 20 bis 30 Minuten pro Untersuchung. Vorbereitungen sind beispielsweise die Ermittlung der zu untersuchenden Kinder, Terminabsprachen mit den Einrichtungen, die Vorbereitung und Verteilung der Elternbriefe und Informationen über die Untersuchung. Nachbereitungen sind u. a. die Dokumentation der Befunde, die Prüfung der Ergebnisse auf Plausibilität und das Einleiten des Betreuungscollings.

Die Ermittlung der so genannten Hauskinder, schätzungsweise 2.400 Kinder in dieser Altersgruppe, ist für die Gesundheitsämter aufwendig. Das Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst gibt hierzu Empfehlungen. In der Regel werden in den Gesundheitsämtern die Daten der Meldeämter, die einmal jährlich am 1. Juni übermittelt werden, mit den in Kindertagesstät-

ten und Tagespflege betreuten und bereits untersuchten Kindern abgeglichen. Die so ermittelten Hauskinder erhalten mit einer Einladung ins Gesundheitsamt ein Untersuchungsangebot. Dieses Verfahren ist sehr zeitintensiv und durch die nur einmal im Jahr stattfindende Datenübermittlung der Meldeämter mit einer hohen Fehlerquote, z. B. durch Umzüge oder Wechsel der Einrichtung, behaftet. Wie dieses Verfahren optimiert werden könnte, prüfen derzeit die Gesundheitsbehörden auf kommunaler und Landesebene.

Die Untersuchungen der Kinder finden in der Regel in der Kindertagesstätte statt. Viele Kindertagesstätten haben die Untersuchungen der Gesundheitsämter bereits in die Betreuungsverträge aufgenommen und somit vorab die Einverständniserklärung der Eltern eingeholt. Die Eltern haben die Möglichkeit, während der Untersuchung anwesend zu sein, was gelegentlich zu organisatorischen Schwierigkeiten in der Kindertagesstätte führen kann, da die Kinder bei Anwesenheit der Eltern getrennt von den anderen Kindern untersucht werden. Darüber hinaus können Kinder in diesem jungen Alter nur in einem begrenzten Zeitraum am Vormittag untersucht werden. Die Akzeptanz für diese Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird jedoch bei den Eltern durch die Möglichkeit der Anwesenheit wesentlich erhöht. Die Eltern werden durch Aufklärungsmaterialien bereits im Vorfeld der Untersuchung informiert, können während der Untersuchung Fragen zur Entwicklung ihres Kindes stellen und werden zu allen Fragen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes beraten. Gemeinsam können bei entsprechendem Handlungsbedarf Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit des Kindes geplant werden.

Die Akzeptanz des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in den Kindertagesstätten ist sehr gut und basiert auf den persönlichen Kontakten zwischen den Kinderärztinnen und Kinderärzten und Erzieherinnen und Erziehern. So

wird der Untersuchungstermin in der Kindertagesstätte von den Einrichtungen gleichzeitig für allgemeine Fragestellungen zur Kindergesundheit genutzt.

Durchführung des Betreuungscontrollings

Untersuchungen der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat

Zur Durchführung des Betreuungscontrollings gibt es im Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Empfehlungen für die Landkreise und kreisfreien Städte, die ebenfalls der Fachausschuss des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz für die praktische Umsetzung erarbeitet hat. Durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter werden die Empfehlungen den konkreten Gegebenheiten vor Ort angepasst. Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung wird durch die Kinderärztin/ den Kinderarzt des Gesundheitsamtes eingeschätzt, ob ein Kind mit einer gesundheitlichen Einschränkung zunächst „nur“ weiter beobachtet werden soll oder ob akuter Handlungsbedarf besteht. Bei der „Beobachtung“ von Auffälligkeiten wird sich die Kinderärztin/ der Kinderarzt des Gesundheitsamtes das Kind nach einer gewissen Zeit erneut anschauen und die Entwicklung einschätzen, ggf. bei Bedarf Maßnahmen einleiten oder das Betreuungscontrolling bei einer positiven gesundheitlichen Entwicklung abschließen. Besteht „Handlungsbedarf“, erhalten die Eltern Empfehlungen für diagnostische und therapeutische Schritte oder für Fördermaßnahmen. Durch die Dokumentation der Empfehlungen für die genannten Maßnahmen in den Gesundheitsämtern sowie durch ein elektronisches Wiedervorlagesystem sollen sowohl die Durchführung der Empfehlung als auch die Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen überprüft werden.

Der Erfolg des Betreuungscontrollings hängt wesentlich davon ab, ob die Eltern, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oder Fördereinrichtungen – mit Einverständnis der Eltern – dem Gesundheitsamt zurückmelden, ob und

wie die ausgesprochenen Empfehlungen umgesetzt worden sind bzw. werden. Liegt keine Rückmeldung vor, ist es notwendig, mit den Eltern Kontakt aufzunehmen, sie zu erinnern und zur Wahrnehmung der empfohlenen Maßnahmen zu motivieren. Dies kann durch telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme oder durch Einladung zu einem Gespräch ins Gesundheitsamt erfolgen. Ebenso können aufsuchende Hilfen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erforderlich werden. Das Vorgehen ist an die Anforderungen des Einzelfalles anzupassen. Dabei wird der Elternwille hinreichend beachtet. Lehnen Eltern ein Betreuungscontrolling durch das Gesundheitsamt ab, wird dies akzeptiert. Gibt es jedoch Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, denen nicht anderweitig abgeholfen werden kann, wird das Jugendamt einbezogen.

Der Rücklauf über die tatsächliche Wahrnehmung der empfohlenen Schritte und Maßnahmen nach Einschätzung der Gesundheitsämter ist momentan relativ gering. Aufgrund des notwendigen Zeitraums von der Empfehlung des Gesundheitsamtes bis zum Abschluss des Betreuungscontrollings gibt es derzeit noch keine verwertbaren Daten, die Beobachtungszeit ist zu kurz. Um die Akzeptanz des Betreuungscontrollings bei Eltern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu verbessern, ist weitere Aufklärung über Inhalt und Zweck dieses Verfahrens erforderlich.

Schuleingangsuntersuchungen

Betreuungscontrolling als Instrument der Beobachtung und Förderung der Entwicklung der Kindergesundheit spielt auch bei den Schuleingangsuntersuchungen eine entscheidende Rolle. In dieser Altersgruppe erreicht der Öffentliche Gesundheitsdienst alle Kinder des Jahrgangs, da es sich für die Familien um eine verpflichtende Untersuchung zur Einschätzung der Schulfähigkeit aus medizinischer Sicht handelt. Eine weitere Screeninguntersuchung durch

die Gesundheitsämter findet erst nach zehn Jahren statt. Im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung, die in Verbindung mit der Erstuntersuchung nach §32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes durchgeführt wird, werden die Jugendlichen erneut durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht. Aufgrund dieser langen Zeitspanne werden bei der Schuleingangsuntersuchung von den Kinderärztinnen und Kinderärzten des Gesundheitsamtes relativ viele Kinder mit auffälligen Befunden in das System des Betreuungscontrollings aufgenommen, um die weitere Entwicklung der Kinder unterstützen zu können.

Zahnärztliche Untersuchungen

Mit der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes wurde die neue Aufgabe des Betreuungscontrollings nicht nur bei den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten eingeführt, sondern auch bei den Zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter, denn die Mundgesundheit ist Teil der Kindergesundheit. Im § 6 Abs. 3 Satz 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz wird festgelegt, dass für Kinder und Jugendliche mit auffälligen Befunden im Zahn-, Mund- und Kieferbereich ein Betreuungscontrolling etabliert werden soll. Dabei handelt es sich um eine über einen längeren Zeitraum bestehende Behandlungsbedürftigkeit kariös stark zerstörter Zähne, Infektionen, Blutungen oder Traumata sowie ein erhöhtes Kariesrisiko. Diese Symptome können im Einzelfall auch ein Hinweis auf eine mögliche Vernachlässigung sein. Die Zahnärztlichen Dienste untersuchen im Rahmen der jährlichen Durchführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen nach § 21 SGB V alle Kinder in Kindertagesstätten und Schulen ab dem ersten Lebensjahr. Auch hier soll seitens der Landkreise und kreisfreien Städte dafür gesorgt werden, dass Kinder mit auffälligen Befunden die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen erhalten und die Zahn- und Mundgesundheit wieder hergestellt werden. Empfehlungen zur Durchführung des Betreuungscontrollings sind im

Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter im Land Brandenburg enthalten. Dieser wurde vom Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz erarbeitet. Der Leitfaden enthält darüber hinaus Festlegungen zur standardisierten Durchführung und Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen und Maßnahmen präventionsorientierter, zahnmedizinischer Betreuungsprogramme sowie zur Übermittlung der Ergebnisse an das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Nach der Feststellung eines auffälligen Befundes durch die Zahnärztin/ den Zahnarzt des Gesundheitsamtes erhalten die Eltern vom Zahnärztlichen Dienst ein persönliches Schreiben, in dem sie über die dringende Behandlungsnotwendigkeit ihres Kindes informiert und aufgefordert werden, mit ihrem Kind einen Zahnarzt aufzusuchen. Die Eltern werden gebeten, die durchgeführte Behandlung bzw. die Vorstellung des Kindes in der Zahnarztpraxis auf einem Formular bestätigen zu lassen und dieses an das Gesundheitsamt zurückzusenden. Die Resonanz der Eltern hinsichtlich der Rückgabe des Bestätigungsformulars ist äußerst gering, es liegen derzeit noch keine Daten vor. Erfolgt keine Rückmeldung, nehmen die Gesundheitsämter – wie bereits beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst beschrieben – Kontakt mit den Eltern auf. Die Eltern werden beraten und zu einem Zahnarztbesuch mit ihrem Kind motiviert. Auch hier können im Einzelfall aufsuchende Hilfen erforderlich sein.

Im Untersuchungszeitraum August 2008 bis Juli 2009 wurden durchschnittlich 1,8 % der in Kindertagesstätten zahnärztlich untersuchten Kinder und 1,0 % der zahnärztlich untersuchten Schülerinnen und Schüler in das Betreuungscolling aufgenommen. Im Untersuchungszeitraum August 2009 bis Juli 2010 waren es 1,1 % der untersuchten Kinder bzw. 0,7 % der untersuchten

Schülerinnen und Schüler. Die Zahnärztlichen Dienste untersuchen die Kinder jährlich und informieren die Eltern schriftlich über eine festgestellte Behandlungsbedürftigkeit. Der Erreichungsgrad der Untersuchungen liegt bei durchschnittlich 85 % der im Land Brandenburg lebenden Kinder und Jugendlichen. Durch die kontinuierlichen Untersuchungen besteht die Möglichkeit, den Behandlungsbeginn bzw. -fortschritt und die Situation der Mundgesundheit bei den betroffenen Kindern in kürzeren Zeitabständen einzuschätzen. Erste Erfahrungen zeigen, dass aufsuchende Hilfen für die im Einzelfall betroffenen Familien notwendig und hilfreich sind.

Auswertung

Untersuchungen der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat

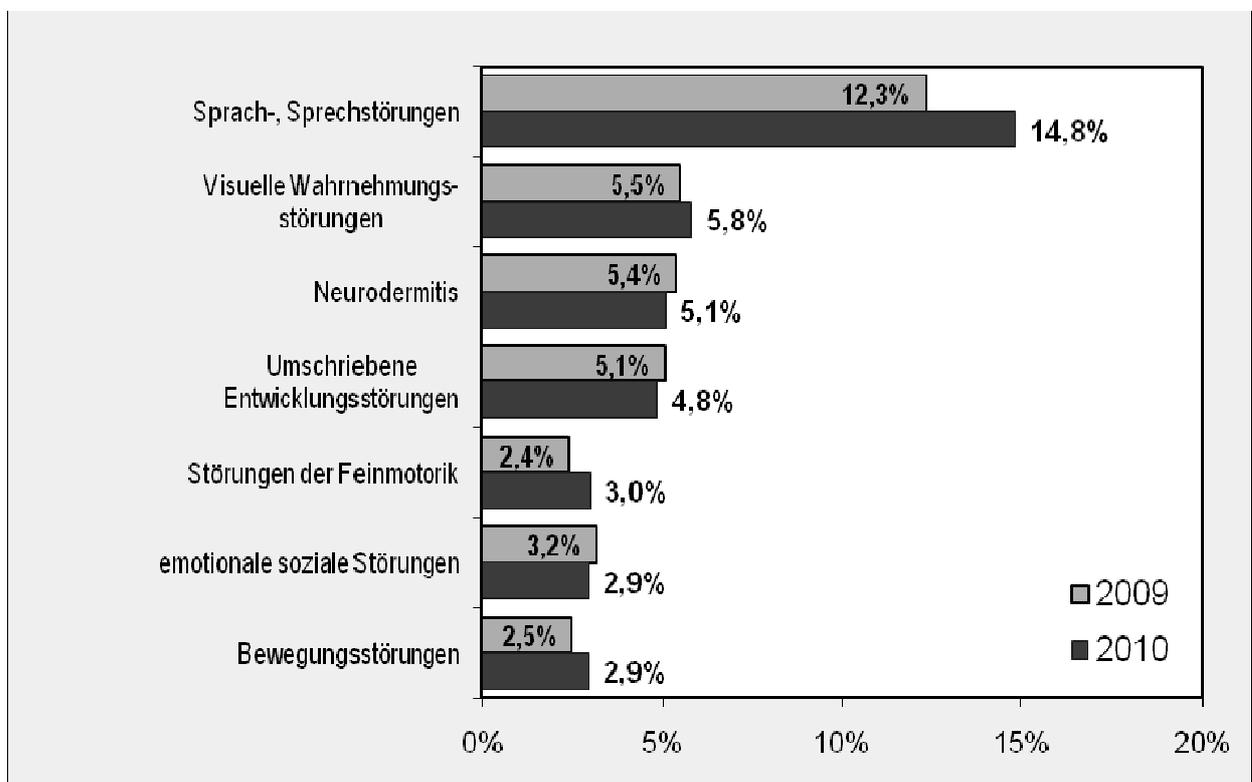
Im Untersuchungszeitraum August 2008 bis Juli 2009 wurden im Land Brandenburg 10.209 von insgesamt 18.624 Kinder der genannten Altersgruppe untersucht. Dies sind 54,8 % der in Brandenburg lebenden Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat. Im Untersuchungszeitraum August 2009 bis Juli 2010 konnte der Anteil der untersuchten Kinder in dieser Altersgruppe auf 70,7 % gesteigert werden (13.488 Kinder von insgesamt 19.086).

Im Untersuchungszeitraum August 2008 bis Juli 2009 wurden 223 Hauskinder untersucht, dies entspricht 2,2 % der untersuchten Kinder. Im darauf folgenden Jahr konnten 357 Hauskinder erreicht werden, was 2,6 % der untersuchten Kinder entspricht. Damit wurden im Untersuchungszeitraum August 2009 bis Juli 2010 schätzungsweise 15 % der Hauskinder erreicht (357 von insgesamt ca. 2.400 Hauskindern). In beiden Untersuchungszeiträumen wurden in einigen Landkreisen und kreisfreien Städten keine Hauskinder untersucht, hier sind in jedem Fall erhöhte Anstrengungen erforderlich.

Die gesundheitliche Situation der Kinder im Alter von 30 bis 42 Lebensmonaten stellt sich wie folgt dar: Die häufigsten Befunde sind Sprach- und Sprechstörungen, visuelle Wahrnehmungsstörungen, Neurodermitis, umschriebene Entwicklungsstörungen, Störungen der Feinmotorik, emotionale und soziale Störungen und Bewegungsstörungen (siehe Anlage 2, Tabelle 1).

Bei den Sprach- und Sprechstörungen ist eine Zunahme von 2,5 Prozentpunkten im Vergleich der beiden Untersuchungszeiträume zu verzeichnen. Aus diesem Anstieg lassen sich noch keine Rückschlüsse auf erhöhte gesundheitliche Risiken für kleinere Kinder schließen. Vielmehr ist zu vermuten, dass die geringe Untersuchungsrate von 54,8 % im ersten Jahr nach der Einführung der Regelung zu einer systematischen Untererfassung führte.

Häufige Befunde von Kindern im Alter von 30 bis 42 Lebensmonaten:

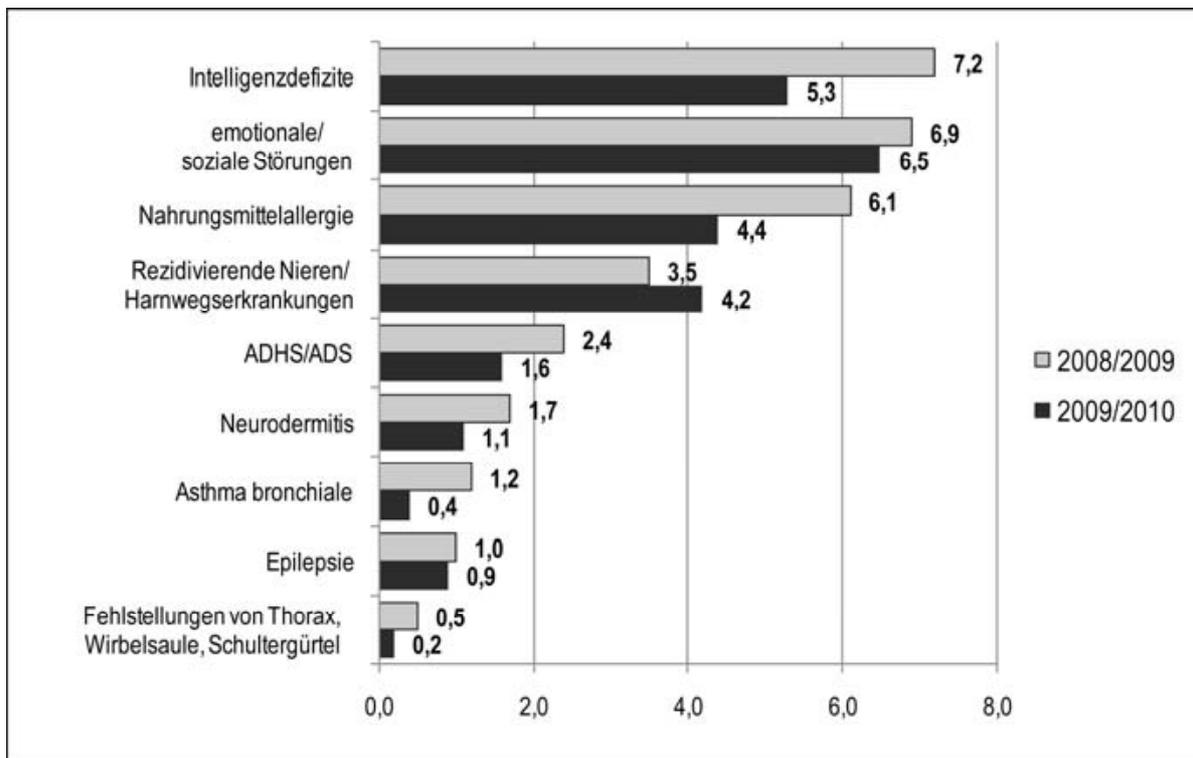


Die häufigsten medizinisch relevanten Befunde im Untersuchungszeitraum August 2009 bis Juli 2010 (definiert als eine gesundheitliche und funktionelle Beeinträchtigung), die häufig zu einer Behandlungsempfehlung führten, sind folgende: Sprachstörungen 14,8 % (ca. die Hälfte mit Empfehlung zur Behandlung), Entwicklungsauffälligkeiten 9,2 % (ca. die Hälfte mit Empfehlung zur Behandlung) und psychische Störungen 3,6 % (ca. ein Drittel mit Empfehlung zur Behandlung). Nähere Angaben dazu finden sich in der Anlage 2, Tabelle 2 und 3. Die Jungen sind bei diesen Gesundheitsstörungen deutlich häufiger betroffen als die gleichaltrigen Mädchen (siehe Anlage 2, Tabelle 4 und 5). Insgesamt lagen die Prozentanteile der medizinisch relevanten Befunde in beiden Untersuchungszeiträumen bei ca. 27 % und die Empfehlungen zur Behandlung bei etwas mehr als einem Drittel dieser Kinder.

Bei 1.256 von insgesamt 3.757 Kindern ist der Befund erstmalig durch die Kinderärztin/ den Kinderarzt des Gesundheitsamtes festgestellt worden. Die große Anzahl von Erstdiagnosen unter den medizinisch relevanten Befunden weist darauf hin, dass im medizinischen Versorgungssystem möglicherweise Defizite in der frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen.

Im Untersuchungszeitraum August 2008 bis Juli 2009 stellten die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bei 29 von 1.000 untersuchten Kindern eine chronische Erkrankung fest und im Untersuchungszeitraum August 2009 bis Juli 2010 bei 23 von 1.000 Kindern. In beiden Jahren wurde bei mehr als jedem vierten chronisch kranken Kind eine Behandlung empfohlen (siehe auch Anlage 2, Tabelle 6 und 7).

Chronische Erkrankungen bei Kindern im Alter von 30 bis 42 Lebensmonaten
(je 1000 untersuchter Kinder):



Begriffe der Diagnosen entstammen dem Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Im Untersuchungszeitraum August 2008 bis Juli 2009 wurde die Frage nach der Teilnahme am „Netzwerk Gesunde Kinder“ im Land Brandenburg in den Anamnesebogen und somit in die Auswertung aufgenommen. Bisher kann noch nicht umfassend eingeschätzt werden, wie sich die Netzwerkbetreuung auf die gesundheitliche Lage der Kinder auswirkt. Erste Ergebnisse aus dem Untersuchungszeitraum August 2009 bis Juli 2010 von ca. 362 Netzwerkkindern zeigen folgende Tendenz: Netzwerkkinder haben vergleichsweise einen geringeren Förderbedarf und Eltern der Netzwerkkinder nehmen die U7a häufiger in Anspruch.

Weitere Angaben zur gesundheitlichen Lage der Kinder im Alter von 30 bis 42 Lebensmonaten sowie Ergebnisse zur Gesundheit von Einschulungskindern sind auf der Gesundheitsplattform www.gesundheitsplattform.brandenburg.de abrufbar.

Betreuungscontrolling

Untersuchungen der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat

In beiden Jahren (2008/2009 und 2009/2010) wurde rund ein Drittel der untersuchten Kinder (3.430 bzw. 4.663) in das Betreuungscontrolling aufgenommen. Davon wurde die Hälfte der Kinder in die Kategorie „Beobachtung“ eingestuft und bei etwas mehr als einem Drittel ein unmittelbarer Handlungsbedarf festgestellt. Häufige Gründe für eine weitere Beobachtung der Kinder sind in beiden Untersuchungszeiträumen eine nicht altersgerechte Sprachentwicklung, gefolgt von kognitiven Störungen, Bewegungsstörungen und Befunde bei der sozialen und emotionalen Entwicklung. Der unmittelbare Handlungsbedarf bezieht sich in beiden Jahren am häufigsten auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung, gefolgt von der Einleitung einer Frühförderung, der Anbahnung medizinisch-therapeutischer Behandlungen (Logopädie und Ergotherapie) und der psychologischen Klärung von psychischen Störungen (siehe Anlage 2, Tabelle 8).

Aus den kinderärztlichen Daten der Gesundheitsämter kann des Weiteren ermittelt werden, welche Fördermaßnahmen ein Kind bereits erhält und welche Maßnahmen weiterhin oder auch zusätzlich für eine optimale Förderung nötig sind. Maßnahmen der Förderung sind Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Frühförderung und psychologische Behandlung. Als optimal versorgt gilt ein Kind, das bedarfsgerecht in derartige Maßnahmen eingebunden ist. Von den untersuchten Kindern im Untersuchungszeitraum August 2009 bis Juli 2010 sind insgesamt 11% der Kinder förderbedürftig, 3,2% sind optimal

versorgt. Dies bedeutet, dass andererseits 7,8 % der Kinder nicht oder nicht im ausreichenden Umfang durch Fördermaßnahmen erreicht werden. Jungen waren fast doppelt so stark betroffen wie Mädchen.

Schuleingangsuntersuchungen

Bei den Schuleingangsuntersuchungen wurden in den Jahren 2009 und 2010 jeweils rund 21.300 Kinder untersucht. In beiden Jahren lag der Handlungs- bzw. Beobachtungsbedarf bei den Einschulungskindern bei ca. 30%. Weitere Angaben zu den Gründen einer Beobachtung bzw. zu den Empfehlungen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bzw. Fördermaßnahmen sind in der Anlage 2, Tabelle 9 aufgeführt. Der Förderbedarf hinsichtlich der o. g. Maßnahmen liegt in beiden Jahren zwischen rund 8 % und 9 %. Angehende Schülerinnen und Schüler aus sozial benachteiligten Familien haben einen fast doppelt so hohen Handlungsbedarf als entsprechende Kinder aus Familien mit hohem sozialem Status (www.gesundheitsplattform.de).

Fazit

Die Untersuchungen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen für Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat wurden als ein Baustein der vorsorgenden gesundheitlichen Förderung eingeführt, um allen Kindern im Land Brandenburg unabhängig von der sozialen Lage ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Ziel ist es, so früh wie möglich gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erkennen und differenzierte Empfehlungen zu weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie zu einer gezielten Förderung zu geben.

Mit dem Betreuungscontrolling soll der Öffentliche Gesundheitsdienst dafür Sorge tragen, dass die empfohlenen Maßnahmen auch tatsächlich umgesetzt und Familien erreicht werden, die ansonsten Angebote der gesundheitlichen

Versorgung nicht oder nicht ausreichend in Anspruch nehmen. Dabei ist der Öffentliche Gesundheitsdienst nicht alleiniger Akteur im gesundheitlichen Bereich. Gemeinsam mit den Eltern, Erzieherinnen und Erziehern, niedergelassenen und klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe sollen Maßnahmen ergriffen werden, die dazu beitragen, die Gesundheit der Kinder zu erhalten und zu fördern.

Die überwiegende Zahl der Kinderärztinnen und Kinderärzte der Gesundheitsämter beurteilt trotz des relativ hohen personellen und zeitlichen Aufwandes die Untersuchungen aller Kinder in diesem Lebensalter sehr positiv. Im zweiten Jahr nach Inkrafttreten der Regelung werden bereits ca. 71 % der Kinder dieser Altersgruppe erreicht. Der Anteil der Hauskinder bleibt jedoch weit unter den Erwartungen. Hier sind weitere Anstrengungen seitens der Landkreise und kreisfreien Städte erforderlich, um möglichst alle Kinder dieser Altersstufe zu erreichen.

Auch das Betreuungscontrolling ist für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zeit- und personalaufwendig, eine lückenlose Betreuung ist nicht realisierbar. Dennoch wird das Betreuungscontrolling von den Kinderärztinnen und Kinderärzten der Gesundheitsämter als wichtiges Beobachtungs- und Betreuungsinstrument wahrgenommen. Familien, die Hilfe benötigen, werden gezielter erreicht und können individuell begleitet werden.

Die Daten des Betreuungscontrollings des Untersuchungszeitraums August 2008 bis Juli 2009 geben erste Hinweise zur Umsetzung und zum Betreuungsaufwand. Im folgenden Jahr sind die Daten zum Betreuungscontrolling bereits belastbar, da man ca. 71 % aller Kinder untersucht hat und die

Dokumentationsstandards in allen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten weitgehend umgesetzt sind.

Derzeit kann noch nicht eingeschätzt werden, ob das Ziel, die Gesundheit der Kinder unabhängig von der sozialen Lage zu verbessern, auch wirklich erreicht wird. Der Öffentliche Gesundheitsdienst sieht die im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat untersuchten Kinder frühestens zur Schuleingangsuntersuchung nach zwei bis drei Jahren wieder. Erst dann kann festgestellt werden, ob die eingeleiteten Maßnahmen tatsächlich erfolgreich sind und wie sie die Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreichen. Eine positive Tendenz zeichnet sich bei den Kindern ab, die einen Frühförderbedarf haben. Eine Auswertung der Abteilung Gesundheit des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz von 551 Kindern aus vier Frühförderstellen konnte zeigen, dass das Alter der Kinder bei Kostenübernahme der Frühförderung im Jahr 2010 im Vergleich zu den Vorjahren unter vier Jahren lag, was insofern positiv zu bewerten ist, als später eingeleitete Maßnahmen oft nicht mehr in gleicher Weise wirksam sind.

Sehr verbessert hat sich die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste mit den Eltern, insbesondere durch die differenzierten Empfehlungen der Kinderärztinnen und Kinderärzte für gesundheitliche Maßnahmen und die Möglichkeit, an der Untersuchung teilzunehmen. Der überwiegende Teil der Eltern, die eine Mitteilung zu einem auffälligen Befund erhalten, reagiert positiv, zumal es sich häufig um Erstbefunde handelt, die in den Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte nicht festgestellt wurden. Die Eltern haben die Möglichkeit, Befunde gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes zu besprechen und das weitere Vorgehen abzustimmen.

Es gibt jedoch auch Eltern, die sowohl die Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als auch das Instrument des Betreuungscontrollings als „staatliche“ Kontrolle oder Bevormundung betrachten. Dieser Anteil ist nach Aussagen der Gesundheitsämter relativ gering. Nach sachlichen Erläuterungen von Ziel und Zweck der Maßnahmen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst kann in vielen Fällen Verständnis und Interesse bei den Eltern erreicht werden. Nach Aussage der Gesundheitsämter werden allerdings in Einzelfällen ihre Empfehlungen für Diagnose und Therapie von den behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht geteilt. Unterschiedliche Auffassungen können dann zur Verunsicherung der Eltern führen.

Die Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes mit den Erzieherinnen und Erziehern der Kindertagesstätten hat sich durch die zahlreichen persönlichen Kontakte deutlich verbessert. Eine allgemeine präventive Beratung zur Gesundheit der Kinder wird mit dem Untersuchungstermin angeboten und fördert die Akzeptanz des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Seitens der Gesundheitsämter hat man darüber hinaus festgestellt, dass gerade Familien, deren Kinder aufgrund unterschiedlichster Umstände besonders gefördert werden müssten, häufig nicht erreicht werden. In diesen Fällen bemühen sich die Gesundheitsämter, den Familien Hilfestellungen zu geben, sie zur Annahme der Förderangebote zu motivieren und bei bestehenden sozialen Problemen Abhilfe zu schaffen. Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung nehmen die Gesundheitsämter Kontakt mit den Jugendämtern auf. In vielen Landkreisen und kreisfreien Städten sind durch diese im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz aufgenommenen Regelungen, insbesondere durch das Betreuungscontrolling, die Kontakte und Abstimmungen zwischen Gesundheit und Jugendhilfe intensiviert worden.

Zusammenfassung

Im Ergebnis wird eingeschätzt, dass sowohl die mit der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes eingeführte Untersuchung aller Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat als auch das ärztliche und zahnärztliche Betreuungscontrolling geeignet sind, die Kindergesundheit zu erhalten und zu fördern. Durch die Untersuchung, verbunden mit dem Betreuungscontrolling, hat der Öffentliche Gesundheitsdienst engeren Kontakt zu den Familien und Kindern. Der Einsatz standardisierter Untersuchungsinstrumente und die entsprechende Fortbildung der Gesundheitsämter, auch im Hinblick auf das Erkennen von Hinweisen auf eine Kindesvernachlässigung und -misshandlung, qualifizieren den Öffentlichen Gesundheitsdienst für diese Screeninguntersuchungen.

Die Zusammenarbeit mit den Eltern, den Erzieherinnen und Erziehern, der Kinder- und Jugendhilfe und anderen am System der Kinderbetreuung Beteiligten hat sich verbessert und sollte weiter gefestigt werden. Ziel muss es sein, die für die Betreuung von Kindern im weitesten Sinne Verantwortlichen zu vernetzen und passgenaue Hilfen zu entwickeln. Die Risikokommunikation zwischen den Partnern sollte weiter intensiviert werden, um die Vermittlung in weiterführende Hilfesysteme wirksam zu gestalten.

2 c) Arbeit des „Netzwerkes Gesunde Kinder“

2005 wurde das „Netzwerk Gesunde Kinder“ konzeptionell entwickelt und als zentrale Maßnahme in das familienpolitische Programm des Landes Brandenburg aufgenommen. Das erste Projekt dieser Initiative ging 2006 an den Start. Im Kern geht es darum, dass Schwangere und junge Familien alle Informationen für die gesunde und soziale Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren ihres Kindes unmittelbar und möglichst passgenau in ihrer Lebenswelt unter Berücksichtigung staatlicher, regionaler, kommunaler,

medizinischer und privater Förderangebote (präventive Angebote und Frühe Hilfen) unbürokratisch durch ehrenamtlich tätige Paten erhalten.

Die Paten arbeiten in lokalen, handlungsfähigen und regional sachkundigen Netzwerken mit vor Ort tätigen Hebammen, Frauenärzten und Kinderärzten, Schwangerenberatung, Jugend-, Sozial- und Gesundheitsamt in verbindlichen Kooperationsstrukturen zusammen.

Dreh- und Angelpunkt der Arbeit in den regionalen Netzwerken sind die regelmäßigen Besuche (mindestens 10 Pflichtbesuche in festgelegten Abständen), um Eltern mit kleinen Kindern in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und – ganz nebenbei – zugleich an die Termine der Früherkennungsuntersuchungen beim Kinderarzt zu erinnern.

Dabei versteht sich der Pate in erster Linie als Navigator und Übermittler von Informationen rund um die Themen Schwangerschaft, Geburt, Kindergesundheit und zu den sozialen und therapeutischen Angeboten in der Region. Ihre Kompetenz soll dazu dienen, ein Gespür für geeignete Angebote professioneller Partner zu entwickeln. Um ihrer verantwortungsvollen Aufgabe als Begleiter und Navigator in den Familien gerecht zu werden, werden die Paten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit nach einem standardisierten Curriculum geschult, das mindestens 30 Ausbildungsstunden beinhaltet. Die Fortbildung wird von ausgewiesenen Fachkräften durchgeführt und wiederholt.

Die Paten unterliegen der Schweigepflicht, die in schriftlich verbindlicher Form geregelt ist. Darüber hinaus bietet der Patenstammtisch, der für die Paten verpflichtend ist, Platz für Erfahrungsaustausch und die Möglichkeit, sich über Probleme, die es möglicherweise bei den Besuchen gab, auszutauschen. Hier werden auch wichtige Informationen, wie z. B. gesetzliche Änderungen, In-

formationen zum Projekt, an die Paten weitergegeben, die diese dann in die Familien hineintragen. Aufgaben und Grenzen der Paten werden immer wieder verankert.

Für die Projektsteuerung ist die Netzwerkkoordination verantwortlich, die von der Lenkungsgruppe unterstützt wird. Die Lenkungsgruppe versteht sich als Beratungs-, Beschluss- und Aufsichtsgremium und setzt sich aus der Netzwerkleitung und Netzwerkkoordination, beschlussfähigen Vertreter/-innen der eingebundenen obligaten Akteure sowie fakultativ Vertretern übergeordneter Gremien der Kommunal- und eventuell der Landespolitik zusammen. Sie trifft sich mindestens einmal jährlich, um bisherige Prozesse und Ergebnisse auszuwerten und darauf einzuwirken, dass die daraus resultierenden Erkenntnisse in die Netzwerkarbeit einfließen können.

Neben Lenkungsgruppe und Patenstammtisch ist Bestandteil eines jeden regionalen Netzwerkes der Qualitätszirkel, dessen Mitglieder die Partner des Netzwerkes sind. Die Zirkel arbeiten den Erfordernissen des Netzwerkes entsprechend thematisch zusammen. Themen sind u. a. Schwangerschaft und Geburt, Frühkindliche Interaktion, Frühförderung, rechtliche Pflichten und Ansprüche von Familien.

Zurzeit sind 18 Netzwerke an 30 Standorten in 13 Landkreisen und 2 kreisfreien Städten aktiv. In ihren Einzugsgebieten wurden seit jeweiliger Netzwerkgründung bisher 17.700 Kinder geboren, rund 930 ehrenamtliche Patinnen und Paten oder Hebammen (HVL) begleiten etwa 3.400 Familien oder Schwangere. Somit werden durchschnittlich 19 % der Familien in den Regionen erreicht, in denen Netzwerke existieren; bei dem ältesten Netzwerk in Oberspreewald-Lausitz beträgt die Quote 44 %. Damit ist bereits eine sehr hohe Reichweite erzielt. Die Evaluatoren verweisen darauf, dass höhere

Reichweiten kaum zu erwarten sind, da das Konzept der „Netzwerke Gesunde Kinder“ in Deutschland völlig neuartig und interventionstheoretisch äußerst komplex ist.

Seit Beginn des Programms werden alle regionalen Netzwerke fortlaufend durch ein unabhängiges Institut evaluiert. Ziel der Evaluierung ist es, die Verbesserung der somatischen und der psychosozialen Gesundheit sowie durch die Vernetzung entstehende Synergien nachzuweisen und zu nutzen. Die Auswirkungen der Arbeit lassen sich hier durch Bewertungsindikatoren wie beispielsweise Grad der Inanspruchnahme, Quote befundunauffälliger Kinder, Erstdiagnostik oder Erstbefund- und Erstförderalter ermitteln.

Im Evaluationsbericht für das Jahr 2010 werden die Ergebnisse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt. Grundlage sind hier die durchgeführten qualitativen Interviews, die Prozessdokumentationen vom III. Quartal 2010 (30.09.2010) sowie die AmbuCare Daten in einer Auswertung vom 30.09.2010. Die Darstellungen zur Prozess- und Ergebnisqualität erfolgen in der Evaluation über eine Auswertung und Analyse wichtiger Fragen der Interventoren- und Mütterbefragung. Die Analyse der Mütterbefragung fokussiert dabei wie bisher auf die wichtigen Fragen des Netzwerkzugangs und der Bewertung des Netzwerkes.

Die Mütterbefragung 2010 (1.091 Fragebogen von Müttern lagen vor) ergab, dass 26 % der Mütter einen einfachen oder (noch) keinen Schulabschluss, 41 % die mittlere Reife und 32 % das Abitur haben. 20 % der Befragten sind allein erziehend. 86 % der Mütter sind mit den verschiedenen Leistungen insgesamt sehr zufrieden bis zufrieden (siehe Anlage 3, Tabelle 1) und 95 % wollen das Netzwerk weiter empfehlen. Ein außerordentlich hohes Maß an „Kundenzufriedenheit“, das in der Anlage 3, Tabelle 2 zum Ausdruck kommt.

Für eine belastbare epidemiologische Analyse der Daten zum Gesundheitszustand der Kinder sind die vorliegenden Fallzahlen noch zu gering. Aus diesem Grund wurde die Analyse dieser Daten nur für die Gesamtgruppe und nach Schulbildung der Mutter (drei Bildungsstufen) durchgeführt. Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass Mütter mit geringer Bildung weniger häufig stillen, Mütter mit Hochschulreife häufiger Krankheiten ihrer Kinder benennen und häufiger Physiotherapie in Anspruch nehmen. 94% der befragten Mütter bewerten den Gesundheitszustand des Kindes mit sehr gut oder gut. Dabei bestehen keine Unterschiede bei den Müttern mit unterschiedlicher Bildung.

Die häufigsten Zugangswege teilnehmender Familien sind Hebammen, Geburtskliniken und Schwangerschaftsberatungsstellen (siehe Anlage 3, Tabelle 3). Die Netzwerke erreichen Familien aus allen sozialen Gruppen.

Die Patenbefragung auf der Grundlage von 369 Fragebogen (davon 98% Frauen), die 1.919 Familien betreuen, ergab, dass das Durchschnittsalter der Paten bei 47 Jahre liegt, 90% der Paten eigene Kinder und 94% abgeschlossene Berufsausbildung haben. Im Durchschnitt ist eine Patin monatlich 8,5 Stunden für das Netzwerk tätig und betreut 5,2 Familien. Sie besucht im Durchschnitt 11 Schulungen, welche mit Note 1,8 bewertet werden. 90% der Patinnen würden die Arbeit als Patin empfehlen.

Erstmals konnten im Rahmen der Reihenuntersuchungen 2009/2010 durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter bei rund 13.500 Kindern im Alter von 30 bis 42 Lebensmonaten Vergleiche zu den 362 Kindern, die in einem Netzwerk betreut wurden, gezogen werden. Hier zeigen sich weitere positive Einflüsse. So wurde bei 7,8 Prozent aller Kinder ein Förderbedarf festgestellt, aber nur bei 5,8 Prozent aller „Netzwerk-Kinder“. Auch nehmen „Netzwerk-Kinder“ häufiger an der U7a-Untersuchung teil und brin-

gen häufiger den Impfausweis bei. Das alles sind Indizien für die positive Wirkung der Netzwerke auf die Entwicklung der Kinder, für belastbare Aussagen bedarf es weiterer Auswertungen. Sie werden im Zusammenhang mit den Erhebungen zu den Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Mitte des Jahres 2011 möglich, die einen Vergleich zwischen allen Kindern und denen, die in einem Netzwerk betreut werden, erlauben.

Eine Zusammenarbeit der „Netzwerke Gesunde Kinder“ mit den Lokalen Bündnissen für Familie besteht an fast allen Netzwerkstandorten, überwiegend sind die Netzwerke selbst Partner in den Lokalen Bündnissen für Familie. In den Fällen, wo keine Kooperationsvereinbarung geschlossen wurde, besteht jedoch Kontakt. In den von einigen Netzwerken vorgenommenen Aussagen zur Zusammenarbeit wird diese als sehr unterschiedlich bewertet und reicht von „ausgezeichnet“ bis hin zu „verbesserungsfähig“.

Das „Netzwerk Gesunde Kinder“ kann als ein sehr erfolgreiches Programm eingeschätzt werden. Ziel ist es, die Strukturen zu einem flächendeckenden Netzwerk auszubauen, aber auch etablierte Strukturen weiterzuentwickeln und regionale Netzwerke stärker miteinander zu verknüpfen sowie deren Zusammenarbeit zu fördern. Die regionalen „Netzwerke Gesunde Kinder“ haben 2010 einheitliche Qualitätsstandards (Mindeststandards und Patenschulungscurricula) entwickelt, die künftig ihre Arbeit bemessen.

Das Land Brandenburg ist mit dem Projekt „Netzwerk Gesunde Kinder“ bundesweit Vorreiter. Zusammen mit allen gesellschaftlichen, sozialen und ehrenamtlichen Partnern ist ein sozialräumliches Netzwerk entstanden, das alle regionalen Akteure vereint, die mit der Gesundheit und der sozialen Entwicklung von Kindern beschäftigt sind. Über diese Netzwerke können alle (werdenden) jungen Eltern ohne soziale Stigmatisierung erreicht werden.

3. Instrumente und Vorschriften zum Kinderschutz

3 a) Programm zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg vom 28. März 2006 (Drucksache 4/2733) und die Arbeit der Fachstelle Kinderschutz

Vor fünf Jahren wurde das Programm der Landesregierung zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit beschlossen. Ein erstes Ergebnis daraus waren die „Empfehlungen zum Umgang und zur Zusammenarbeit bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung sowie bei entsprechenden Verdachtsfällen“ (im Folgenden kurz: Landesempfehlungen), die vom MBS, MI, MdJ und MASF zusammen mit dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindebund erarbeitet und im Juni 2006 unterzeichnet wurden. Sie haben – im Vergleich mit den Aktivitäten der anderen Bundesländer sehr frühzeitig – sowohl die Wahrnehmung der Aufgaben in den Bereichen Jugendhilfe, Schule, Familie, Gesundheit, Justiz und Polizei beschrieben als auch Rahmenbedingungen für eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation im Kinderschutz vorgegeben. Ebenfalls im Jahr 2006 wurde die Fachstelle Kinderschutz errichtet. Sie wird seitdem aus dem Landesjugendplan finanziert.

Um ein differenziertes Bild über die Wirkungen des Landesprogramms, der Landesempfehlungen und der Arbeit der Fachstelle Kinderschutz zu erhalten, wurden bei der Erarbeitung des folgenden Beitrags zwei verschiedene, miteinander verbundene Ansätze verfolgt:

Zum einen werden die Arbeitsschwerpunkte und Ergebnisse im Landesprogramm für den Zeitraum 2006 bis 2010 dargestellt. Dieser Sachbericht wird durch Materialien vertieft und ergänzt, die sich in der Anlage befinden:

- eine Erhebung der Kooperationen im Kinderschutz mit Blick auf die Entwicklung regionaler Arbeitsgemeinschaften (Anlage 5),

- eine Darstellung des Praxisbegleitsystems (Anlage 6),
- eine Zusammenstellung der Veröffentlichungen (Anlage 7),
- eine Übersicht über die Fachveranstaltungen (Anlage 8).

Zum anderen wurde eine Befragung von Mitarbeiter/-innen der brandenburgischen Jugendämter durchgeführt, um eine Bewertung der Nutzer/-innen zu ausgewählten Fragestellungen zu erhalten. Dazu wurde eine anonyme Erhebung mithilfe eines Online-Fragebogens auf der Website der Fachstelle Kinderschutz (www.fachstelle-kinderschutz.de) in der Zeit vom 12. Oktober bis 23. November 2010 durchgeführt (siehe Anlage 9). Die Befragung richtete sich an Mitarbeiter/-innen bzw. Fachkräfte der 18 Jugendämter und ggf. an die Leiter/-innen regionaler Arbeitskreise Kinderschutz. Letztere können auch Mitarbeiter/-innen anderer Arbeitsbereiche der öffentlichen Verwaltung oder örtlicher freier Träger sein. Insgesamt haben sich 69 Mitarbeiter/-innen aus 17 Jugendämtern beteiligt.

Beide methodischen Ansätze wurden so aufbereitet, dass sie im Folgenden integriert, entlang der Arbeitsschwerpunkte dargestellt werden können: den Teilen des Sachberichts folgen jeweils unmittelbar – sofern sie erhoben wurden – die Ergebnisse der Befragung aus der Nutzerperspektive.

Vorab sollen allerdings die Ergebnisse der Befragung zum Landesprogramm insgesamt und zu seiner allgemeinen Bewertung dargestellt werden:

Frage: Die Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg hat die Aufgabe, wesentliche Teile des Programms zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg umzusetzen. Wie schätzen die brandenburgischen Jugendämter die Wirkung des Landesprogramms für die eigene Praxis ein?

Neben der Bekanntheit des Programms zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit wurde mit dieser Frage auch die Wirkung in Bezug auf die Praxis angesprochen. Von den insgesamt 69 Befragten gaben 58 an, das o. g. Programm zu kennen, sieben kannten es nicht und vier Teilnehmer/-innen haben die Frage nicht beantwortet.

Bei den 58 positiven Antworten lässt sich auf die vertiefende Fragestellung, was im Einzelnen gewirkt hat, eine breite Streuung konstatieren. Die Antwortmöglichkeiten lagen zwischen 1 für einen geringen und 4 für einen hohen Nutzen für den eigenen Arbeits- und Verantwortungsbereich. Im Einzelnen erfolgte die Bewertung wie folgt, im Vergleich die Einschätzung des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD), der im Wesentlichen die Aufgaben des Kinderschutzes im Jugendamt wahrnimmt, in der zweiten Spalte:

	Gesamtdurchschnitt	ASD
Entwicklung von Verfahren und Konzepten	3,2	3,5
wissenschaftliche Studien und Forschungen	2,7	2,8
Praxisbegleitsystem insgesamt	2,9	3,3
Handlungsleitlinien bzw. Vereinbarungen	3,2	3,5
Kooperation und Netzwerkarbeit	2,9	3,3
Fallreflexion	2,9	3,2
Krisenberatung und -begleitung	2,6	3,0
Öffentlichkeitsarbeit (Website, KS-ABC ...)	3,0	3,3

Dies zeigt insgesamt eine gute Bewertung der fachlichen Impulse, die durch das Landesprogramm zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit und von der Fachstelle in die Praxis der Jugendämter gegeben wurden. Die relativ höhere Bewertung durch die Mitarbeiter/-innen des ASD verweist auf den Nutzwert des Praxisbegleitsystems gerade für diejenigen, die unmittelbar mit Kinderschutzaufgaben betraut sind.

Ein Grund dafür ist wahrscheinlich ein Vorläuferprojekt, in dessen Rahmen einige Grundlagen für die Verbesserung des Kinderschutzes entwickelt wurden. Schon in den Jahren 2001 bis 2006 haben sich alle 18 brandenburgischen Jugendämter an dem Praxisentwicklungsprojekt „Qualitätsentwicklung im ASD“ beteiligt. Das Projekt war im Wesentlichen darauf ausgerichtet, die Fachressourcen zur Bewältigung der anstehenden Alltags- und Entwicklungsaufgaben zu aktivieren und ggf. zu erschließen und dabei insbesondere Fragen des Kinderschutzes zu berücksichtigen. Mit Blick auf die allgemeinen Entwicklungserfordernisse in der Jugendhilfe und auf den spezifischen Entwicklungsbedarf der 14 Landkreise und 4 kreisfreien Städte wurden Führungskräfte des ASD unter verschiedenen Aspekten (Konzeptentwicklung, Teamentwicklung, Zeitmanagement) überregional qualifiziert und mit ihren Mitarbeiter/-innen vor Ort zur Vertiefung spezieller Themen fachlich begleitet.

Rückblickend ist wichtig, dass sich die ASD-Leiter/-innen über die Arbeit im Projekt zu einer kollegialen Gruppe zusammengefunden haben, die bis heute als Forum zum fachlichen Austausch und zur Reflektion genutzt wird. Ein ebenso wichtiges Ergebnis des Projekts war der bereits im Mai 2006 erschienene „Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung gemäß § 8a SGB VIII“. Auf diesen langjährigen Erfahrungen und dem qualifizierten Arbeitszusammenhang konnte die Fachstelle Kinderschutz mit dem Praxisbegleitsystem unmittelbar aufbauen.

Das Praxisbegleitsystem

Jedes Jugendamt verfügt pro Jahr über ein bestimmtes Beratungsbudget, das dem örtlichen Bedarf entsprechend inhaltlich ausgestaltet werden kann. In den ersten beiden Jahren standen fünf Beratungstage pro Jahr, seit 2008 drei Beratungstage zur Verfügung. Lediglich im Jahr 2007 konnte das Budget nicht ausgelastet werden. In allen anderen Jahren kam es zu leichter „Über-

ziehung", die sich aus steigenden Bedarfen in den Beratungs- bzw. Begleitprozessen ergaben. Nicht genutzte Kontingente einzelner Jugendämter konnten zugunsten anderer Jugendämter eingesetzt werden und teilweise wurden zusätzliche Beratungstage eingeplant, um wichtige Prozesse nicht abubrechen und die Ergebnisse zu sichern.

Insgesamt wurden den Jugendämtern von der Fachstelle Kinderschutz 302 Beratungstage angeboten, 326 wurden aufgrund größerer Nachfrage realisiert. Dabei bestand die Möglichkeit, die Beratungsbudgets als ganze oder halbe Tage in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grund hat die Fachstelle seit 2006 insgesamt 390 Vor-Ort-Veranstaltungen durchgeführt. Zudem waren Mitarbeiter/-innen der Fachstelle in 66 Fällen für Krisenberatungen angefragt.

An insgesamt 456 Einzelveranstaltungen haben 7.457 Fachkräfte, überwiegend der Jugendämter, aber auch von Trägern der freien Jugendhilfe teilgenommen. Das entspricht einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 19 je Veranstaltung. Im Wesentlichen gab es über den Zeitraum von fünf Jahren vier Themenbereiche, in die sich alle Veranstaltungen einordnen lassen: einmal Verfahren, Handlungsleitlinien und Vereinbarungen im Kinderschutz, dann Kooperation und Netzwerkarbeit, drittens Fallreflexion und schließlich Krisenberatung. In jährlichen Arbeitsschwerpunkten wurden außerdem übergreifende Fachthemen gesetzt:

- Entwicklung und Qualifizierung von Verfahren (2006),
- Initiierung von Kooperation und Netzwerkarbeit (2007),
- Einzelfallbearbeitung und -beratung (2008),
- Etablierung der regionalen Arbeitskreise (2009),
- Kooperation Jugendhilfe und Schule (2010).

Dazu hat die Fachstelle im Zeitraum von 2006 bis 2010 insgesamt 89 regionale und überregionale Fachveranstaltungen durchgeführt bzw. sich an solchen beteiligt.

Frage: Die Fachstelle Kinderschutz unterstützt die Jugendämter im Land Brandenburg seit 2006 mit einem Praxisbegleitsystem. Das Angebot wurde auf der Grundlage einer Bedarfserhebung bei allen Jugendämtern zusammengestellt und jährlich fortgeschrieben. Wie schätzen die brandenburgischen Jugendämter dieses Angebot ein?

Der Nutzen des Praxisbegleitsystems wird von den Befragten insgesamt (und im Vergleich dazu von den ASD-Mitarbeiter/-innen) so bewertet:

Gesamtdurchschnitt	ASD
Nutzen der Inanspruchnahme des Praxisbegleitsystems	2,4 2,8

Bezogen auf die vier Themenbereiche wurde um eine differenzierte Bewertung gebeten, die sich zusammenfassend so darstellt:

	Gesamtdurchschnitt	ASD
Themenbereich: Verfahren, Handlungsleitlinien und Vereinbarungen	2,9	3,5
Themenbereich: Kooperation und Netzwerkarbeit	2,6	2,8
Themenbereich: Fallreflexionen inkl. Aufarbeitung von Einzelfällen	2,3	2,5
Themenbereich: Krisenberatung und -begleitung	2,0	2,2

zusätzlich genannte und nicht bewertete Themen:

- Methoden der Risikoabschätzung
- Aufgaben und Rollen in der Kinderschutzarbeit
- Vorbereitung und Durchführung von regionalen Fachtagen

Insbesondere der erste Themenbereich, der wesentlich zur Handlungs- und Verfahrenssicherheit der Fachkräfte im Kinderschutz beiträgt, zeigt eine überdurchschnittlich hohe Bewertung durch die Mitarbeiter/-innen des ASD.

Frage: Sind Ihnen bei Ihrer Kinderschutzarbeit Themen/Fragen aufgefallen, die von diesem Fragebogen nicht erfasst sind?

Zu dieser Fragestellung wurden als weitere Themen benannt:

- Erarbeitung von Empfehlungen zur Personalbemessung und zum Einsatz anderer Ressourcen (Zeit, Finanzen) insbesondere mit dem Fokus auf Ressourcen für die präventive Arbeit im Kinderschutz (mehrfach),
- Hinwirken auf landeseinheitliche Regelungen zur Zusammenarbeit mit Schulen (mehrfach),
- Unterstützung bei der Entwicklung präventiver Konzepte bzw. Angebote für den Kinderschutz (mehrfach),
- Entwicklung von Instrumenten zur Bewertung der Wirksamkeit des regionalen Kinderschutzes,
- Beibehaltung des Beratungskontingents für die Jugendämter (mehrfach),
- landesweite Datenerfassung und Aufbereitung kinderschutzrelevanter Kennziffern,
- Überarbeitung der Landesempfehlungen,
- Unterstützung bei der Einführung von „Kinderschutzbeauftragten“ auf kommunaler Ebene,
- Unterstützung regionaler Evaluationen.

Verfahren und Standards für den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD)

Verfahrensklarheit bei Kinderschutz- bzw. Kinderschutzverdachtsfällen ist für die Arbeit des allgemeinen Sozialdienstes der Jugendämter von zentraler Bedeutung. Soweit diese Klärung der Abläufe und Verfahrensvorgaben in den Jugendämtern nicht bereits in den Vorläuferprojekten erfolgt ist, sind dafür die Beratungskontingente der Jugendämter genutzt worden, die im Rahmen des

Praxisbegleitsystems zur Verfügung gestellt wurden. Inzwischen hat jedes Jugendamt entsprechende Richtlinien oder Verfahrensvorgaben für den Umgang mit Kinderschutzfällen.

Die Arbeit der Fachstelle Kinderschutz in diesem Schwerpunkt bezog sich darüber hinaus auf die Erstellung von Studien und Expertisen sowie auf die Begleitung bei der Erarbeitung von Arbeitsmaterialien für die Jugendämter. Dazu hat die Fachstelle Kinderschutz u. a. folgende Materialien vorgelegt:

- *Analyse von Fällen gravierender Kindesvernachlässigung und -misshandlung im Land Brandenburg (2008)*

Auf der Grundlage des Untersuchungskonzepts wurden alle entsprechenden Fälle (mit Todesfolge und schwerster Körperverschwendung) im Zeitraum zwischen 2000 und 2005, die über die brandenburgischen Staatsanwaltschaften zugänglich waren, untersucht. Die Handlungen und Versäumnisse der beteiligten Fachkräfte verschiedenster Professionen und Arbeitsbereiche in diesen Einzelfällen wurden dargestellt und relevante Risikofaktoren sowie Handlungsbedarfe für Fachkräfte der Jugendhilfe und andere Akteure im Kinderschutz herausgearbeitet.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern grundsätzlich keine typischen Tatverläufe zugrunde liegen, sondern sowohl Ursachen, Verläufe als auch Beteiligte sehr unterschiedlich sind. Kindesmisshandlung geschieht einerseits zu einem beträchtlichen Teil im „Affekt“ aus einer scheinbar ausweglosen Lebenssituation der Männer und Frauen heraus und andererseits über einen längeren Zeitraum in gewisser Weise „öffentlich“, d.h. in Zusammenhängen, in denen die Kindeswohlgefährdung hätte bemerkt werden können. Als Schlussfolgerung aus der Untersuchung werden die drei Schwerpunkte

des Landesprogramms als zentrale Aspekte der Weiterentwicklung des Kinderschutzes bestätigt:

- Erstens ist es erforderlich, die Lebens- und Sozialisationsbedingungen von Kindern durch geeignete und notwendige präventive Maßnahmen im unmittelbaren Wohn- und Lebensumfeld zu verbessern. Hier geht es hauptsächlich um die Qualifizierung bereits vorhandener Angebote der Kindertagesbetreuung und um die flächendeckende Etablierung eines angebotsorientierten und handlungsleitenden Systems der Früherkennung und frühen Förderung, das in Bezug auf Kindeswohlgefährdung anlassunabhängig wirkt.
 - Zweitens erfordern die beschriebenen Grenzen und ermittelten Lücken der verschiedenen Hilfe- und Schutzsysteme weitere Anstrengungen zur Qualifizierung der Handelnden sowie der Reflexion der Organisationsstrukturen.
 - Drittens ist die Vernetzung der Akteure im Kinderschutz von zentraler Bedeutung.
- *Kurzstudie zu Standards für die Arbeit im ASD des Jugendamtes (2007)*
Diese Standards sollten unter anderem Aussagen über die fachlich „vertretbare Fallbelastung“ im ASD treffen. Im ersten Schritt wurde eine bundesweite Materialrecherche zu diesem Thema durchgeführt. Dazu sind vorhandene Richtlinien, Konzepte, Programme und Methoden gesichtet, zusammengefasst dargestellt und kommentiert worden.

Im Ergebnis dieses Berichts kommt zum Ausdruck, dass die Begrenzung der Fallbelastung den Schlüssel zur Personalbemessung im ASD und damit zur dauerhaften Sicherung der Qualität seiner Arbeit darstellt. Der Weg dorthin führt über die Bestimmung einer Fallzahlbearbeitung („Caseload“) für die Vollzeitstelle. Dies setzt voraus, dass die Fallarbeit im ASD anders

und vor allem klarer strukturiert wird, als dies bislang nach Einschätzung der Fachstelle Kinderschutz geschieht. Um plausible Arbeitszeitrichtwerte für die Fallbearbeitung bestimmen zu können, müssen der Anfang, das Ende und die zentralen Arbeitsschritte im Fallmanagement („Casemanagement“) möglichst eindeutig bestimmt werden. Damit ergeben sich für ein Modell zur Personalbemessung drei Aspekte:

- Arbeitszeit für fallunabhängige Tätigkeiten in sozialräumlichen Bezügen und in den Kooperationsbezügen mit anderen Institutionen und Diensten (Sozialraumarbeit),
- Arbeitszeit für Telefonbereitschaft, offene Sprechstunden, „Intake“ und Fallverteilung (Fallaufnahme),
- Arbeitszeit für Einzelfallarbeit (u. a. Hilfeplanung, Kinderschutz).

Das vorgelegte Material fasst diese Erkenntnisse zusammen und gibt ein praktisches Beispiel zur Anwendung im Jugendamt.

- *Verfahren und Leitlinien nach § 8a SGB VIII – eine bundesweite Recherche (2006)*

Neben einer bundesweiten Recherche zu Verfahren und Instrumenten zur Risikoabschätzung wurde eine Debatte mit ASD-Leiter/-innen im Land Brandenburg zur weiteren Qualifizierung des Leitfadens zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung geführt. Dieser Prozess zeigte deutlich, dass ein fachliches Interesse an der Bildung von Indikatoren zur Risikoabschätzung besteht und die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren in der jeweiligen Verantwortung der kommunalen Träger zu vollziehen ist. Die Expertise macht deutlich, dass ein solches Verfahren insbesondere den gesetzlichen sowie bestimmten fachlichen Mindeststandards gerecht werden muss. In diesem Sinne muss der Prozess der Risikoabschätzung gemäß § 8a SGB VIII gestaltet sein als ein:

- kommunikatives und konsensorientiertes Verfahren,
- belastbares Verfahren,
- reflexives, bewertendes und kontrollierbares Verfahren.

Frage: Die Fachstelle Kinderschutz bietet Jugendämtern im Land Brandenburg fachliche Unterstützung bei der Weiterentwicklung geeigneter Verfahren und Standards im Kinderschutz an. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind solche Verfahren und Standards zum einen gesetzlich vorgeschrieben (§ 8a SGB VIII), zum anderen bieten sie den Fachkräften Handlungssicherheit. Wie schätzen die brandenburgischen Jugendämter die Entwicklung der eigenen Praxis ein?

Gefragt wurde, ob es im eigenen Verantwortungsbereich schriftliche Vereinbarungen darüber gibt, welche Handlungsschritte von wem einzuleiten sind, sobald eine Beobachtung bzw. ein Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung bekannt wird. Auch von Interesse war, ob sich eine solche Vereinbarung in der Praxis bewährt hat und ob es bereits erkannte Entwicklungsaufgaben dazu gibt. 65 Antwortende haben die Frage, ob es entsprechende Verfahren in ihrem Arbeitsbereich gibt, mit „ja“ beantwortet. Vier Rückmeldungen haben dazu keine Angaben gemacht. Die Frage, ob sich diese Verfahren bewährt haben, ist in 61 Fällen mit „ja, hat sich bewährt“ und in vier Fällen mit „nein, hat sich nicht bewährt“ beantwortet worden. Das Ergebnis zeigt die breite Akzeptanz dieses Handlungsschwerpunkts des Landesprogramms.

Damit im eigenen Arbeits- bzw. Verantwortungsbereich im Fall der Meldung bzw. des Verdachts einer Kindeswohlgefährdung möglichst schnell und richtig gehandelt werden kann, ist es aus der Sicht der Befragten nötig, folgende, in der Tabelle nach Rangfolge der Nennungen aufgeführte Themen ständig zu

bearbeiten. Dabei wird vorrangig auf die regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung der bestehenden Verfahren verwiesen, das Thema der Kooperation und Netzwerkarbeit insbesondere an der Schnittstelle zur Schule und zum Bereich Gesundheit genannt und außerdem die Qualifizierung der Mitarbeiter/-innen in den Mittelpunkt gestellt.

Rangfolge der Themen, die weiter zu bearbeiten sind:

Regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung der Verfahren und Vereinheitlichung von Standards	13
Netzwerkarbeit und Kooperation	12
Qualifizierung der Mitarbeiter/-innen	12
Vereinbarung mit Schule	9
Zusammenarbeit mit Bereich Gesundheit	7
Elternarbeit	6
Ausbildung und Einsatz insoweit erfahrener Fachkräfte	5
Dokumentation	4
Fallbegleitung und -evaluation	4
Zusammenarbeit mit Kitaträgern	4
Entwicklung von Präventionskonzepten	3
Informations- und Kommunikationsstrukturen	3
Jugendamtsinterne Zusammenarbeit	3
Zusammenarbeit mit Ermittlungsbehörden	3
Zusammenarbeit mit der Jugendarbeit	3
Zuständigkeiten und Auftragsklarheit	3
Ausreichend Fachpersonal	2
Datenschutz	2
Erreichbarkeit und Ansprechpartner	2
Führung und Leitung	1

Kommunalpolitische Verantwortung	1
Technische Unterstützung	1
Verfahren für Kindertagespflege	1
Zusammenarbeit mit dem Familiengericht	1
Zusammenarbeit mit Rechtsanwälten	1

Zu den Landesempfehlungen und zur Kooperation im Kinderschutz

Die Landesempfehlungen geben praxisorientierte Hinweise in zweierlei Richtung: erstens zur fachlichen Wahrnehmung der verschiedenen Aufgaben im Kinderschutz und zweitens zur Weiterentwicklung der Kooperation der verschiedenen Akteure. Abschließend werden Fragen zum Datenschutz behandelt, um den Vorwurf zu entkräften, der Datenschutz behindere den Kinderschutz. Die Landesempfehlungen waren auch Grundlage für entsprechende Empfehlungen des Landes Thüringen.

Frage: Die Landesempfehlungen sind von mehreren Ressorts der brandenburgischen Landesregierung gemeinsam mit Vertretern der kommunalen Spitzenverbände entwickelt worden und stellen im ersten Teil die Aufgaben der verschiedenen Institutionen – Kinder- und Jugendhilfe, Justiz, Polizei, Gesundheitswesen und Schule – beim Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung dar. Sind diese Empfehlungen in der Praxis bekannt, und wie wird deren Wirkung eingeschätzt?

Auch hier wurde nach dem Bekanntheitsgrad und dem Nutzen für den eigenen Arbeits- bzw. Verantwortungsbereich gefragt. 55 der Befragten meinen, dass die Landesempfehlungen eine hilfreiche Unterstützung für die eigene Arbeit darstellen. Lediglich in einem Fall wird diese Einschätzung nicht geteilt. Neun der Befragten allerdings kennen die Empfehlungen nicht.

In der differenzierten Fragestellung von 1 (unwichtig) bis 4 (wichtig) stellt sich der Nutzen für den eigenen Arbeits- bzw. Verantwortungsbereich sehr positiv dar und liegt bezüglich der

- Informationen zu den Aufgaben anderer Kinderschutz-Partner
bei 3,2
- Empfehlungen zum Aufbau regionaler Arbeitsgemeinschaften
bei 3,1
- Hinweise zum Datenschutz
bei 3,1

Einer Fortschreibung der Landesempfehlungen wird mit überwiegender Mehrheit zugestimmt (59 von 69 Antworten). In sechs Fällen wird diese Notwendigkeit nicht gesehen, vier der Befragten haben keine Antwort gegeben.

Im Land Brandenburg gibt es entsprechend den Landesempfehlungen in Verantwortung der Jugendämter in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens ein kooperatives Arbeitsbündnis zum Kinderschutz, das mit dem Ziel der Qualifizierung der regionalen Kinderschutzarbeit und zur verbesserten Bearbeitung von Einzelfällen regelmäßig und bereichsübergreifend mit den zuständigen Stellen zusammenarbeitet. In diesen Arbeitsgemeinschaften begegnen sich Fachkräfte aus den Bereichen Jugendhilfe (Jugendamt, Träger HzE und Kita), Gesundheit, Justiz und Polizei, Schule, Soziales sowie Vertreter/-innen von Ämtern und Gemeinden sowie aus Verbänden, Vereinen und Selbsthilfegruppen zum Zweck der Prozesssteuerung, zur Konzeptentwicklung, zum Erfahrungsaustausch, zu Fragen der Fallbearbeitung bzw. der Fallreflexion, zur konkreten Maßnahmenplanung sowie zu Fragen der Evaluation.

Die in den Landesempfehlungen gegebenen Hinweise zu möglichen Teilnehmer/-innen finden sich damit im Wesentlichen in der Praxis wieder, wobei die Jugendämter zu bestimmten Arbeitsbereichen bzw. Professionen (z. B. zu freien Trägern der Hilfen zur Erziehung, zum Gesundheitswesen, zur Polizei) sehr verbindliche Kooperationsbezüge hergestellt haben. Andere Bereiche bzw. Professionen sind aber noch nicht in ausreichendem Maße integriert, so z. B. Mitglieder von Jugendhilfeausschüssen, Fachkräfte aus den Bereichen Jugendarbeit und Familienbildung, Vertreter/-innen von Frauenhäusern oder Sportvereinen. So kann einerseits von strukturellen Partnerschaften der Jugendämter (zu Trägern der Hilfen zur Erziehung, zum Gesundheitswesen und zu Justiz bzw. Polizei) und andererseits von regionalspezifischen Partnerschaften im Einzelfall (z. B. Industrie- und Handelskammer, Ordnungsamt, Kinderbeauftragter) gesprochen werden.

Frage: Kinderschutz ist eine Querschnittsaufgabe, die interdisziplinäre Kooperation unverzichtbar macht. Die Landesempfehlungen regen daher im zweiten Teil die Einrichtung von fachübergreifenden regionalen Arbeitsgemeinschaften an. Sind Sie an einer solchen Arbeitsgemeinschaft beteiligt und – wenn ja – wie schätzen Sie deren Nutzen für Ihren Arbeitsbereich ein?

Die Frage nach der aktiven Beteiligung an den regionalen Arbeitsgemeinschaften wird 38-mal mit „ja“, 27-mal mit „nein“ und 4-mal nicht beantwortet. Die hohe Zahl der Nein-Antworten wird damit zusammenhängen, dass die Befragten nicht direkt an den Arbeitsgemeinschaften beteiligt sind, weil diese Aufgabe anderen Fachkräften der Jugendämter übertragen ist. In den 38 Fällen, in denen eine Beteiligung genannt wird, wird deren Nutzen für den eigenen Arbeits- bzw. Verantwortungsbereich auf einer Skala 1 (unwichtig) bis 4 (wichtig) mit 3,6 im Mittelwert als sehr hoch eingeschätzt. Unterstüt-

zungsbedarf bezüglich der Verbesserung der Kooperation und Netzwerkarbeit wird in 35 Fällen geltend gemacht. In etwa gleicher Größenordnung (30-mal) wird ein solcher Bedarf nicht gesehen.

Konkret werden zur weiteren Unterstützung folgende Themen genannt:

Begleitung der regionalen Arbeitskreise und Netzwerkarbeit	18
Begleitung der Kooperation mit Schule	9
Begleitung der Kooperation mit Justiz	6
Erfahrungsaustausch und Transfer	5
Begleitung der Kooperation mit Gesundheit	3
Entwicklung präventiver Konzepte	2
Fachberatung	2
Krisenbegleitung und Konfliktmanagement	2
Qualifizierung	2
Weiterentwicklung der Standards	2
Fallreflexion	1
Moderation	1

Öffentlichkeitsarbeit der Fachstelle Kinderschutz

Die Fachstelle Kinderschutz hat seit 2006 insgesamt 52 Veröffentlichungen zu verzeichnen und war an weiteren fünf größeren Veröffentlichungen mit eigenen Beiträgen beteiligt. Dazu gehören:

- Aktuell - Kinderschutz im Land Brandenburg
 - Band 1: Empfehlungen zum Umgang und zur Zusammenarbeit bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung (Dokumentation der Empfehlungen bereits in der 4. Aufl./Nov. 2009)
 - Band 2: Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII (bereits 3. Aufl./Mai 2008)
 - Band 3: Kinderschutz-ABC - 26 Artikel über den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Gewalt (1. Aufl./Mai 2008) (u. a. Nachdrucke durch den Landkreis Mittelsachsen, die Länder Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern)
 - Band 4: Kooperation im Kinderschutz: Justiz und Jugendhilfe (1. Aufl./Dez. 2009)
- Kinderschutz Info aktuell
 - bisher 16 Arbeitshilfen und Stellungnahmen zu aktuellen Fragen der Kinderschutzpraxis
- Studien und Expertisen
 - Analyse von Fällen schwerster Kindesvernachlässigung und -misshandlung im Land Brandenburg (2008)
 - Kurzstudie zu Standards für die Arbeit im ASD des Jugendamtes (2007)
 - Verfahren und Leitlinien nach § 8a SGB VIII - Eine bundesweite Recherche (2006)

Die Website der Fachstelle Kinderschutz hat derzeit täglich bis zu 120 Besucher/-innen. Im Nutzungsverhalten wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Nutzer/-innen direkt über das Suchwort „Fachstelle Kinderschutz“ auf die Website zugreifen, d.h., dass die Website bereits vor ihrer Nutzung bekannt ist. Weitere Zugänge zur Website sind u. a. über die Suchbegriffe „Kinderschutzbogen“, „Kinderschutzgesetze“ oder über das „Kinderschutz ABC“ gebräuchlich. Der Zugang zur Website erfolgt zu knapp einem Drittel thematisch offen über die Startseite, aber auch direkte Zugänge zum Kinderschutz ABC oder zu einzelnen Materialien über Verfahren und Leitlinien lassen gezielte Interessen der Nutzer/-innen erkennen. Die gute Platzierung und Frequentierung der Website zeigen sich auch daran, dass sie in gängigen Suchmaschinen unter dem Stichwort „Kinderschutz“ inzwischen auf der ersten Ergebnisseite erscheint. Seit ihrer Freischaltung im Jahr 2006 hat sich der „Nutzungszuwachs“ fast verdoppelt. Der Newsletter der Fachstelle wird mit Stand vom Juli 2010 von 270 Abonnenten der unterschiedlichsten Professionen bezogen.

3 b) Fortbildung für die Fachkräfte

Themen zur Kinderschutzarbeit gehören in der Fortbildung sozialpädagogischer Fachkräfte zum Grundprogramm. Spezifische Problemlagen und Phänomene, die bei der Erziehung, Bildung und Betreuung junger Menschen erkannt werden, bestimmen regelmäßig auch den Themenkatalog der Kinder- und Jugendhilfe und damit der Fortbildung. Als vorrangige Aufgabe der Jugendhilfe hat der Kinderschutz, ebenso wie die Prävention, schon lange einen festen Platz im Programm sozialpädagogischer Fort- und Weiterbildung, so auch im Programm des Sozialpädagogischen Fortbildungsinstituts Berlin-Brandenburg (SFBB). Aber in der Perspektive auf kleine Kinder von 0 – 6 Jahren und deren familiäre Lebenslagen hat das Thema spätestens mit der

Einführung des § 8a im Rahmen der SGB VIII-Novelle, die am 01.01.2005 in Kraft trat, neue Aufmerksamkeit und ein stärkeres Gewicht bekommen.

Neben dem „Wahrnehmen, Erkennen und Handeln“ bei Kindesvernachlässigung und -misshandlung waren besonders präventive Ansätze im Kontext des Kinderschutzes wie z. B. Familienbildung und Elternberatung, systemische Arbeit, sozialräumlich orientierte und niedrigschwellige Arbeitsformen von Jugendämtern und freien Trägern in der Fortbildung gefragt. Die Kursreihe „Erfolgsorientierte Arbeit mit Familien in Krisen und schwierigen Situationen“ wurde z. B. besonders stark nachgefragt. Grundlagen der Familiendiagnostik, der ressourcenorientierten Hilfeplanung und der Stärkung bzw. der Aktivierung von Familien („Empowerment“) waren weitere Schwerpunkte. Fachkräfte aus den Kinderschutzzentren, den Krisendiensten und entsprechenden Fachstellen traten über Jahre regelmäßig im Fortbildungsprogramm als Dozenten auf. Auch die bereichsübergreifende Zusammenarbeit mit Fachkräften der Polizei, Justiz, Schule und Gesundheit konnte genutzt und für die Bearbeitung von Kinderschutzthemen aktiviert werden. In Kooperation mit der Fachhochschule der Polizei, dem Gemeinsamen Juristischen Prüfungsamt der Länder Berlin und Brandenburg, mit dem Landesinstitut für Schule und Medien und dem Landesgesundheitsamt wurden verschiedene Veranstaltungen für Fachkräfte der Jugendhilfe und der jeweils spezifischen Zielgruppen mit großer Resonanz durchgeführt.

Jeweils 130-150 Fachkräfte nahmen teil an den Veranstaltungen „Leitlinien und Qualität fachlichen Handelns bei Kindeswohlgefährdung in Brandenburg“ am 26.-27.05.2005 in Ludwigsfelde und „Leitlinien zum Schutz kleiner Kinder vor Vernachlässigung und Misshandlung“ am 31.08.-01.09.2005 in Blossin, und wurden einbezogen in vorbereitende Diskussionen zum Landesprogramm. Mit dem Landesprogramm zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit

vom März 2006 wurden sowohl die öffentlichen wie auch freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe stark angeregt, sich zu qualifizieren und entsprechende Konzepte in den Regionen zur Umsetzung zu entwickeln. 630 Fachkräfte nahmen 2006 bereits an 12 Veranstaltungen zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung teil. Die Veranstaltungen zum präventiven Kinderschutz wurden von 780 Fachkräften wahrgenommen.

Mit den Landesempfehlungen und der deutlich formulierten Anforderung an Kooperation zwischen Jugendhilfe, Schule, Gesundheit, Justiz und Polizei war bis Ende 2006 ein fachlicher Standard gesetzt, der auch von den Jugendämtern zunehmend ernst genommen wurde und Bedarfe für Fortbildungen schuf. Das Thema „Kinderschutz“ nahm eine neue, herausragende Stellung ein und die Programme des SFBB von 2007 – 2010 verfolgten diese Schwerpunktsetzung mit folgenden Themen:

1. Struktur und Recht, Verfahren, Standards und Leitlinien zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung,
2. spezielle Kinderschutzthemen (u. a. häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern, Qualifizierung der Beratungskompetenz),
3. Netzwerk Kinderschutz (regionale Arbeitsgemeinschaften und interdisziplinäre Kooperation),
4. präventiver Kinderschutz (in Kindertagesstätten, durch Familienförderung, durch Elternberatung, Soziale Frühwarnsysteme, gewaltfreie Erziehung).

Ziel der Fortbildungen ist es immer gewesen, sich nicht nur auf Programme, sondern auch auf die persönlichen, fachlichen und methodischen Kompetenzen der Fachkräfte zu konzentrieren, um ihnen Handlungssicherheit auch in schwierigen, komplexen oder extremen Situationen zu geben. Durch die Fu-

sion mit Berlin konnte das neue SFBB deutlich mehr Veranstaltungen entwickeln und durchführen. Es finden seitdem gemeinsame Seminare und Fachtagungen für Brandenburger und Berliner Fachkräfte statt, in denen der Austausch von Umsetzungskonzepten aber auch der Umgang den für Kinderschutzverdachtsfälle typischen Ermessens- und Beurteilungsschwierigkeiten in beiden Ländern möglich ist.

Die Länder Berlin und Brandenburg haben zum Kinderschutz ein gemeinsames Fortbildungskonzept für Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen entwickelt. Dieser Lehrgang bietet eine grundlegende Qualifizierung für Erzieher/innen in Kitas, Horten und Ganztagsgrundschulen. Sie umfasst sechs 3-4-tägige Module mit insgesamt 20 Lehrgangstagen und wird mit einem Colloquium abgeschlossen.

Zur Umsetzung der Kooperation im Kinderschutz wurde mit der Fachstelle Kinderschutz, der Fachhochschule Alice-Salomon und der Fachhochschule Potsdam ein neues Weiterbildungskonzept für Fall- und Systemsteuerung („Case Management“) im Kinderschutz erarbeitet. Diese Weiterbildung, die 10 Module à 3 Tage plus Supervision und kollegialer Beratung umfasst, wurde bundesweit anerkannt und zertifiziert. 60 Teilnehmer/-innen an drei Kursen präsentierten in ihrer Abschlussarbeit interessante Konzepte/Projekte zur Umsetzung des Kinderschutzes in ihrem Arbeitsbereich. Eine Reihe von Fachkräften wurde nach dieser Qualifizierung von ihrem Jugendamt für spezielle Aufgaben (z. B. Koordination) im Bereich Kinderschutz eingesetzt.

Zur Stärkung der Zusammenarbeit mit den Frauenhäusern ist ein Fortbildungsangebot für Mitarbeiter/-innen von Jugendämtern und Frauenschutzeinrichtungen entwickelt worden. Viele Frauen kommen mit ihren Kindern in die Frauenhäuser und brauchen dort Hilfe, die auch den kindlichen Belangen gerecht wird und möglicherweise spezifische Angebote

der Jugendhilfe erfordert. Die Arbeit in Frauenhäusern verlangt deshalb häufig die Wahrnehmung von Kinderschutzaufgaben. Mit Unterstützung aus dem Landesaktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder ist ein ständiges, regional nutzbares Angebot etabliert worden, das vom SFBB koordiniert und zusammen mit der Fachstelle Kinderschutz kommuniziert wird.

Umfang der Fachtagungen und Fortbildungen zu Kinderschutzthemen 2006-2010 im Überblick (eine ausführliche Statistik liegt im SFBB vor):

2006:

Fachtagungen: 8 Seminare: 25 längerfristige Kurse: 4

2007:

Fachtagungen: 8 Seminare: 40 längerfristige Kurse: 11

2008:

Fachtagungen: 10 Seminare: 36 längerfristige Kurse: 11

2009:

Fachtagungen: 6 Seminare: 28 längerfristige Kurse: 7

2010:

Fachtagungen: 9 Seminare: 30 längerfristige Kurse: 4

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die sozialpädagogische Fortbildung sehr intensiv und erfolgreich mit der Umsetzung und Implementierung des Landesprogramms befasst und wesentliche Beiträge zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit – mit Blick auf die Fachkräfte – erbracht hat. Eigständige und bedarfsgerechte, praxisorientierte Konzepte sind erarbeitet und realisiert, Kooperationspartner gewonnen und neue Allianzen begründet worden. Bedarfe der Jugendämter und der freien Träger der Jugendhilfe sind aufgenommen und zeitnah sowie fachlich hochwertig umgesetzt worden. Das Landesprogramm hat einen starken Akzent auf die Qualifizierung der Fach-

kräfte und die Erhöhung ihrer Handlungssicherheit im Kinderschutzfall gelegt. Dieses Ziel ist mit Sicherheit erreicht worden.

3 c) Präventive Ansätze zum Kinderschutz

Im Landesprogramm sind präventive Ansätze zum Kinderschutz insbesondere unter dem Aspekt der Stärkung von Erziehungskompetenzen bei Eltern und Familien beschrieben worden. Ein wichtiger Baustein zur Prävention waren deshalb die Eltern-Kind-Zentren und deren Weiterentwicklung zu Eltern-Kind-Gruppen.

Seit 2009 knüpft das „**Modellprogramm Eltern-Kind-Gruppen**“ an das „Landesprogramm Eltern-Kind-Zentren“ (2006 bis 2009) an, mit dem Maßnahmen der örtlichen Träger zur Bündelung familienunterstützender Angebote und zur Entwicklung familiennaher Infrastruktur gefördert worden sind. Als ein besonders akzeptiertes und wirkungsvolles Segment aus der Angebotsstruktur von Eltern-Kind-Zentren erwiesen sich Bildungs- und Begegnungsangebote für Kinder und ihre Eltern, in denen sich Familienbildung, Kindertagesbetreuung und soziale Begegnung und Beratung zu einer besonders niedrigschwelligen Form der Familienunterstützung verbinden. Insbesondere Familien mit unter 3-jährigen Kindern, die kein Betreuungsangebot in Kindertagesstätten oder in Kindertagespflege in Anspruch nehmen wollen oder deren Kinder keinen Rechtsanspruch haben, fanden in diesen Gruppen einen passenden Rahmen. Bereits vor Beginn der Landesförderung hatten einige öffentliche und freie Träger solche Angebote entwickelt, und auch seit 2009 wurde der Aufbau der Eltern-Kind-Gruppen in freier wie öffentlicher Trägerschaft systematisch durch eine Förderung von 20 neuen Standorten aus dem Landesjugendplan unterstützt.

Eltern-Kind-Gruppen sind Angebote für Eltern und Kinder, die Gelegenheit zu sozialen Kontakten geben, Bildungsangebote und hilfreiche Anregungen bieten sowie Familien den Zugang zu anderen Unterstützungsangeboten und Hilfen erleichtern. Vor allem Kleinkinder erfahren hier Bildungsanregungen und Förderung, ihre Eltern erfahren Anregung und Unterstützung zur Stärkung ihrer eigenen Kompetenzen - in erster Linie durch unmittelbare Anschauung und Mithin. Im Unterschied zu speziellen Kursangeboten (PEKIP-Gruppen, Starke Eltern – starke Kinder u. a.) sind Eltern-Kind-Gruppen einfach, regelmäßig und verlässlich erreichbar.

Unabhängig von der tatsächlichen Nutzungszeit des Angebots durch die einzelne Familie, sind die Eltern-Kind-Gruppen mindestens 30 Stunden an 5 Wochentagen geöffnet. Dabei wird keineswegs von einer regelmäßigen, täglichen Anwesenheit aller Eltern/Kinder über den gesamten Zeitraum der Öffnung ausgegangen. Insofern sind die Angebote nicht in jedem Fall als Gruppen mit festen und verbindlichen Anwesenheitszeiten zu verstehen, sondern sie sind offene Begegnungsstätten und bieten Gelegenheit für pädagogische Erfahrungen. Allerdings entwickeln sich in der Praxis durchaus unterschiedliche Angebots- und Gruppenstrukturen. So gibt es Eltern-Kind-Gruppen mit einem festen Tages- und Wochenprogramm und andere, in denen stärker auf die jeweils unterschiedlichen Interessenlagen reagiert wird. Zuweilen stehen die Musik-, Bewegungs- oder Bildungsangebote im Vordergrund, in anderen Gruppen das soziale Miteinander, das Gespräch oder das gemeinsame Essen kochen. Manche Gruppenstruktur ist auf Verbindlichkeit der Teilnahme angelegt; andere verstehen sich als offener Treffpunkt und als soziale Gelegenheitsstruktur.

Die Eltern-Kind-Gruppen werden von einer pädagogischen Fachkraft aufgebaut und im laufenden Betrieb von dieser begleitet sowie fachlich angeleitet.

Sie bestärkt und unterstützt die Eltern in pädagogischen Angelegenheiten und ermöglicht ihnen positive erzieherische Erfahrungen. Die Anwesenheit der pädagogischen Fachkraft in der Eltern-Kind-Gruppe ist – nach der Konstituierung – aber nicht immer durchgängig erforderlich, denn im Grundsatz werden die Kinder von ihren Eltern oder von anderen Eltern im Rahmen von Selbsthilfe betreut. Gerade hierdurch soll das Selbsthilfe- und Selbstorganisationspotenzial der Eltern aktiviert und entfaltet werden. Nach Absprache mit anderen Eltern oder der begleitenden Fachkraft können die Kinder auch allein in der Gruppe bleiben. Damit bieten Eltern-Kind-Gruppen sinnvolle und bedarfsgerechte Unterstützung sogar dann, wenn Eltern z. B. wegen Erwerbssuche nur zeitweisen Betreuungsbedarf haben.

Ab dem Jahr 2013 wird bundesweit ein Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung ab dem vollendeten ersten Lebensjahr gelten und für die jüngsten Kinder ist ein bedarfsgerechtes Angebot vorzuhalten. Da auch Kinder unter drei Jahren erwerbstätiger Eltern im Land Brandenburg bereits einen Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung haben, wenn die familiäre Situation dies erforderlich macht, und da die Versorgungsquote der über Einjährigen in Brandenburg bereits bei über 60% und die der Zwei- bis unter Dreijährigen bei über 78% liegt, werden die durch Bundesrechtsanspruch hinzukommenden Kinder vornehmlich aus Familien arbeitsloser Eltern sowie aus Familien stammen, in denen nur ein Elternteil erwerbstätig ist. Die Chancen, in wachsendem Maße präventiv zu wirken und jüngere Kinder mit ihren Eltern zu erreichen, die ansonsten isoliert und möglicherweise in ihren Erziehungsaufgaben überfordert wären, sind umso größer, je mehr Angebote ausgebaut werden können, die die Familien ohne Stigmatisierung als Fall für die Jugendhilfe verbindlich einbeziehen. Die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse ermutigen dazu, diesen Weg weiter zu verfolgen; Ziel ist es, die Weiterentwicklung dieses Angebots so zu unterstützen, dass es zu einem

Regelangebot im Rahmen der Kindertagesbetreuung neben der Kita oder der Tagespflege werden kann.

Ein zweites Beispiel präventiver Arbeit ist das Projekt **„WiEge – Wie Elternschaft gelingt“** an der Fachhochschule Potsdam (2007-2010) unter der Leitung von Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner, das vom Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung (BMFSFJ) „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ gefördert wurde. Die Mittelvergabe und fachliche Begleitung erfolgten durch das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH). In allen Bundesländern wurden zwischen 2006 und 2010 vom NZFH verschiedene Projekte mit unterschiedlichen Ausgangssituationen und Konzepten im Bereich „Frühe Hilfen“ gefördert und wissenschaftlich begleitet; im Land Brandenburg und in Hamburg war dies das Projekt „WiEge“. Seine Ziele sind folgende:

- Strategien zur Früherkennung von hoch belasteten Familien mit Säuglingen und Kleinkindern erproben,
- nachgehende Strategien der Kontakthanbahnung und Aufrechterhaltung mit besonders belasteten Familien entwickeln,
- Aufbau und Etablierung von Vernetzungsstrukturen im Bereich Frühe Hilfen,
- Fortbildung und Supervision im Bereich der frühen Elternschaft für Fachleute,
- Evaluation des STEEP™-Programms und ggf. Integration von STEEP™ als eigenständige Hilfeform in die Jugendhilfe im Rahmen der Regelfinanzierung (als Hilfe zur Erziehung),
- Entwicklung von passgenauen Hilfen.

Das STEEP™-Programm richtet sich primär an hoch belastete werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern von 0 bis 2 Jahren (psychosoziale Belastungsfaktoren z. B. Armut, keine Schul- Berufsausbildung, psychisch erkrankte Eltern, sehr junge Eltern usw.); im Unterschied zu Eltern-Kind-Gruppen, Familienzentren oder „Netzwerken Gesunde Kinder (NGK)“ werden mit diesem Angebot speziell Eltern mit Neugeborenen und Säuglingen mit Belastungen und Risiken angesprochen.

Das STEEP™-Programm (stepstowardseffectiveandenjoyableparenting, Erickson & Egeland, 2006) ist ein langfristiges, komplexes, bindungstheoretisch fundiertes Frühinterventionsprogramm, das auf unterschiedlichen Ebenen die Erziehungskompetenzen der Eltern unterstützt und spezifisch die positive Eltern-Kind-Beziehung innerhalb der ersten Lebensjahre des Kindes fokussiert. Mithilfe von Videoaufnahmen von Eltern-Kind-Interaktionen soll ein gelingendes und feinfühliges elterliches Verhalten aufgebaut und gefestigt werden. Zudem werden eigene Kindheitserfahrungen der Eltern reflektiert und thematisiert, inwieweit diese die momentane Beziehung zum eigenen Kind beeinflussen. Die Hilfeform wird im Rahmen von Hausbesuchen im Einzelkontakt mit der gesamten Familie und Gruppentreffen von mehreren Müttern durchgeführt (ca. ein bis zwei Kontakte pro Woche). Dadurch sollen mitunter auch soziale Kontakte und Unterstützungsnetze für die Familien etabliert werden. Da die Hilfe insgesamt zwei Jahre andauert, ist die Beziehung zwischen der Familie - besonderes den Müttern – und der STEEP™-Mitarbeiterin von großer Bedeutung.

Es konnten bisher ca. 19 Familien mit einem hohen Gesamtrisikoindex erreicht und in ihrer Elternschaft unterstützt werden. Dabei war die unterstützende, die Stärken der Elternschaft fokussierende Beziehung zwischen Mutter und STEEP™-Mitarbeiter/-in von großer Bedeutung und setzte ein hohes

Maß an persönlichem Engagement, Reflektionsfähigkeit, begleitender Fortbildung und Supervision der Mitarbeiterinnen voraus. Das Programm musste auf die spezifischen Bedürfnisse der Familien angepasst werden (z. B. vermehrte Kontakte während der Krisensituationen usw.). In Potsdam-Mittelmark konnte das Konzept der „Jungen Mütter“ – STEEP™ Arbeit mit erhöhtem Kontaktangebot - gut in das bestehende Angebot der Jugendhilfe eingebaut und finanziert werden, und es war gut möglich, mit den vom allgemeinen Sozialdienst des Jugendamtes geschickten Familien intensiv zusammenzuarbeiten (Familien mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und damit entsprechender „Kontrollauftrag“). Die Familien konnten auch über diese erste lange Familienzeit begleitet und so Gefährdungen der Kinder vermieden werden.

In Potsdam–Mittelmark (PM) wurde eine spezielle Koordinierungsstelle „Netzwerk Hilfen von Anfang an“ eingerichtet, die in die sozialräumliche Umstrukturierung eingebettet ist. Nach einer zweitägigen Fortbildung zum Thema „Warnzeichen von Kindeswohlgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern“ entstand in Bad Belzig und Umgebung ein Arbeitskreis „Frühe Hilfen“, geleitet von der Koordinierungsstelle und gestützt durch die Steuerungsgruppe des Landkreises. In diesem Arbeitskreis konnte die Zusammenarbeit zwischen dem „Netzwerk Gesunde Kinder“, den Hebammen, der Klinik, dem Gesundheitsamt, der Frühförderstelle und den freien Trägern usw. gut etabliert werden, und bei Bedarf fanden schnelle und persönliche Kontakte statt, wenn Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf identifiziert wurden. Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen fachlichen Konzepte und Angebote der Fachleute wurden bei der konkreten Fallarbeit deutlicher und die regionalen Schwierigkeiten in der Arbeitsgruppe thematisiert.

Das STEEP™-Programm konnte bisher nur begrenzt in bestehende Jugendhilfestrukturen implementiert werden. In Zukunft soll dies noch weiter ausge-

dehnt werden. Das STEEP™-Programm wird einerseits dem Bedarf der Familien und andererseits den Möglichkeiten und Voraussetzungen des Flächenlandes Brandenburg stärker angepasst. So konnte die STEEP™-Arbeit teilweise als Zusatz in die Hilfen zur Erziehung z. B. bei Sozialpädagogischer Familienhilfe integriert werden. Für eine weitere Verbreitung im Land Brandenburg fehlen noch ausreichend geschultes Fachpersonal und unterstützende, kontinuierliche Fallbegleitung.

Das Familienzentrum an der Fachhochschule Potsdam (FHP) wird zunehmend im Fall von Kindeswohlgefährdung vom Jugendhilfeträger beauftragt, eine erste Risikoeinschätzung der Eltern-Kind-Beziehung durchzuführen und Möglichkeiten einer passgenauen Hilfe in den Hilfeplanprozess mit einzubringen.

Das Familienzentrum der FHP hat sich dem Bedarf an zunehmender spezifischer Qualifizierung im Bereich der frühen Elternschaft und Frühen Hilfen angenommen und wird im Jahr 2011 unterschiedliche Fortbildungen zusätzlich zu bereits langjährig etablierten Curricula anbieten.

3 d) Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung der Vorschriften in § 11 Absatz 3 des Kindertagesstättengesetzes, § 6 Absatz 1 des Gesundheitsdienstgesetzes und in § 4 Absatz 3 des Schulgesetzes zur Prävention und Früherkennung von Vernachlässigung und Misshandlung bei Kindern und Jugendlichen

In den vergangenen Jahren wurden in verschiedenen Landesgesetzen Regelungen mit dem Ziel aufgenommen, die Prävention und das rechtzeitige Erkennen von Vernachlässigung und Misshandlung junger Menschen sowie die Zusammenarbeit im Kinderschutz zu verbessern.

Im Kindertagesstättengesetz (KitaG) ist am 21. Juni 2007 im § 11 folgender neuer Abs. 3 eingefügt worden: „Zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigungen und Kindesmisshandlungen arbeiten Kindertagesstätten und Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Betreuung eng zusammen. § 8a des Achten Buches Sozialgesetzbuch bleibt hiervon unberührt.“

Im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) vom 23. April 2008 wird im § 6 Abs. 1 ebenfalls die Zusammenarbeit der Gesundheitsdienste mit den Einrichtungen der sozialen und pädagogischen Betreuung (Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe, der Sozialhilfe, Beratungsdienste) eingefordert, um eine gesunde Entwicklung aller Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen. Im letzten Satz des Absatzes heißt es: „Zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigungen und Misshandlungen arbeiten Gesundheitsämter und Einrichtungen der sozialen und pädagogischen Betreuung eng zusammen.“

Im Brandenburgischen Schulgesetz (BbgSchulG) ist am 08. Januar 2007 im § 4 Abs. 3 folgende neue Bestimmung eingeführt worden: „Die Schule ist zum Schutz der seelischen und körperlichen Unversehrtheit (...) der Schülerinnen und Schüler verpflichtet. Die Sorge für das Wohl der Schülerinnen und Schüler erfordert es auch, jedem Anhaltspunkt für Vernachlässigung oder Misshandlung nachzugehen. Die Schule entscheidet rechtzeitig über die Einbeziehung des Jugendamtes oder anderer Stellen.“

Damit sind die Anforderungen des Kinderschutzes als generelle und grundsätzliche Aufgabe pädagogischer, sozialer und gesundheitlicher Dienste und Einrichtungen im Sinne einer gesellschaftlichen Aufgabe in den entsprechenden gesetzlichen Grundlagen verankert worden. Die Wahrnehmung der Auf-

gabe erfolgt nach den jeweiligen fachlichen Regeln und entsprechend den Kompetenzen der Fachkräfte. Die Ziele sind allgemein und grundsätzlich gefasst, sodass mögliche Wirkungen dieser Regelungen sich zwar in der Fach- und Organisationsentwicklung zeigen, aber nicht im Einzelnen erhoben werden können. Die gesetzlichen Vorgaben und die „Regeln der Kunst“ verweisen die Fachleute in der Kita, im Gesundheitsdienst und in der Schule auf den Kinderschutz und darauf, die Schutzinteressen von jungen Menschen professionell wahrzunehmen. Es liegen aber keine Erfahrungen oder Erkenntnisse darüber vor, in welchem Umfang Maßnahmen zum Kinderschutz oder Meldungen über Kindeswohlgefährdungen aus den entsprechenden Einrichtungen und Diensten erfolgt sind, die sich den gesetzlich formulierten Anforderungen zuordnen lassen. Eine quantitative Bewertung der Wirkungen dieser Gesetze ist damit nicht möglich.

In den genannten Arbeitsfeldern sind aufgrund der genannten Änderungen der gesetzlichen Regelungen verstärkt Fachdiskussionen zum Kinderschutz geführt worden und es haben Veranstaltungen, Fortbildungen und Fachartikel zur Qualifizierung der Arbeitsfelder zur Verbesserung des Kinderschutzes beigetragen. Neben der sozialpädagogischen Fortbildung von Erzieherinnen und Erziehern sind auch Lehrerinnen und Lehrer zum Kinderschutz qualifiziert worden. Das Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg hat in Zusammenarbeit mit dem SFBB zuletzt im November 2010 eine große Fachtagung zum Thema „Kinderschutz als gemeinsame Aufgabe von Jugendhilfe und Schule“ mit mehr als 300 Teilnehmer/-innen durchgeführt. Aus Sicht vieler Fachleute wird darauf hingewiesen, dass die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation und dementsprechend die gemeinsame Arbeit der Akteure in regionalen Netzwerken eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung des Kinderschutzes spielen.

3. e) Erfahrungen mit der Umsetzung der Änderungen des § 1666 BGB und des FGG-Reformgesetzes⁴ zur Verbesserung des Kinderschutzes durch die Gerichte im Land Brandenburg

Mit der Änderung des § 1666 BGB (Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls) durch das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen vom 4. Juli 2008 fielen die besonderen Tatbestandsmerkmale „durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten“ weg. Durch den Wegfall „tatbestandlicher Hürden“ wollte der Gesetzgeber die Anordnung familiengerichtlicher Maßnahmen erleichtern. Ferner wurden in Absatz 3 beispielhaft gerichtliche Maßnahmen zur Abwendung von Gefahren für das Kindeswohl aufgeführt. Durch diese beispielhafte Aufzählung sollen Maßnahmen unterhalb des Sorgerechtsentzuges gefördert werden.

Durch das FGG-Reformgesetz ist unter anderem ein Vorrang- und Beschleunigungsgebot (§ 155 FamFG) geschaffen worden, wonach bestimmte, den Aufenthalt, das Umgangsrecht, die Herausgabe und die Kindeswohlgefährdung betreffende, kindschaftsrechtliche Verfahren grundsätzlich vorrangig und beschleunigt durchzuführen sind; ferner die Möglichkeit, schon beim Verdacht einer Kindeswohlgefährdung ein so genanntes Erziehungsgespräch zu führen (§ 157 FamFG). Der § 166 FamFG sieht nunmehr vor, dass das Gericht Maßnahmen nach § 1666 bis § 1667 BGB regelmäßig zu überprüfen hat. Auch im Falle, dass das Familiengericht von Maßnahmen absieht, soll es seine Entscheidung in einem angemessenen Zeitabstand, in der Regel nach drei Monaten, überprüfen.

⁴ Gesetz zur Reform des Verfahrens in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 01.09.2009, jetzt: Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)

Im Wege einer Befragung der Familienrichterinnen und -richter im Land Brandenburg mittels eines Fragebogens mit geschlossener Antwortskala im Mehrfachauswahlverfahren (multiple choice) wurden die ersten Erfahrungen der Familiengerichte mit den neuen Regelungen erhoben (siehe Anlage 10). Insbesondere wurde erfragt, ob sich die gesetzgeberischen Ziele in der Rechtspraxis verwirklicht haben. (Die gesetzlichen Grundlagen finden sich in der Anlage 11.) An der Erhebung haben sich 23 Richterinnen und Richter beteiligt und den Fragebogen an das MdJ zurückgeleitet. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (19) gab an, im Zeitpunkt der Befragung bereits länger als ein Jahr als Familienrichterin oder -richter tätig zu sein. Damit ist gewährleistet, dass die gegebenen Antworten auf einem entsprechenden Erfahrungshintergrund aufbauen und die Mehrheit der Befragten sowohl mit den alten als auch mit den neuen Regelungen Erfahrungen gesammelt haben.

Nach dem Antwortbild ist davon auszugehen, dass zumindest 20 der teilnehmenden Richterinnen und Richter der ersten Instanz angehören. Da in Brandenburg zum Stand 31. Dezember 2009 erstinstanzlich statistisch 41,37 Richterinnen und Richter in Familiensachen erfasst waren, dürfte bei Berücksichtigung einer üblichen Teilzeit- und Mischdezernatsquote davon auszugehen sein, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte der Familienrichterinnen und -richter an der Befragung teilgenommen haben.

Das gesetzgeberische Ziel, durch den Wegfall „tatbestandlicher Hürden“ in § 1666 BGB die Anordnung familiengerichtlicher Maßnahmen zu erleichtern, dürfte sich nur ansatzweise erfüllt haben. Lediglich eine befragte Person gab an, seit Wegfall der oben genannten Tatbestandsmerkmale häufiger Maßnahmen zur Abwehr von Kindeswohlgefährdungen anzuordnen; 18 Personen verneinten dies. Entsprechend meinten auch nur zwei Befragte, früher seien solche Anordnungen an diesen Tatbestandsmerkmalen gescheitert, während

19 dies verneinten. Dies dürfte seine Ursache darin haben, dass diese Tatbestandsmerkmale wegen ihrer weiten Fassung auch unter Geltung der alten Regelung den im Einzelfall erforderlichen familiengerichtlichen Anordnungen nicht im Wege gestanden haben. Somit dürfte der Wegfall der Tatbestandsmerkmale nicht zu einer Erweiterung familiengerichtlicher Handlungsoptionen geführt haben.

Es erscheint allerdings konsequent, Tatbestandsmerkmale, die sich in der gerichtlichen Entscheidungspraxis nicht auswirkten, gleichwohl in den Entscheidungsbegründungen abgearbeitet werden müssen, aus dem Gesetz zu streichen. Entsprechend fühlt sich ein Teil der Familienrichterinnen und -richter durch den Wegfall der Tatbestandsmerkmale entlastet. Sechs von 21 gaben an, der nunmehr wegfallende Begründungsaufwand habe ihre Arbeit erleichtert. Sechs von 20 bejahten die Frage, ob die Tatbestandsmerkmale früher von den betroffenen Personensorgeberechtigten oder ihren Bevollmächtigten thematisiert wurden. Erstaunlicherweise sind diejenigen, die jetzt eine Entlastung in ihrer Arbeit empfinden, und diejenigen, die angaben, die Merkmale seien früher thematisiert worden, überwiegend nicht identisch. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die Tatbestandsmerkmale als weitgehend irrelevant angesehen wurden. Denn auch die meisten Richterinnen und Richter, die meinten, sie seien thematisiert worden, fühlen sich überwiegend durch den Wegfall nicht entlastet. Das heißt, auch wenn sie thematisiert wurden, haben sie diesen Richterinnen und Richtern offensichtlich kein „Kopferbrechen“ bereitet.

Anders stellt sich das Bild hinsichtlich der beispielhaften Aufnahme gerichtlicher Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr für das Kindeswohl in § 1666 Abs. 3 BGB dar: Das Ziel des Gesetzgebers, niedrigschwellige Maßnahmen zu fördern, dürfte sich zumindest teilweise verwirklicht haben. Sieben Richterinnen und Richter antworteten auf die Frage, ob sie nun häufiger zu Anord-

nungen unterhalb des Sorgerechtsentzuges griffen, mit „oft“. Zehn Personen antworteten mit „selten“, nur drei mit „nie“. Dass die Vielfalt der Maßnahmen zugenommen habe, wurde neunmal bejaht und zehnmal verneint. Demnach scheint die Erwähnung konkreter niedrighschwelliger Maßnahmen eine nennenswerte Anzahl von Richterinnen und Richtern tatsächlich dazu zu veranlassen, solche auch häufiger anzuordnen. Offensichtlich erhöht die gesetzgeberische Erwähnung bei vielen Richterinnen und Richtern die Akzeptanz entsprechender Maßnahmen. Möglicherweise ruft die Auflistung im Gesetzestext bei ihnen ins Bewusstsein, dass zugleich niedrighschwellige – und vor allem: welche niedrighschwelliger – Maßnahmen in Betracht kommen. Diese Wirkung scheint nicht nur auf die Richterinnen und Richter beschränkt zu sein; denn acht von 21 Personen gaben an, entsprechende Maßnahmen würden nunmehr häufiger durch das Jugendamt angeregt werden. Indes meinten nur drei von 19, die exemplarische Aufzählung im Gesetz fördere bei den Betroffenen die Akzeptanz solcher Maßnahmen.

Das Beschleunigungsgebot des § 155 FamFG, wonach in bestimmten Kindersachssachen spätestens nach einem Monat ein erster Erörterungstermin stattfinden soll, wird überwiegend in der Praxis umgesetzt. Nur eine befragte Person gab an, es gelinge nur selten, die Monatsfrist einzuhalten. 17 Personen gaben dagegen an, dies gelinge meistens; vier entschieden sich sogar für die Antwortalternative „immer“. Auch wenn das Beschleunigungsgebot in der Praxis weitgehend befolgt wird, wird es doch von einer nicht unerheblichen Zahl von Familienrichterinnen und -richtern kritisch gesehen. 19 Personen hielten diese Termine immer (4) oder zumindest meistens (15) für vollwertig i. d. S., dass erfolgversprechende Lösungsmöglichkeiten der Konflikte entwickelt werden konnten; vier meinten dagegen, dies sei nur selten der Fall. Sechs bejahten die Aussage, diese Termine seien ineffektiv und kosteten Zeit, die an anderer Stelle fehle. 13 folgten dieser Aussage nicht. Damit sieht

fast ein Drittel der Antwortenden diese Termine als ineffektive Belastung an. Hinsichtlich der Vertreter des Jugendamtes bescheinigten 13 Richterinnen und Richter, diese seien trotz der Kürze der Zeit immer (1) oder meistens (12) gut vorbereitet. Neun hingegen erklärten, dies sei nur selten der Fall. In den unterschiedlichen Einschätzungen spiegeln sich die unterschiedliche Qualität der Arbeit der verschiedenen Jugendämter aber auch die unterschiedlichen Erwartungen der Richterinnen und Richter wider.

Die Möglichkeit eines Erziehungsgesprächs nach § 157 FamFG wird in der gerichtlichen Praxis nur wenig genutzt. Nur drei von 19 Personen gaben an, von dieser Möglichkeit häufig Gebrauch zu machen. Entsprechend schätzten lediglich vier von 18 ein, dass Erziehungsgespräche tatsächlich geeignet seien, Gefährdungen für das Kindeswohl zu beseitigen, ohne dass zu einschneidenderen Maßnahmen gegriffen werden müsse. Drei von 15 hielten Erziehungsgespräche für einen effektiven Weg, auf Personensorgeberechtigte einzuwirken. Demnach scheint die Tatsache, dass das Erziehungsgespräch nur selten genutzt wird, ihre Ursache darin zu haben, dass diesen Gesprächen kein großer Nutzen beigemessen wird.

Hinsichtlich der in § 166 FamFG vorgesehenen regelmäßigen Überprüfung der Maßnahmen nach §§ 1666 bis 1667 BGB wie auch der Überprüfung der Entscheidung, keine Maßnahmen anzuordnen, gab keiner der befragten Familienrichterinnen und -richter an, dies würde regelmäßig zu einer Korrektur von Entscheidungen führen. Zehn meinten, es führe gelegentlich zu einer Korrektur; acht verneinten gänzlich, dass es bereits zu einer Korrektur aufgrund des § 166 FamFG gekommen sei. Entsprechend schätzten auch nur zwei von 18 ein, dass durch diese Selbstüberprüfung die Laufzeit von Maßnahmen abgenommen habe. Auf die Frage, ob die Maßnahme in der Praxis faktisch nur als Formalie abgearbeitet werde, antworteten acht mit „nie“, fünf

mit „selten“ und drei mit „oft“. Für die Antwortalternative „sehr oft“ entschied sich niemand. Die Ursache für die Behandlung als Formalie sahen vier in Zeitmangel und eine befragte Person darin, sie wolle eine ständige Änderung ihrer Anordnungen vermeiden. Diese Frage sollte selbstverständlich nur dann beantwortet werden, wenn die Überprüfungen tatsächlich als Formalie abgearbeitet wurden. Daraus erklärt sich die geringe absolute Beantwortung dieser Frage. Es belegt jedoch, dass sich die regelmäßige Überprüfung der Anordnungen nach § 166 FamFG in der gerichtlichen Praxis nur selten in Abänderungen der Entscheidungen niederschlägt und nur im geringen Maße als Belastung wahrgenommen und als Formalie abgearbeitet wird.

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die beispielhafte Aufnahme niedrigschwelliger gerichtlicher Maßnahmen zur Abwendung von Gefahren für das Kindeswohl in § 1666 Abs. 3 BGB tatsächlich den gesetzgeberischen Zweck erfüllt hat, bei den Familienrichterinnen und -richtern die Tendenz zu Maßnahmen unterhalb der Schwelle des Sorgerechtsentzuges zu fördern. Auch das Beschleunigungsgebot mit dem ersten Termin binnen eines Monats scheint in der Praxis auf Akzeptanz zu stoßen. Hingegen war die Streichung der oben genannten Tatbestandsmerkmale in § 1666 BGB zwar gesetzgebungstechnisch konsequent, führte jedoch inhaltlich zu keiner Änderung in der Entscheidungspraxis. Das Erziehungsgespräch nach § 157 FamFG und die periodische Selbstkontrolle nach § 166 FamFG werden durch die gerichtliche Praxis noch nicht vollumfänglich angenommen und genutzt.

4. Zur Frage eines Landesgesetzes

4 a) Gesetzgebung des Bundes

Zur Kindergesundheit

Im Hinblick auf die Gesundheitsämter hat der Bund keine Gesetzgebungskompetenz. Er ist zuständig für die Gesetzliche Krankenversicherung nach SGB V. Gesetzgebungsvorhaben des Bundes zur Verbesserung der Kindergesundheit durch eine Änderung des SGB V sind nicht bekannt. Das in der Koalitionsvereinbarung der letzten Legislaturperiode geforderte Präventionsgesetz ist nicht zustande gekommen. Auch die auf Initiative des Landes Brandenburg vom Bundesrat beschlossene Einfügung des § 20 e SGB V (Bundesratsdrucksache 59/09-B) zur Sicherung der Finanzierung des „Netzwerks Gesunde Kinder“ ist vom Bundesgesetzgeber nicht aufgenommen worden.

Zum Kinderschutz

Nachdem der Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz) zum Ende der vergangenen Legislaturperiode der Diskontinuität verfiel, hat die Bundesministerin Dr. Kristina Schröder im Dezember 2010 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz BKiSchG) vorgelegt. Darin heißt es in der Einführung: „Der Kinderschutz in Deutschland hat in den letzten Jahren auf Grund der verbesserten Rechtsgrundlagen im Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – sowie im Kindschaftsrecht des BGB, der Aktivitäten der Länder im Rahmen von Kinderschutzgesetzen und Modellprogrammen, vor allem aber der konsequenten und nachhaltigen Qualifizierung der örtlichen Praxis in den Jugendämtern und bei den freien Trägern ein hohes Niveau erreicht.“

Dennoch zeigt die Auswertung der Erfahrungen der Praxis, dass in verschiedenen Feldern des präventiven und intervenierenden Kinderschutzes gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht.“

Der Entwurf basiert auf einem intensiven fachlichen Austausch mit den Fachverbänden und den Ländern. Zudem werden Erkenntnisse aus den Debatten des Runden Tisches zum sexuellen Kindesmissbrauch berücksichtigt. In den Bereichen Prävention, Zusammenarbeit und Intervention sieht er im Wesentlichen folgende Regelungen vor:

- Entwicklung und Verstärkung Früher Hilfen und verlässlicher Unterstützungsnetzwerke für Familien, Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz, auch durch den Einsatz von Familienhebammen;
- strukturelle Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Kinderschutz auf der örtlichen Ebene, Netzwerke Kinderschutz (Kooperation und Information im Kinderschutz);
- sichere Grundlagen für die Kooperation im Einzelfall und die Intervention bei Kindeswohlgefährdung: Befugnisnorm für Berufsheimlichkeitsbesitzer (Gesundheitsberufe, Pädagogen einschl. Lehrer/innen, Betreuer auch im Ehrenamt) zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt, qualifizierte Beratung und Intervention durch das Jugendamt, entsprechende Anwendung fachlicher Standards bei freien Trägern (durch Erlaubniserteilung, erweitertes Führungszeugnis u. a.).

Allerdings sieht dieser Entwurf keine Änderung des SGB V zur Verbesserung der Prävention und der Frühen Hilfen im Rahmen des Gesundheitswesens vor, wie in dem gemeinsamen Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2009 gefordert wurde.

Am 18.02.2011 fand eine Anhörung der Länder und kommunalen Spitzenverbände statt. Die Ressorts für Jugend, Gesundheit und Familie haben sich im Rahmen der Beratung des Entwurfs dafür eingesetzt, u. a. auch für das Konzept der „Netzwerke Gesunde Kinder“ im Bereich der (primär-)präventiven Angebote Regelungs- und Finanzierungsmöglichkeiten zu eröffnen und eine dauerhafte Finanzierung der Frühen Hilfen und insbesondere der Familienhebammen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen. Der Entwurf des Bundeskinderschutzgesetzes ist vom Bundeskabinett beschlossen worden und wurde im Mai im Bundesrat beraten.⁵

Inhaltliche Aussagen über Regelungen, die zu erwarten sind, können beim derzeitigen Stand der Beratungen nicht getroffen werden. Aber man kann annehmen, dass wesentliche Elemente des Entwurfs in den genannten Bereichen der Prävention, der Kooperation und der Intervention beschlossen werden und damit auch dem Kinderschutzkonzept im Land Brandenburg in zentralen Ansätzen des Landesprogramms entgegenkommen bzw. es nachhaltig unterstützen. Sinnvoll sind insbesondere die Ansätze zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz und der Frühen Hilfen, die Befugnisnorm zur Weitergabe von gewichtigen Anhaltspunkten bei Kindeswohlgefährdung und die Absicherung der Kooperation in den Netzwerken bzw. Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz.

⁵ Das Land Brandenburg hat sich im Bundesratsverfahren bereits in der Ausschussbefassung für die Absicherung der hier genannten (primär-)präventiven Angebote im SGB V eingesetzt. In seiner 883. Sitzung am 27.05.2011 unter TOP 17 hat der Bundesrat die entsprechenden Änderungsvorschläge zum Entwurf des Bundeskinderschutzgesetzes beschlossen.

4 b) Erfahrungen aus anderen Ländern

Einen guten bundesweiten Überblick zu Einladungs- und Rückmeldeverfahren gibt aktuell zum Beispiel eine Veröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt unter dem Titel: „Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz – erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren.“ (Bundesgesundheitsblatt 2010, Heft 10: S. 1029-1047, Erstveröffentlichung in der Online-Ausgabe vom 28.9.2010).

In fast allen Bundesländern gibt es inzwischen Regelungen oder Gesetze zur Kindergesundheit und zum Kinderschutz. In einigen Ländern sind diese Regelungen in Kinderschutzgesetzen zusammengefasst. Eine Übersicht dazu findet sich auf der Website des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) unter www.dijuf.de. Auch Prof. Wabnitz gibt einen konzentrierten Überblick (R. J. Wabnitz, Landeskinderschutzgesetze – ein Überblick. In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Heft 2, 2010, S. 49 - 52). Daran orientiert sich die folgende Darstellung der inhaltlichen Aspekte gesetzlicher Regelungen:

- Befugnisnorm für Ärzte und andere Berufsgruppen zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt:
In sechs Ländergesetzen (BW, HE, MV, RP, SN, ST) sind bestimmte „Geheimnisträger“ im Sinne von § 203 StGB verpflichtet, bei der Inanspruchnahme von Hilfen erfahrene Fachkräfte hinzuzuziehen, und ermächtigt bzw. verpflichtet, dem Jugendamt ggf. gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung mitzuteilen. Kompetenzrechtlich sind solche Befugnisnormen unproblematisch, solange keine bundesrechtlichen Normen (wie z. B. im Bundeskinderschutzgesetz) bestehen, mit denen das Landesrecht kollidiert. Entsprechende Regelungen für andere Berufsgruppen wie Lehrer, Sportgruppenleiter

oder andere ehrenamtlich Betreuende, wie dies im Entwurf des Bundeskinderschutzgesetzes vorgesehen ist, finden sich in den Landesgesetzen bislang nicht.

- Weitergabe von Informationen über eine eventuelle Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen:

Dieses Thema stellt, quantitativ gesehen, den eindeutigen Schwerpunkt der Landesgesetzgebung dar. Die meisten Bundesländer haben hierzu Regelungen getroffen (s. o.).

- Breiter angelegte Kinderschutzgesetze:

Insbesondere Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz geben Beispiele für breit angelegte Landesgesetze zur Förderung der Kindergesundheit und zum Kinderschutz. Anders als in den übrigen Ländern wird hier das gesamte Thema nicht nur reaktiv, sondern auch präventiv (und z. T. mit erheblichem Einsatz von Landesmitteln) angegangen. So sind in beiden Gesetzen Regelungen zur Förderung, Bildung und Beratung von Familien, zur Frühförderung und Frühe Hilfen für Schwangere, junge Mütter und besonders belastete Familien enthalten, und den Kommunen wird auferlegt, Netzwerke oder Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz zu schaffen. Auch in Sachsen und Sachsen-Anhalt ist die Bildung von lokalen Netzwerken als Aufgabe der örtlichen Ebene vorgesehen. Die genannten vier Bundesländer haben mit ihren Gesetzen auch ein Berichtswesen implementiert.

In dem Zusammenhang hat Rheinland-Pfalz als erstes Bundesland im Februar 2011 einen Bericht über die Umsetzung, die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz festgelegten

Maßnahmen vorgelegt. Unter dem Hinweis auf den kurzen Erfahrungszeitraum von 1 ½ Jahren wird der Bericht als eine erste Einschätzung gewertet; das zentrale Einladungs- und Erinnerungssystem zu den Früherkennungsuntersuchungen kann erst auf ein halbes Jahr „Echtbetrieb“ zurückgreifen. Im Bereich des Kinderschutzes ist interessant, dass es beim Aufbau lokaler Netzwerke noch nicht gelungen sei, alle im Gesetz definierten Netzwerkpartner, insbesondere die Akteure im Gesundheitswesen, systematisch und dauerhaft einzubeziehen. Auch hier wird – ähnlich wie in der Debatte zum Bundeskinderschutzgesetz – auf unzureichende Finanzierungsmöglichkeiten im SGB V verwiesen.

Andere Berichte über Erfahrungen aus den Ländern liegen aufgrund der verhältnismäßig kurzen „Laufzeiten“ der Regelungen (noch) nicht vor. Aus einigen Ländern wird über Anfangsprobleme und hohen Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit den Früherkennungsuntersuchungen berichtet. Auch wird bezweifelt, ob die finanziellen und personellen Voraussetzungen für die Erfüllung der zum Teil sehr ambitionierten Förder- und Hilfeaufgaben nach einzelnen (breit angelegten) Landesgesetzen geschaffen werden können.

4 c) Bündelung der Instrumente und Regelungen zur Kindergesundheit und zum Kinderschutz in einem eigenen Landesgesetz

Die meisten der unter 4 b) aufgeführten gesetzlichen Regelungen in anderen Bundesländern finden sich auch im Land Brandenburg. Eine gesetzliche Normierung des Einladungs- und Rückmeldewesens ist landesgesetzlich bereits erfolgt. Eine Änderung dieser Bestimmungen oder die Aufnahme in einem eigenen Landeskinderschutzgesetz wird nicht für erforderlich gehalten. Das eingeführte Verfahren des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens soll weiter beobachtet und nach zwei bis drei Jahren erneut evaluiert werden.

Ebenso sind die Untersuchungen im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat bereits geregelt, deshalb wird auch hier nicht die Notwendigkeit gesehen, die gesetzlichen Regeln neu zu fassen oder in ein neues Gesetz zu überführen.

Für die Finanzierung der regionalen „Netzwerke Gesunde Kinder“ besteht das Ziel, sie unter Beteiligung der Krankenkassen mit einer Regelfinanzierung sicherzustellen. Die Grundlage dafür könnte eine entsprechende Regelung im SGB V sein. Allerdings gibt es dazu, wie auf S. 48 dargestellt, in der Beratung des Regierungsentwurfs zum Bundeskinderschutzgesetz noch kein abschließendes Ergebnis.

Sowohl im Schulgesetz als auch im Kita-Gesetz sind die für die Arbeit der Fachkräfte relevanten kinderschutzspezifischen Aspekte aufgenommen. Eine Konkretisierung im Rahmen eines Kinderschutzgesetzes erscheint gegenwärtig nicht erforderlich.

Keine landesrechtliche Regelung besteht im Land Brandenburg im Unterschied zu anderen Ländern zur Befugnis von Berufsgruppen, die zur Geheimhaltung von Informationen verpflichtet sind, kinderschutzrelevante Informationen weiterzugeben. Allerdings erscheint es auch nicht erforderlich, dies landesrechtlich zu regeln, da mit der Verabschiedung einer entsprechenden Regelung im Kinderschutzgesetz des Bundes zu rechnen ist. Ebenso besteht gegenwärtig keine landesrechtliche Verpflichtung zur Schaffung von regionalen Arbeitsgemeinschaften für Kooperation beim Kinderschutz. Angesichts des Erfolgs bei der Einrichtung dieser Arbeitsgemeinschaften auf der Grundlage der o. a. gemeinsam von den Fachressorts und den kommunalen Spitzenverbänden erarbeiteten Empfehlungen ist die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung nicht unmittelbar erkennbar. Außerdem ist zu

berücksichtigen, dass auch hier der Entwurf des Bundeskinderschutzgesetzes eine Regelung vorsieht.

Damit bleiben als wesentliche Regelungstatbestände auf Landesebene gegenwärtig nur die Bereiche, die zum Teil in den o. a. breiteren Kinderschutzgesetzen (z. B. von Rheinland-Pfalz und Schleswig Holstein) berücksichtigt sind und zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit auf örtlicher Ebene beitragen können. Dazu gehören u. a.:

- Kinderschutzkoordinatoren auf örtlicher Ebene,
- Verbesserung der Prävention,
- Regelungen zur Wahrnehmung der Kinderschutzaufgaben durch die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe,
- Einführung der Familienhebammen und der Frühen Hilfen,
- Finanzierung der „Netzwerke Gesunde Kinder“,
- Berichtspflichten.

Eine Bewertung dieser Regelungen, ihrer Folgen und Wirkungen, ist im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht möglich. Deshalb können daraus auch keine Schlussfolgerungen zur Frage der Notwendigkeit eines Landeskinderschutzgesetzes für Brandenburg gezogen werden. Im Übrigen bieten der Haushalt für 2011 und die mittelfristige Finanzplanung keinen Spielraum für neue Landesgesetze, die der kommunalen Ebene konnexitätsrelevante Verpflichtungen auferlegen. Die Vorbereitung eines Landeskinderschutzgesetzes ist deshalb von der Landesregierung gegenwärtig nicht vorgesehen. Nach der Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes ist allerdings erneut zu prüfen, ob nähere landesrechtliche Bestimmungen dazu erforderlich sind.

5 Anlagen

Anlagenvorblatt

a) Materialien

Zum Kapitel 2 Instrumente und Vorschriften zur Kindergesundheit

zu 2 a) Einladungs- und Rückmeldewesen zu den nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 7 BbgGDG)

Anlage 1: Erhebungen zum Einladungs- und Rückmeldewesen

zu 2 b) Untersuchungen aller Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte (§ 6 Abs. 2 BbgGDG)

Anlage 2: Erhebungen zu den Untersuchungen

zu 2 c) Arbeit des „Netzwerkes Gesunde Kinder“

Anlage 3: Tabellen aus der wissenschaftlichen Begleitung

Anlage 4: Aktuelle Auswertung der Inventorenbefragung

Zum Kapitel 3 Instrumente und Vorschriften zum Kinderschutz

zu 3 a) Programm zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg vom 28. März 2006 (Drucksache 4/2733) und die Arbeit der Fachstelle Kinderschutz

Anlage 5: Kooperationen im Kinderschutz

Anlage 6: Praxisbegleitsystem 2006 – 2010

Anlage 7: Veröffentlichungen 2006 – 2010 Auswahl

Anlage 8: Übersicht der Fachveranstaltungen 2006 – 2010

Anlage 9: Fragebogen der Online-Befragung

zu 3 e) Erfahrungen mit der Umsetzung der Änderungen des § 1666 BGB und des FGG-Reformgesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes durch die Gerichte im Land Brandenburg

Anlage 10: Fragebogen zur Evaluation

Anlage 11: Gesetzliche Grundlagen

b) Daten der Jugendhilfestatistik

Anlage 12: Daten der Jugendhilfestatistik

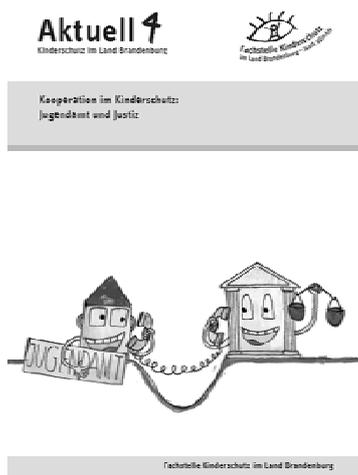
"Aktuell - Kinderschutz im Land Brandenburg" Eine Reihe der Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg

Bisher erschienen:



Band 5: Kooperation im Kinderschutz: Schule und Jugendhilfe

Kinderschutz gelingt besser, wenn Schule und Jugendamt Hand in Hand arbeiten. Dafür braucht es Rahmen und Regeln – soll die Kooperation nicht einzig von einzelnen engagierten Personen abhängen. Doch was sind die elementaren Bausteine, damit sich eine Kooperationsvereinbarung in der Praxis bewährt? Ihre fachlichen Einschätzungen und persönlichen Erfahrungen schildern Akteure aus Schule und Jugendhilfe. Ergänzt werden die Artikel durch Beispiele, die zeigen, wie Grundzüge der Zusammenarbeit, verbindliche Verfahrensabläufe und eine angemessene Kommunikationsstruktur in der Praxis aussehen können.



Band 4: Kooperation im Kinderschutz: Justiz und Jugendhilfe

Fachleute aus Jugendhilfe und Justiz beleuchten die Folgen durch die Neuregelungen des gerichtlichen Verfahrens in Familiensachen im FamFG für ihre Zusammenarbeit. Die Arbeitsgruppe der ASD-LeiterInnen Brandenburger Jugendämter gibt Empfehlungen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Familiengericht. Ergänzt wird die Materialsammlung durch konkrete Praxisbeispiele u. a. auch aus dem Bereich Polizei sowie die Analyse schwerer Fälle von Verwahrlosung, Vernachlässigung und Misshandlung.



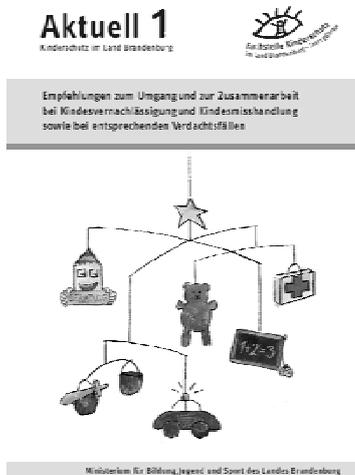
Band 3: Kinderschutz-ABC – 26 Artikel über den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Gewalt

Das „Kinderschutz-ABC“ ist eine Ratgeberreihe rund um den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Gewalt. In 26 Artikeln gibt es praktische Informationen und Antworten auf Fragen wie: Wo beginnt Gewalt gegen Kinder? Woran sind Anzeichen für Vernachlässigung und Misshandlung zu erkennen? Und wohin kann man sich wenden, wenn man beobachtet oder befürchtet, dass einem Kind Leid geschieht? Das Kinderschutz-ABC richtet sich an alle, die im Alltag mit Kindern zu tun haben. Jeder Artikel ist ergänzt durch einen Infoblock mit Adressen, bei denen Betroffene konkrete Hilfe und Beratung finden können.



Band 2: Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung – § 8a SGB VIII

Der Leitfaden, der von einer Arbeitsgruppe von ASD-LeiterInnen einzelner brandenburger Jugendämter erarbeitet wurde, ist eine Arbeitsgrundlage für Jugendämter, um ein auf ihre spezifischen Rahmenbedingungen angepasstes Kinderschutz-Konzept zu entwickeln. Der einführende Teil enthält die allgemein- und datenschutzrechtlichen Grundlagen zum Kinderschutz. Im Hauptteil sind Materialien für die sozialarbeiterische Praxis zusammengestellt. Anlagen mit Prüfbögen und –kriterien ergänzen die Materialsammlung.



Band 1: Empfehlungen zum Umgang und zur Zusammenarbeit bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung

Die Empfehlungen sind im Mai 2006 von mehreren Ressorts der Brandenburger Landesregierung gemeinsam mit Vertretern der kommunalen Spitzenverbände entwickelt worden und stellen die Aufgaben der verschiedenen Institutionen – Kinder- und Jugendhilfe, Justiz, Polizei, Gesundheitswesen und Schule – beim Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung dar.



in Trägerschaft von



gefördert durch

