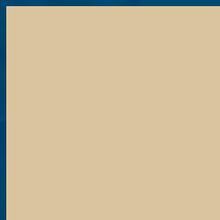
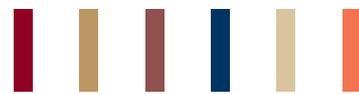


Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit

Abschlussbericht





Institut für Sozialarbeit und
Sozialpädagogik e.V.

Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit

Abschlussbericht

Leonore Köhler, Dr. rer. pol. Jörg Dittmann, Evelyn Sthamer (Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.)
Prof. Dr. jur. Dr. phil. Reinhard J. Wabnitz (Hochschule RheinMain, Wiesbaden)
Anna M. Passon, Anna Drabik, PD Dr. rer. pol. Markus Lungen (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie der Universität zu Köln)

Frankfurt am Main, Dezember 2011

Impressum

Herausgeber

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.
Zeilweg 42
60429 Frankfurt am Main
ISS-Aktuell 10/2011

Autoren

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.
Leonore Köhler
Dr. rer. pol. Jörg Dittmann
Evelyn Sthamer

Hochschule RheinMain, Wiesbaden
Prof. Dr. jur. Dr. phil. Reinhard J. Wabnitz

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie der Universität zu Köln
Anna M. Passon
Anna Drabik
PD Dr. rer. pol. Markus Lungen

Gesamtübersicht

- I. Zusammenfassung der Ergebnisse nach Leistungsmodulen (Seiten 2 bis 14)
- II. Evaluationsbericht „Aktion Gesunde Kindheit“ (Seiten 15 bis 210)
- III. Anhang (Seiten 212 bis 273)

Vorwort

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) ist mit der Wahrnehmung der in der Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen – UTeilnahmeDatVO – beschriebenen Aufgaben bestimmt. Die Verordnung bestimmt auch, dass der Landesregierung bis zum 31. Dezember 2011 über die Erfahrungen mit dem Meldeverfahren zu berichten ist.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, ehemals Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, hat das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit beauftragt, für diesen Erfahrungsbericht eine Evaluation des Meldeverfahrens durchführen zu lassen. Unter der Auftragsnummer 300575 vom 12. Mai 2010 wurde das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Frankfurt am Main, mit der Durchführung der Evaluation beauftragt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dem Bericht auf die explizite Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet, aber im Sinne der Gleichstellung sind selbstverständlich jeweils beide Geschlechter gemeint.

Abstract

Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Frankfurt am Main, hat zwischen Mai 2010 und Oktober 2011 die Evaluation der „Aktion Gesunde Kindheit“ in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln und Herrn Professor Reinhard J. Wabnitz (Hochschule RheinMain, Wiesbaden) durchgeführt.

Bei der „Aktion Gesunde Kindheit“ handelt es sich um eine vom Bundesland Nordrhein-Westfalen 2007 beschlossene und seit Februar 2010 vollständig umgesetzte Aktion zur Steigerung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und zur Verbesserung des Kinderschutzes in Nordrhein-Westfalen.

Die Zentrale Stelle des LIGA.NRW vergleicht die Daten des Einwohnermeldeamtes mit den Meldungen der Ärzte. So werden die Kinder ermittelt, für die noch keine Teilnahmebestätigungen vorliegen. Nach Ablauf der Frist, in der die jeweiligen Untersuchungen gemacht werden sollten, erhalten die Eltern dieser Kinder ein Erinnerungsschreiben. Liegt nach einer weiteren Frist keine schriftliche Meldung eines Arztes vor, informiert die Zentrale Stelle die Kommune darüber, für welche Kinder keine Teilnahmebescheinigung vorliegt. Die Jugendämter entscheiden, ob sie mit den Eltern/Sorgeberechtigten Kontakt aufnehmen. (siehe: http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/ges_kind/).

Ziel der vorliegenden Evaluation war es zu untersuchen, ob die Aktion „Gesunde Kindheit“ zu einer, auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten, effizienten Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 und zu einer Verbesserung des Kinderschutzes in Nordrhein-Westfalen führt. Indem auch die Rahmenbedingungen, die Umsetzungsqualität und der Verfahrensablauf der Intervention der „Aktion Gesunde Kindheit“ untersucht wurden, war die Evaluation als Prozess- und Strukturevaluation angelegt. Des Weiteren wurden die gesetzlichen Grundlagen der „Aktion Gesunde Kindheit“ für das behördliche Handeln durch ein Rechtsgutachten geprüft.

In Bezug auf die Ergebnisqualität hat die vorliegende Evaluation gezeigt, dass die Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 durch das Verfahren insgesamt gesteigert werden konnte, wobei dies besonders bei den späteren Untersuchungsstufen und der U7a deutlich wird. Allerdings steht nicht fest, inwiefern diese Steigerung durch andere intervenierende Faktoren beeinflusst wurde (z.B. durch das Programm „Ich geh' zur U“). Der Anstieg der Teilnahmequote könnte auch durch die verbesserte Datenqualität zustande gekommen sein.

In Bezug auf Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung reicht die bisherige Datenlage für eine Gesamtbeurteilung nicht aus. Den Ergebnissen des LWL-Landesjugendamtes Westfalen zufolge wurden zwischen Februar und Oktober 2010 vier zusätzliche Fälle von Kindeswohlgefährdung im Rahmen der Intervention aufgedeckt. Die Zahlen basieren auf Angaben von 87 der insgesamt 182 Jugendämter in Nordrhein-Westfalen. Für das gesamte Land Nordrhein-Westfalen ist davon auszugehen, dass mehr Fälle durch die Inter-

vention aufgedeckt wurden. Bezogen auf die genannte Erhebung bleibt jedoch zu konstatieren, dass von den im genannten Zeitraum 26.371 als Nichtteilnahme an der Früherkennungsuntersuchung registrierten und den Jugendämtern gemeldeten Fällen, in lediglich vier Fällen die Indizfunktion der Kindeswohlgefährdung erfüllt wurde. Den genannten Ergebnissen stehen jährliche laufende Kosten der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ in Höhe von 4,1 bis 4,3 Millionen Euro gegenüber.

Das Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen – UTeilnahmeDatVO – verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist. Mit Blick auf die Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts hätte es einer parlamentarischen Entscheidung bedurft mit Blick auf die folgenden Regelungen der UTeilnahmeDatVO:

1. Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen (§ 2 Abs. 1 UTeilnahmeDatVO)
2. Löschung der Daten spätestens zwei Monate nach dem letztmaligen Datenabgleich (§ 3 Abs. 6 UTeilnahmeDatVO)
3. Festlegung der von der Zentralen Stelle an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu übermittelnden Daten (§ 4 Abs. 1 Satz 2 UTeilnahmeDatVO).

Die Maßnahmen sind geeignet, erforderlich und verhältnismäßig

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

I. Zusammenfassung der Ergebnisse

Modul 1: Ermittlung und Analyse der (regionalen) Teilnahmequoten

Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen sind gegenwärtig auf einem hohen Niveau und weisen auch noch bei der U9 einen Anteil von über 90 % auf. Dabei ist zu beachten, dass diese Quoten im Vergleich zu den Ergebnissen der Kosten-Nutzen-Analyse (Modul 2) aufgrund der anders gewählten Grundgesamtheit und der besonderen Form der Datenbereinigung sowie des gewählten Referenzzeitraumes höher sind.

Im Beobachtungszeitraum zwischen Oktober 2009 und März 2011 zeichnet sich ein Anstieg in den Teilnahmequoten bei allen Früherkennungsuntersuchungen ab. Insgesamt fällt auf, dass sich die Quoten der einzelnen Untersuchungsstufen tendenziell annähern. Dies ist vermutlich auf den Erinnerungseffekt der Intervention bei den höheren Untersuchungsstufen und der noch recht unbekannteren U7a zurückzuführen.

Bei Betrachtung der Entwicklung der Teilnahmequote an der U9 anhand der Daten der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen ist ebenfalls ein deutlicher Anstieg seit der Intervention zu beobachten.

In Bezug auf die Mehrfachverweigerung zeigte sich für die U5 und die U6, dass ein Großteil derjenigen, die bereits vor Ablauf des Toleranzzeitraumes die U5-Untersuchung in Anspruch nahm, auch die U6 fristgerecht durchführen ließ (96 %). Ebenfalls nahmen immerhin 86,5 % derjenigen, die bei der U5 erinnert wurden, fristgerecht an der U6-Untersuchung teil. Möglicherweise liegt hier ein positiver Effekt der Intervention vor, wobei aufgrund fehlender Vergleichsdaten kein eindeutiger Rückschluss möglich ist. Der Anteil von 9,6 % an der U5 erinnerter Kinder, bei denen für die U6 kein Untersuchungsbeleg vorliegt, weist darauf hin, dass es neben Sonderfällen und Fehlerquellen, die zu fehlerhaften Datenbeständen führen, einen Kern an Eltern gibt, die die Untersuchungen mehrfach nicht wahrnehmen. Dies weist auf einen weiterhin bestehenden Interventionsbedarf hin.

Im regionalen Vergleich wird deutlich, dass die Teilnahmequoten mit steigender Bevölkerungsdichte abnehmen. Die Teilnahmequote nach Intervention unterscheidet sich allerdings erheblich zwischen verschiedenen Kreisen, die ähnlich hohe Teilnahmequoten vor der Intervention aufweisen. Ein schlechtes kommunales Resultat kann damit verbunden sein, dass weniger Eltern fristgerecht die Früherkennung nutzen als auch, dass die Toleranzzeit vergleichsweise seltener genutzt wird. Vor diesem Hintergrund sollten auf kommunaler Ebene an unterschiedliche Strategien gedacht und angewandt werden, um eine Erhöhung der Teilnahmequote zu erzielen.

Es besteht jeweils ein leichter Zusammenhang zwischen der Arbeitslosenquote und des Ausländeranteils in den Kreisen und der Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. In zukünftigen Evaluationen sollten diese Zusammenhänge weiter beobachtet werden, da eine Abschwächung der Zusammenhänge als Indikator für das Erreichen von Risikogruppen gelten kann.

Modul 2, Modul 3: Abnahme von Nichtteilnahmen und Kindeswohlgefährdungen unter Berücksichtigung der Kosten-Effektivität

Die Auswertung des Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ muss aufgrund der schlechten Datenvergleichbarkeit bei der Entwicklung der Teilnehmerquoten und der WNZ mit Vorsicht interpretiert werden. Aufgrund fehlerhafter und schlecht vergleichbarer Daten können keine Steigerungen der Teilnahmequoten oder ein Rückgang der WNZ nachgewiesen werden. Das muss jedoch nicht bedeuten, dass ein Effekt des Programms hinsichtlich der Teilnehmerquote nicht vorhanden ist. Eine zukünftige Evaluation kann möglicherweise für mehr Klarheit sorgen, da auf einen vergleichbaren Datensatz im Zeitablauf zurückgegriffen werden kann.

Als einziger quantifizierbarer Nutzen bleibt die Entdeckung der Kindeswohlgefährdung. Auch hier ergeben sich Schwierigkeiten aufgrund ungesicherter Fallberechnungen. Gesichert ist, dass im Laufe von neun Monaten vier Fälle von Kindeswohlgefährdungen durch die Meldungen des LIGA.NRW aufgedeckt werden konnten. Bei einer Hochrechnung auf alle Jugendämter und auf einen 12-Monats-Zeitraum kann von einer durchschnittlichen Aufdeckung von 11,1 Kindeswohlgefährdungsfällen ausgegangen werden.

Demgegenüber stehen jährliche laufende Kosten der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ in Höhe von 4,1 bis 4,3 Millionen Euro. Der größte Anteil entsteht dabei bei den Kinder-, Jugend- und Allgemeinärzten.

- Um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Datensätze zu vermeiden, sollte eine weiterführende Evaluation einen historischen Vergleich mit den Daten des LIGA.NRW anstellen. In der vorliegenden Auswertung war dies nicht möglich, da aufgrund der kurzen bisherigen Laufzeit der Intervention Zeitreihenbetrachtungen nicht möglich waren.
- Eine weitere Evaluation der UTeilnahmeDatVO sollte verstärkt den Einfluss der Meldungen des LIGA.NRW an das Jugendamt untersuchen. Bisher geht nicht eindeutig hervor, inwieweit Übergänge in den § 8a SGB VIII auf die Meldungen zurückzuführen sind.

Modul 4: Prüfung der gesetzlichen Grundlagen für das behördliche Handeln (Rechtsgutachten, Professor Wabnitz)

1. Mit dem Ziel der Steigerung der Teilnahmeghäufigkeit an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sowie zur Verbesserung des Kinderschutzes hat das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) im Rahmen seiner Rechtsetzungskompetenzen – ähnlich wie die meisten anderen Bundesländer auch – spezielle gesetzliche Regelungen getroffen, und zwar in drei Gesetzen: dem Meldegesetz (MG), dem Heilberufsgesetz (HeilBerG) und dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG). Näheres dazu ist in der Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen (UTeilnahmeDatVO) bestimmt worden.

2. Die genannten Rechtsvorschriften tragen allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards nach dem Datenschutzgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB) Rechnung.
3. Bei der Schaffung der UTeilnahmeDatVO sind die verfassungsrechtlichen Vorgaben des Art. 70 der Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen (Verf) beachtet worden.
4. Die in der UTeilnahmeDatVO getroffenen Regelungen sind ganz überwiegend verfahrensmäßiger, gesetzesakzessorischer Natur und von daher zumeist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.
5. Mit Blick auf die drei folgenden Regelungen in der UTeilnahmeDatVO hätte es allerdings im Lichte der „Wesentlichkeitstheorie“ des BVerfG einer parlamentarischen Entscheidung in Gesetzesform bedurft, weil diese Regelungen „wesentlich“ für die Ausübung der Grundrechte der betroffenen Bürger auf informationelle Selbstbestimmung und auf Pflege und Erziehung der Kinder sind:
 - Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen nach § 2 Abs. 1 (§ 3 Abs. 4 Satz 2).
 - Löschung der Daten spätestens zwei Monate nach dem letzten Datenabgleich (§ 3 Abs. 6).
 - Festlegung der von der Zentralen Stelle an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu übermittelnden Daten (§ 4 Abs. 1 Satz 2).
6. Aufgrund der Regelungen über die Weitergabe der in Rede stehenden personenbezogenen Daten von Meldebehörden, Ärzten an die Zentrale Stelle, das von dort erfolgende „Einladungswesen“ und die ausnahmslose (!) Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist mit Blick auf die betroffenen Personensorgeberechtigten und Kinder der Schutzbereich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 4 Abs. 2 Verf eröffnet. Aufgrund der entsprechenden Regelungen in Nordrhein-Westfalen wird auch in dieses eingegriffen.
7. Dieser Grundrechtseingriff ist insoweit gerechtfertigt, als mit den beiden Zielen Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 sowie Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung und den entsprechenden Rechtsvorschriften legitime verfassungsrechtliche Ziele im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit verfolgt werden.
8. Im Sinne des allgemeinen rechtsstaatlichen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit müssten die einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen allerdings außerdem geeignet, erforderlich und verhältnismäßig (im engeren Sinne) sein. Mit Blick auf das erste Ziel „Steigerung der Teilnahmehäufigkeit“ ist dies zu bejahen. Allerdings sind die einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen nicht geeignet, nicht erforderlich und nicht verhältnismäßig mit Blick auf das zweite Ziel „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung“. Sie sind insoweit verfassungswidrig.

9. Die Ausführungen zu 6. bis 8. gelten mit Blick auf das Elternrecht auf Pflege und Erziehung der Kinder gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG sowie auf damit korrespondierende Rechte von Kindern entsprechend.

Modul 5: Analyse und Bewertung des Kommunikationskonzeptes

Die „Aktion Gesunde Kindheit“ wurde konzeptuell vorbereitet und unterstützt durch ein Kommunikationskonzept. Die Ziele und Inhalte der Aktion sollten den verschiedenen Akteuren, durchführenden Instanzen und Eltern vermittelt werden.

Eine offensive Öffentlichkeitsarbeit fand zum Start der Aktion statt, sie ist nicht kontinuierlich vorgesehen. Die konsentrierte Konzeption sah keine Direktkommunikation mit den Zielgruppen vor. Für die ausführenden Institutionen wurde die Dissemination über die Verbände und Träger aufbauend auf dem Professionswissen in Eigenverantwortung gewählt. Die ausführenden Organe wurden über ihre Spitzenverbände in einem Steuerungskreis zur Umsetzung des Verfahrens einbezogen.

Zur Information und Ausstattung der Ärzte wurde ein Starterpaket entwickelt. Weitere Aufklärung übernahmen die Verbände eigenverantwortlich über professionseigene Medien. Für die Kommunen wurden zwei regionale Informationsveranstaltungen durchgeführt. Die Landesjugendämter informierten eigenverantwortlich ebenfalls über das Verfahren in ihren Newslettern und bildeten einen Arbeitskreis zur Entwicklung von Umsetzungsempfehlungen. Die Öffentlichkeit wurde zum Beginn des Erinnerungsverfahrens mit Pressemeldungen und einer Presseerklärung informiert.

Die Information der durchführenden Professionen über die Ziele und ihren Arbeitsauftrag wird subjektiv als gut bis sehr gut eingeschätzt. In der praktischen Durchführung ergaben sich zahlreiche weitere Fragen. Defizite zeigten sich insbesondere bei der Ärzteschaft in Bezug auf für das Verfahren relevante Regelungen im Gesundheitswesen sowie im Wissen und Verständnis über ineinandergreifende Abläufe im Gesamtprozess.

Die Eltern von Kindern in den relevanten Altersstufen sollten über zentrale Anlaufstellen und Multiplikatoren über das neue Erinnerungsverfahren informiert werden. Als Streumaterialien wurden dafür Faltblätter in verschiedenen Sprachen bereit gehalten. Weitere Informationen zum Erinnerungsverfahren sind über eine eigene Webseite der „Aktion Gesunde Kindheit“ beim LIGA.NRW verfügbar, auf welche Eltern auch in den erinnernden Schreiben hingewiesen werden. Der Informationsstand der Eltern zeigt jedoch, dass diese unzureichend erreicht werden. Viele der Eltern sind durch die einladende Erinnerung zum ersten Mal auf das Meldeverfahren aufmerksam gemacht worden. Drei von vier Eltern wissen inzwischen um die Maßnahmen im Rahmen des Verfahrens, bringen diese jedoch nicht in Zusammenhang mit der „Aktion Gesunde Kindheit“.

Das Ziel, Multiplikatoren in die Aufklärung der verschiedenen Elterngruppen einzubinden, insbesondere für jene, die nicht regelmäßig zum Kinderarzt kommen, ist nicht zufriedenstellend gelungen. Es mangelt an Kontinuität im Kontakt und einige für das Erreichen der Eltern wichtige Organe konnten nicht gewonnen werden. Auch wird mancherorts ein mangelndes

Grundwissen zum Erinnerungsverfahren wie zu Früherkennungsuntersuchungen konstatiert, so dass eine Unterstützung und Aufklärung nicht möglich ist.

Für eine weitere Umsetzung der Öffentlichkeitsarbeit wird Optimierungsbedarf gesehen hinsichtlich:

1. eines einheitlichen Absenders in den Produkten zur Aktion „Gesunde Kindheit“, um mehr Transparenz zu schaffen,
2. einer kontinuierlichen Weiterführung der Öffentlichkeitsarbeit und einer Ausweitung bis hinunter auf die kommunale Ebene, gerade weil sich die Zielgruppe stetig erneuert,
3. einer Erschließung anderer Bereiche der Verbreitung und weiterer Multiplikatoren,
4. einer Weiterentwicklung der Streumедien mithilfe der Multiplikatoren.

Modul 6: Prüfung der Umsetzungsqualität des LIGA.NRW

Das Meldeverfahren wurde schrittweise über 1,5 Jahre implementiert vom Aufbau der Melde-datenbank, über die Ausstattung der Ärzteschaft bis zur Integration aller U-Untersuchungen. Seit Februar 2010 ist das Verfahren vollständig umgesetzt. Im Zeitraum eines Jahres, von April 2010 bis März 2011, wurden insgesamt 1.012.861 Untersuchungen in der Zentralen Stelle registriert, zugeordnet und bestätigt. Es wurden 177.213 Erinnerungsschreiben erstellt und 104.260 Datensätze von Kindern wurden wegen unklarer Teilnahme an die Jugendämter weitergeleitet. Das Aufkommen an Erinnerungsschreiben hat nach den ersten Monaten der Laufzeit einen deutlichen Knick verzeichnet, seitdem ist nur noch ein leichter Rückgang zu einem wie es scheint inzwischen konstantes Niveau feststellbar. Die Benachrichtigungen der Jugendämter nehmen prozentual noch ab, weiterhin weniger Kinder einer Kohorte sind zu melden.

Einen großen Teil des Aufwandes nimmt der Kontakt mit den Eltern ein. Nach der internen Dokumentation kann für das Jahr 2010 von 190 Kontakten pro Tag ausgegangen werden. 2011 sind es im Schnitt etwa 150 Kontakte pro Tag, wobei ein signifikanter Rückgang seit März 2011 verzeichnet wird. Reine Beschwerden sind von drei bis vier Mal pro Woche zu zwei bis drei Mal pro Monat deutlich seltener geworden. Rund 40 % der Elternreaktionen beziehen sich auf bereits durchgeführte Untersuchungen. 24,5 % der sich meldenden Eltern teilten eine Terminvereinbarung mit. Über die Laufzeit der Aktion verschieben sich diese Anteile deutlich: es werden weniger Untersuchungen als vollzogen und mehr als vereinbart mitgeteilt. Allgemeine Informationen wurden im Schnitt in 30 % der Fälle abgerufen, auch diese Nachfrage nimmt über die Zeit ab.

Eine deutliche Entlastung im Teamcenter hat die Einführung des Jugendamtsportals im Jahr 2011 gebracht. 77 % der Jugendämter können inzwischen auf das Portal zugreifen. Bei der ersten Befragung wurde der Aufwand noch auf etwa 40 % der Arbeitszeit geschätzt, inzwischen werden zwei bis drei Anrufe täglich angegeben.

Für die Bewältigung der Aufgaben wurden ohne die Anteile aufgewendeter Stunden aus anderen zentralen Bereichen des LIGA.NRW zeitweise 16,3 Vollzeitäquivalente benötigt. Als

ursächlich für einen gegenüber der Planung erhöhten Bedarf ist das Ausmaß notwendiger Einzelfallbearbeitung durch eine hohe Fehlerquote im Abgleich anzusehen. Nach zwei Jahren Laufzeit sind die Personalkapazitäten bereits reduziert und können voraussichtlich weiter zurückgefahren werden. Die Einsparungen sind verbunden mit effizienteren Abläufen, Automatisierung im Abgleich, geringeres Aufkommen im Telefon- und E-Mail-Verkehr und einer fortschreitenden Elektronisierung der Übermittlungswege.

Die Gewährleistung des Abgleich ist Kern der Tätigkeit in der Zentralen Stelle. Es müssen zahlreiche Voraussetzungen der eingehenden Daten erfüllt sein, damit der Abgleich effizient gelingen kann. In allen sind jedoch mehr oder weniger Einschränkungen gegeben.

Steuerungsmöglichkeiten werden genutzt, um die Auswirkungen der externen Fehlerquellen zu begrenzen. Aufgrund der bemerkenswert schlechten Qualität der Meldedaten zu Beginn sind Standards der Qualitätsprüfung vor einem Import entwickelt. Bis eine Klärung zweifelhafter Daten abgeschlossen ist, kann das bedeuten, dass ein Kind nicht in das Verfahren einbezogen werden kann. Wird aber ein systematischer Fehler in der Erstellung und Übermittlung der Daten gefunden, der mehrere Meldebehörden betrifft, kann die Qualität des Abgleich merkbar verbessert werden.

Die Verfahrenslaufzeit von der durchgeführten Untersuchung bis zur Bestätigung wird mit sieben Tagen veranschlagt. Dieser Zeitraum bildet den „blinden Fleck“ des Abgleichs, in dem es zu Überschneidungen kommen kann. In einem Fünftel der Fälle vergehen mehr als zehn Tage, bis eine durchgeführte Untersuchung im System als bestätigt vorliegt, bei U5-Untersuchungen betrifft es jeden dritten Beleg. Gründe liegen in einer verspäteten Meldung der Praxen, Notwendigkeit eines manuellen Abgleich oder fehlender Meldedaten für ein Kind. Ein Level von 36.000 Untersuchungsbelegen kann nicht zugeordnet werden. In 13 % gelingt der automatische Abgleich zur Identifikation nicht aufgrund fehlerhafter oder nicht lesbarer Daten. Im Verlauf zeigt sich jedoch eine steigende Tendenz im Abgleich und eine kürzere durchschnittliche Bearbeitungsdauer seit 2011.

Eine Folge längerer Verfahrenslaufzeiten sind unberechtigte Erinnerungsschreiben, wenn eine Untersuchung bereits durchgeführt worden ist. War beim Start des Erinnerungsverfahrens beinahe jeder zweite Brief betroffen, ist mit dem zweiten Quartal 2010 eine deutliche Besserung eingetreten. Abhängig von der Untersuchungsstufe beträgt der Anteil noch zwischen 15 und 40 %. In den meisten Fällen klärt sich der Teilnahmestatus in der eingeräumten Rückmeldezeit. Je nach Untersuchung werden aber bis zu 15 % der Kinder unnötig dem Jugendamt gemeldet. Der größte Teil wird inzwischen durch Überschneidung von Untersuchungsmeldung und Information der Jugendämter bedingt. Bei den Untersuchungen U7a und U8 beispielsweise ist der Anlass für eine Überprüfung sieben Tage später in mehr als der Hälfte der Fälle nicht mehr gegeben (60,5 % bzw. 54,7 %). Eine Verringerung des blinden Fleck im Abgleich (z.B. durch eine tägliche elektronische Meldung der Praxen) oder eine längere Frist bis zur Information der Jugendämter könnten Abhilfe schaffen.

Modul 7: Umsetzungsqualität des Meldeverfahrens aus Sicht der zuständigen Ärzte

Die quantitative Befragung von 165 Ärzten zum Meldeverfahren Gesunde Kindheit des LIGA.NRW zeigt, dass 25 bis 30 % der befragten Ärzteschaft dem Meldeverfahren kritisch gegenüber stehen. Kinder- und Jugendärzte bewerten das Meldeverfahren um circa fünf bis acht Prozentpunkte negativer als Allgemeinärzte: Kinder- und Jugendärzte sind mit dem Meldeverfahren und der Zusammenarbeit mit der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit beim LIGA.NRW unzufriedener als Allgemeinärzte und bemängeln häufiger die praktische Umsetzung des Meldeverfahrens. Für 17 % aller befragten Ärzte steht zudem der Nutzen des Verfahrens in Frage. Ärzte, deren Praxis in Gebieten mit hoher Einwohnerzahl liegt, sind ebenfalls mit dem Meldeverfahren häufiger unzufrieden und beurteilen die Zusammenarbeit mit der Zentralen Stelle negativer.

Die Integration des Meldeverfahrens in den Praxisalltag stellt eine wichtige Voraussetzung für die Zufriedenheit dar. Für knapp ein Drittel könnte das Meldeverfahren effizienter organisiert sein und es gibt statistische Anhaltspunkte dafür, dass Verbesserungen in der Organisation des Verfahrens bzw. in der Sicht der Ärzte auf den Verfahrensablauf (z.B. durch noch bessere Aufklärung über das Verfahren) die Zufriedenheit mit dem Meldeverfahren und die Akzeptanz nennenswert erhöhen dürften.

Bivariate Zusammenhangsanalysen zeigen nicht nur hohe Zusammenhänge zwischen der Integration des Meldeverfahrens in den Praxisalltag und der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Verfahren, sondern auch mit der Zusammenarbeit mit LIGA.NRW sowie mit der Umsetzungsqualität. Die Integration des Meldeverfahrens in den Praxisalltag ist insbesondere auch beeinträchtigt, wenn durch das Meldewesen das Arzt-Eltern-Verhältnis gestört ist und die Ärzte wahrnehmen, dass die Eltern das Meldewesen kritisieren.

Die Erstellung einer Handlungsrelevanzmatrix liefert Anhaltspunkte dafür, dass sich die Zufriedenheit mit dem Verfahren in der Ärzteschaft erhöhen lässt, wenn Ärzte eine höhere Akzeptanz in der Elternschaft erkennen und das Meldeverfahren nicht die Arzt-Eltern-Beziehung einschränkt.

Die Steigerung der Zufriedenheit und damit auch Akzeptanz des Meldeverfahrens setzt im Wesentlichen in der Ausschaltung von Störungen im Arzt-Eltern-Verhältnis an, weil davon ausgegangen wird, dass solche Störungen den Ablauf in der Praxis stören und dadurch auch das Meldeverfahren als weniger effizient eingeschätzt wird. Zwar wurde nicht explizit nach den Störungen und Belastungen des Arzt-Eltern-Verhältnisses gefragt, aber es gibt anhand der offenen Frage zum Abschluss der Befragung deutliche Hinweise dafür, dass sich die Ärzte von den Eltern für Fehlmeldungen – unabhängig davon, ob diese begründet sind oder nicht – in die Verantwortung gezogen fühlen und dies die Beziehung zwischen Arzt und Eltern belastet.

Einerseits findet die Forderung nach einer zusätzlichen Vergütung des Meldeverfahrens mit einem Anteil von 88 % einen breiten Konsens in der Ärzteschaft. Andererseits wird das Verfahren deswegen aber nicht grundsätzlich in Frage gestellt.

Zwar basiert der zeitliche Aufwand für die Meldung auf groben Schätzungen der Ärzte. Es wird jedoch deutlich, dass das Meldeverfahren und die damit verbundenen Rückfragen in

erheblichem Maße vom nicht ärztlichen Teil der Praxis abgewickelt werden. Es wird zudem deutlich, dass unter den Rückfragen vor allem die Rückfragen durch Eltern im Durchschnitt einen größeren zeitlichen Aufwand bedingen, als Rückfragen durch LIGA.NRW oder Jugendämter. Da mit dem Aufwand die Unzufriedenheit mit dem Meldeverfahren steigt, sollten Überlegungen dahingehend angestellt werden, wie das Meldeverfahren mit weniger Aufwand für die Arztpraxis durchgeführt werden kann.

Bezogen auf die anfangs aufgestellten Thesen bestätigt sich, dass die Unzufriedenheit mit dem Meldeverfahren in der Ärzteschaft größer ist, wenn:

- der Praxisalltag durch das Meldeverfahren in seinem Ablauf gestört wird,
- der Nutzen des Meldeverfahrens in Frage gestellt wird,
- die Meldung das Arzt-Eltern-Verhältnis belastet,
- der Zeitaufwand für das Meldeverfahren zu hoch eingeschätzt wird,
- die Zusammenarbeit mit der Zentralen Stelle beim LIGA.NRW negativ bewertet wird.

Aufgrund des vergleichsweise hohen Anteils der wahrgenommenen kritischen Äußerungen durch Eltern bzgl. der Meldepflicht (52 %) und der Kritik der Ärzteschaft an der effizienten Organisation des Meldeverfahrens (31 %) sollte das Augenmerk vor allem auf die Verbesserung des Verfahrensablaufs gelegt werden. Zudem sollte sorgfältig überdacht werden, durch welche Maßnahmen und Veränderungen des Meldewesens das Arzt-Eltern-Verhältnis weniger belastet wird.

Die Aspekte „Unbekanntheit des Meldeverfahrens“ und „Informationsdefizite auf Seiten des Arztes“ bezüglich des Meldeverfahrens spielen gegenwärtig keine nennenswerte Rolle für die Akzeptanz des Meldeverfahrens, da die überwiegende Mehrheit der Ärzte diesbezüglich keine Defizite aufweist.

Die zusätzliche Vergütung der Meldung und Abwicklung von Rückfragen wird nahezu von der gesamten Ärzteschaft thematisiert und gefordert.

In der qualitativen Studie sollte zu einzelnen Aspekten der Umsetzung des Meldeverfahrens durch die Ärzten vertiefende Erkenntnisse gewonnen werden. Insbesondere kritische Haltungen zu dem Meldeverfahren sollten in ihren Zusammenhängen reflektiert werden. Im Unterschied zur quantitativen Studie wurde der Fokus auf Kinder- und Jugendärzte gelegt, weil sie den Hauptanteil der Vorsorgeuntersuchungen durchführen und wie die standardisierte Befragung zeigte im Durchschnitt kritischer zum Meldeverfahren stehen als Allgemeinmediziner oder Internisten.

Mit dem qualitativen Teil können die bisherigen Ergebnisse zu Aufwand und Organisation des Verfahrens konkretisiert werden. Es wird eine Gewichtung für die Bewertung des Verfahrens und die Zukunftsfähigkeit möglich.

In den Argumentationen der befragten Ärzte werden die beobachteten Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit dem Verfahren und

- einem hergestellten Nutzen des Meldeverfahrens,

- der Belastung des Arzt-Eltern-Verhältnis,
- der Störung des Praxisalltag durch das Meldeverfahren,
- dem Zeitaufwand für das Meldeverfahren

bestätigt. Sie werden aber auch als Kriterien ins Verhältnis zueinander gesetzt.

Mithilfe der Ergebnisse kann die in der standardisierten Studie aufgewiesene Relation zwischen Belastungen des Arzt-Eltern-Verhältnisses und der Beurteilung der Organisation des Verfahrens differenziert werden. Transparenter wird die Rolle unberechtigter Erinnerungsschreiben nach einer durchgeführten Untersuchung, deren Wirkung moderiert wird durch die erfahrene Reaktion der Eltern und den jeweiligen Überprüfungsaufwand.

Zur Bewertung der Zusammenarbeit mit dem LIGA.NRW muss konstatiert werden, dass wenig bis keine Kontakte zur Zentralen Stelle berichtet werden. Gründe der Unzufriedenheit werden in dem Aspekt einer an der Sprachverwendung konkretisierten Verantwortungszuweisung fassbar. Es scheint darüber hinaus eine Tendenz gegeben, wahrgenommene Probleme pauschal als Defizite der Zentralen Stelle der Durchführung zuzuschreiben.

Beachtenswert ist die schlechte Dissemination von Informationen an die niedergelassenen Ärzte; hier wären zusätzliche Verbreitungswege zu nutzen.

Ein großer Bedarf wird an regionalen Zahlen der Teilnahme geäußert sowie an Effekten des Meldeverfahrens: Es fehle eine Basis, um die Problematik vor Ort einschätzen zu können.

Modul 8: Bewertung der Umsetzungsqualität in den Jugendämtern und Wahrnehmung und Bewertung des Meldeverfahrens durch die Jugendämter

Die Umsetzungsqualität in den Jugendämtern zeichnet sich durch frühzeitige Planung und Standardisierungsbestrebungen (Einsatz von gemeinsamen Arbeitshilfen, E-Mail-Verteiler), insbesondere durch das Landesjugendamt Westfalen aus. Eine Standardisierung der Arbeitsschritte zur Bewältigung der im Rahmen des Meldeverfahrens zu bewältigenden Aufgaben dürfte inzwischen in der Mehrzahl der Jugendämter erfolgt sein.

Eine Berichterstattung über den Geschäftsanfall und den erzielten Erfolgen zum Kinderschutz wurde zwar vom Landesjugendamt Westfalen initiiert. Es fehlt jedoch ein regelmäßiges bundeslandweites Monitoring, in dem insbesondere die Ergebnisse von Prüfverfahren zur Kindeswohlgefährdung auf der Grundlage des § 8a SGB VIII genauer dokumentiert sind. Die bisherigen Berichtszahlen bilden einen allerdings nicht unerheblichen Ausschnitt der Grundgesamtheit.

Die Umsetzung der UTeilnahmeDatVO ist dadurch gefährdet, dass die Akzeptanz in den Jugendämtern gegenüber dem Meldeverfahren mit Blick auf die Identifikation von Kindeswohlgefährdung tendenziell gering ist.

Zudem besteht ein Rollenkonflikt zwischen dem Selbstverständnis der Jugendämter als Dienstleister und den im Rahmen der Verordnung an die Jugendämter herangetragenen Aufgaben. Die Interventionsfunktion im Rahmen der UTeilnahmeDatVO vermittelt der Bevöl-

kerung das Bild vom Jugendamt als staatliches Wächteramt (s. Befragung von Jugendamtsleitung).

Die Gesundheitsförderung, die durch einen Anstieg der Teilnehmezahlen erzielt werden soll, findet zwar wesentlich mehr Zustimmung in den Jugendämtern, wird aber nicht als originäre Aufgabe der Jugendämter angesehen.

Die Einbettung der Aufgaben der Jugendämter im Rahmen des Meldeverfahrens in die Netzwerkarbeit zum Kinderschutz kann bisher nicht genauer eingeschätzt werden. Wenn es um die Gesamtbeurteilung eines Falls geht, erscheint dies jedoch hilfreich.

Modul 9: Wahrnehmung und Bewertung der „Aktion Gesunde Kindheit“ durch Eltern bzw. Sorgeberechtigte

Die quantitative Befragung bestätigt mit Zustimmungsraten von 97 % die sehr hohe Akzeptanz von Eltern gegenüber Früherkennungsuntersuchungen. Die hohe Akzeptanz gegenüber der Früherkennungsuntersuchung ist kein Garant dafür, dass U-Untersuchungen immer pünktlich durchgeführt werden. Umgekehrt bedeutet ein Versäumen bzw. die verspätete Teilnahme keineswegs, dass an der Früherkennung gezweifelt wird. Eltern mit zwei und mehr Kindern sind ein Paradebeispiel dafür, dass es trotz hoher Akzeptanz gegenüber Früherkennungsuntersuchungen und auch gegenüber der „Aktion Gesunde Kindheit“ zu verspäteten U-Untersuchungen oder sogar zu Ausfällen kommen kann. Nach den Erkenntnissen der vorliegenden Befragung sind die meisten Gründe für die Nichtteilnahme aber von trivialer Natur (d.h. Vergessen, keine Terminfindung).

Die Unkenntnis über die U7a-Untersuchung ist ein wichtiger Grund für systematische Nichtteilnahmen und sollte verstärkt in den Blick genommen werden. Da insbesondere für Familien mit Migrationshintergrund die U7a unbekannt war, sollte sich die Öffentlichkeitsarbeit auf die entsprechende Untersuchung und auf die relevanten Zielgruppen fokussieren.

Im Zuge des Meldeverfahrens entstehen neue Sachverhalte. Die Frage nach der verspäteten Teilnahme bzw. Nichtteilnahme vermengt sich angesichts der Komplexität des Verfahrens mit Fragen nach den Gründen für den Erhalt eines Erinnerungsschreibens, die nichts mit einem tatsächlichen Versäumnis einer U-Untersuchung zu tun haben. Laut Auskunft der befragten Eltern hat die Erinnerung vor allem mit einer verspäteten Meldung der Ärzte zu tun.

Das Erinnerungsschreiben durch die Zentrale Stelle wird von den Elternteilen sachlich und in Abstrichen auch fordernd erlebt. Insgesamt gibt es diesbezüglich aber keine Hinweise, die Form der Ansprache zu verändern.

Trotz des hohen Anteils an unberechtigten Erinnerungen wird das Ziel der „Aktion Gesunde Kindheit“ nicht in Frage gestellt. Die Mehrheit der Befragten erwartet vom dem Meldeverfahren, dass es zu einer Teilnahmesteigerung an Früherkennungsuntersuchungen führt. Dies gilt auch für die fälschlich erinnerten Familien.

Ebenso besteht eine hohe Akzeptanz gegenüber den Interventionsmöglichkeiten durch das Jugendamt. Ein Einschreiten wegen Nichtteilnahme wird, wenn überhaupt, von den erinnerten Eltern und den Eltern mit Migrationshintergrund etwas stärker kritisiert, wenngleich die

Mehrheit in beiden Gruppen die Aufgaben des Jugendamtes nicht in Frage stellt. Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis wird durch die Meldepflicht des Arztes im Rahmen des Meldeverfahrens für die meisten als wenig belastet bewertet. Auffallend ist der hohe Anteil von befragten Eltern, die mit der Bezeichnung „Aktion Gesunde Kindheit“ nichts anfangen können.

Grenzen der vorliegenden Evaluation

Limitationen der vorliegenden Evaluation ergeben sich in erster Linie durch das eingeschränkte Beobachtungsfenster. Das einladende Erinnerungswesen in Nordrhein-Westfalen ist erst seit Februar 2010 für alle vorgesehenen Untersuchungsstufen implementiert. Probleme in der Umsetzung werden erst mit der Zeit sichtbar. Es besteht ein Prozess des Lernens, durch den eine Optimierung der Verfahrensabläufe nach und nach erfolgt. Verbesserungen der Umsetzungsqualität des Verfahrens, die auch die Qualität der Daten beeinflussen, könnten ursächlich für eine beobachtete Steigerung der beobachteten Teilnahmequoten sein. Auch Entwicklungen, die sich erwartungsgemäß erst nach einer längeren Periode nach Einführung einer Maßnahme oder eines Verfahrens wie der „Aktion Gesunde Kindheit“ einstellen, konnten nicht hinreichend beobachtet werden. Dies hat Folgen für die Beurteilung der Ergebnisqualität. Die weitere Beobachtung der Teilnahmequoten wird daher empfohlen.

Der Bewertung des Zieles der Vermeidung und Entdeckung von Kindeswohlgefährdung waren ebenfalls Grenzen gesetzt. So besteht bei den Jugendämtern kein Nachverfolgungskonzept, so dass die Fallausgänge bei den Jugendämtern nicht eindeutig identifiziert und der Intervention zugeschrieben werden können. Besonders an dieser Stelle gilt es, ein regelmäßiges bundeslandweites Monitoring einzuführen, durch das auch die Fälle von Kindeswohlgefährdung, die im Rahmen der U-Untersuchungen bei einem Arzt zu Tage treten, erfasst werden.

Evaluationsbericht „Aktion Gesunde Kindheit“

Inhaltsverzeichnis

1	Kinderschutz und Früherkennungsuntersuchungen	18
1.1	Das Kinderschutzsystem in Nordrhein-Westfalen	19
1.2	Das Meldeverfahren in Nordrhein-Westfalen	20
2	Evaluation der „Aktion Gesunde Kindheit“	22
3	Darstellung zur Ergebnisqualität	23
3.1	Ermittlung und Analyse der (regionalen) Teilnahmequoten (Modul 1)	23
3.1.1	Datengrundlage und Methode	23
3.1.2	Ergebnisse	30
3.2	Gesundheitsökonomie: Abnahme von Nichtteilnahmen und Kindeswohlgefährdungen unter Berücksichtigung der Kosten-Effektivität (Modul 2, Modul 3)	51
3.2.1	Aufbau und Ziele der gesundheitsökonomischen Evaluation	51
3.2.2	Nutzenanalyse	52
3.2.3	Kostenanalyse	66
4	Prüfung der gesetzlichen Grundlagen für das behördliche Handeln (Modul 4)	77
5	Struktur- und Prozessqualität	125
5.1	Analyse und Bewertung des Kommunikationskonzeptes (Modul 5)	125
5.1.1	Ziele des Moduls	125
5.1.2	Vorgehen	125
5.1.3	Kommunikationskonzept der „Aktion Gesunde Kindheit“	126
5.1.4	Wirkung des Kommunikationskonzeptes	130
5.2	Prüfung der Umsetzungsqualität des LIGA.NRW (Modul 6)	134
5.2.1	Ziele des Moduls	134
5.2.2	Aufgaben der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit	134
5.2.3	Implementierung des Verfahrens	135
5.2.4	Organisation und Personalbedarf	136

5.2.5	Schnittstellen zu anderen Verfahrensbeteiligten	137
5.2.6	Struktur des Arbeitsprozesses	141
5.2.7	Aufkommen und Leistungen	142
5.2.8	Rahmenbedingungen	145
5.2.9	Qualitätssichernde Maßnahmen	148
5.2.10	Umsetzungsqualität	151
5.3	Umsetzungsqualität des Meldeverfahrens aus Sicht der zuständigen Ärzte (Modul 7)	156
5.3.1	Ziel des Moduls	156
5.3.2	Quantitative Ärztebefragung	158
5.3.3	Qualitative Vertiefungsstudie	174
5.4	Bewertung der Umsetzungsqualität in den Jugendämtern und Wahrnehmung und Bewertung des Meldeverfahrens durch die Jugendämter (Modul 8)	183
5.4.1	Arbeitshilfen des LWL-Landesjugendamt Westfalen	183
5.4.2	Öffentlichkeitsarbeit	186
5.4.3	Wahrnehmung der UTeilnahmeDatVO	186
5.5	Wahrnehmung und Bewertung der „Aktion Gesunde Kindheit“ durch Eltern bzw. Sorgeberechtigte (Modul 9)	188
5.5.1	Ziel des Moduls	188
5.5.2	Ergebnisse der quantitativen Elternbefragung	188
5.5.3	Ergebnisse der qualitativen Elternbefragung	198
6	Empfehlungen	201
6.1	Steigerung der Teilnahmequoten	201
6.2	Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung	203
7	Literaturverzeichnis	207
8	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	209
8.1	Tabellenverzeichnis	209
8.2	Abbildungsverzeichnis	210

9	Anhang	212
9.1	Tabellenanhang	212
9.1.1	Auswertungstabellen zur Ärztebefragung	212
9.1.2	Auswertungstabellen zur Elternbefragung	233
9.1.3	Tabellen zur Teilnahmestatistik (Modul 1)	247
9.2	Instrumente	251
9.2.1	Fragebogen der Ärztebefragung	251
9.2.2	Leitfaden Qualitatives Arztinterview	260
9.2.3	Fragebogen der Elternbefragung	261
9.2.4	Leitfaden Qualitatives Elterninterview	270
9.2.5	Leitfaden Jugendämter	271
9.2.6	Leitfaden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter LIGA.NRW	273

1 Kinderschutz und Früherkennungsuntersuchungen

Seit 2007 führen die Bundesländer eigene gesetzliche Regelungen zur Verbesserung des Kinderschutzes ein. Zentrales Element aller Ländergesetze sind hierbei Regelungen zu einer Steigerung der Teilnehmerzahlen an den Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) durch ein verbindliches Einladungswesen. Der Bund und die Länder stimmten derzeit darin überein, dass Vorsorgeuntersuchungen verbunden mit Rückmeldungen und Kontrollen zum wirksamen Kinderschutz beitragen.¹ Ziel der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen ist es, die körperliche, geistige und soziale Entwicklung zu überprüfen und damit die Entwicklung oder eventuelle Fehlentwicklung des Kindes zu erfassen und – falls nötig – eine entsprechende Therapie einzuleiten. Darüber hinaus sollen durch die Früherkennungsuntersuchungen Kindeswohlgefährdungen und Risikolagen von Kindern frühzeitig erkannt und gegebenenfalls durch die Jugendämter erforderliche Maßnahmen zum Schutz der Kinder eingeleitet werden.

Ein Vergleich der landesrechtlichen Regelungen zeigt hierzu, dass die einzelnen Bundesländer unterschiedliche Verfahrenswege für die Meldung und Datenweitervergabe durch das Gesundheitssystem an Jugendämter gewählt haben. Dies ist möglich, da den Ländern die Befugnis zusteht, bereichsspezifisch datenschutzrechtliche Regelungen für die Gesundheitshilfe zu treffen und insbesondere für Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger selbst festzulegen.

So beinhalten bspw. die Landesgesetze in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern eine unverzügliche Meldepflicht des Gesundheitssystems an die Jugendämter bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte. Im Vergleich dazu haben Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt eine abgestufte Meldepflicht mit einer Regelung zur Datenweitergabe an das Jugendamt eingeführt, – wenn die fachlichen Mittel des Gesundheitssystems nicht ausreichen oder die Personensorgeberechtigten nicht in der Lage oder willens sind, die Gefährdungslage zu beheben. Daneben eröffnet das Land Hessen im Rahmen seines Kindergesundheitsschutzgesetzes eine Befugnis zur direkten Informationsweitergabe von Ärzten und Hebammen/Entbindungspfleger bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung an das zuständige Jugendamt (vgl. dazu Nothhafft, 2008: Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, München; Wabnitz, 2010: Landeskinderschutzgesetze. Ein Überblick, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Heft 2, S. 49-52).

In der Praxis stellt sich die Frage, wie eine möglichst vollständige Teilnahme an der gesamten U-Untersuchungsreihe erreicht werden kann. Die Ergebnisse der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS (Kamtsiuris et al. 2007) des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2007, aber auch Auswertungen einzelner Bundesländer (z.B. Hamburg und Bremen) zeigen, dass die Beteiligungsquote von Eltern, die sich in schwierigen und konfliktreichen Lebenslagen befinden niedriger ist. Und auch Kinder aus Familien mit niedrigem Sozi-

¹ Vorläufiges Protokoll der Ministerpräsidentenkonferenz vom 19.12.2007 in Berlin. http://www.dgkch.de/pdf/oeffentlich/ergebnisprotokoll_mpk.pdf.

alstatus sowie Kinder mit Migrationshintergrund nehmen seltener bzw. unregelmäßiger an den Früherkennungsuntersuchungen teil.

Daneben kann davon ausgegangen werden, dass es auch eine Reihe von weiteren Gründen für eine sogenannte Nichtinanspruchnahme gibt. Diese sind sehr heterogen und hinsichtlich ihrer quantitativen Bedeutung im Einzelnen nur mit größerem Aufwand zu erfassen. So können Termine einfach vergessen, aufgrund von Krankheit oder Umzug nicht eingehalten worden sein, ein Arzt in einem anderen Bundesland oder Land besucht worden sein, die Rückmeldung des Arztes verzögert oder versäumt sein.

Neben diesen Ergebnissen konnte die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS (Kamtsiuris et al. 2007) auch präzise Aussagen zum Verlauf der Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen treffen: Deutschlandweit nahmen im Zeitraum von Mai 2003 bis Mai 2006 in den ersten beiden Lebensjahren bis zur U7 weit über 90 % der Eltern die Untersuchungen für ihre Kinder wahr. Im Verlauf nahmen an der U3 noch 95 % und an der U7 noch 92 % der Kinder teil. Erst im vierten Lebensjahr der Kinder ging die Beteiligung der Familien am Früherkennungsprogramm auf unter 90 % zurück. An der U8 nehmen 89 % und dann im sechsten Lebensjahr bei der U9 nur noch 86 % der Kinder teil (vgl. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Kamtsiuris et al. 2007, S. 838).

Einige Ländergesetze haben über ein verbindliches Einladungswesen hinaus auch Aufgaben im Kinderschutz und Vorgaben zur Kooperation sowie Verbesserung der Kindergesundheit konkretisiert. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welchen Beitrag die Früherkennungsuntersuchungen in einem vernetzten System von Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung und frühen Hilfen leisten können.

1.1 Das Kinderschutzsystem in Nordrhein-Westfalen

Die bundesweite Kinderschutzdiskussion, ausgelöst durch Fälle von spät entdeckter und in der Öffentlichkeit bekannt gewordenen schweren Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen, hat in den letzten Jahren dazu geführt, den Schutz von Kindern und Jugendlichen stärker präventiv auszurichten. Unter einem qualifizierten Kinderschutz wird heute ein aktivierendes Kinderschutzsystem verstanden, das frühe und präventive Hilfen integriert, die Kompetenzen von Eltern fördert und angemessene Interventionen zum Schutz von Kindern ergreift. Die Vernetzung von Leistungen und Angeboten verschiedener Akteure auf lokaler Ebene ist dabei eine wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Umsetzung. Die Teilnahme der Kinder an Früherkennungsuntersuchungen wird dabei seitens der Landesregierung als ein Handlungsfeld eines wirksamen Kinderschutzsystems verstanden.

Die Entwicklung eines solch differenzierten Kinderschutzsystems ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Bund, Länder und Kommunen in gemeinsamer Verantwortung gestalten. Aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik gehen Impulse zu einer Weiterentwicklung des Kinderschutzsystems gegenwärtig von Bund und Ländern aus.

Im Ländervergleich nimmt Nordrhein-Westfalen bei der Verbesserung des Kinderschutzes eine Vorreiterfunktion ein: Vor rund zehn Jahren hat Nordrhein-Westfalen mit der Entwicklung und Erprobung seiner sozialen Frühwarnsysteme an sechs Projektstandorten bereits sehr früh mit notwendigen Veränderungen im Kinderschutz reagiert. Im Anschluss an die Modellphase wurden die „sozialen Frühwarnsysteme“ landesweit ausgebaut. Bundesweit gelten sie heute als Good-Practice-Beispiel und werden seit 2007 im Rahmen des Bundesprojektes „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ auch in anderen Bundesländern entwickelt und erprobt.

In Anknüpfung an die Sozialen Frühwarnsysteme hat die Landesregierung ihr Kinderschutzsystem weiterentwickelt. Anfang 2007 hat sie ein umfassendes Handlungskonzept für einen besseren und wirksameren Kinderschutz beschlossen. Die Broschüre „Wir kümmern uns! Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen“² informiert über den Stand der Umsetzung des Handlungskonzepts und gibt – gegliedert in die vier Schwerpunkte des Gesamtkonzeptes: (1) Prävention stärken und gelingende Entwicklung sichern, (2) Risiken rechtzeitig wahrnehmen und frühe Hilfen anbieten, (3) Gefahren erkennen und professionell helfen und (4) Wissen bereitstellen und Vernetzung fördern – gleichzeitig einen Überblick über die vorhandenen Maßnahmen.

Zu den insgesamt 15 Maßnahmen gehören u.a. das Früherkennungsprogramm, der flächendeckende Ausbau von Sozialen Frühwarnsystemen, die Weiterentwicklung von bis zu 3.000 Kindertageseinrichtungen zu Familienzentren, die kommunale Familienberichterstattung Komma FF, die Expertenkommission Kinderschutz und die Qualifizierung von Fachkräften.

1.2 Das Meldeverfahren in Nordrhein-Westfalen

Das Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen wird von der Zentralen Stelle im LIGA.NRW im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“ umgesetzt.

Ca. 150.000 Kinder werden jährlich in Nordrhein-Westfalen geboren und ca. 900.000 Früherkennungsuntersuchungen werden durchgeführt. Das LIGA.NRW erfasst dabei alle Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zwischen sechs Monaten und fünfeinhalb Jahren (U5–U9) in Nordrhein-Westfalen. Das Verfahren hierzu ist wie folgt geregelt: Für jedes Kind, das an einer Früherkennungsuntersuchung U5–U9 teilgenommen hat, schickt der Arzt gemäß des HeilBerG eine Bestätigung an die Zentrale Stelle des LIGA.NRW. In der Bestätigung wird kein Untersuchungsergebnis mitgeteilt, sondern nur Name, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht und Anschrift des Kindes sowie Datum und Bezeichnung der Untersuchung. Die Zentrale Stelle vergleicht die Daten des Einwohnermeldeamtes mit den Meldungen der Ärzte. So werden die Kinder ermittelt, für die noch keine Teilnahmebestätigungen vorliegen. Nach Ablauf der Frist, in der die jeweiligen Untersuchungen gemacht werden sollten, erhalten die Eltern dieser Kinder ein Erinnerungsschreiben. Liegt nach einer weiteren Frist keine schriftliche Meldung eines Arztes vor, informiert die Zentrale Stelle die Kommune darüber,

2 www.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/70298/kinderschutz_in_nrw.pdf.

für welche Kinder keine Teilnahmebescheinigung vorliegt. Die Jugendämter entscheiden, ob sie mit den Eltern/Sorgeberechtigten Kontakt aufnehmen.

Die operative Umsetzung des Verfahrens erfolgte in drei Schritten:

1. Datensammlung aufgrund der Datenlieferungen der Einwohnermeldeämter mit einem Komplettdatenbestand zum Stichtag 30.09.2008 und monatlich folgenden Aktualisierungen ab November 2008,
2. Untersuchungsbelege durch die Ärzteschaft, regionenweise aufgebaut seit März 2009,
3. Abgleich und Versand der Elternerinnerung sukzessive von U5 bis U9 und ggf. Information der Kommunen ab August 2009.

Seit Februar 2010 ist das Verfahren vollständig umgesetzt und es wird an der Optimierung der Abläufe gearbeitet.

Aus Erfahrung erscheinen etwa 10 % der Eltern zu spät oder gar nicht zur Früherkennungsuntersuchung, so dass nach Angaben des LIGA.NRW im Jahr 2009 ca. 90.000 Erinnerungsschreiben an Eltern verschickt und gegebenenfalls die Jugendämter informiert wurden. Das Meldeverfahren ist laut Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in Nordrhein-Westfalen mit einem deutlichen personellen Mehraufwand für die Kommunen verbunden. Dieser erstreckt sich sowohl auf die nachgehende Fürsorge durch die Jugendämter als auch auf die Einbindung der Gesundheitsämter. Eine erhebliche Belastung stellte zu Beginn des Meldewesens die Bearbeitung unberechtigter Meldungen dar. In weit mehr als 50 % der Fälle – in manchen Kommunen waren es sogar 80 bis 90 % der Fälle – handelte es sich um Fehlmeldungen. Für diesen durch fehlerhafte Daten verursachte Verwaltungsaufwand, der nicht in den bisherigen Aufgabenkatalog der Jugendämter fällt, fordert die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände einen entsprechenden Belastungsausgleich (vgl. Anhörung zur Änderung gesundheitsrechtlicher Vorschriften, Oktober 2009).

Dem LIGA.NRW liegen anlassbezogene Auswertungen von Rückmeldungen der Verfahrensbeteiligten mit begrenztem Umfang vor. Regelmäßige systematische Befragungen wurden bislang nicht durchgeführt. Um die Fehlerquote zu reduzieren, hat das LIGA.NRW den Verfahrensstart sowie das Teilnahmeverhalten geprüft und in Folge z.B. den Anschreibepunkt verändert. Zum 1. März 2010 wurde die einladende Erinnerung nach Ablauf der Toleranzzeiten gelegt, nur an die U5 wird zwei Wochen vor Ablauf des Toleranzzeitraums erinnert. Inzwischen wurde eine Novelle der TeilnahmeDatVO verabschiedet, mit der eine Grundlage geschaffen wird, Fehlmeldungen weiter zu reduzieren. Diese trat mit dem 1. Januar 2011 in Kraft.

2 Evaluation der „Aktion Gesunde Kindheit“

Das ISS-Frankfurt a.M. hat in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Köln, Institut für Gesundheitsökonomie, sowie Herrn Prof. Dr. jur. Dr. phil. Reinhard Joachim Wabnitz vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes (LIGA.NRW) den Auftrag erhalten, die von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen geförderte und vom LIGA.NRW durchgeführte „Aktion Gesunde Kindheit“ zu evaluieren.

Ziel des Evaluationsvorhabens Gesunde Kindheit war und ist:

1. die Überprüfung, ob die Teilnahmequote durch die Aktion gesteigert werden konnte;
2. die Analyse, ob durch die Teilnahme die Kindeswohlgefährdung erkannt und vermieden werden konnte;
3. die Bewertung, ob die avisierte Steigerung der Teilnahme an den genannten Früherkennungsuntersuchungen aus gesundheitsökonomischer Sicht (insbesondere mit Blick auf Kosten und Zeit) effizient und aus gesetzlicher Perspektive verhältnismäßig ist;
4. die Optimierung der Rahmenbedingungen und Verfahrensabläufe bei den Beteiligten bereits während der laufenden Evaluation;
5. die Überprüfung des Verfahrens unter Kosten-Nutzen-Relationen beim Land, den Kommunen und den Ärzten;
6. die Erarbeitung von Entscheidungshilfen und Vorschlägen zur weiteren Durchführung der Aktion.

Wie mit dem Auftraggeber vereinbart, wurde ein Zwischenbericht erstellt, der über den aktuellen Stand des Evaluationsverfahrens informiert. Darin enthalten sind erste Ergebnisse zu den Modulen:

- Prüfung der Steigerung von Teilnahmequoten unter Berücksichtigung einer Kosten-Nutzen-Relation (Modul 2, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universitätsklinikum Köln)
- Prüfung der gesetzlichen Grundlagen für das behördliche Handeln (Modul 4, Prof. Dr. Dr. Wabnitz)
- Bewertung des Kommunikationskonzeptes (Modul 5, ISS-Frankfurt a.M.)
- Prüfung der Umsetzungsqualität des LIGA.NRW (Modul 6, ISS-Frankfurt a.M.)
- Untersuchung der Umsetzungsqualität der zuständigen Ärzte (Modul 7, ISS-Frankfurt a.M.).

3 Darstellung zur Ergebnisqualität

3.1 Ermittlung und Analyse der (regionalen) Teilnahmequoten (Modul 1)

In einem ersten Schwerpunkt des Evaluationsberichtes wird auf die Ermittlung der Teilnahmequoten eingegangen. Durch diese können Aussagen zur Ergebnisqualität der Aktion „Gesunde Kindheit“ getroffen werden. Die folgende Analyse soll Auskunft geben über eine eventuell regional unterschiedliche Bereitschaft, die Frühuntersuchungen zu nutzen bzw. unterschiedlichen Interventionsbedarf aufzeigen.

Gemäß Auftrag sollten mit diesem Baustein drei Fragestellungen beantwortet werden:

1. Ermittlung der Teilnahmequoten und deren Entwicklung
2. Vergleich von städtisch und ländlich geprägten Regionen
3. Durch die Intervention erreichte Gruppen.

Die letzte Frage kann auf der Basis der vorhandenen Daten der Datenbank nicht hinreichend beantwortet werden. Es sind keine weiteren Merkmale der erreichten oder nicht erreichten Kinder bekannt, außer der regionalen Zugehörigkeit (zumindest in den meisten Fällen). Bekannte Faktoren³ wie ein niedriger Sozialstatus, Migrationshintergrund oder Zahl der Kinder in der Familie, die auch durch Analysen zur Schuleingangsuntersuchung für Nordrhein-Westfalen bestätigt wurden⁴, sind nicht auf der Individualebene verfügbar. Hierzu kann nur eine Verknüpfung mit aggregierten Regionaldaten vorgenommen werden.

3.1.1 Datengrundlage und Methode

Die Auswertung in diesem Baustein bezieht sich auf im Rahmen des Verfahrens generierte Daten. Es wurde eigens ein Tool entwickelt, um Daten aus der Datenbank des LIGA.NRW, die zum Datenabgleich im Rahmen des Erinnerungswesens vorgehalten wird, exportieren zu können. Als Datengrundlage dienen zwei anonymisierte Exporte, die Oktober 2010 und Juni 2011 mit dem jeweils aktuellen Stand hinsichtlich Meldestatus und registrierten Untersuchungsbelegen erstellt wurden. Die damit verfügbaren Daten umfassen alle Interventionsdaten seit Beginn der Datensammlung bis zum Stichtag und zugehörige Meldedaten im Rahmen der gesetzlich festgelegten Vorhaltezeit. Exportiert aus der Datenbank wurde nur der letzte Stand der Meldedaten, zum Zeitpunkt der Erinnerungsschreiben bzw. der Zuordnung kann ein anderer Meldestatus vorgelegen haben. Dies betrifft insbesondere eine regionale Mobilität, aber auch die Personalie selbst.

3 Collatz, J., Malzahn, P. und Schmidt, E. (1979): Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppen? *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 41: 173–190;
Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. und Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 836–850.

4 Sozialberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Prekäre Lebenslage von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Düsseldorf 2009

Der Datenexport umfasste vier Informationsteile:

- die Meldedaten (Informationen zum Kind, zu gesetzlichen Vertretern, Meldedatensperren),
- die Untersuchungszuordnungen im bestätigten Status (Untersuchung, Praxis, Datum, Bestätigungsdatum),
- das Mahnwesen⁵ (Elternerinnerung, Meldung an Jugendamt, Name Jugendamt, Sperrvermerke, Untersuchung) und
- Kontaktnotizen.

Die zur Verfügung gestellten Meldedatensätze pro Kind enthalten Angaben zu Geburtsdatum, Geschlecht, Gemeindekennziffer, Einzugsdatum, Auszugsdatum, Sterbedatum.

Personenbezogene Daten sind in anonymisierter Form bis einschließlich zum 67. Lebensmonat in dem Export enthalten. Weil danach Angaben wie die jeweilige Gemeindekennziffer durch die Löschpflicht entfallen, sind Einschränkungen in den Auswertungen zu diesen Merkmalen gegeben. Zum Zeitpunkt des Exportes gilt dies nur für die U9-Untersuchungen.

3.1.1.1 Aufbereitung der Exportdaten

Die Grundgesamtheit für die Intervention und somit die Bestimmung der Teilnahmequoten ergibt sich aus der Verordnung. Als Grundgesamtheit sind alle Kinder bis 66 Monate anzusehen, die in einem definierten Zeitraum mit einzigem oder Hauptwohnsitz in Nordrhein-Westfalen gemeldet waren und ihrem Alter entsprechend bei einer Früherkennungsuntersuchung hätten vorstellig werden sollen. Wegzug aus Nordrhein-Westfalen sowie Sterbefälle vor dem Ablauf der Toleranzzeit sind aus der Grundgesamtheit heraus zu rechnen, wenn bis dato keine Untersuchung stattgefunden hat.⁶

Es wird jeweils das erste Einzugsdatum in Nordrhein-Westfalen ermittelt und gegebenenfalls das Auszugsdatum. Nicht erinnert werden Kinder aus dem Meldebestand,

- die nicht dem relevanten Bereich der Gemeindekennziffern zuzuordnen sind,
- die erst nach Beginn des Untersuchungszeitraums zugezogen sind (und nur ein Meldedatensatz vorliegt),
- für die ein Auszugsdatum vorliegt (und nur ein Meldedatensatz vorliegt),
- für die ein Sterbedatum hinterlegt ist,

5 Der Begriff „Mahnwesen“ ist negativ konnotiert und umstritten. Aus Gründen der Klarheit wird er dennoch als Oberbegriff im Folgenden weiter verwendet. Er umfasst die beiden Stufen der Prozessverfolgung pro Meldedatensatz, Elternerinnerungen und LIGA-Meldungen an die Jugendämter.

6 Die der Zentralen Stelle bekannte Grundgesamtheit der Kinder im Untersuchungsalter für einen bestimmten Zeitraum kann sich im Laufe der Evaluation ohne eine Statusänderung allein durch Korrekturen oder Ergänzung der Personendaten verschieben. Probleme der Vollständigkeit und Aktualität der Einwohnermeldedaten durch einen von Prozesszeiten induzierten Time-lag oder Informationslücken in den Melderegistern können für die Bestimmung der hier relevanten Auswertung zur Ergebnisqualität keine Rolle spielen. In der Durchführung des Abgleich und der Intervention spielen sie gleichwohl eine Rolle, wenn die Sorgeberechtigten nicht erreichbar sind, Wohnortwechsel nicht angezeigt wurden etc. Insofern sind die Ergebnisse zur Prozessqualität für eine Bewertung des Outcome heranzuziehen.

- bei denen die eingetragene Untersuchungsstufe gemäß der zusätzlichen Prüfung bereits durchgeführt wurde,
- für die eine Meldedaten Sperre eingetragen ist.

Wenn auch der Grund für eine Erinnerung entfällt, kann für ein Kind bereits eine Untersuchungsbestätigung vorliegen. Anders als bei den Erinnerungen, die eine Rechtgrundlage brauchen, sind diese Kinder Teil des Verfahrens geworden, auch wenn sie nicht über die gesamte Zeitspanne zur Grundgesamtheit zu zählen wären.

Liegt eine Meldedaten Sperre vor, erfolgt die Benachrichtigung nur an die zuständigen Jugendämter.

Als Grundgesamtheit für die Analyse wird der jeweils dem Abgleich zugrunde liegende Informationsstand der Dateien „Untersuchungsbeleg“ und „Mahnwesen“ gesetzt. Im Rahmen der Durchführung der „Aktion Gesunde Kindheit“ kann ein Kind nur einbezogen werden, wenn die importierten Daten von den Einwohnermeldeämtern vollständig und aktuell sind. Entsprechend kann ein Interventionserfolg nur an dem zum Zeitpunkt des Handelns vorhandenen Informationsstand bemessen werden. Maßgeblich für diesen Teil der Evaluation ist der Meldestatus, der der Zentralen Stelle jeweils beim Abgleich vorlag.

Die Dateien Untersuchungsbelege und Mahnwesen sind als ergänzend zu betrachten: Ein Kind kann nur über Untersuchungsbelege, nur über die Mahnstufen oder mit Mahnstufe und Untersuchungsbeleg erfasst sein. Die Informationen zu Untersuchungsbestätigungen und Erinnerungswesen liegen ereignisbezogen vor. Jedem Meldedatensatz können mehrere Untersuchungsbelege und entsprechend Datensätze zugehörig sein. Exportiert wurden nur Zuordnungen im Status „bestätigt“, d.h. die Zuordnung eines Untersuchungsbelegs zu einem Meldedatensatz wurde in einem weiteren Schritt bestätigt. In diesem Status erfolgt keine Elternerinnerung oder Meldung an das Jugendamt. Ebenso sind jedem Meldedatensatz mit jeder generierten Mahnstufe pro U-Untersuchung, für die kein Untersuchungsbeleg vorliegt, gegebenenfalls mehrere Datensätze Mahnwesen zuordenbar.

Zur Analyse müssen die einzelnen Datensätze fallweise zusammengeführt werden. Pro Meldedaten-ID wurde eine Datenzeile angelegt unter der Annahme, dass mit jeder ID genau ein Kind bezeichnet wird. In der Datenbank sind weitere Informationen als Historie verfügbar. Diese ist bei einem Export wie beschrieben nur teilweise zu rekonstruieren und zeitlich zu ordnen, das anders verfahren wurde. Waren mehrere Belege oder Mahnläufe registriert für ein Kind, i.e. eine Meldedaten-ID zu einer Untersuchung, wurden diese Informationen transponiert und als Variablen einer Datenzeile behandelt. Bei mehreren Untersuchungsdaten und mehreren Bestätigungsdaten wurde das jeweils erste Datum in die Auswertung einbezogen. In gleicher Weise wurde verfahren, wenn mehrere erinnernde Einladungen vermerkt waren.

Für jede Untersuchungsstufe wurde aus den Dateien „Untersuchungsbelege“ und „Mahnwesen“ eine Datei erstellt. Die Verknüpfung der Datensätze wurde über die Schlüsselvariable „Meldedaten-ID“ vorgenommen. Alphanumerische Variablen wurden in numerische Variablen bzw. Datumsformate umgewandelt. Für ein Nichtereignis wurde die Null gesetzt. Um für

alle Datenzeilen, unabhängig von Ereignis oder Nichtereignis die gleichen Bezugsgrößen zur Verfügung zu haben, wurden anhand des Geburtsdatums folgende Variablen berechnet:

- maßgeblicher Untersuchungszeitraum,
- Toleranzzeitende,
- Termin für die einladende Erinnerung,
- Termin für die Information des Jugendamtes.

Die Berechnung der Stichtage erfolgte nach den Fristen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vorsorgeuntersuchungen, den (Bearbeitungs-)Zeiträumen der UTeilnahme-DatVO und unter Berücksichtigung der Interimsphase in der Durchführung der U5-Erinnerung ab Dezember 2009. Weil Sonn- und Feiertage nicht berücksichtigt werden, sind geringe Abweichungen von den realen Erinnerungsterminen möglich.

Zur Einschätzung der vorliegenden Informationen wurden einige Plausibilitätsprüfungen vorgenommen. Dabei fanden sich mehrfach in der Sache unplausible Datumsangaben: in den Geburtsdaten, den Untersuchungsdaten, den Bestätigungsdaten (beispielsweise ein für eine Untersuchung dokumentiertes Datum, das zeitlich nach dem Sterbedatum liegt). Da die Ursachen solcher Unstimmigkeiten nicht bekannt sind – sie können veraltete Datenbestände darstellen, auf fehlerhaften Angaben oder fehlerhafter Zuordnung beruhen – sind Kriterien für einen Ausschluss nicht valide zu formulieren.

So wurden wenige Bereinigungen des Datenbestands vorgenommen. Fälle mit unplausiblen Geburtsdaten, d.h. Kinder, die nicht in das Altersspektrum der Vorsorgeuntersuchungen passten, wurden durch eine kohortenorientierte Auswertung ausgeschlossen. Vor dem Ablauf der Toleranzzeit verstorbene Kinder, für die keine Untersuchung bestätigt war, wurden aus der Grundgesamtheit heraus gerechnet. Wurde mit der aktuell gespeicherten Gemeindeganziffer ein Wohnsitz des Kindes außerhalb Nordrhein-Westfalens angegeben, war der Dokumentationsstand in den Dateien Untersuchungsbelege und Mahnwesen entscheidend. Unplausible Untersuchungsdaten (z.B. Datum entspricht Geburtsdatum, liegt vor dem Geburtsdatum) wurden nicht für darauf Bezug nehmende Berechnungen herangezogen, die Fälle wurden aber nicht ausgeschlossen. Zum Teil konnte ein Äquivalent durch eine Berechnung mit weiteren, plausiblen Bestätigungsdaten geschaffen werden.⁷ Auszugs- und Einzugsdaten, die nicht mit dem beobachteten Zeitraum kompatibel waren (vor dem Geburtstag des Kindes, falsche Jahreszahlen), wurden nicht für Berechnungen herangezogen. Bei Ummeldungen wurde ebenfalls der Stand der ereignisbezogenen Dateien zugrunde gelegt. Dabei besteht die Möglichkeit, dass eine Zuordnung von eingegangenen Belegen erst später, nach den Mahnläufen, vorgenommen wurde. Nicht in gleicher Weise ist eine Zuordnung derzeit nicht erfasster Kinder möglich, sie werden nicht Teil der Auswertungsbasis. In Abhängig-

⁷ Die Anzahl bewegt sich im marginalen Bereich je Untersuchungsstufe. Dazu kommen einzelne Fälle, in denen ein Untersuchungstermin vor dem jeweilig möglichen Untersuchungszeitraum angegeben wurde.

keit vom Eingang der Änderungsmeldungen ist bei diesem Vorgehen eine ungleiche Auswirkung auf die Quoten zugunsten der Teilnahme gegeben.⁸

3.1.1.2 Festlegung des Beobachtungszeitraums

Die Umsetzung des Erinnerungswesens erfolgte stufenweise seit August 2009, die letzte erfasste Untersuchungsstufe, die U9, wurde mit Februar 2010 in das Überprüfungsverfahren einbezogen. Damit ergeben sich für die einzelnen Untersuchungen unterschiedlich lange Durchführungsspannen, die für eine Analyse zur Verfügung stehen. Für eine Beschreibung der Teilnahmeentwicklung wird eine quartalsweise Betrachtung gewählt.⁹

Ob eine Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung gegeben ist oder nicht, wird jeweils mit Ablauf der Nachtoleranz feststellbar. Die Zielpopulation ergibt sich, indem von diesem Termin jeweils auf das Geburtsdatum zurückgerechnet wird. Mit der Intervention soll angeregt werden, die Teilnahme an einer Untersuchung in einem bestimmten Zeitraum nachzuholen. Die vorgesehene Prozesslaufzeit innerhalb des Erinnerungsverfahrens beträgt seit 1. März 2010 vier Wochen bzw. sechs Wochen bei einer U5-Untersuchung bis zur Weiterleitung an das jeweilige Jugendamt. Dieser Zeitraum muss mindestens ab Ende der Toleranzzeit zugerechnet werden, um einen Erfolg des Verfahrens bestimmen zu können. Der Erinnerungseffekt kann auch über diesen Verfahrenszeitraum hinaus wirksam sein, beispielsweise wenn in der vorgesehenen Zeit ein Arztbesuch noch nicht realisiert werden konnte. Auch die Phase nach der Information und Intervention des Jugendamtes ist für eine Wirkung auf die Teilnahmequoten noch relevant. Für die Untersuchungen U5 bis U8 lässt sich aus den vorliegenden Daten entnehmen, dass durchschnittlich 1 bis 2 % der Untersuchungen mehr als zwei Monate nach dem Toleranzzeitende stattfanden, bei der U7a sind es rund 5 %.¹⁰ Der maximale Zeitpunkt, bis zu dem nachgeholt Untersuchungen eintreten können, lässt sich allerdings nicht einheitlich festlegen. Der einzig greifbare Endpunkt ist mit der Erstattungsfrist der Krankenkassen gegeben, denn ohne die Kostenübernahme entfällt der Anreiz, eine freiwillige Vorsorge nachzuholen. Nach Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein währt die Kostenerstattung bis zum beginnenden Toleranzzeitraum der folgenden Untersuchung, also je nach Untersuchungsstufe null bis sieben Monate später.

Wenn man nicht ausschließlich die GBA-Zeiten betrachten möchte, ist daher zu erwarten, dass je nach gewähltem Bilanzierungszeitpunkt unterschiedliche Quoten festgestellt werden. Gegebenenfalls ist mit einer Rechtszensierung der Daten zu rechnen, das heißt, der gewähl-

8 Mit dem Vorgehen werden die durchgeführten Untersuchungen stärker gewichtet, weil Ausfallgründe hier nicht zur Geltung kamen. Ein Testlauf mit einer alternativ bestimmten Grundgesamtheit bestätigt, dass sich die Entscheidung für den jeweiligen Stand der Datenbank so auswirkt, dass im Schnitt die Teilnahmequoten etwas höher liegen.

9 Es wird vorläufig nicht davon ausgegangen, und gab auch keine Hinweise in der Literatur, dass saisonale Effekte eine Rolle spielen. Saisonale Effekte würden sich bei unterschiedlichen Zeitfenstern mehr oder eben weniger ausgleichen und einen Vergleich zwischen unterschiedlichen Beobachtungszeiträumen erschweren.

10 Die Spanne reicht von 5 bis 11 Monate je nach Untersuchungsstufe. Es ist davon auszugehen, dass sich darunter auch Ausreißer befinden, die – nach den Regularien der GKV zur Übernahme der Kosten – auf Angabe- oder Übertragungsfehler zurückzuführen sind.

te Beobachtungszeitraum endet bevor das zu beobachtende Ereignis eingetreten ist. Die Auswertung für den Zwischenbericht zeigte, dass solche Effekte durchaus bestehen.

Für die Auswertungen im vorliegenden Endbericht wurde eine Reaktionszeit berücksichtigt, die mindestens der Verfahrenslaufzeit entspricht und somit davon auszugehen ist, dass die Fälle in der Regel abgeschlossen sind. Aus dem Export mit Stand Juni 2011 werden maximal jene Kinder einbezogen, die bis Ende März 2011 bei einer Früherkennungsuntersuchung hätten vorstellig werden sollen. Die Analyse bezieht sich somit auf alle erfassten Kinder, deren Untersuchungszeit für eine U-Untersuchung im Jahreszeitraum zwischen April 2010 und März 2011 endete.

3.1.1.3 Betrachtete Kohorten nach Geburtszeitraum

Der gewählte Beobachtungszeitraum umfasst alle Kinder, die bis zu diesem Zeitpunkt bei einer Früherkennungsuntersuchung hätten vorstellig werden sollen. Als Einschlusskriterium wird der letzte mögliche Termin für die jeweilige Untersuchung innerhalb der Toleranzzeit herangezogen. Um einheitliche Kohorten mit einer eindeutigen Definition betrachten zu können, wird von dem festgelegten Beobachtungszeitraum auf die jeweiligen Geburtsdaten zurückgerechnet.

Für die Berechnung der Fristen werden die Untersuchungszeiträume gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Tabelle 1) zugrunde gelegt.

Tabelle 1: Untersuchungszeiträume nach den GBA-Richtlinien¹¹

Untersuchung	(Norm)Untersuchungszeit	Nachtoleranz
U 5	6.– 7. Lebensmonat	8. Lebensmonat
U 6	10.–12. Lebensmonat	14. Lebensmonat
U 7	21.–24. Lebensmonat	27. Lebensmonat
U 7a	34.–36. Lebensmonat	38. Lebensmonat
U 8	46.–48. Lebensmonat	50. Lebensmonat
U 9	60.–64. Lebensmonat	66. Lebensmonat

Die auf dieser Basis errechneten jeweiligen Geburtskohorten pro Untersuchungsstufe sind in Tabelle 2 aufgeführt. Es werden Kinder erfasst, die zwischen Oktober 2004 und Juli 2010 geboren sind.

¹¹ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“), in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010.

Tabelle 2: Rückrechnung auf die beobachteten Geburtskohorten

U-Stufe	Geburtszeitraum		Quartale 2/2010 bis 1/2011
	Quartal 4/2009	Quartal 1/2010	
U5	Feb 09 – Apr 09	Mai 09 – Jul 09	Aug 09 – Jul 10
U6	Aug 08– Sep 08	Nov 08 – Jan 09	Feb 09 – Jan 10
U7			Jan 08 – Dez 08
U7a			Feb 07 – Jan 08
U8			Feb 06 – Apr 06
U9			Okt 04 – Dez 05

Für diese Geburtszeiträume ergibt sich eine Gesamtzahl von 866.755 Kindern, die in den Abgleich im Rahmen des Erinnerungsverfahrens einbezogen waren und die Stichprobe der Analyse bilden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Fallzahlen in den Abgleich einbezogener Kinder bis März 2011

	4/09	1/10	2/10	3/10	4/10	1/11	Gesamt Apr–Mrz 2011
U5	34.233	36.286	34.725	35.229	27.644	29.537	127.072
U6	37.173	34.559	34.432	36.501	35.075	35.336	141.310
U7			36.255	37.494	38.852	35.136	147.737
U7a			34.163	37.108	40.467	36.530	148.268
U8			35.048	38.100	39.092	35.718	147.958
U9			37.750	36.908	39.890	39.765	154.313
Σ			212.373	221.340	221.020	212.022	866.755

3.1.1.4 Berechnung der Teilnahmequoten

Ziel der Berechnung ist es, die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen festzustellen sowie den Beitrag festzustellen, den das Erinnerungswesen daran trägt. Das Erinnerungsverfahren ist reaktiv angelegt, d. h., eine Aufforderung erfolgt nach Ablauf der Toleranzzeit, bzw. kurz vor Ende der Toleranzzeit bei U5, diese Untersuchungen noch nachzuholen. Der Effekt der Intervention bestimmt sich somit unmittelbar aus den nachgeholten Untersuchungen. Wirkungen im Hinblick auf eine regelmäßige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen können langfristig zur Geltung kommen.

Die zu bestimmende Quote setzt sich demnach zusammen aus zwei Bestandteilen:

Gesamtquote = $\frac{\text{Fristgerechte Untersuchung (Nachtoleranz)}}{\text{Gesamtzahl Kinder der Alterskohorte}} + \frac{\text{Erinnerungserfolg}}{\text{Gesamtzahl Kinder der Alterskohorte}} + \varepsilon$
(Fehlerquote)

Die Teilnahmequote wird berechnet als der Anteil der bestätigten Teilnahmen an der Gesamtheit aller Kinder, die altersentsprechend die U-Untersuchung bis zu einem bestimmten Zeitpunkt hätten absolvieren sollen. Es werden jeweils alle eingetragenen Untersuchungen zugrunde gelegt, unabhängig von Zeitpunkt ihres Eintrags. Damit kann der Effekt der gesamten Intervention betrachtet werden.

Die erste Teilquote fristgerechter Teilnahmen wird bestimmt für den Untersuchungszeitraum einschließlich Nachtoleranz, also die erreichte Teilnahme ohne individuelle Intervention.

Für die U5-Untersuchungen liegt nach Modifikationen im Laufe der Implementierung die Frist zwei Wochen vor Ende der Nachtoleranz. Mit Berücksichtigen des vollen Untersuchungszeitraums würde hier ggf. bereits ein Interventionseffekt eingehen. Die Berechnung für die U5 erfolgt daher gesondert, indem der Zeitraum bis zur Erinnerungsfrist gesetzt wird.

Alle späteren Untersuchungen zählen ab dem Zeitpunkt des Erinnerungsschreibens zu einem Interventionserfolg. Dieser wird bestimmt als Anteil der Teilnehmenden nach einer berechtigten Elternerinnerung (Untersuchungsdatum von Kind x) an der Grundgesamtheit (alle aus dem Geburtszeitraum, die für die U-Untersuchung in Frage kommen). Mögliche Überschneidungen durch die Übermittlungs- und Bearbeitungszeit werden damit nicht als Erfolgsfälle berücksichtigt.

Nicht alle der vom Datum der Erinnerungsfrist her als nachgeholte Früherkennungsuntersuchungen deklarierten Teilnahmen werden der Initiative der Zentralen Stelle oder des zuständigen Jugendamtes zuzurechnen sein. Es ist denkbar, dass Eltern den Termin aus Hinderungsgründen (z.B. Urlaub, Krankheit des Kindes, Wartezeiten) bereits außerhalb des vorgesehenen Zeitraums terminiert hatten. Auch eine Zurechnung der Effekte auf die Einladung durch LIGA.NRW oder die Intervention durch das Jugendamt ist kausal nicht möglich. Weitere Faktoren können bei der Terminwahl eine Rolle gespielt haben. Es sind nur Durchführungsdaten bekannt und die Fristen der Mahnstufen liegen zu nahe beieinander.

3.1.2 Ergebnisse

Im Folgenden sind die Ergebnisse dargestellt, die auf Grundlage der beschriebenen Datenexporte berechnet wurden. Wie im Methodenteil dargelegt, wird eine U-Teilnahme definiert über jeden erfolgten Eintrag einer Untersuchungsbestätigung in die Datenbank. Im Vergleich mit anderen Datenquellen ist der jeweils gewählte Zeitpunkt, der eine Teilnahme oder eine Nichtteilnahme definiert, in Rechnung zu stellen und ebenso bei gegebenenfalls differierenden Zahlen an anderer Stelle des Berichts.

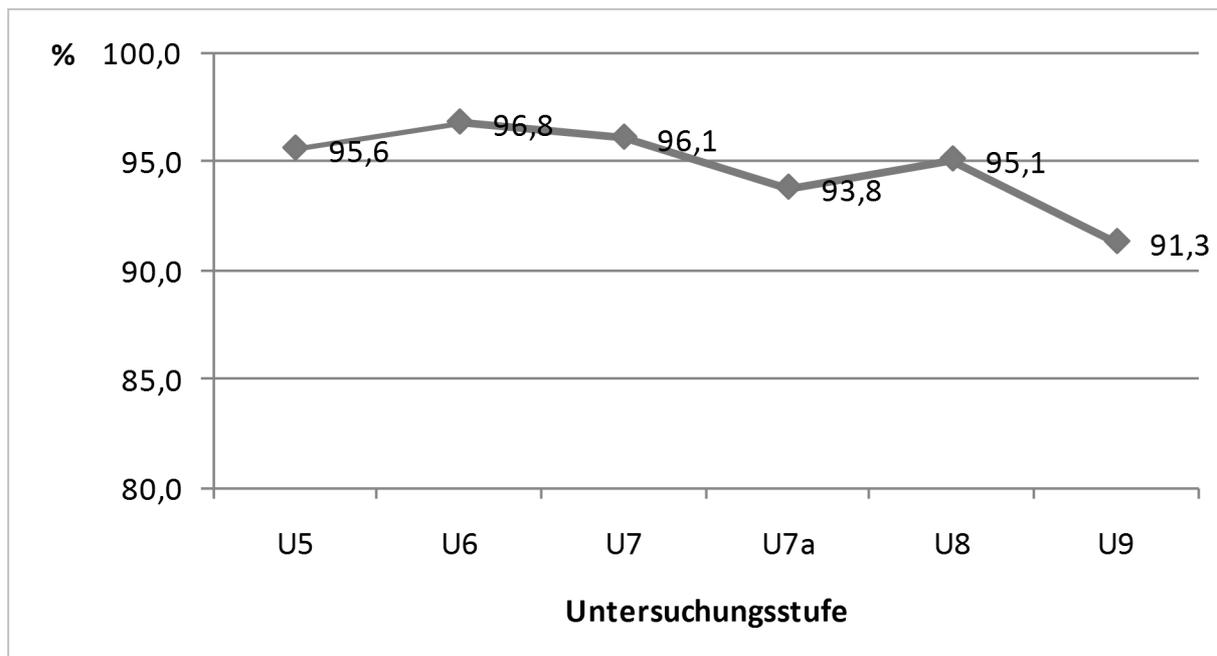
Zunächst wird die Teilnahmequote im Jahreszeitraum in den Blick genommen. Es folgt die Betrachtung der Teilnahmequoten im Zeitverlauf, um Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität

des Verfahrens ziehen zu können. Dabei werden auch Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen präsentiert. Da bei der U9-Untersuchung der eingeschul-ten Kinder im Jahr 2011 bereits eine Intervention durch LIGA.NRW erfolgte, gibt die Entwicklung dieser Quote zwischen den Jahren 2010 und 2011 darüber Aufschluss, ob ein Interventionserfolg vorliegt. Anschließend erfolgt eine differenzierte Betrachtung der Teilnahmequoten nach Normzeit, Toleranzzeit und Erinnerungsfrist im Zeitverlauf. In einem nächsten Abschnitt wird auf den Einladungserfolg eingegangen, d.h. auf (berechtigte) Erinnerungen, welche eine Wirkung in Bezug auf nachgeholt Untersuchungen erzielen konnten. Daraufhin werden die Meldungen an die Jugendämter betrachtet: Wie haben sich die Anteile versand-ter Erinnerungen im Zeitverlauf entwickelt und wie hoch ist der Anteil erinnerter Eltern, deren Daten in Folge nicht eingegangener Untersuchungsbelege an die Jugendämter weitergege-ben wurden? Im Anschluss wird eine Gruppe der Mehrfachverweigerer betrachtet, wobei hier aufgrund der bisherigen Datenverfügbarkeit im Verfahrenszeitraum lediglich ein Vergleich zwischen der Teilnahme an der U5 und U6 möglich war. Es folgt der regionale Vergleich der Teilnahmequoten nach ländlich und städtisch geprägten Regionen in Nordrhein-Westfalen. Dabei wird auch ein Vergleich der Spitzengruppe und der Schlussgruppe der Kreise im Ver-gleich zum landesweiten Durchschnitt vorgenommen. In einem abschließenden Abschnitt wird der Zusammenhang des Anteils an Weiterleitungen an die Jugendämter und sozial-strukturellen Merkmalen (Ausländeranteil und Arbeitslosenquote) in den Kreisen betrachtet.

3.1.2.1 Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9

Abbildung 1 zeigt die errechneten Teilnahmequoten je Untersuchungsstufe im Jahreszeit-raum (April 2010 bis März 2011). Dabei ist die dargestellte Teilnahmequote zusammenge-setzt aus Anteilen in der Untersuchungszeit und der Toleranzzeit einerseits und der aufgrund der Intervention nachgeholt Untersuchungen andererseits.

Abbildung 1: Errechnete Teilnahmequote je Untersuchungsstufe im Jahreszeitraum (bis Ende März 2011)



Aus früheren Ergebnissen zu den Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen ist bekannt, dass diese mit jeder Untersuchungsstufe, d.h. mit dem Alter der Kinder, stetig abnehmen¹². Die vorliegenden Ergebnisse zeigen tendenziell einen solchen Trend, jedoch findet hier keine kontinuierliche und stetige Abnahme der Teilnahmequoten nach Untersuchungsstufen statt. Es fällt auf, dass die Quote von der U5 zur U6 sowie von der U7a und der U8 zunimmt. Die geringere Teilnahmequote an der U7a, im Vergleich zu der U8, liegt vermutlich an der späten Implementierung dieser Untersuchungsstufe (Aufnahme der Untersuchung im Untersuchungskatalog im Sommer 2008) und den dadurch noch geringeren Bekanntheitsgrad dieser.

Insgesamt beträgt die Teilnahmequote nach den vorliegenden Daten jeweils über 90 %. Das heißt, dass auch spätere Untersuchungsstufen recht häufig in Anspruch genommen werden¹³. Dabei ist zu berücksichtigen, dass noch nicht alle Fehlerquellen, die durch die Meldedaten, den Abgleich und die Ärztemeldungen vorliegen, beseitigt wurden.

Erklärt wurden die aufgrund früherer Ergebnisse bekannten geringeren Teilnahmequoten an den späteren Untersuchungsstufen durch die größeren zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen, die zu einer höheren Wahrscheinlichkeit führen, dass Eltern die Teilnahme vergessen. Eventuell kann ein Erinnerungswesen gerade diesem Effekt entgegenwirken, so dass sich die Teilnahmequoten an den Untersuchungen tendenziell annähern.

12 Kamtsiuris, P, Bergmann, E., Rattay, P. und Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 836-850. Vgl. auch Modul 2 dieses Berichtes.

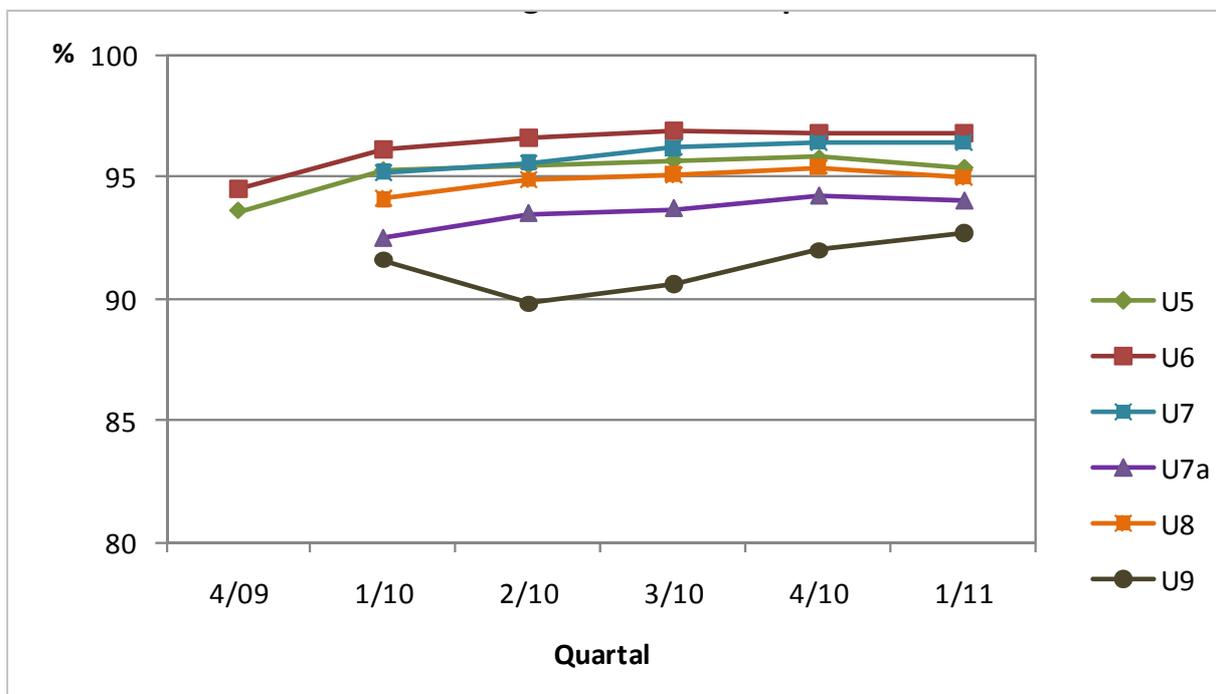
13 Hier ist zu beachten, dass durch die gewählte Grundgesamtheit (z.B. längerer Beobachtungszeitraum, Ausschluss von Kindern, die erst nach der Erinnerungsfrist zugezogen sind) tendenziell höhere Teilnahmequoten ermittelt werden als durch alternativ gewählte Grundgesamtheiten. Die vorliegenden Ergebnisse unterscheiden sich dadurch von denen, die für die Kosten-Nutzen-Analyse errechnet wurden (vgl. Modul 2).

3.1.2.2 Entwicklung der Teilnahmequoten im Zeitverlauf

Im Folgenden ist die Entwicklung der Teilnahmequoten innerhalb eines Jahreszeitraumes dargestellt. Dabei wird wiederum die Gesamtteilnahme an den Untersuchungen (im Untersuchungszeitraum und nach Erinnerung) betrachtet. Eine Steigerung der Teilnahmequoten im Zeitverlauf kann als Hinweis für einen Nutzen der Intervention gelten und spricht für eine gewisse Ergebnisqualität des Verfahrens.

Abbildung 2 zeigt, dass sich zwischen dem 4. Quartal im Jahr 2009 und dem 1. Quartal im Jahr 2011 bei allen Untersuchungsstufen eine Steigerung der Teilnahmequoten abzeichnet. Eine überproportionale Steigerung fand bei der U9 und der U7a statt. Unter Nichtberücksichtigung des Ergebnisses zur U7a, wird auch anhand dieser Zahlen deutlich, dass die Teilnahme an den U-Untersuchungen mit steigendem Alter des Kindes abnimmt. Allerdings zeichnet sich, wie bereits im vorherigen Abschnitt erläutert, eine tendenzielle Annäherung der Quoten im Zeitverlauf ab.

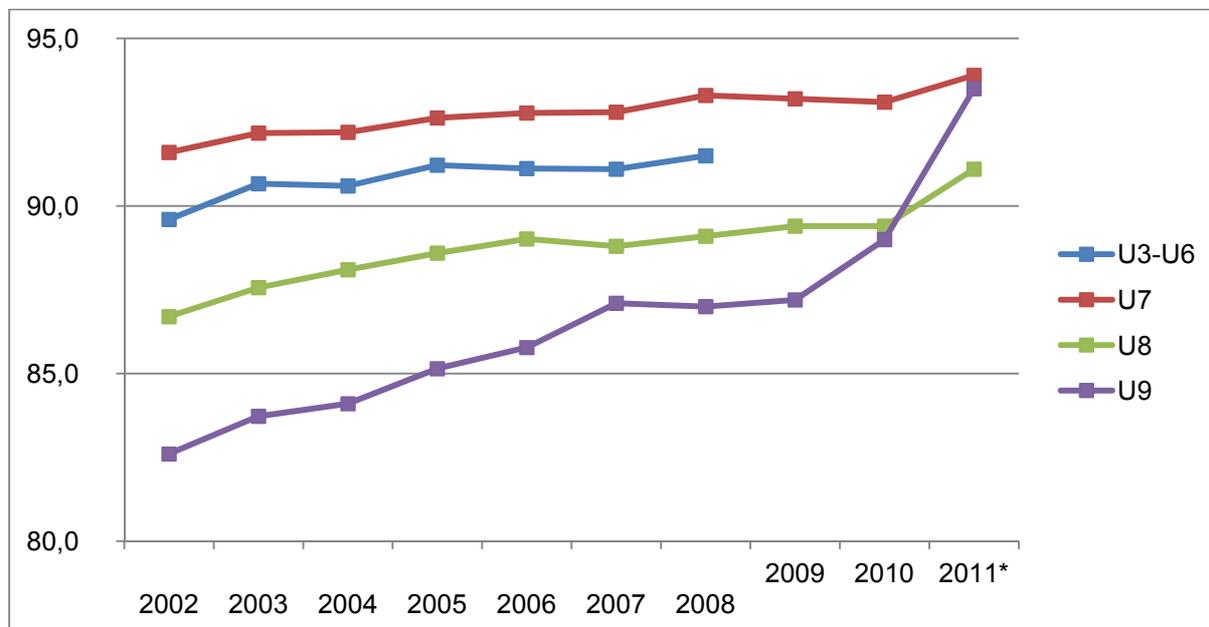
Abbildung 2: Entwicklung der Teilnahmequoten innerhalb eines Jahreszeitraumes



Das vorliegende Ergebnis weist zunächst auf die Ergebnisqualität des Verfahrens hin: Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen konnten in Nordrhein-Westfalen im Laufe des Verfahrens gesteigert werden. Da mögliche intervenierende Faktoren, die ebenfalls zu einer Steigerung der Teilnahme an den Untersuchungen geführt haben könnten, hier nicht kontrolliert wurden, ist ein Rückschluss auf die tatsächliche Wirkung der Intervention jedoch nur bedingt möglich. Zusätzlich kann durch die Optimierung der Verfahrensabläufe und der Datenqualität der Meldedaten, die zu einer geringeren Zahl an Fehlmeldungen führen, ebenfalls von einem positiven Effekt auf die errechneten Teilnahmequoten ausgegangen werden.

Bei den durch die Schuleingangsuntersuchungen erfassten Teilnahmequoten (vgl. Abbildung 3) zeigte sich besonders bei der U9 eine deutliche Steigerung von 2010 zu 2011. Die Grundgesamtheit bei den Schuleingangsuntersuchungen beruht jeweils auf einer Geburtskohorte, während die Grundgesamtheit sich bei den im Rahmen des Verfahrens errechneten Quoten je nach Untersuchungsstufe auf verschiedene Geburtskohorten bezieht.

Abbildung 3: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen



Quelle: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen.

* Vorabauswertung auf der Basis von 13 Kommunen

Da für die anderen Untersuchungsstufen für die betreffenden Kinder, die in diesen Jahren an den Einschulungsuntersuchungen teilnahmen, noch keine Intervention durch LIGA.NRW erfolgte, ist die Berücksichtigung der Teilnahmequote der U9 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen relevant für die Einschätzung des Interventionserfolges durch das einladende Erinnerungswesen. Es kann vermutet werden, dass die deutliche Steigerung der Teilnahme an der U9 zwischen den Jahren 2010 und 2011 zumindest teilweise durch die Intervention erzielt werden konnte. Da es sich bei den Daten aus dem Jahr 2011 nur um eine Teilstichprobe handelt, bei der eine positive Selektivität vorliegen könnte, sollte die Entwicklung bei Vorliegen von Daten aller Kommunen weiter beobachtet werden. Der Vorteil der Beobachtung der Quoten, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhoben werden, gegenüber den dargestellten Quoten ist, dass diese nicht durch Änderungen der Datenqualität verzerrt sind und ein zeitlicher Vergleich dadurch zuverlässiger ist.

In Abbildung 4 sind die Anteile der Teilnahmequoten innerhalb der Normzeit, der Nachtoleranz und nach Erinnerung, differenziert nach den einzelnen Untersuchungsstufen, dargestellt. Besonders von Interesse sind hier die Anteile, die nach der Normzeit noch an den Untersuchungen teilgenommen haben. Es ist zu beachten, dass bei der U5 die einladenden Erinnerungen seit März 2010 noch zwei Wochen vor Ende des Toleranzzeitraumes versandt werden, während dies bei der U6 bis zu der U9 zehn Tage nach dem Toleranzzeitraum geschieht (davor wurden für alle Untersuchungen die erinnernden Einladungen zwei Wochen

vor Ende des Toleranzzeitraumes versandt). Die Zeit bis zu einer Meldung an die Jugendämter wurde für alle Untersuchungen erweitert. Anstatt einer Woche nach Ende des Toleranzzeitraumes, beträgt diese Frist seit März 2010 bei der U5-Untersuchung sechs Wochen nach der Erinnerung, bei den anderen Untersuchungen drei Wochen nach Erinnerung.

Es lässt sich ablesen, dass die Anteile der Teilnahme nach der Normzeit desto höher sind, je niedriger die Teilnahmequote innerhalb der Normzeit war. So liegt der Anteil der Untersuchungen, die in der Nachtoleranzzeit durchgeführt wurden bei der U5 und bei der U9 lediglich um die 10 %, während dieser Wert bei den Untersuchungen U6 bis U8 um ca. 40 % liegen. Anders verhält es sich bei den Anteilen von Untersuchungsbelegen, die nach der einladenden Erinnerung bei LIGA.NRW eingingen. Diese sind bei der U7a und der U8 am höchsten. Für diese Untersuchungsstufen lässt sich demnach der größte Beitrag durch die Intervention feststellen. Besonders bei der U6 und der U7 findet ein hoher Anteil der Untersuchungen in dem Nachtoleranzzeitraum statt. Ein, im Vergleich zu den Untersuchungsstufen U7 und U8, recht hoher Anteil an Untersuchungen, findet bei der U9 innerhalb des Normzeitraumes statt. Dies kann daran liegen, dass Impfauffrischungen mit dieser Untersuchung zusammenfallen und diese aus diesem Grund häufiger rechtzeitig terminiert wird.

Bei der quartalsweisen Betrachtung der Teilnahmequoten wird gezeigt, dass sich besonders bei der U7a im Zeitverlauf eine Verringerung des Anteils derjenigen abzeichnet, die erst nach der Intervention an der Untersuchung teilnehmen. Insgesamt hat sich die Quote der Teilnahme an der U7a erhöht. Bei den anderen Untersuchungsstufen (bis auf U5 und U8) besteht ebenfalls der Trend, dass sich der Anteil derjenigen, die erst nach der einladenden Erinnerung an den Untersuchungen teilnehmen, im Zeitverlauf verringert. Dies kann als Hinweis dafür gelten, dass die Eltern entweder aus eigener Motivation Untersuchungstermine früher wahrnehmen, da ihnen das Verfahren inzwischen bekannt ist, oder dass die Terminierung auf Seiten der Ärzte früher erfolgt. Zu beachten ist, dass die Vergleichszeiträume sich bei den einzelnen Untersuchungsstufen unterscheiden, da die Intervention für die Untersuchungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt wurde.

Abbildung 4: Differenzierung der Teilnahmequote nach fristgerechten und nachgeholten Teilnahmen pro Untersuchungsstufe

		4/09	1/10	2/10	3/10	4/10	1/11
U5	Normzeit	79,6	80,1	78,8	78,4	79,4	79,0
	Nachtoleranz*	9,1	11,8	10,3	10,3	10,2	9,6
	nach Erinnerung	4,8	3,3	6,4	7	6,2	6,8
	<i>Gesamtquote</i>	93,5	95,2	95,5	95,7	95,8	95,4
U6	Normzeit	54,8	58,1	58,8	58,5	54,2	56,4
	Nachtoleranz	35,6	35,2	35,2	35,7	40,1	37,6
	nach Erinnerung	4	2,8	2,6	2,7	2,5	2,8
	<i>Gesamtquote</i>	94,4	96,1	96,6	96,9	96,8	96,8
U7	Normzeit		52,2	51,9	53,1	53,1	53,9
	Nachtoleranz		38,4	39,4	39	39,6	38,7
	nach Erinnerung		4,5	4,3	4,1	3,7	3,8
	<i>Gesamtquote</i>		95,1	95,6	96,2	96,4	96,4
U7a	Normzeit		34,2	36,7	38,8	38,2	38,2
	Nachtoleranz		37,4	39	38	40	39,6
	nach Erinnerung		21	17,8	16,9	16	16,2
	<i>Gesamtquote</i>		92,6	93,5	93,7	94,2	94
U8	Normzeit		40,3	38,7	40,5	36,8	39,2
	Nachtoleranz		41,4	43,6	40,9	45,7	43,5
	nach Erinnerung		12,4	12,6	13,7	12,9	12,3
	<i>Gesamtquote</i>		94,1	94,9	95,1	95,4	95
U9	Normzeit		70,9	70,9	73,6	73,1	75,9
	Nachtoleranz		14,7	12,9	11,5	13,5	11,8
	nach Erinnerung		6	6	5,5	5,4	5
	<i>Gesamtquote</i>		91,6	89,8	90,6	92	92,7

*bis zur einladenden Erinnerung

Als Ausblick werden die ermittelten Quoten zu Beginn des Verfahrens und ein Jahr später verglichen. Aus den verfügbaren Daten bietet sich ein Monatsvergleich an von März 2010 zu März 2011. Im März 2010 waren alle Untersuchungsstufen bereits in das Erinnerungsverfahren einbezogen. Bei der Interpretation ist zu bedenken, dass aufgrund der gestuften Implementierung die Wahl eines einheitlichen Referenzmonats immer auch mit bestimmten Problemen behaftet sein wird. Zu nennen wären beispielsweise Anschubeffekte, die flächendeckende Verbreitung, der Erfassungsgrad etc.

In Tabelle 4 sind die Gesamt-Teilnahmequoten und die Quoten innerhalb der Untersuchungszeit ohne Nachtoleranz dargestellt. Bis auf die U5, bei der Anpassungen in den rechtlich verankerten Fristen vorgenommen wurden, ist ein leichter Anstieg bei allen Untersuchungsstufen zu beobachten, insbesondere bei U6 und U8.

Interessant ist, dass sich eine leichte Zunahme bei den Untersuchungen U6, U7a, U8 und U9 auch für die Untersuchungsspanne ohne Nachtoleranzzeit findet, was auf eine frühere Inanspruchnahme hindeutet.

Tabelle 4: Vergleich einer Monatsquote zu Beginn des Verfahrens und 1 Jahr später

Untersuchung	März 2010 Teilnahme gesamt (U-zeit)	März 2011 Teilnahme gesamt (U-zeit)	Steigerung
U 5	95,5 (80,9) %	95,2 (80,0) %	-0.3
U 6	93,0 (52,0) %	96,8 (57,0) %	4.1
U 7	95,5 (56,1) %	96,5 (56,6) %	1.0
U 7a	92,8 (30,5) %	93,3 (33,9) %	0.5
U 8	89,2 (33,9) %	94,7 (35,5) %	6.2
U 9	90,4 (71,8) %	92,9 (76,1) %	2.8

3.1.2.3 Einladungserfolg

Im Folgenden wird der in den bisherigen Ausführungen bereits angeklungene Beitrag der Intervention an der Gesamtteilnahmequote dargestellt.

In dem betrachteten Jahr wurden 177.213 einladende Erinnerungen verschickt. Betrachtet man die Entwicklung der Erinnerungsraten über den Zeitraum der Intervention, ist ein Rückgang vor allem zu Beginn zu verzeichnen (Tabelle 5). Die meisten Erinnerungen erfolgen jeweils für eine U7a. Ein ebenfalls hoher Anteil mit über 20 % ist für Kinder im Alter der U8 zu verzeichnen. An wenigsten erinnert wird an die U6-Untersuchung, während sich bei der U5 die durch den geringen Abstand zur U6 vorverlegte Frist bemerkbar macht. Auch Weiterleitungen an Jugendämter erfolgten prozentual mit knapp 20 % einer Kohorte am häufigsten bei der U7a. Über 10 % sind es noch bei U8 und U9 (siehe Tabelle auf Seite 248 im Anhang).

Tabelle 5: Anteil der erinnerten Kinder an allen Teilnahmeberechtigten im Verlauf (%)

Untersuchung	4/2009	1/2010	2/2010	3/2010	4/2010	1/2011
U 5	20,2	14,9	17,1	18,9	16,1	17,1
U 6	15,4	11,0	8,9	9,1	8,8	9,3
U 7		13,9	12,1	10,6	10,4	10,1
U 7a		32,4	27,1	26,2	25,1	25,6
U 8		22,3	20,6	21,3	20,1	20,2
U 9			19,5	17,5	16,5	15,2

Bei Betrachtung des Anteils erinnerten Kinder, die an das Jugendamt gemeldet wurden (Tabelle 6), zeigt sich, dass die ausstehenden Untersuchungen bei einer U5 in der längeren Zeit bis zur Weiterleitung an die Kommunen meist nachgeholt werden. Knapp 30 % der erin-

nerten Kinder werden noch an die Jugendämter gemeldet. Bei den übrigen Untersuchungen liegt der Anteil mindestens doppelt so hoch. Im Zeitverlauf zeigt sich bei allen Untersuchungsstufe eine Abnahme erinnerten Kinder, die an das Jugendamt gemeldet wurden. Dies wird am stärksten bei der U5 deutlich. Zurückzuführen ist diese Abnahme, neben der Verbesserung der Datenqualität, vermutlich darauf, dass Eltern, die im Zeitverlauf mehr über das Verfahren wissen, sich eindringlicher um einen Untersuchungstermin bemühen, sobald das Erinnerungsschreiben bei diesen eingetroffen ist. Eventuell besteht auch ein größeres Entgegenkommen der Ärzte bei der Terminvergabe, wenn Eltern auf eine bereits erhaltene Erinnerung hinweisen.

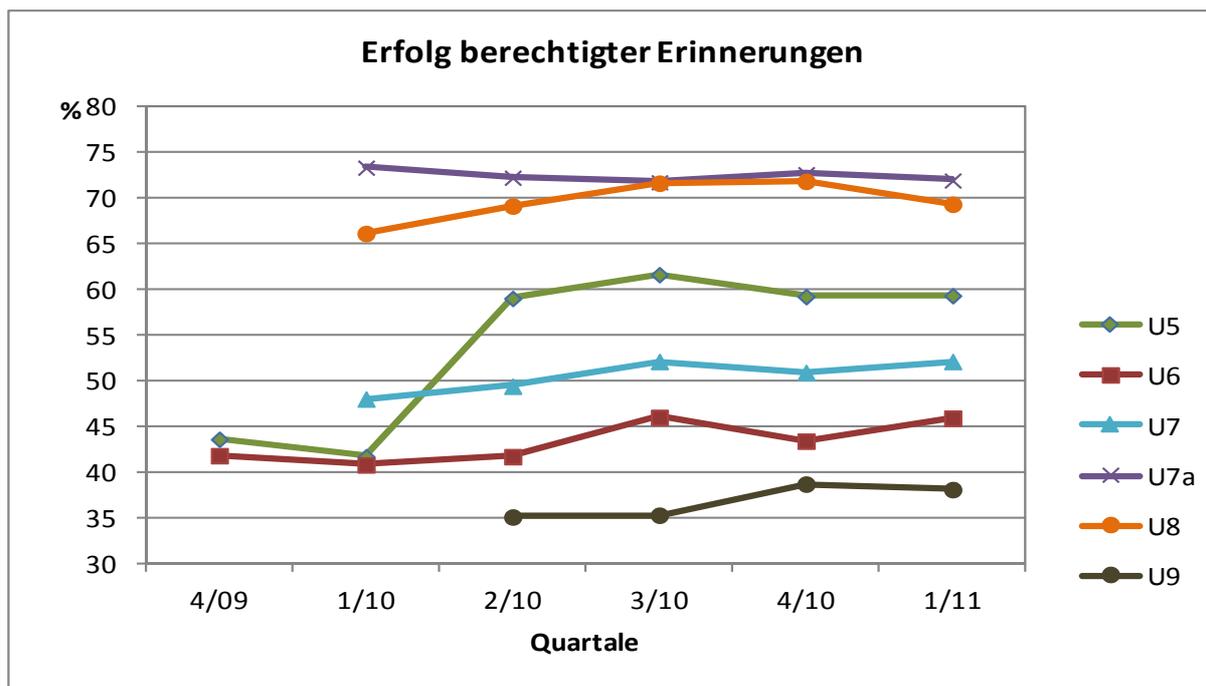
Tabelle 6: Anteil der erinnerten Kinder, die an das Jugendamt gemeldet wurden, im Verlauf (%)

Untersuchung	4/2009	1/2010	2/2010	3/2010	4/2010	1/2011
U 5	45,3	42,2	30,5	28,6	30,0	29,7
U 6	54,7	57,5	60,4	57,9	59,2	54,1
U 7		61,4	66,2	65,8	64,4	63,2
U 7a			72,9	72,2	71,7	66,8
U 8		67,1	68,4	69,5	69,3	65,0
U 9			72,4	74,0	70,0	66,6

Im Folgenden wird die Erfolgsquote der Erinnerungsschreiben näher betrachtet. Welchen Beitrag konnte die Intervention durch LIGA.NRW zur Steigerung der Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen leisten?

In Abbildung 5 sind die Anteile des Erfolgs versandter und berechtigter Erinnerungsschreiben dargestellt, d.h. der Anteil derjenigen, die nach dem Erhalt eines einladenden Erinnerungsschreibens noch eine U-Untersuchung wahrgenommen haben.

Abbildung 5: Erfolgsquote berechtigter Erinnerung pro Untersuchungsstufe



In welchem Maße die Aufforderung der Erinnerung und Nachverfolgung Wirkung zeigt, ist bei den einzelnen Untersuchungen unterschiedlich: Bezogen auf die Zahl der berechtigt erinnerten Kinder, bei denen bis dato kein Untersuchungstermin stattgefunden hatte, ist die Erfolgsquote bei U7a und U8 am größten. Dies korrespondiert mit dem Beitrag der Intervention an der Gesamtquote, wie er bereits in Abbildung 4 sichtbar wurde. Am geringsten liegt die Erfolgsquote bei den U9-Untersuchungen. Die registrierte Zunahme erfolgte eher innerhalb der Untersuchungszeit. Eltern, die innerhalb der Untersuchungszeit keine Notwendigkeit sehen, die Untersuchung wahrzunehmen, scheinen durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ vergleichsweise wenig überzeugbar. Doch lässt sich für die letzten Monate ein leichter Aufwärtstrend feststellen. Dagegen lässt sich der Effekt bei den U5-Untersuchungen auf eine frühere Erinnerung zurückführen. 63,6 % der nachgeholtten Untersuchungen entfallen auf die Nachtoleranzzeit, wären also fristgerecht im Sinne der GBA-Richtlinien. Es ist anzunehmen, dass ein Teil der im Rahmen des Verfahrens als nachgeholtte Untersuchungen definierten Teilnahmen im Sinne einer möglichst späten Durchführung im Untersuchungszeitraum bereits geplant war. Der hohe Interventionserfolg bei der U7a ist wiederum durch deren späte Aufnahme in den Untersuchungskatalog im Sommer 2008 zu erklären, wodurch der Bekanntheitsgrad dieser Untersuchung zunächst geringer ist als bei den anderen Untersuchungen. Ein erinnerndes Anschreiben kann gerade in diesem Fall eine besondere Wirkung zeigen: Wenn die Sorgeberechtigten grundsätzlich gewillt sind, die Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen, jedoch aus Unkenntnis dieser Untersuchung erst durch ein Anschreiben darauf aufmerksam werden.

Bei der Betrachtung des Erfolgs ist anzumerken, dass nicht sicher angenommen werden kann, dass nachgeholtte Untersuchungen vollständig erfasst werden. Aus den Jugendämtern ist keine Datenweitergabe an die Zentrale Stelle vorgesehen, eine Korrektur, wenn eine Untersuchung bereits durchgeführt war, erfolgt somit nicht. Bei nachgeholtten Untersuchungen

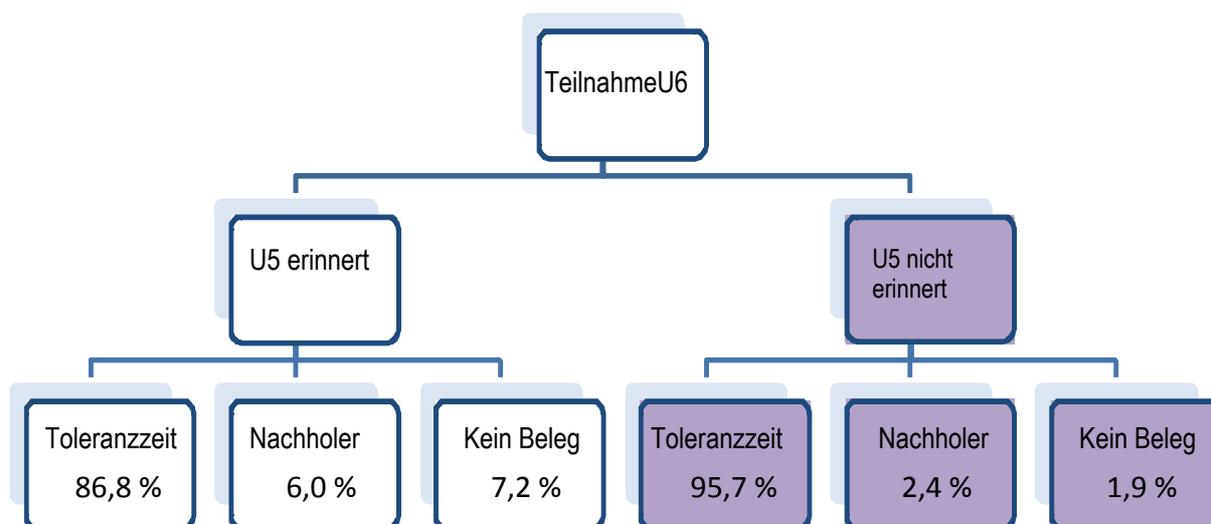
gilt im Grundsatz die Meldepflicht der Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Zentralen Stelle. Doch gibt es Hinweise, dass mit der mancherorts üblichen Bescheinigung an die Jugendämter Ärzte nur noch diese als Adressaten ansehen.

3.1.2.4 Mehrfachteilnehmer

Zur Ermittlung der Mehrfachteilnehmer werden Kinder einbezogen, die seit Beginn der Datenbank mindestens zwei U-Untersuchungen durchlaufen haben bzw. hätten nutzen können. Auszunehmen sind diejenigen, die die nächste Untersuchungsstufe nicht mehr erreichten z.B. meldeten, weil sie inzwischen Ihren Wohnsitz nicht mehr in Nordrhein-Westfalen haben oder verstorben sind.

Aufgrund der begrenzten Zeitspanne, für die Daten vorliegen, ist die Betrachtung von Mehrfachteilnehmern für die U5 und U6 möglich. Im Folgenden (vgl. Abbildung 6) ist die Teilnahme an der U6-Untersuchung differenziert nach der Vorgeschichte in Bezug auf die Teilnahme an der U5-Untersuchung dargestellt.

Abbildung 6: Teilnahme an der U6-Untersuchung differenziert nach Vorgeschichte der U5



Nahezu 96 % der Eltern, die bereits die U5-Untersuchung wahrnahmen, haben die U6-Untersuchung wieder vor Ablauf der Toleranzzeit genutzt. Ein geringer Anteil (2,4 %) musste an die folgende Untersuchung erinnert werden. Dagegen nahmen von den bei der U5 erinnerten Kindern 86,8 % fristgerecht an der folgenden U6-Untersuchung teil. Beachtenswert ist in dieser Gruppe der deutlich höhere Anteil von Kindern ohne Untersuchungsbeleg (7,2 %) im Vergleich zu den bei der U5 nicht erinnerten Sorgeberechtigten. Dahinter können sich zum einen Sonderfälle verbergen (z.B. Kinder, die die Untersuchung in einem anderen Bundesland wahrnehmen). Es wäre auch möglich, dass Fehlerquellen für einige dieser Adressaten nicht beseitigt werden konnten. Das Ergebnis weist aber auch auf einen Kern Sorgeberechtigter hin, der häufiger nicht an der Früherkennung teilnimmt.

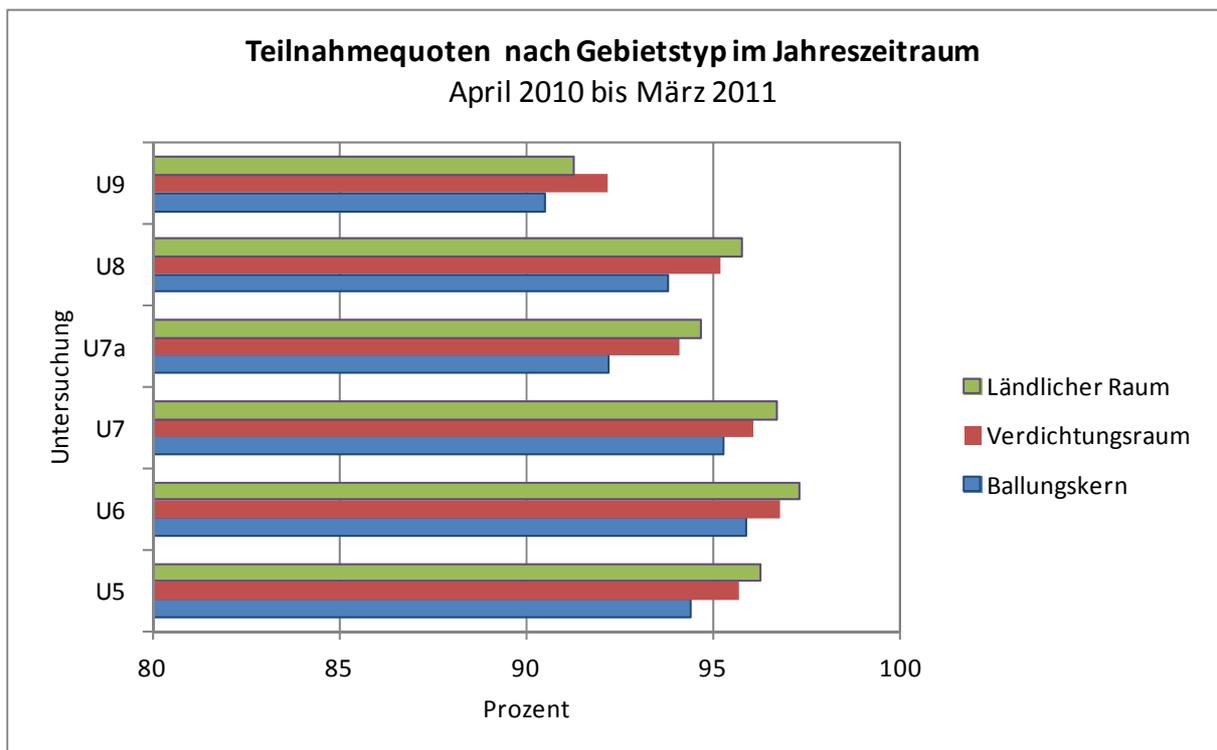
3.1.2.5 Vergleich städtische und ländliche Regionen

Im Folgenden werden die Teilnahmequoten nach Bevölkerungsdichte und differenziert nach den Kreisen und Kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens präsentiert. Kinder der Altersstufe für die U9-Untersuchungen können in einer regionalisierten Betrachtung nur eingeschränkt berücksichtigt werden. Für den Zeitraum vor Oktober 2010 standen die Angaben zum Wohnort des Kindes nicht mehr für alle Fälle zur Verfügung (62,5 % des dritten Quartals bzw. 92,6 % des zweiten Quartals 2010 waren bereits gelöscht). Durch die Löschoflicht liegen die Daten über die Wohnregion in Form der Gemeindegennziffer nicht mehr vor und eine Zuweisung zu den betrachteten Kategorien ist nicht möglich. Auch durchschnittliche Gesamtquoten auf Landesebene beziehen sich nur auf die Untersuchungen U5 bis U8.

Gliederung nach Verdichtung und Größe

Abbildung 7 zeigt einen Vergleich der Teilnahmequoten nach Gebietstyp für den Jahreszeitraum April 2010 bis März 2011. Es wird untergliedert nach Ballungskern, Verdichtungsraum und ländlichem Raum. Der Ballungskern bezeichnet Städte über 2000 Einwohner pro km² auf einer Gesamtfläche über 50 km². Der Verdichtungsraum umfasst Siedlungen mit mindestens 1000 Einwohnern pro km². Die Zuordnung der Kommunen erfolgte auf der Basis der Statistischen Berichte von it.NRW zur Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 2010.

Abbildung 7: Teilnahmequoten pro Untersuchungsstufe nach Gebietstyp



Mit Ausnahme der U9 ist für alle Untersuchungsstufen in Bezug auf die Teilnahmequote nach Gebietstyp der gleiche Trend beobachtbar: Im ländlichen Raum werden die U-Untersuchungen am häufigsten in Anspruch genommen, in Ballungsgebieten sind dagegen jeweils die geringsten Teilnahmequoten zu verzeichnen. Die Teilnahmequoten der Verdich-

tungsräume liegen jeweils zwischen den beiden anderen Quoten. Demnach nimmt die durchschnittliche Teilnahmequote mit der Bevölkerungsdichte ab. Dies entspricht den Ergebnissen der KiGGS-Studie, nach der die Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen in städtischen Gebieten niedriger ist als in ländlichen Gebieten¹⁴. Da sich durch die quartalsweise Berechnung die Abweichung bei der U9 nicht zeigt, ist davon auszugehen, dass diese durch Ausfälle in der Zuordnung über den Wohnsitz und geringere Fallzahlen bedingt ist.

Im Vergleich über die Zeit ist eine leichte Steigerung der Quoten bei der U9 zu beobachten (vgl. Tabelle auf Seite 250 im Anhang). Am stärksten ist dieser Zuwachs um 4,1 % im ländlichen Raum, am geringsten im Ballungskern mit 1,4 %. Bei den anderen Untersuchungsstufen verändert sich in der Beteiligung nach verschiedenen Verdichtungsräumen wenig über die Zeit. Die Schwankungen verteilen sich gleichermaßen auf eher städtisch oder eher ländlich geprägte Räume, der Rückstand im Ballungskern wird insofern nicht aufgeholt.

Abbildung 8: Weitermeldungen an die Jugendämter pro Untersuchungsstufe nach Gebietstyp

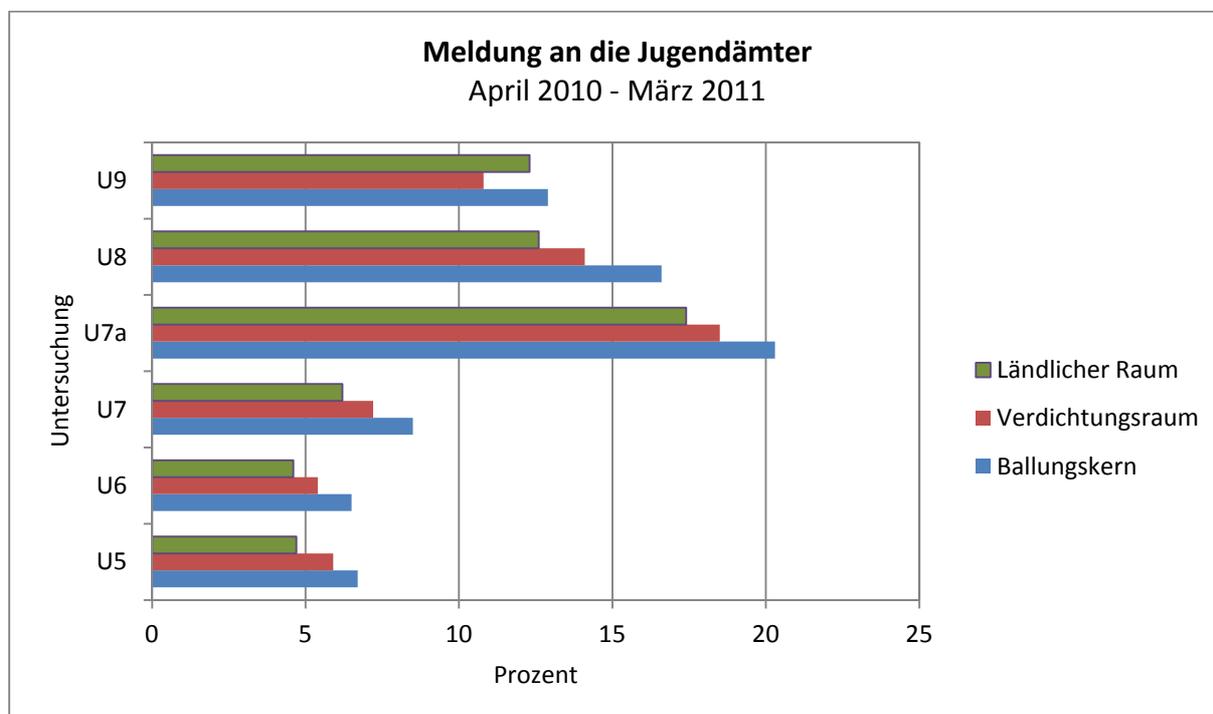


Abbildung 8 zeigt die Anteile an Weitermeldungen an die Jugendämter nach Gebietstyp. Parallel zu den Teilnahmequoten ist der Anteil an Weitermeldungen in den Ballungsgebieten höher als im ländlichen Raum. Lediglich bei der U9 zeigt sich auch hier eine Abweichung: Hier ist die Anzahl an Weitermeldungen im ländlichen Raum höher als im Verdichtungsraum und erreicht fast das gleiche Niveau wie in den Ballungskernen.

14 Kamtsiuris, P, Bergmann, E., Rattay, P. und Schlaud, M (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 836-850.

Ein Rückgang der Weiterleitungsquoten an die zuständigen Jugendämter ist beobachtbar über alle Gebietstypen bei den höheren Untersuchungsstufen ab der U7. Für U6 ist in den Ballungsräumen kein Rückgang des Anteils zu verzeichnen. Bei der U5-Untersuchung ging der Anteil im ländlichen Raum gar nicht und in den Ballungsräumen nicht wesentlich zurück (vgl. Tabelle auf Seite 251 im Anhang). Bei den übrigen Untersuchungsstufen ist der Rückgang deutlich und jeweils am stärksten im ländlichen Raum. Der Effekt ist am größten bei der U9-Untersuchung, der Anteil im ländlichen Raum ging innerhalb eines Jahres um 35,5 % zurück.

Um einen Anschluss an die Auswertung der Landesjugendämter zur Umsetzung der TeilnahmeDatVO zu ermöglichen, soll kurz auch auf die Kategorisierung nach Gemeindegrößenklasse Bezug genommen werden. Diese Differenzierung ergibt ein vergleichbares Ergebnis für den verdichteten großstädtischen Raum: In allen Untersuchungen U5 bis U9 liegt die Teilnahme der kreisfreien Städte unter dem Durchschnitt (vgl. Tabelle auf Seite 249 im Anhang). Für die übrigen Gemeindegrößen zeichnet sich bis auf einen Hinweis einer Benachteiligung höherer Untersuchungsstufen in den kleinsten Gemeinden kein einheitlicher Zusammenhang ab. Dieser Hinweis auf geringe Verdichtung als Kriterium für Teilnahme oder Nichtteilnahme findet sich, soweit zahlenmäßig ausreichend besetzt, auch bei den feiner ausdifferenzierten Raumkategorien des BBSR (vgl. Tabelle auf Seite 249 im Anhang).

Um die Teilnahmequoten regional differenzierter zu betrachten, sind im Folgenden (Abbildung 9) die durchschnittlichen Teilnahmequoten für jeden Kreis bzw. jede kreisfreie Stadt in Nordrhein-Westfalen anonymisiert dargestellt. Die Teilnahmequoten U5 bis U8 wurden zu diesem Zweck aggregiert. Es ist jeweils die Abweichung in Prozentpunkten zum Durchschnitt aller Kreise und Kreisfreien Städte abgebildet.

Auch wenn in der Tendenz die Ballungsgebiete, d.h. vor allem die kreisfreien Städte, die niedrigsten Teilnahmequoten aufweisen, so zeigt sich, dass es dennoch Städte gibt, bei denen sich im Vergleich eine überdurchschnittliche Teilnahmequote abzeichnet. Unter den Spitzenreitern finden sich überdurchschnittlich viele mittlere kreisangehörige Städte.

Für die Mehrzahl der überdurchschnittlich abschneidenden Städte und Kreise ist das Resultat nicht auf einen größeren Interventionserfolg zurückzuführen (vgl. rechte Grafik „nach Erinnerungsfrist“). Einige Kreise bzw. kreisfreie Städte zeichnen sich jedoch durch einen hohen Anteil nachgeholter Untersuchungen aus.

Bei Betrachtung der Anteile an Weiterleitungen an das Jugendamt an potentiellen Untersuchungen wird deutlich, dass dieser Anteil zwischen den Kreisen ebenfalls sehr unterschiedlich hoch ist. Die Spanne reicht zwischen 6,8 und 19 %.

Abbildung 9: Teilnahme in Kreisen und kreisfreien Städten im Vergleich zum Durchschnitt (Abweichung in Prozentpunkten)

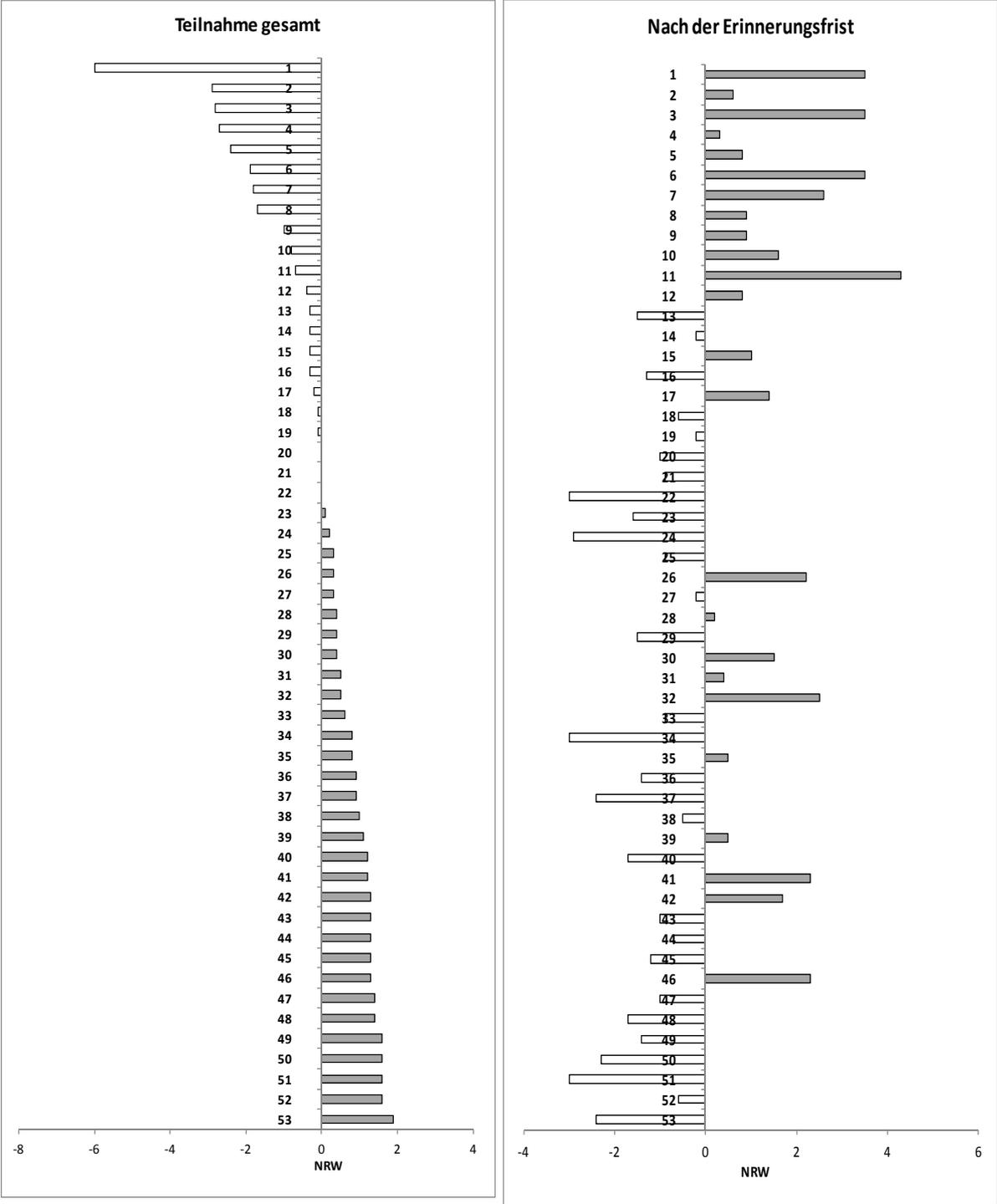


Abbildung 10: Erinnerungsschreiben im Vergleich zum Durchschnitt (Abweichung in Prozentpunkten)

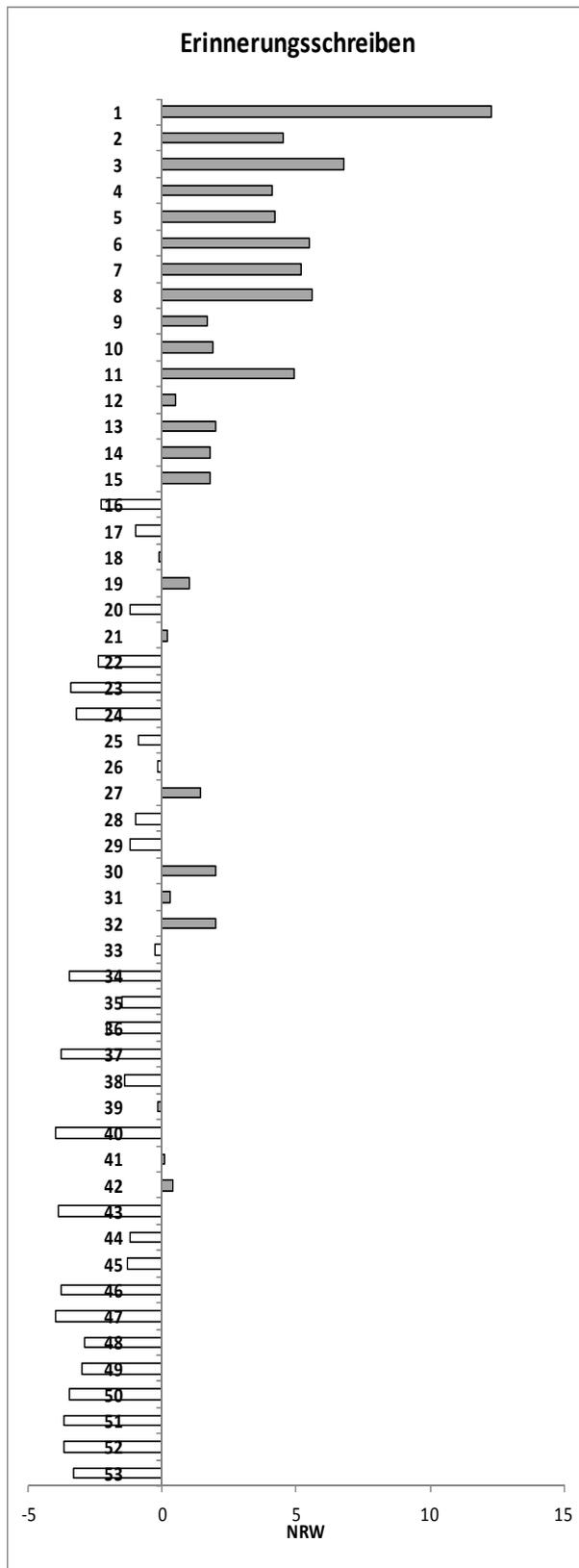


Abbildung 11: Weiterleitungen an das zuständige Jugendamt in % der potentiellen Untersuchungen

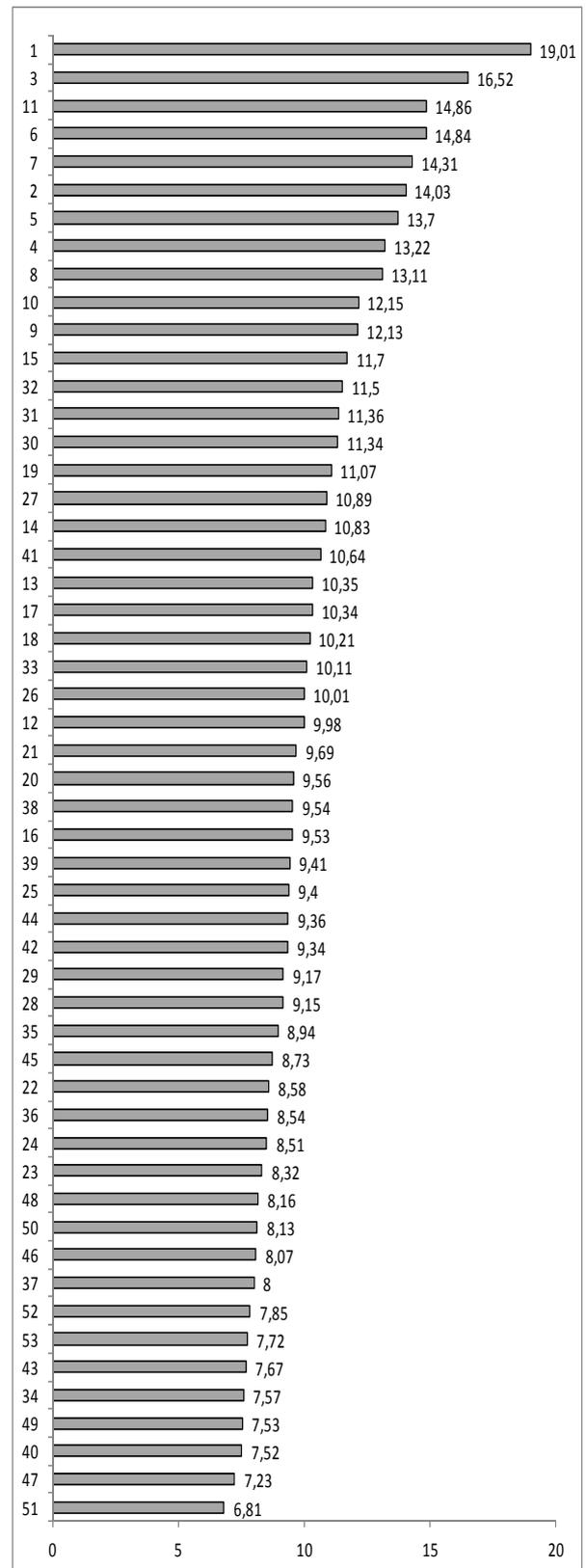
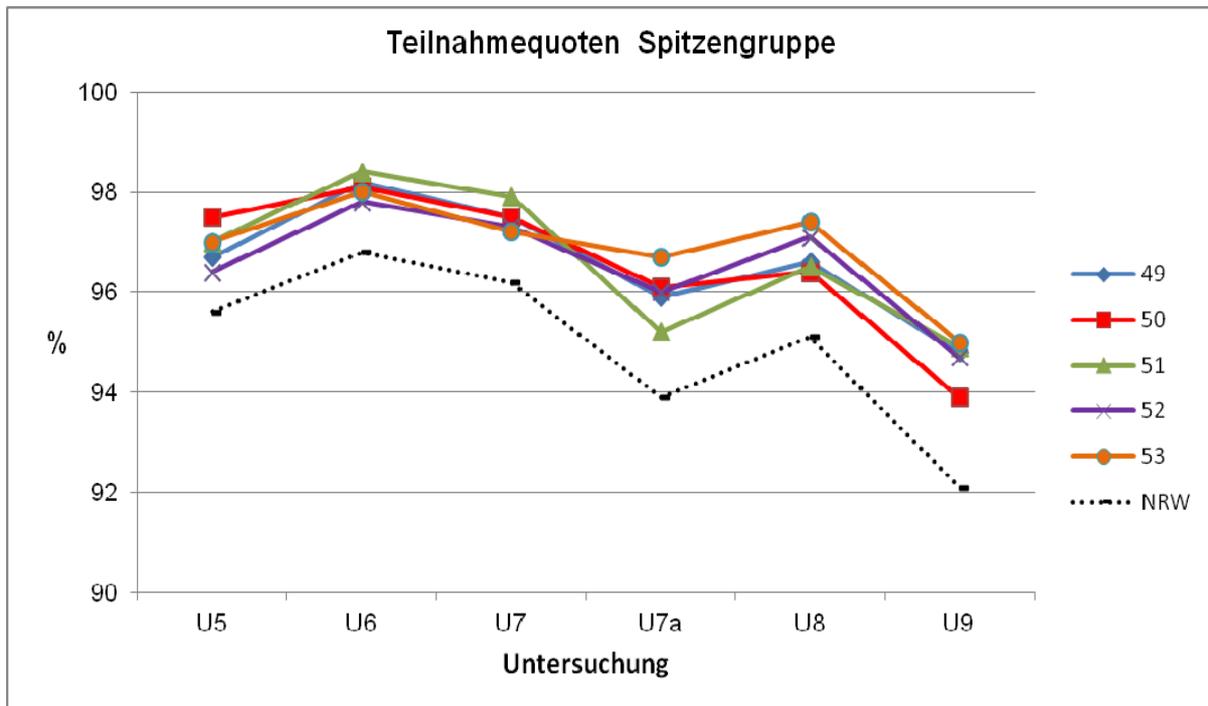
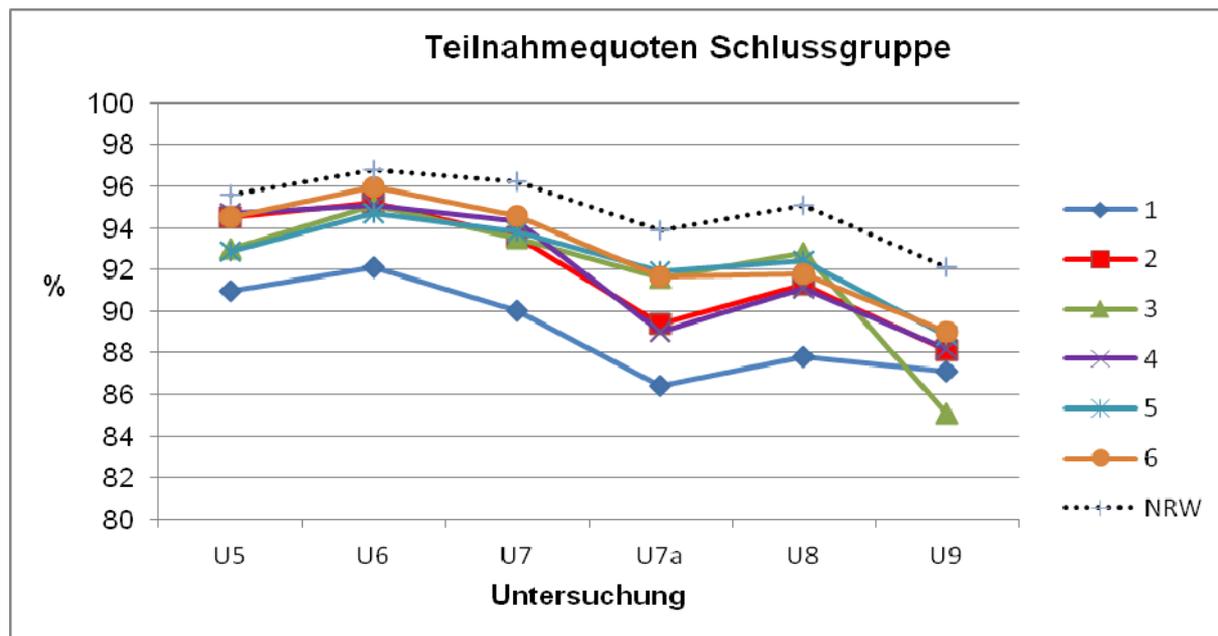


Abbildung 12: Teilnahmequoten je Untersuchungsstufe der im Vergleich zum Landesdurchschnitt am besten abscheidenden Kreise



In Bezug auf April 2010 bis Dezember 2010 zeigt Abbildung 12 die Teilnahmequoten der Kreise, die innerhalb Nordrhein-Westfalens die „Spitzengruppe“ darstellen, d.h. eine überdurchschnittliche Teilnahmequote an den U-Untersuchungen im Vergleich zu der durchschnittlichen Teilnahmequote an den U-Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen insgesamt aufweisen. Zusätzlich ist in Abbildung 13 die Teilnahmequote der „Schlussgruppe“ dargestellt. Insgesamt fällt auf, dass das unter- oder überdurchschnittliche Niveau jeweils für alle Untersuchungsstufen gilt. Die deutlichsten Unterschiede zu dem Landesdurchschnitt sind bei den späteren Untersuchungsstufen zu verzeichnen. Es wird erkennbar, dass bei der Schlussgruppe hier besonders große Differenzen zu den durchschnittlichen Teilnahmequoten vorliegen. Bei der U5 liegen die Teilnahmequoten bei allen dargestellten Kreisen hingegen eher auf einem hohen Niveau. Während die Unterschiede zwischen den Vertretern der Spitzengruppe sich im kleinsten Prozentbereich bewegen und nur in den späteren U-Untersuchungen stärker variieren, fallen die Niveauunterschiede selbst innerhalb der Schlussgruppe bedeutend höher aus.

Abbildung 13: Teilnahmequoten je Untersuchungsstufe der im Vergleich zum Landesdurchschnitt am schlechtesten abschneidenden Kreise



Sozialstrukturelle Faktoren

Im Weiteren stellt sich die Frage, auf welche genauen Ursachen die regionalen Unterschiede zurückzuführen sind. Einerseits bestehen eine Reihe von Programmen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen, die zu einer unterschiedlichen Sensibilität zum Thema Früherkennungsuntersuchungen von Kindern beigetragen haben könnten. Andererseits sind Unterschiede in der Ärztedichte eventuell ein Erklärungsfaktor für Unterschiede im Teilnahmeverhalten von Personen in verschiedenen Regionen. Ein wichtiger und nicht zu vernachlässigender Faktor ist die Sozialstruktur. Je nachdem, wie groß die Belastungsmomente (z.B. Anteil Arbeitsloser, Personen mit niedriger Bildung, Personen mit Migrationshintergrund) in einem Kreis sind, können diese einen Einfluss auf die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen haben.

Aus der Forschung sind personale, soziale und strukturelle Faktoren der Nichtteilnahme bekannt. Mit den Auswertungen zu den Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen sind ein niedriges Bildungsniveau und Migrationshintergrund (gemessen über Deutsch als Erstsprache) als Faktoren belegt. Für 2007 lag die Teilnahmequote bei Kindern, die eine andere Erstsprache hatten für die U8 um 14,5 Prozentpunkte, für die U9 noch um 10,9 Prozentpunkte unter der Quote bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache.¹⁵ Auch Langness (2007), die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in zwei Städten Eltern und durchführende Ärzte befragte, bestätigt die Ergebnisse. Sie fand auch bildungsabhängig Unterschiede in den genannten Gründen für eine Nichtteilnahme. Bei den Befragten mittlerer und hoher Bildung wird ein Vergessen der Untersuchung häufiger angegeben als von Be-

¹⁵ Schuleingangsuntersuchungen 2007, NRW, zitiert nach MAGS (2009): Prekäre Lebenslagen von Kinder und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

fragten niedriger Bildung. Der Grund, dass das Kind nach Meinung der Eltern gesund und die Untersuchung somit nicht erforderlich war, wurde signifikant häufiger von Eltern niedriger Bildung angegeben.

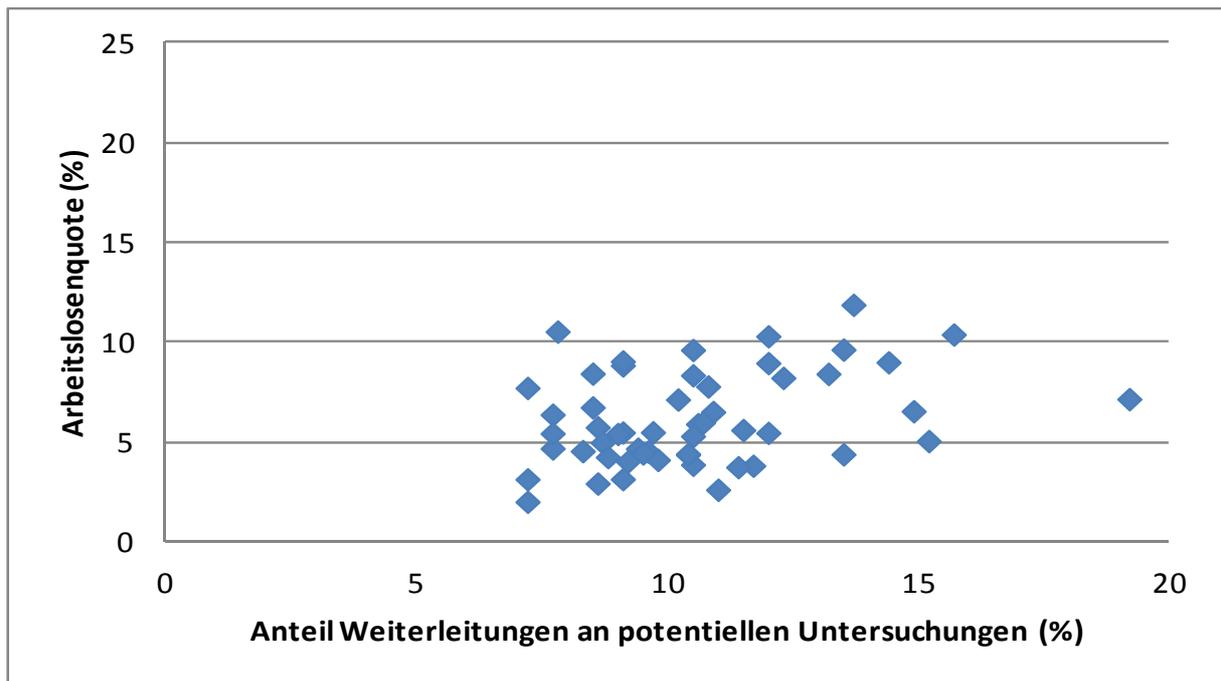
Den Versuch einer Erklärung von Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Kindeswohlgefährdung durch sozialräumliche Strukturdaten unternahm das Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) an der Ruhr-Universität Bochum im Rahmen der Expertise über Kindeswohlgefährdung. Am Modellstandort Mühlheim an der Ruhr wurden Daten des Jugendamtes sowie Daten der Schuleingangsuntersuchung 2008 mit Kontextmerkmalen der Bezirke der Stadt verknüpft. Es konnte ein Zusammenhang auf der Ebene kleinräumiger aggregierter Daten nachgewiesen werden für soziale Benachteiligung im Stadtteil und Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen einerseits und zwischen sozialer Benachteiligung und einer höheren Wahrscheinlichkeit von Kindeswohlgefährdung ($r = 0.58$) andererseits. Dabei wurde als Indikator für eine Häufung von Kindeswohlgefährdung die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung (HZE) verwendet. Soziale Benachteiligung wurde über den Bezug von Sozialgeld definiert. Ein deutlicher Zusammenhang ergab sich ebenfalls, wenn die Quoten der U-Teilnahme zu den Anteilen von Armut betroffener Kinder in Beziehung gesetzt wurden. Damit kann festgehalten werden: mit dem Ausmaß von Belastung der Lebenslage in einer Region kann diese Einfluss nehmen auf die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen.

Welche soziale Herkunft Kinder haben, denen nicht die Möglichkeit gegeben wird an Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen, kann mit den prozessgewonnen individuellen Daten nicht bestimmt werden. Auf der Ebene der Kreise ist es jedoch möglich, Zusammenhänge zwischen den Teilnahmequoten und Kontextmerkmalen zu betrachten. Die Varianz zwischen den Kreisen könnte zum Beispiel mit Unterschieden in sozioökonomischen Strukturen erklärbar sein. Diese Hypothese soll anhand der Kontextfaktoren Ausländeranteil¹⁶ und Arbeitslosengeld-II-Bezug überprüft werden. Als Basis lagen Daten der amtlichen Statistik zu den jeweiligen Kreisen und kreisfreien Städten für das Jahr 2009 und 2010 vor.

Die Arbeitslosenquote (Anteil ziviler erwerbsfähiger Personen in SGB II) aus dem Jahr 2010 der Kreise in Nordrhein-Westfalen wurde dem Anteil an Weiterleitungen an die zuständigen Jugendämter gegenübergestellt (vgl. Abbildung 14). Dies dient der Einschätzung, ob besonders in sozialstrukturell belasteten Gebieten, ein hoher Anteil an Früherkennungsuntersuchungen, auch nach einladender Erinnerung, nicht wahrgenommen wird.

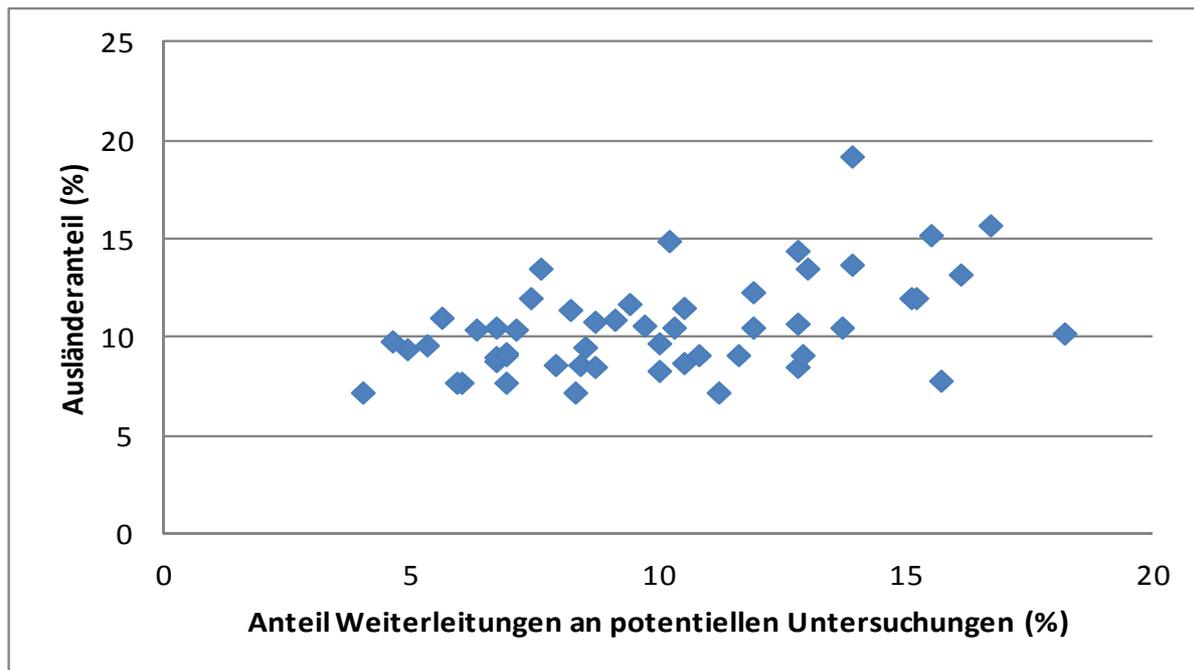
16 Optimaler wäre an dieser Stelle die Berücksichtigung des Kontextfaktors Migrationshintergrund. Da in den amtlichen Statistiken keine Angaben über den Anteil mit Migrationshintergrund verfügbar ist, wurde stattdessen der Ausländeranteil für die Berechnungen hinzugezogen.

Abbildung 14: Zusammenhang der Arbeitslosenquoten (nach SGB II) nach Kreisen 2010 und Weiterleitungen an die zuständigen Jugendämter



Es besteht ein leichter positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil an SGB-II-Empfängern in den Kreisen bzw. Kreisfreien Städten und dem Anteil der Weiterleitungen von Daten an die jeweiligen Jugendämter ($r = 0,12$). Je höher demnach die Arbeitslosenquote nach SGB II in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt ist, desto häufiger liegt bis zur Datenweitergabe an die zuständigen Jugendämter noch keine Untersuchungsbestätigung vor. Jedoch zeigt diese Graphik auch, dass es offensichtlich weitere Faktoren gibt, die beeinflussen, ob die Früherkennungsuntersuchungen überhaupt in Anspruch genommen werden. Dies macht sich besonders dort bemerkbar, wo der Anteil an Weiterleitungen an die Jugendämter trotz recht hohem Anteil an SGB-II-Empfängern niedrig ist. Möglicherweise ist die Intervention in diesen Kreisen besonders wirksam.

Abbildung 15: Zusammenhang des Ausländeranteils nach Kreisen 2010 und Weiterleitungen an die zuständigen Jugendämter



Bei Betrachtung des Zusammenhangs zwischen dem Anteil an Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und dem Anteil an Weiterleitungen an die zuständigen Jugendämter nach Kreisen und Kreisfreien Städten (Abbildung 15) lässt sich ebenfalls ein leichter Zusammenhang beobachten, wobei dieser etwas stärker ist als bei der Arbeitslosenquote ($r = 0,22$). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Elternbefragung (Modul 9) deutet auch dieses Ergebnis darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit besonders fokussiert werden sollten.

Im Ergebnis zeigte sich ein leichter positiver Zusammenhang zwischen der Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und sozialstrukturellen Merkmalen der Kreise und Kreisfreien Städte. Für weitere Evaluationen ist es empfehlenswert diese Zusammenhänge weiter zu beobachten. Werden im Zeitverlauf bestimmte „Risikogruppen“ besser erreicht, sollte die Korrelation zwischen der SGB-II-Quote bzw. des Ausländeranteils und der Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zurückgehen.

3.2 Gesundheitsökonomie: Abnahme von Nichtteilnahmen und Kindeswohlgefährdungen unter Berücksichtigung der Kosten-Effektivität (Modul 2, Modul 3)

3.2.1 Aufbau und Ziele der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die Kosten-Effektivitätsanalyse ist eine der gebräuchlichsten Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die Kosten (Input) in monetären Einheiten gemessen werden und der Nutzen (Output) mit klinischen Parametern. Damit kann die Frage beantwortet werden, welche Kosten pro Einheit des klinischen Parameters anfallen, mit dem das Ergebnis der Intervention gemessen wird. Voraussetzung für ein solches Vorgehen sind entsprechende Daten über Kosten und Nutzen der Intervention. In der vorliegenden Auswertung wird das Wort Nutzen analog zu Effektivität verstanden. Es ist zu beachten, dass es sich bei der Auswertung trotzdem nicht um eine Kosten-Nutzen-Analyse handelt, bei der der Nutzen allein durch monetäre Werte abgebildet wird.

Ein Nutzen kann in der Gesundheitsökonomie etwa über direkte patientenrelevante Endpunkte gemessen werden, zum Beispiel ein längeres Leben oder vermiedene Krankheitsstage. Für präventive Maßnahmen im Kindesalter sind diese Outcomeparameter nur schlecht geeignet die Kosten-Effektivität zu ermitteln, da sich die klinischen Auswirkungen meist erst in Zukunft ergeben. Allerdings kann die Kosten-Effektivität auch über sogenannte Surrogatparameter ermittelt werden. Ein Surrogatparameter zeigt zwar nicht direkt eine Verbesserung des physischen oder psychischen Gesundheitszustandes an, aber aufgrund bisheriger Erkenntnisse kann davon ausgegangen werden, dass er die Auswirkungen einer Intervention auf ein übergeordnetes medizinisches Ziel anzeigt.

Ein Surrogatparameter in der frühen Hilfe ist dementsprechend etwa die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung. Die Folgen von Vernachlässigung und/oder Misshandlung konnten bereits in einer Reihe von Studien nachgewiesen werden. Mit den Folgen von Kindeswohlgefährdungen für die Gesundheit im Erwachsenenalter auf die Gesundheit beschäftigte sich unter anderem die Adverse Childhood Experiences Study, die den Zusammenhang von Misshandlungserfahrungen in der Kindheit und der Gesundheit im Erwachsenenalter geprüft hat. In dieser Studie konnte nachgewiesen werden, dass eine Kindeswohlgefährdung zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter führt, Krankheiten wie Diabetes mellitus, Krebserkrankungen sowie Depressionen und suizidales Verhalten zu entwickeln (Felitti et al. 1998).

Der Nutzen der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ kann im Rahmen der vorliegenden Evaluation über die Parameter „aufgedeckte Fälle der Kindeswohlgefährdung“, „Steigerung der Teilnehmerquoten an U5, U6, U7, U7a, U8 und U9“ und „Rückgang der wiederholten Nichtteilnahme“ abgeleitet werden, da es sich hier um quantifizierbare Daten handelt. Für den Nutzen und die Kosten der Intervention wurden aus den Zielen der „Aktion Gesunde Kindheit“ verschiedene Zielgrößen abgeleitet, welche in der Untersuchungsplanung in Tabelle 7 abgebildet sind. Zusätzlich zeigt die Untersuchungsplanung, welche Daten zur Berechnung der Zielgrößen verwendet wurden.

Tabelle 7: Bestimmung der Effektivitäts- und Kostenparameter

Effektivitätsparameter		
Zielgröße	Erläuterung	Datenquelle
Rückgang der wiederholten Nichtteilnahme	Wie viel Prozent der Kinder haben mehrere U-Untersuchungen ausgelassen?	<i>Interventionszeitraum:</i> Auswertungsdaten des LIGA.NRW
Steigerung der Teilnehmerquoten an U5, U6, U7, U7a, U8 und U9	Wie viel Prozent der Personen, die an einer U-Untersuchung hätten teilnehmen sollen, haben tatsächlich teilgenommen?	<i>Vergleichszeitraum:</i> Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen
Aufgedeckte Fälle der Kindeswohlgefährdung	Wie viele Fälle von Kindeswohlgefährdung wurden durch Benachrichtigung des LIGA.NRW aufgedeckt	Statistik zur UTeilnahmeDatVO plus gezielter Nachrecherche
Kostenparameter		
Laufende Kosten Mitarbeiterkosten, Sachkosten	Welche jährlichen Kosten ergeben sich aus der Aktion Gesunde Kindheit?	Ermittlung der Kosten bei LIGA.NRW, KV Nordrhein, KV Westfalen Lippe, MGEPA, Ärztekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Jugendämter, Meldeämter und Ärzte über Kostenerhebungsbögen, Ärztefragebogen und Statistik zur UTeilnahmeDatVO
Initialisierungskosten	Welche Kosten sind unmittelbar durch und während der Einführung der Aktion Gesunde Kindheit entstanden?	

3.2.2 Nutzenanalyse

3.2.2.1 Steigerung der Teilnahmequote der U5 bis U9 Untersuchungen

Für die Berechnung der Teilnehmerquoten der U5- bis U9-Untersuchungen war es notwendig auf zwei verschiedene Datenbanken zurückzugreifen. Die Erfassung der Daten des LIGA.NRW beginnt erst vollständig zum Juni 2009, die Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ begann in Stufen von August 2009 (Versenden der Erinnerungsschreiben U5 und U6) bis Februar 2010 (Versenden der Erinnerungsschreiben U9). Somit können die Teilnahmequoten aus den Jahren vor Beginn der Intervention nicht aus den Daten des LIGA.NRW abgeleitet werden. Für den Vergleichszeitraum musste daher auf andere Daten zurückgegriffen werden. Hier stehen für NRW Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen von 2002 bis zum Jahr 2008 zur Verfügung. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Die Ermittlung der Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Um die zeitliche Nähe zur Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ zu sichern, wählten wir als Vergleichszeitpunkt die letzten verfügbaren Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen 2008.

Bei den Daten der Schuleingangsuntersuchungen handelt es sich um Kohortendaten. Es werden also nur Kinder eines bestimmten Geburtszeitraums betrachtet. Dies sind die Kinder,

die am 30. Juni 2008 mit Vollendung des sechsten Lebensjahrs im einschulungsfähigen Alter waren, also zwischen dem 2. Juli 2001 und dem 1. Juli 2002 geboren wurden. Jedes Kind aus der Kohorte sollte bereits an allen Untersuchungen (U5–U9) teilgenommen haben.

Die Daten des LIGA.NRW wurden für den Zeitraum vom 1. April 2010 bis zum 31. März 2011 abgefragt. Dazu wurden die bestätigten Untersuchungszuordnungen für jede U-Untersuchung jeweils in Relation zu den geprüften Meldedaten in den Jugendamtsmitteilungen gesetzt und als prozentualer Anteil dargestellt:

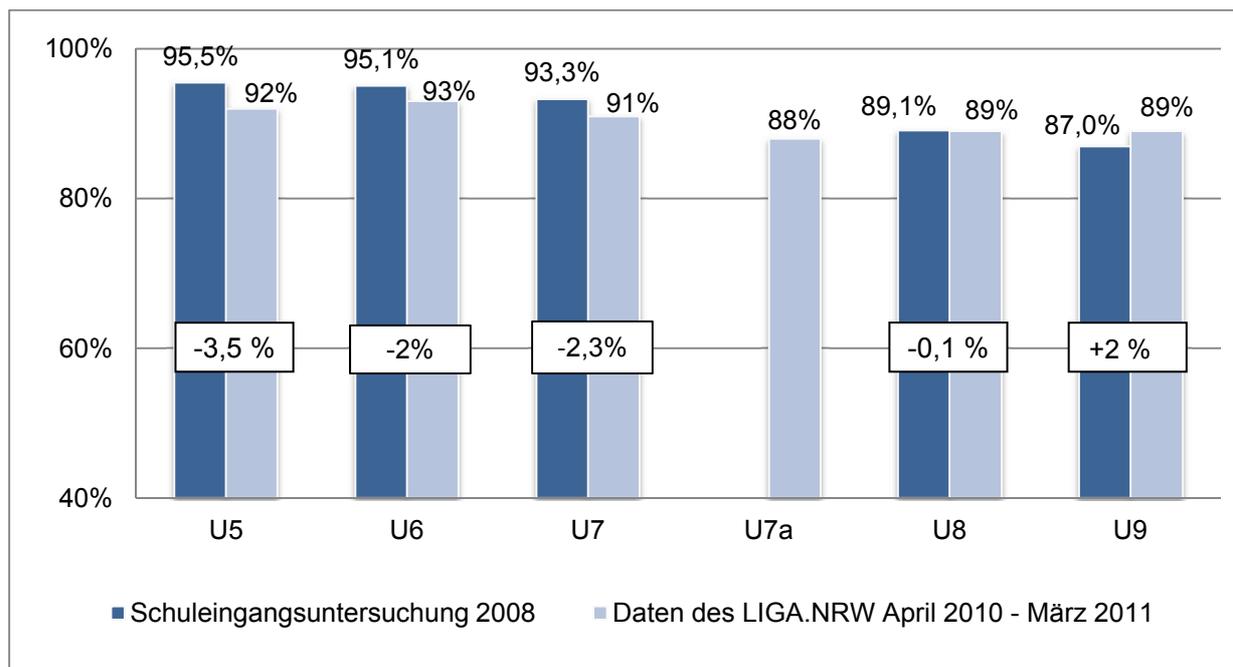
$$\frac{\text{Anzahl der Belege} \times 100}{\text{Anzahl der Meldedaten des Meldebestandes, die bei der Erstellung der Jugendamtsmitteilungen geprüft wurden}}$$

Da es nach den einladenden Erinnerungen noch zu einer Nachholung der U-Untersuchung kommen kann oder Fehler bei der Datenübermittlung der Meldeämter oder Ärzte auftreten können, wurden für die Berechnung der tatsächlichen Teilnehmerquote die Anzahl aller Meldungen der Meldeämter geprüft, die in den Jugendamtsmitteilungen berücksichtigt werden.

Bei den Auswertungsdaten des LIGA.NRW handelt es sich im Gegensatz zu den Schuleingangsuntersuchungen um longitudinale Daten. Im Datensatz sind nicht nur die Kinder eines, sondern mehrerer Geburtszeiträume enthalten, da die Datenbank ständig durch neu geborene Kinder erweitert wird. Die Erfassung der Teilnahmequote an den U5-Untersuchungen im Zeitraum vom 1. April 2010 bis zum 31. März 2011 umfasst demnach alle Kinder, die im Toleranzzeitraum für die Durchführung der U-Untersuchung geboren wurden. Für jede U-Untersuchung liegt der Geburtszeitraum entsprechend weiter in der Vergangenheit. Im Gegensatz zu den Daten der Schuleingangsuntersuchungen wird aufgrund der relativ jungen Datenerfassung bei den Auswertungsdaten des LIGA.NRW nicht ein kompletter Jahrgang betrachtet, sondern mehrere Jahrgänge. Diese Abweichung der Datenstrukturen der beiden Datensätze des LIGA.NRW und der Schuleingangsuntersuchung muss bei der Interpretation der Entwicklung der Teilnehmerquoten berücksichtigt werden.

In Abbildung 16 sind die Teilnehmerquoten für die U5- bis U9-Untersuchungen für den Zeitraum vom 1. April 2010 bis zum 31. März 2011 dargestellt. Gegenübergestellt werden die Teilnehmerquoten aus der Schuleingangsuntersuchung des Jahres 2008.

Abbildung 16: Teilnehmerquoten U5 bis U9 2008 (Daten aus Schuleingangsuntersuchungen) und 2010 (Daten des LIGA.NRW)



Der Vergleich der Teilnehmerquoten kann keinen positiven Effekt der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ nachweisen. Im Trend liegen die aus den Einschulungsuntersuchungen berechneten Teilnehmerquoten über den aus den Auswertungsdaten des LIGA.NRW berechneten Teilnehmerquoten. Drei wesentliche Störgrößen können für dieses Ergebnis als ausschlaggebend bezeichnet werden:

- Verschiedene Gründe können dazu beigetragen haben, dass U-Untersuchungen fälschlicherweise als nicht-durchgeführt in den Auswertungsdaten des LIGA.NRW geführt werden. Zu diesen Gründen zählen:
 - Versäumte Meldungen über U-Untersuchungen von Ärzten an das LIGA.NRW (in erster Linie in der Anfangsphase)
 - Arztbesuch außerhalb der Grenzen NRWs
 - Adressänderungen oder falsche Adressangaben
 - Kinder sind verstorben

Durch falsch-negativ Meldungen werden weniger U-Untersuchungen ausgewiesen, als möglicherweise tatsächlich durchgeführt wurden.

- Eine zweite mögliche Erklärung für die geringeren Teilnahmequoten nach Berechnungen des LIGA.NRW lässt sich aus den unterschiedlichen Erfassungszeiträumen der Teilnehmerquote ableiten. Möglich ist, dass U-Untersuchungen, die mithilfe der Schuleingangsuntersuchungen retrospektiv erfasst wurden, außerhalb der Toleranzfrist durchgeführt und durch den Arzt im Vorsorgeheft bestätigt wurden. Untersuchungen außerhalb der Toleranzfrist werden in den Auswertungsdaten des LIGA.NRW als nicht-durchgeführte U-Untersuchungen behandelt, da die Grundlage der vorliegenden Aus-

wertung die Jugendamtsmitteilung ist. Später eingereichte Bestätigungen werden vom LIGA.NRW jedoch noch erfasst.

- Die Daten stellen einen historischen Vergleich dar. Die Kinder, die 2008 die Schuleingangsuntersuchung durchführten, wurden zwischen dem 2. Juli 2001 und dem 1. Juli 2002 geboren. Die im Datensatz des LIGA.NRW erfassten Kinder, die im Zeitraum zwischen dem 1. April 2010 und dem 31. März 2011 an einer der U5- bis U9-Untersuchungen hätten teilnehmen müssen und im dritten Mahnlauf geprüft wurden, liegen bezüglich ihrer Geburtszeiträume weit auseinander.

Tabelle 2: Geburtszeiträume für Auswertung mit Daten des LIGA.NRW

U-Untersuchung	Monat der U-Untersuchung einschließlich Toleranzzeitraum	Geburtszeitraum
U5	5. bis 8. Monat	Sept 2009 – Aug 2010
U6	9. bis 14. Monat	Mrz 2009 – Feb 2010
U7	20. bis 27. Monat	Feb 2008 – Jan 2009
U7a	33. bis 39. Monat	Okt 2007 – Sept 2008
U8	43. bis 50. Monat	Mrz 2006 – Feb 2007
U9	58. bis 66. Monat	Nov 2004 – Okt 2005

Hier liegt ein mögliches Verzerrungspotential, da andere Einflussgrößen als die Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ die Einstellung und Compliance der Eltern beeinflusst haben könnten. Die geringsten Unterschiede in den Teilnahmequoten zeigen sich bei den späteren U-Untersuchungen, also gerade in jenen Kohorten, die eng zusammen liegen. Bei der U9-Untersuchung liegt die Teilnahmequoten sogar über der aus den Schuluntersuchungen ermittelten Teilnahmequote. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine zeitliche Störgröße tatsächlich einen Einfluss auf die Teilnahme an den U-Untersuchungen hat. Bei späteren Evaluationen könnte dies durch eine Übersicht des zeitlichen Verlaufs der Teilnahmequoten aus den Schuleingangsuntersuchungen überprüft werden.

Der Vergleich der Teilnehmerquoten vor und nach der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ lässt sich aufgrund der Heterogenität der zur Verfügung stehenden Daten nicht befriedigend herleiten. Wir gehen davon aus, dass falsch-negativ Meldungen im Datenbestand des LIGA.NRW einen großen Anteil an den geringeren ausgewiesenen Teilnehmerquoten haben.

Aus Abbildung 16 lässt sich zudem eine weitere Feststellung ableiten. Der Einbruch bei den Teilnehmerquoten der U7a und der darauf folgende erneute Anstieg der Teilnehmerquote bei den U8 Untersuchungen deuten auf eine derzeit noch geringe Bekanntheit der U7a hin. Die U7a ist erst zum 1. Juli 2008 als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt worden.

3.2.2.2 Rückgang der wiederholten Nichtzuordnung

Neben der Teilnehmerquote für jede U-Untersuchung gibt die Häufigkeit der wiederholten Nichtteilnahme Aufschluss über den Erfolg der U-Untersuchungen. Die wiederholte Nichtteilnahme beschreibt den Ausweis mehrmaliger Nichtteilnahmen an U-Untersuchung, also etwa weder der U5- noch der U6-Untersuchung. Berechnet wurde die wiederholte Nichtteilnahme anhand der aus den Auswertungsdaten des LIGA.NRW vorliegenden wiederholten Nichtzuordnungen (WNZ). Eine WNZ kann jedoch neben der tatsächlichen Nichtteilnahme auch durch fehlende Teilnahmebelege oder andere falsch-negativ Meldungen ausgewiesen werden. Auch wenn eine U-Untersuchung versäumt wird, ist zumindest eine gelegentliche Vorstellung der Kinder beim Kinder- und Jugendarzt notwendig, um Fehlentwicklungen im Gesundheitsverlauf der Kinder zu entdecken und Kindeswohlgefährdungen rechtzeitig zu vermeiden. Die Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ hat vor diesem Hintergrund auch das Ziel, regelmäßige Versäumnisse der U-Untersuchungen zu verringern.

Wie bereits bei der Untersuchung der Entwicklung der Teilnahmequote muss bei der Analyse der Entwicklung der WNZ auf den Vergleich von Daten unterschiedlicher Datensätze zurückgegriffen werden. Zum einen wurden die Daten des LIGA.NRW zur „Aktion Gesunde Kindheit“ berücksichtigt. Zum Vergleich mit dem Zeitraum vor der Intervention werden die Daten der Schuleingangsuntersuchung des Jahres 2008 herangezogen. Die Daten aus dem Datensatz des LIGA.NRW liegen erst seit kurzer Zeit (August 2009) vor, weshalb die WNZ nur für die U-Untersuchungen U5 und U6 beobachtet werden kann, da keine Kohorte bereits ausreichend lang für die Prüfung weiterer U-Untersuchungen im Datensatz erfasst werden konnte. Tabelle 8 zeigt zunächst die in der Schuleingangsuntersuchung 2008 nachgewiesene Häufigkeit der WNZ bei U5 und U6 auf.

Tabelle 8: Wiederholte Nichtzuordnung in den Schuleingangsuntersuchungen 2008

	Häufigkeit	%
00000	760	0,6
0000X	592	0,4
000X0	234	0,2
000XX	630	0,5
00X00	207	0,2
00X0X	154	0,1
00XX0	185	0,1
00XXX	581	0,4
Gesamt	3.343	2,5

In der Tabelle sind die Konfigurationen der Teilnahme an den fünf Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 dargestellt:

00000 bedeutet: keine der fünf Früherkennungsuntersuchungen ist vorhanden

0000X nur die U9 ist vorhanden

00X0X U7 und U9 sind vorhanden etc.

Insgesamt weisen 2,5% der Kinder, die 2008 an der Schuleingangsuntersuchung teilnahmen, eine WZN der U5 und U6 auf.

Aus dem Datenbestand der LIGA.NRW wurde die WNZ zu U5 und U6 Untersuchungen zwischen dem 1. April 2010 bis zum 31. März 2011 ermittelt. Dazu wurde die Anzahl der Kinder, für die bei der U6-Mahnungen der Stufe 3 vorlagen und für die auch in der vorangegangenen Untersuchung kein Untersuchungsbeleg zugeordnet wurde, in Relation zur Anzahl aller Kindern gesetzt, die im entsprechenden Zeitraum an U5- und U6-Untersuchungen hätten teilnehmen müssen.

$$\frac{\text{Anzahl der WNZ der U5 und U6} \times 100}{\text{Anzahl der Meldedaten des Meldebestandes, die bei der Erstellung der Mahnläufe Stufe 3 für die U6, geprüft wurden}}$$

In Tabelle 9 sind die WZN U5 und U6 für den Zeitraum zwischen dem 1. April 2010 bis zum 31. März 2011 abgebildet.

Tabelle 9: Wiederholte Nichtzuordnung zwischen April 2010 und März 2011 nach Daten des LIGA.NRW

Zeitraum	U6 WNZ	U6 WNZ %
Apr 10	718	5,7
Mai 10	647	5,3
Jun 10	614	5,0
Jul 10	611	4,8
Aug 10	686	5,4
Sep 10	634	5,0
Okt 10	586	4,5
Nov 10	595	4,1
Dez 10	567	4,6
Jan 11	492	4,0
Feb 11	455	3,9
Mrz 11	374	3,5
Gesamt	6.979	
Durchschnittswert	582	4,7

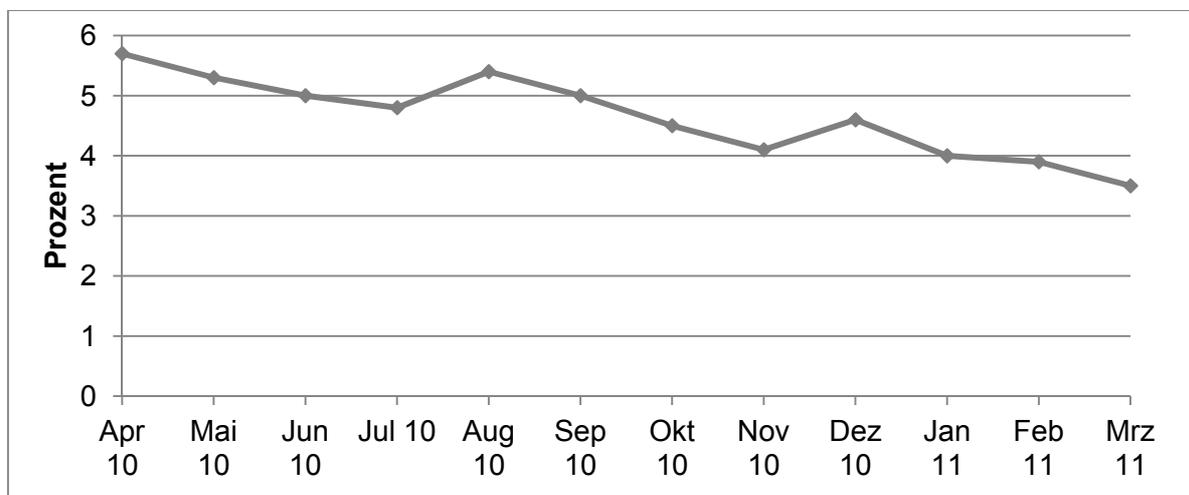
Insgesamt weisen im Schnitt 4,7 % der Kinder, die zwischen dem 1. April 2010 und dem 31. März 2011 an einer U6-Untersuchung hätten teilnehmen müssen, eine WNZ der U5 und U6 auf. Ein Rückgang der WNZ vor und nach der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ kann demnach anhand der zur Verfügung stehenden Daten nicht bestätigt werden. Dies

kann folgende Gründe haben: Falsch-negativ Befunde können dazu führen, dass mehr Nichtteilnahmen registriert werden, als tatsächlich vorliegen. U-Untersuchungen, die mithilfe der Schuleingangsuntersuchungen retrospektiv erfasst wurden, wurden möglicherweise außerhalb der Toleranzfrist durchgeführt und durch den Arzt im Vorsorgeheft bestätigt. Untersuchungen außerhalb der Toleranzfrist werden in den Daten des LIGA.NRW als nicht-durchgeführte U-Untersuchungen behandelt, da die Grundlage der vorliegenden Auswertung die Jugendamtsmitteilung ist. Später eingereichte Bestätigungen werden vom LIGA.NRW jedoch noch erfasst.

Die Daten stellen einen historischen Vergleich dar. Die Kinder, die 2008 die Schuleingangsuntersuchung durchführten, wurden zwischen dem 2. Juli 2001 und dem 1. Juli 2002 geboren. Die Kinder, die im Datensatz des LIGA.NRW zwischen dem 1. April 2010 und dem 31. März 2011 an einer U6-Untersuchung hätten teilnehmen müssen, wurden zwischen 2009 und 2010 geboren. Hier liegt ein mögliches Verzerrungspotential, da andere Einflussgrößen als die Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ die Einstellung und Compliance der Eltern beeinflusst haben könnten.

Betrachtet man die Entwicklung der WNZ über die Monate der Untersuchung anhand der Daten des LIGA.NRW, lässt sich, wie in Abbildung 17 zu sehen ist, im Trend ein deutlicher Rückgang feststellen.

Abbildung 17: Entwicklung der WNZ zu U5 und U6 aus den Daten des LIGA.NRW zwischen 1. April 2010 und dem 31. März 2011



Diese Entwicklung lässt zwei Vermutungen zu. Einerseits könnte die Entwicklung die Vermutung bestätigen, dass es sich bei einem Teil der nachgewiesenen WNZ um falsch-negativ Meldungen handelt. Eine Abnahme der Falschmeldungen bei zunehmender Routine im Interventionsverlauf mag einen Grund für die Abnahme der WNZ darstellen. Eine Abnahme der falsch-negativ Meldungen kann Seitens des LIGA.NRW auch tatsächlich bestätigt werden. Darüber hinaus könnte die Abnahme der WNZ auch auf einen zunehmenden Bekanntheitsgrad der „Aktion gesunde Kindheit“ zurückzuführen sein und auf einen stärker empfundenen Druck seitens der Eltern, Vorsorgeuntersuchungen regelmäßiger einzuhalten.

3.2.2.3 Aufdeckung von Kindeswohlgefährdung

Neben der Steigerung der Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen und der Reduktion der WNZ bezweckt die Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ auch, durch die Kontrolle der ausgelassenen Untersuchungen und durch die Meldungen ans Jugendamt, Kindeswohlgefährdungen häufiger und schneller aufzudecken. Alle Jugendämter in NRW sind in die „Aktion Gesunde Kindheit“ über die Meldungen des LIGA.NRW bei Versäumnissen involviert. Rechtgrundlage bildet die Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (UTeilnahmeDatVO). 2010 wurde daher bereits auf der Stufe der Jugendämter eine Evaluation der UTeilnahmeDatVO durchgeführt. Der Zeitraum dieser Untersuchung bezog sich auf die Monate Februar bis Oktober 2010.

Im Zeitraum Februar bis Oktober 2010 haben 87 Jugendämter aus ganz NRW das im Rahmen der Arbeitshilfe entwickelte Berichtsraster eingesetzt und die Fallverläufe dokumentiert. Insgesamt liegen der Auswertung 26.371 Fälle zu Grunde. In NRW existieren 182 Jugendämter, so dass etwa 48 % aller Jugendämter in die Befragung eingeschlossen wurden.

Übergang in § 8a SGB VIII aufgrund von Kindeswohlgefährdung

Die Evaluation der UTeilnahmeDatVO ergab, dass zwischen Anfang Februar und Ende Oktober 2010 20 vom LIGA.NRW gemeldete Fälle mit Übergang in § 8a SGB VIII aufgrund von Kindeswohlgefährdung angezeigt wurden. Die entsprechenden Jugendämter, in denen Fälle mit Übergang in § 8a SGB VIII aufgrund von Kindeswohlgefährdung auftraten, wurden angeschrieben und bezüglich der Gründe zur Aufdeckung der Kindeswohlgefährdungen befragt. Zu 16 Fällen wurden Rückmeldungen aus den Jugendämtern erteilt. Davon wurden zwei Fälle „abgemeldet“, da sie bereits vorher „§ 8a-Fälle“ waren und die Meldung nur hinzugekommen ist. Von den somit insgesamt 14 rückgemeldeten Fällen waren sieben Familien bereits im Kontakt mit dem Jugendamt (Hilfegewährung, Beratung, Prüfung eines Hilfebedarfs). In elf Fällen gab es noch andere Meldungen/Kontakte, so dass bei drei Fällen die Aufdeckung ausschließlich über die Meldung des LIGA erfolgte. Bei den verbliebenen vier Fällen kann nicht mit Sicherheit geklärt werden, ob die Entdeckung der Kindeswohlgefährdung auf das Meldeverfahren zurückgeführt werden kann.

Übergang in § 8a SGB VIII aufgrund fehlender Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung

Neben den gesicherten Fällen der Kindeswohlgefährdung gab es weitere Fälle eines Übergangs in § 8a SGB VIII aufgrund einer fehlenden Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung. Es handelt sich dabei um insgesamt um 109 Fälle in 22 Jugendämtern. Da bei Übergang in das Verfahren nach § 8a SGB VIII durch die mangelnde Kooperationsbereitschaft der Eltern nicht gesichert ist, ob es sich tatsächlich um eine Kindeswohlgefährdung handelt, wurden die Jugendämter angeschrieben und zu der weiteren Entwicklung der Fälle befragt. Der Fragebogen ist in Abbildung 18 dargestellt.

Von den 22 Jugendämtern gaben 51 % Auskunft über den weiteren Verlauf der bei ihnen vorliegenden Fälle des Übergangs in § 8a SGB VIII aufgrund fehlender Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung. 11 % der Fälle, über die eine Rückmeldung der Jugendämter vorliegt, wiesen tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung auf. In einem Fall wurde angegeben, dass die Entdeckung der Kindeswohlgefährdung auf Meldung des LIGA.NRW zurückgeführt werden kann (Tabelle 10).

Tabelle 10: Rückmeldungen der Jugendämter zum Verlauf der Fälle mit Übergang in §8a SGB VIII aufgrund fehlender Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung

	Gesamt	%
Fallanzahl	109	100,0
Anzahl Jugendämter	22	100,0
Rückmeldungen zu Fällen	56	51,0
Kindeswohlgefährdung bestätigt	6	11,0
Entdeckung der Kindeswohlgefährdung ist auf Meldung des LIGA.NRW zurückzuführen	1	

Insgesamt wurden somit auf Basis der vorliegenden Daten im Zeitraum von Anfang Februar bis Ende Oktober 2010 vier Kindeswohlgefährdungen aufgrund der Meldungen im Zuge der „Aktion Gesunde Kindheit“ entdeckt, wobei von einer größeren Anzahl tatsächlich aufgedeckter Kindeswohlgefährdungen ausgegangen werden kann, da beim Übergang in § 8a SGB VIII aufgrund von Kindeswohlgefährdung und aufgrund fehlender Mitwirkung der Eltern nicht für alle Fälle geklärt werden konnte, ob die Entdeckung der Kindeswohlgefährdung auf Meldung des LIGA.NRW zurückzuführen ist. Zudem lag die Beteiligung der Jugendämter an der Evaluation der UTeilnahmeDatVO bei lediglich 48 %. Auch aus diesem Grund liegt die Vermutung nahe, dass die Anzahl der durch die Meldungen im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“ aufgedeckten Kindeswohlgefährdungen höher liegt.

Geht man bei der Verteilung der teilnehmenden Jugendämter auf Jugendamtstypen, Bezirke und Belastungsklassen davon aus, dass keine wesentliche Verzerrung vorliegt, kann die Anzahl der Kindeswohlgefährdungen geschätzt werden, indem auf die Gesamtanzahl der Jugendämter hochgerechnet wird. Anhand der in Tabelle 11 beschriebenen Klassifizierung der Jugendämter können wesentliche Abweichungen zwischen den tatsächlichen Jugendamtsstrukturen und den in der Evaluation der UTeilnahmeDatVO abgebildeten Jugendämtern nicht festgestellt werden. Nur die Klassifizierungen 5 und 9 weisen deutliche Über- bzw. Unterschätzungen auf, hinsichtlich der Belastungsklassen kann aber von einer recht ähnlichen Verteilung ausgegangen werden.

Tabelle 11: Beschreibung der Jugendamtstypen

Jugendamtstyp 1 [KS-1]	Diese Kategorie fasst Jugendämter kreisfreier Städte mit einer sehr hohen Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen zusammen (Belastungsklasse 1).
Jugendamtstyp 2 [KS-2]	Diese Kategorie beinhaltet Jugendämter kreisfreier Städte mit einer hohen Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen (Belastungsklasse 2).
Jugendamtstyp 3 [LK-3]	Diese Kategorie stellt die Zusammenfassung der Kreisjugendämter mit einer geringen Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen (Belastungsklasse 3) dar.
Jugendamtstyp 4 [LK-4]	Diese Kategorie stellt die Zusammenfassung der Kreisjugendämter mit einer sehr geringen Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen (Belastungsklasse 4) dar.
Jugendamtstyp 5 [KGü60-2]	Diese Kategorie fasst Jugendämter kreisangehöriger Gemeinden mit unter 60.000 Einwohnern/-innen und einer hohen Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen zusammen (Belastungsklasse 2).
Jugendamtstyp 6 [KGü60-3]	Diese Kategorie beinhaltet Jugendämter kreisangehöriger Gemeinden mit unter 60.000 Einwohnern/-innen und einer geringen Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen (Belastungsklasse 3).
Jugendamtstyp 7 [KGü60-4]	Diese Kategorie stellt die Jugendämter kreisangehöriger Gemeinden dar, die weniger als 60.000 Einwohner/-innen haben und eine sehr geringe Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen (Belastungsklasse 4).
Jugendamtstyp 8 [KGü60-2]	Diese Kategorie fasst Jugendämter kreisangehöriger Gemeinden mit über 60.000 Einwohnern/-innen und einer hohen Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen zusammen (Belastungsklasse 2).
Jugendamtstyp 9 [KGü60-3]	Diese Kategorie beinhaltet die Jugendämter kreisangehöriger Gemeinden, die mehr als 60.000 Einwohner/-innen und eine geringe Belastung der sozioökonomischen Lebenslagen haben (Belastungsklasse 3).

Tabelle 12: Anteil nach Jugendamtstypen über alle Jugendämter und über den an der Evaluation der UTeilnahmeDatVO beteiligten Jugendämter

Klassifizierung	Allgemein	Anteil	Evaluation UTeilnahme-DatVO	Anteil	Abweichung
1	11	6,0%	6	6,9%	14,1%
2	12	6,6%	5	5,7%	-12,8%
3	6	3,3%	3	3,4%	4,6%
4	21	11,5%	9	10,3%	-10,3%
5	14	7,7%	9	10,3%	34,5%
6	39	21,4%	14	16,1%	-24,9%
7	42	23,1%	20	23,0%	-0,4%
8	19	10,4%	10	11,5%	10,1%
9	18	9,9%	11	12,6%	27,8%
	182		87		

In einem Zeitraum von 12 Monaten kann somit von einer Anzahl von 11,1 aufgedeckten Kindeswohlgefährdungen ausgegangen werden.

Abbildung 18: Gesonderte Fragen zur Präzisierung der Einordnung in einen „§ 8a Fall“ aufgrund mangelnder Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung

Jugendamt	<input type="text"/>	Jugendamtsnummer	<input type="text"/>
Betreffender Fall			
Fallnummer	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
		Fehlende U	<input type="text"/>
Eingang der LIGA-Meldung im Jugendamt	<input type="text"/>		
Gesonderte Fragen zur Präzisierung der Einordnung in einen „§8a-Fall“ aufgrund mangelnder Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung			
1. Wurde eine Kindeswohlgefährdung festgestellt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Folgende Fragen bitte nur beantworten, wenn eine Kindeswohlgefährdung festgestellt wurde:			
2. Hat die Familie bzw. haben die Personensorgeberechtigten zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung bereits Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
3. Art der festgestellten Kindeswohlgefährdung? (z.B. Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, Misshandlung)	<input type="text"/>		
4. Ergebnis der Gefährdungseinschätzung? – bitte möglichst präzise Angaben (z.B. Beratungsangebot gem. §§ 16 ff. SGB VIII, ambulante oder stationäre HzE, sonstige Angebote, Inobhutnahme)	<input type="text"/>		
5. Wurde die Kindeswohlgefährdung nur über das Verfahren zur UTeilnahmeDatVO aufgedeckt („Nein“, wenn es bereits andere Meldungen/Kontakte gab)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

3.2.2.4 Weitere Nutzenparameter

Neben den quantifizierbaren Nutzen wurden im Rahmen der Evaluation der „Aktion Gesunde Kindheit“ noch weitere Nutzenparameter erfasst. Diese Nutzenparameter werden nicht in der Kosten-Effektivitätsanalyse berücksichtigt, da es sich um weitgehend nicht quantifizierbare, intangible Größen handelt. Bei der Gesamtbewertung der Intervention müssen jedoch auch diese Nutzenparameter berücksichtigt werden.

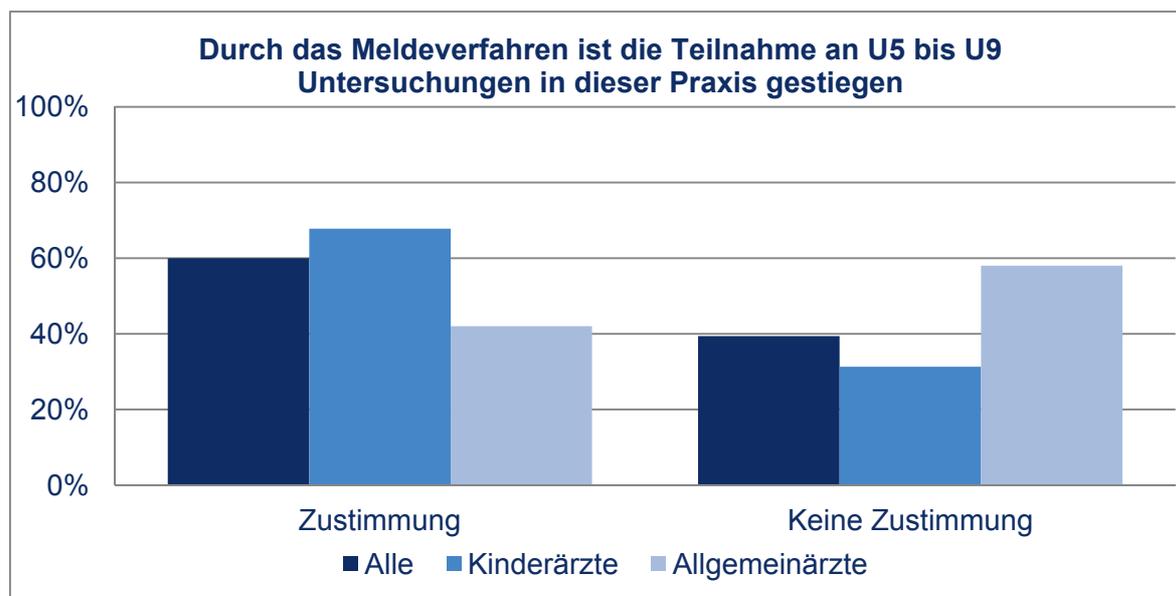
3.2.2.4.1 Ärzte

Im Zuge der Evaluation der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ wurde eine Befragung der Ärzte durchgeführt, um unter anderem Nutzen und Kosten der Intervention für die Ärzte abzuschätzen. Als Nutzenparameter wurden dazu in einem zuvor mit Vertretern der Kinder- und Jugendärzte abgestimmten Fragebogen die Patientenbindung und die Entwicklung Teilnahme an U-Untersuchungen definiert.

Teilnahme an U-Untersuchungen

Zwei Fragen des Ärztefragebogens zielten auf die Entwicklung Teilnahme an U-Untersuchungen ab. Zunächst wurde gefragt, ob „durch das Meldeverfahren die Teilnahme in dieser Praxis (die jeweilige befragte Praxis) gestiegen“ sei. Die Frage konnte mit „stimme zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“ beantwortet werden. Für die allgemeine Tendenz über den Nutzen der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ wurden die Antworten der Ärzte in „Zustimmung“ („stimme zu“, „stimme eher zu“) und „Keine Zustimmung“ („stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“) zusammengefasst (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Teilnahmesteigerung in der ärztlichen Praxis

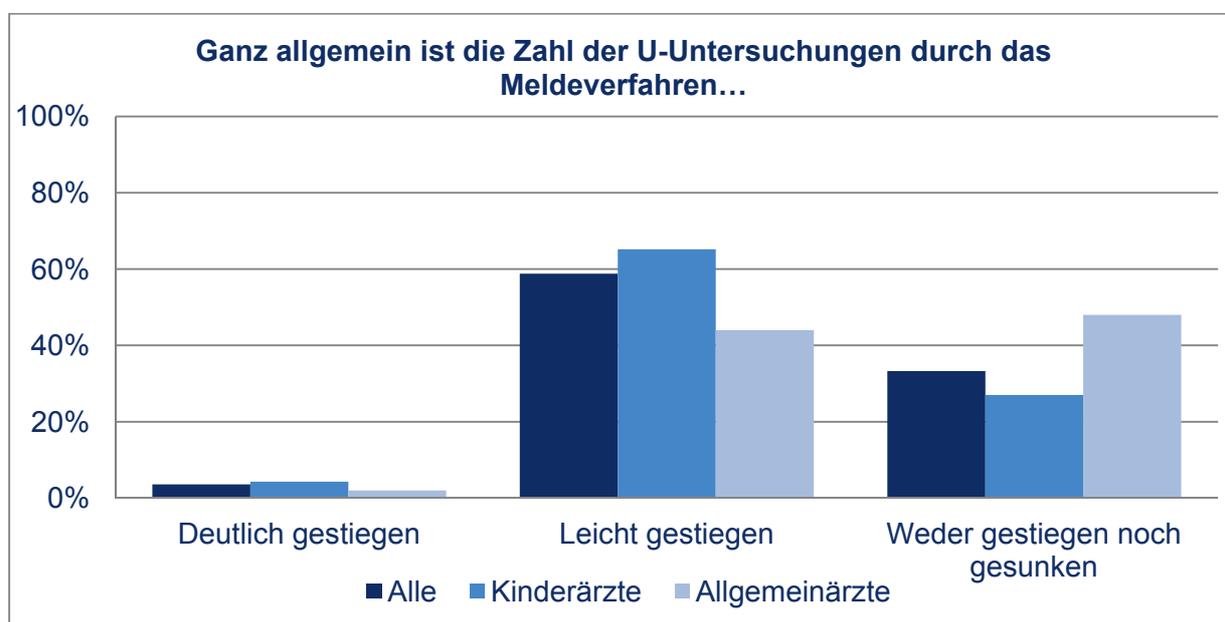


Die Antworten der Ärzte deuten auf eine Zunahme der Teilnahme an den U-Untersuchungen hin. Die allgemein beschriebene Teilnahmesteigerung lässt sich auf einen starken Anstieg

bei den Kinder- und Jugendärzten zurückführen. 67,8 % der Kinder- und Jugendärzte geben an, dass die „Aktion Gesunde Kindheit“ in ihrer Praxis zu einer Zunahme der U-Untersuchungen geführt hat. Nur 31,3 % der Kinder- und Jugendärzte glauben eher nicht an einen solchen Effekt des Programms. Die Allgemeinärzte stimmen in der Mehrzahl nicht der Aussage zu, dass die Intervention zu einer Teilnahmesteigerung der U-Untersuchungen in ihrer Praxis geführt hätte. Dies kann vermutlich mit der deutlich häufigeren Durchführung der U-Untersuchungen bei Kinder- und Jugendärzten erklärt werden.

Neben der Einschätzung der Entwicklung der Teilnehmerzahlen an den U-Untersuchungen in den jeweiligen Praxen wurden die Ärzte um eine allgemeine Einschätzung des an der Teilnahme gemessenen Erfolgs des Meldeverfahrens gebeten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 20 dargestellt.

Abbildung 20: Einschätzung der Teilnahmesteigerung allgemein



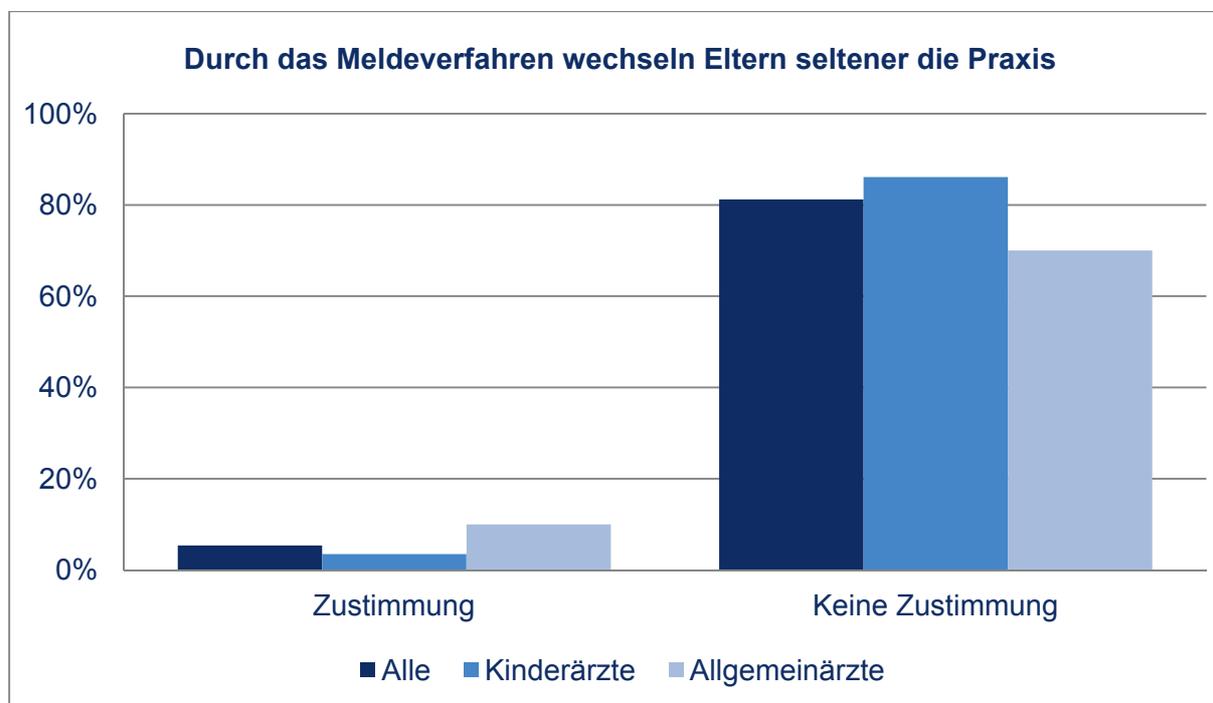
69,5 % der Kinder- und Jugendärzte gehen davon aus, dass die U-Untersuchungen insgesamt in Nordrhein-Westfalen mindestens leicht gestiegen sind, 4,3 % gehen sogar von einer deutlichen Steigerung aus. Dagegen geben 27 % an, dass sich durch die Intervention nichts an der Teilnahme zu den U-Untersuchungen geändert hat. 46 % der Allgemeinärzte glauben an einen übergreifenden Erfolg der Intervention, 47,5 % glauben nicht, dass die Intervention einen Effekt auf die Teilnahme zu U-Untersuchungen hatte. Die Ergebnisse dieser Frage bestätigen damit die Einschätzung zu der Entwicklung der Teilnehmerzahlen in der jeweiligen Praxis. Ein quantifizierbarer Nutzen in Form einer prozentualen Steigerung der Teilnehmerquoten kann nicht nachgewiesen werden.

Patientenbindung

Ein Item im Fragebogen zielte auf einen Nutzen der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ für die Ärzte durch die Patientenbindung ab. Es wurde gefragt, ob „durch das Meldeverfahren Eltern seltener die Praxis wechseln“. Die Frage konnte mit „stimme zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“ beantwortet werden. Für die allgemeine

Tendenz über den Nutzen der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ wurden die Antworten der Ärzte in „Zustimmung“ („stimme zu“, „stimme eher zu“) und „Keine Zustimmung“ („stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“) zusammengefasst, wie in Abbildung 21 dargestellt ist.

Abbildung 21: Praxiswechsel



Die Ergebnisse machen deutlich, dass für die Ärzte mehrheitlich kein Nutzen aus einer gesteigerten Patientenbindung abgeleitet werden kann. 5,4 % der Kinderärzte und 10 % der Allgemeinärzte gehen von einer Steigerung der Patientenbindung durch das Meldeverfahren aus.

3.2.2.4.2 Jugendämter

Die Evaluation der UTeilnahmeDatVO beinhaltete auch eine Prüfung, ob Informationen über Leistungen anderer Dienste und Institutionen neben den Leistungen des Jugendamts an Eltern weitergegeben wurden, die im Zuge einer Meldung des LIGA.NRW vom Jugendamt angesprochen wurden. Von 26.371 Fällen wurden in mehr als 1.100 Fällen entsprechende Informationen weitergegeben. Die Fachkräfte informierten die Familie über die quasi eigenen Leistungen des Jugendamtes (z.B. die Beratungsangebote des Jugendamtes im Sinne der §§ 16-18 SGB VIII oder der möglichen Unterstützung durch Hilfen zur Erziehung im Sinne der §§ 27 ff. SGB VIII). Darüber hinaus wurde über die Angebote und Leistungen „Dritter“ informiert, z.B. Krabbelgruppen, Müttercafés etc. Zur Verwendung im Rahmen einer Kosten-Effektivitätsanalyse eignen sich diese Daten nicht, da keine Informationen darüber bestehen, ob die Angebote angenommen wurden. Trotzdem ist eine positive Wirkung der Beratung und Informationen durchaus möglich und muss in diesem Rahmen als weicher Nutzenparameter in der Evaluation der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ berücksichtigt werden.

3.2.3 Kostenanalyse

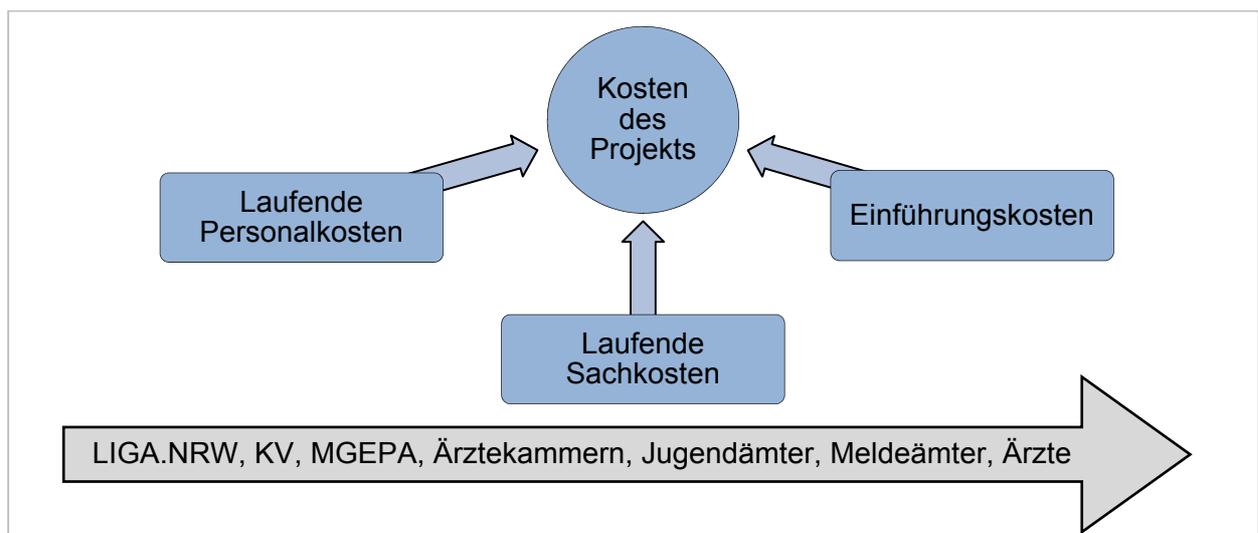
Eine Kostenanalyse dient der Darlegung der Struktur der Kosten. Einzelne Kostenarten können beschrieben und ihr Anteil an den Gesamtkosten ermittelt werden. Die Kostendaten wurden über Aufwandsnachweise der durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ betroffenen Stellen abgeschätzt. Folgende Institutionen und Körperschaften wurden bei der Analyse der Kosten berücksichtigt:

- LIGA.NRW
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA)
- Ärztekammer Nordrhein
- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Meldeämter
- Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinärzte
- Jugendämter

3.2.3.1 Kosten beteiligter Institutionen

Die Kostenanalyse wurde in Form einer Bottom-Up-Analyse durchgeführt. Dabei werden aus den für sämtliche Kostenträger anfallenden laufenden Personalkosten und laufenden Sachkosten die Gesamtkosten des Projekts berechnet. Zusätzlich werden die Einführungskosten berücksichtigt.

Abbildung 22: Kostenanalyse



Die Kosten der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ wurden in erster Linie mittels eines Kostenerfassungsbogens erhoben. Dabei wurde ein Vollkostenmodell mit pauschalierter Overheadrate zu Grunde gelegt. Dabei werden alle direkten Kosten berücksichtigt, die im Zuge der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ bei allen Kostenträgern anfallen. Zuzüglich wird eine Pauschale von 20 % auf die direkten Kosten (abzüglich Unteraufträge) erhoben. Diese Pauschale dient der Abrechnung all jener Kostenanteile, die dem Projekt nicht direkt zugerechnet werden können. Es handelt sich entsprechend um indirekte Kosten (Gemeinkosten). Zu den Gemeinkosten zählen Personalkosten und Sachkosten für Geschäftsleitung, Verwaltung, Lohnbuchhaltung, Finanzbuchhaltung sowie Bewirtschaftungskosten, Energieversorgung, Versicherungen, Beiträge zu Verbänden oder gewinnunabhängige Steuern. Eine detaillierte Aufspaltung aller indirekten Kosten auf das Projekt ist ausgesprochen aufwendig und fehleranfällig. Es hat sich daher eine als realistisch anzusehende Gemeinkostenpauschale von 20 % etabliert.

Der Kostenerfassungsbogen wurde an das LIGA.NRW, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), die Ärztekammer Nordrhein, die Ärztekammer Westfalen-Lippe und an alle Meldeämter versendet. Eine Ärztekammer sowie eine Kassenärztliche Vereinigung konnten keine konkreten Angaben zu den Aufwendungen im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“ machen. Da davon ausgegangen werden kann, dass sich die Kosten zwischen den beiden Ärztekammern und zwischen den beiden Kassenärztlichen Vereinigungen nicht wesentlich unterscheiden, wurden jeweils gleiche Kosten geschätzt.

Für die Meldeämter liegen keine aggregierten Daten vor. Daher wurden Kostenerfassungsbögen an alle Meldeämter versendet. Von 359 Meldeämtern gaben 64 (18 %) Rückmeldungen zu den entstandenen Kosten. Ein Großteil der Meldeämter in Nordrhein-Westfalen ist an Dienstleister angeschlossen, die angeforderte Daten auswerten und an die entsprechenden berechtigten Stellen weiterleiten. Dies ist auch bei der Datenweitergabe an das LIGA.NRW der Fall. Mehrere durch das kommunale Rechenzentrum Lemgo (KRZ Lemgo) betreute Meldeämter gaben an, an das KRZ Lemgo einen jährlichen Betrag von 32,73 Euro für die Übermittlung der Daten an das LIGA.NRW zu zahlen.

Hierzu ist anzumerken, dass vom KRZ Lemgo monatlich eine Auswertung gestartet wird, mit der die betreffenden Daten ermittelt werden. Diese Auswertung ist Bestandteil der Einwohnersonline 'OK.EWO'. Der Start der Auswertung erfolgt automatisiert. Lediglich für den Transfer dieser Dateien an das LIGA.NRW ist manueller Aufwand im KRZ Lemgo erforderlich. Der Transfer wird über ein Postfach bei Citeq Münster abgewickelt, für welches das KRZ Lemgo weiterhin eine jährliche Gebühr zu entrichten hat.

Hierdurch ergeben sich folgende Kosten:

1.020,00 Euro (= 1 Arbeitsstunde einschl. Maschinenkosten monatlich a 85,00 Euro x 12)	
+ 60,00 Euro (jährliche Postfachkosten bei der Citeq Münster)	
	1.080,00 Euro
=	<u>33 OK.EWO-Anwender</u>
=	32,73 Euro je Kunde jährlich

Eine separate Berechnung dieser Kosten durch das KRZ Lemgo an die einzelnen Meldeämter erfolgt nicht, da diese Arbeiten im Fallpreis für das Einwohnerwesen enthalten sind.

Das KRZ Lemgo ist nur eines von vielen kommunalen Rechenzentren, die Auswertungen und Datenübermittlungen für die Meldeämter übernehmen. Für andere Datendienstleister liegen solche differenzierten Abrechnungsdaten nicht vor. Die Kosten des IT-Dienstleisters ITK für Auswertungen aus dem EWO-Datenbestand werden etwa nicht differenziert je Auswertefall abgerechnet, sondern über einen allgemeinen Kostenverteilungsschlüssel aller mit der ITK zusammenarbeitenden kommunalen Kunden. Neben der regelmäßigen Datenübermittlung an das LIGA.NRW sind die Meldebehörden nach Bundes- und Landesrecht verpflichtet, einer Vielzahl anderer Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen verschiedenste Daten zu übermitteln. Die Berechnung und Aufteilung der Sach- und Personalkosten für diese regelmäßigen Datenübermittlungen auf die entsprechenden Empfänger ist nur mit einem nicht mehr vertretbaren Aufwand möglich.

Trotzdem kann eine Äquivalenz der anfallenden Kosten des KRZ Lemgo und den anderen Rechenzentren angenommen werden. Die Meldeämter, die keinen Anschluss an Rechenzentren haben, meldeten vernachlässigbare Kosten von etwa 15 bis 30 Minuten Arbeitszeit eines Mitarbeiters im Monat. Wird für jedes Meldeamt eine Pauschale von 32,73 Euro angesetzt, ergeben sich jährliche Kosten für die Meldeämter in Höhe von 11.750 Euro durch die Datenübermittlung an das LIGA.NRW.

Zusammenfassend ergaben sich bei der Analyse der Kosten des LIGA.NRW, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Meldeämter laufende Kosten in Höhe von 1,41 Millionen Euro im Jahr. In Tabelle 13 werden die laufenden Kosten und ihre Verteilung auf Personal- und Sachkosten dargestellt.

Tabelle 13: Laufende Kosten ohne Ärzte und Jugendämter

	Personalkosten	Sachkosten	Gesamt
Summe der Kosten beteiligter Institutionen¹	431.239 Euro	981.718 Euro	1.412.957 Euro

¹ Berücksichtigt sind die jährlichen laufenden Kosten des LIGA.NRW, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Meldeämter

Zuzüglich zu den laufenden Kosten entstanden den Institutionen Einführungskosten in Höhe von 182.760 Euro. Tabelle 14 zeigt die genannten Kostenstellen im Rahmen der Initialisierungskosten auf.

Tabelle 14: Einführungskosten

Initialisierungskosten	Euro
Software Principa	83.000
Datenbankserver	10.100
Applikationsserver	5.200
2 Lizenzen für Server	3.400
2 Belegscanner	13.700
2 Kuvertiermaschinen	10.300
6 Monitore	1.300
Konzeptionelle Beratung und Betreuung der Einführung der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit	45.000
Personalkosten	10.000
Reisen	760
Summe	182.760

¹ Berücksichtigt sind die Einführungskosten des LIGA.NRW, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Meldeämter

Bei der Aufstellung der Einführungskosten muss berücksichtigt werden, dass hier vermutlich eine deutliche Unterschätzung der tatsächlich angefallenen Kosten besteht. Die Aufwendungen bei der Ausarbeitung der Durchführung der „Aktion Gesunde Kindheit“ und etwa Kosten durch die Erarbeitung der UTeilnahmeDatVO sind in der Berechnung nicht berücksichtigt und können im Nachhinein nur sehr schwer nachvollzogen werden. Für die Aufstellung der Kosten-Effektivitätsanalyse sind die laufenden Kosten von deutlich höherer Bedeutung, da sich die Initialisierungskosten nach einer gewissen Zeit wieder amortisieren.

3.2.3.1.1 Kosten der Kinder-, Jugend- und Allgemeinärzte

Die Berechnung der Kosten für die Ärzte wurde über vergleichbare Punktwerte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dem Verzeichnis, nach dem vertragsärztliche ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, bemessen. Die U5- bis U9-Untersuchungen werden bereits über den EBM (Gebührenordnungspositionen 01715 bis 01719) mit jeweils 870 Punkten abgegolten. Im Jahr 2010 wurde ein Gebührenordnungspunkt mit 3,5048 Cent abgerechnet, so dass eine U-Untersuchung mit 30,49 Euro vergütet wird. Prinzipiell gelten darüber hinaus Ausstellungen von Wiederholungsrezepten, Überweisungen und vergleichbare Leistungen als nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen.

Geht man davon aus, dass die Leistung der Ärzte im Zusammenhang der Meldung an das LIGA.NRW diese nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen übersteigt, zum Beispiel,

weil ein höherer administrativer (zeitlicher) Aufwand angenommen wird, kann der zusätzliche Aufwand für den Arzt durch die Meldung an das LIGA.NRW verglichen werden mit der Gebührenordnungsposition 01430 „Verwaltungskomplex“ des EBM. Für diese Gebührenordnungsposition werden bisher 35 Punkte im EBM berechnet. Der obligate Leistungsinhalt umfasst die Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder die Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder die Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal. Fakultativ ist in dem Abrechnungspunkt die Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen enthalten. Die Abschätzung der Kosten über eine Gebührenordnungsposition ohne Arzt-Patienten-Kontakt wird als unproblematisch betrachtet, da der Arzt-Patienten-Kontakt bereits über die Abrechnung der U-Untersuchungen abgegolten wird. Dieser Abrechnungspunkt kann allerdings nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen abgegolten werden, so dass im EBM eine Grundlage für eine gesonderte Verrechnung der Ausstellung der Meldungen an das LIGA.NRW bisher nicht vorliegt.

Im LIGA.NRW gingen zwischen April 2010 und März 2011 806.208 Meldungen über U-Untersuchungen ein. Eine Erhöhung der Vergütung der U-Untersuchungen aufgrund des Mehraufwandes durch die Meldungen an das LIGA.NRW von 35 Leistungspunkten verursacht bei 806.208 Meldungen zusätzliche jährliche Kosten von 991.636 Euro.

Meldungen pro Jahr: 806.208

Punktwert: 3,5048 Cent X 35 Punkte = 122,7 Cent = 1,23 Euro pro Meldung

= 991.636 Euro pro Jahr

Neben dem zusätzlichen Aufwand für die Ärzte muss bei der Berechnung der Kosten der „Aktion Gesunde Kindheit“ auch der zusätzliche Aufwand für das Praxispersonal einberechnet werden. Die Angaben aus dem Ärztefragebogen zum Zeitaufwand für das Praxispersonal durch das Meldeverfahren und die daraus entstehenden Kosten sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Zeitliche Belastung und Gesamtkosten: Nichtärztliches Personal

Nichtärztliches Personal	Kinder- und Jugendärzte	Allgemeinärzte
Minuten pro Woche für Meldungen an LIGA.NRW inklusive Materialbestellungen	57,5	13,8
Minuten pro Woche für Rückfragen durch das LIGA.NRW	11,2	1,7
Minuten pro Woche für Rückfragen durch das Jugendamt	7,5	3,1
Minuten pro Woche für Rückfragen durch Eltern	23,7	6,3
Minuten pro Woche für Meldungen von U5- bis U9-Untersuchungen: Gesamt	99,9	24,9
1 Arzt in der Praxis führt U-Untersuchungen durch	68	36
> 1 Ärzte in der Praxis führen U-Untersuchungen durch	47	13
Prozent der Praxen mit 1 Arzt	59,1	72,0
Prozent der Praxen mit > 1 Ärzten	40,9	28,0
U-Untersuchungen pro Monat in Praxen mit 1 Arzt	81,7	14,7
U-Untersuchung pro Monat in Praxen mit > 1 Ärzten	174,6	15,8
Durchschnitt Meldungen pro Monat	119,7	15,0
Durchschnitt Meldungen pro Woche ¹	28,5	3,6
Minuten pro Meldung	3,5	6,9
Meldungen pro Jahr (806.208)	715.792	90.416
Minuten pro Jahr	2.505.272	623.870
Stunden pro Jahr	41.755	10.398
Monate pro Jahr ²	258	64
Kosten in Euro pro Jahr ³	645.000	160.000
Gesamtkosten pro Jahr	805.000 Euro	

¹ Mittelwert von 21 Arbeitstagen pro Monat im Jahr 2010

² 38,5 Stunden pro Woche

³ 2.000 Euro Bruttolohn + 25% Arbeitskosten = 2.500 Euro

Entsprechend der Angaben des Tarifregisters des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wird ein durchschnittlicher Bruttoarbeitslohn von 2.000 Euro im Jahr angenommen. Aufgrund der Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 19,725 % und weiterer Arbeitskosten wie etwa Arbeitsbekleidung, Beiträge zu Berufsgenossenschaften, Fahrt- und Reisekostenerstattungen, Lohnfortzahlungen für Feiertage, Krankheit (für maximal 42 Kalendertage im Jahr), Urlaubs- und Weihnachtsgelder, Vermögenswirksame Leistungen, Zuschläge für Mehrarbeit, Nachtarbeit oder Sonn- und Feiertagsarbeit, Treueprämien oder sonstige Prämien, werden darüber hinaus 25 % Arbeitskosten ange-

nommen, so dass der Berechnung ein durchschnittlicher Arbeitslohn von 2.500 Euro pro Monat zugrunde liegt.

Materielle Aufwendungen, wie etwa Versandkosten, werden zum großen Teil durch das LI-GA.NRW übernommen und sind in der vorliegenden Rechnung nicht berücksichtigt. Insgesamt ergeben sich bei den Kinder-, Jugend- und Allgemeinärzten und dem Praxispersonal somit Kosten in Höhe von:

991.636 Euro pro Jahr für Ärzte
+ 805.000 Euro pro Jahr für Praxispersonal
= 1.796.636 Euro pro Jahr

3.2.3.1.2 Kosten Jugendämter

Die Kosten der Jugendämter wurden über die Angaben aus der Evaluation der UTeilnahmeDatVO berechnet, die die Rechtsgrundlage des Verfahrens auf Seiten der Jugendämter bildet. Die Daten der Evaluation der UTeilnahmeDatVO beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. April 2010 bis zum 31. Oktober 2010. Der folgenden Berechnung liegen damit 19.855 Fälle zu Grunde. Für die Berechnung der Jahreswerte wurden die Daten auf zwölf Monate hochgerechnet (34.037 Fälle). Angesichts wenig schwankender Daten in den Monaten von April bis Oktober kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächlich angefallenen Jahreskosten gut abgeschätzt werden.

In Tabelle 16 ist die Berechnung der Kosten, die den Jugendämtern im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“ entstehen, abgebildet. Für jede Fallart wurde ein Durchschnittswert über die Bearbeitungszeit in Minuten gebildet und mit der Anzahl an Fällen multipliziert, die pro Jahr bearbeitet werden müssen. Da aus den Daten der UTeilnahmeDatVO keine Angaben bezüglich des eingesetzten Personals und der entsprechenden Personalkosten hervorgehen, wurden zwei Szenarien entwickelt. Die Arbeitskosten wurden aus dem Rahmenvertrag für die Übernahme von Leistungsentgelten in Einrichtungen der Jugendhilfe in Nordrhein-Westfalen übernommen. Szenario 1 legt einen Stundensatz von 43,11 Euro für Normalarbeitskräfte ohne Praxis und Fachschul-Qualifikation zugrunde. Szenario 2 rechnet mit einem Stundensatz von 51,63 Euro für Normalarbeitskräfte mit Praxis und Hochschulqualifikation.

Tabelle 16: Berechnung der Kosten Jugendamt

Fallart	Min pro Fall	Fälle pro Jahr	Stunden pro Jahr	Kosten Szenario 1	Kosten Szenario 2
Übergang in § 8a SGB VIII aufgrund fehlender Mitarbeitsbereitschaft der Eltern	100	145	242	10.433	12.494
Übergang in § 8a SGB VIII aufgrund von Kindeswohlgefährdung oder sonstiger Gründe	83	72	100	4.311	5.163
Pro Fehlmeldung	33	13.325	7.329	315.953	378.396
Berechtigte Meldung ohne Übergang in § 8a SGB VIII	38	20.494	12.980	559.568	670.157
Summe		34.037	22.168	890.265	1.066.210

Von allen beteiligten Jugendämtern haben 15 Jugendämter angegeben, zusätzliches Personal für die neue Aufgabe eingestellt zu haben. Nicht bekannt ist (weil in der Evaluation der UTeilnahmeDatVO nicht abgefragt) ob es sich um pädagogisches Personal handelt oder Verwaltungskräfte eingestellt wurden. Diese zusätzlichen Arbeitskräfte sind in der obigen Berechnung berücksichtigt.

3.2.3.1.3 Zusammenfassung der Kosten der „Aktion Gesunde Kindheit“

Die gesamten laufenden Kosten der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ ergeben sich aus der Addition der Kosten des LIGA.NRW, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Meldeämter, der Kinder-, Jugend- und Allgemeinärzte und der Jugendämter. Da bei den Kinder-, Jugend- und Allgemeinärzten und bei den Jugendämtern keine Aufspaltung der Personal- und Sachkosten erfolgte, werden diese, wie in Tabelle 17 dargestellt, zusammengefasst. Es ergeben sich zwei Szenarien bei der Berechnung der Aufwendungen durch das Meldeverfahren, aufgrund der Berechnung der Kosten in den Jugendämtern.

Tabelle 17: Laufende Kosten gesamt

	Szenario 1	Szenario 2
Summe der Kosten beteiligter Institutionen¹	1.412.957 Euro	1.412.957 Euro
Kinder-, Jugend und Allgemeinärzte	1.796.636 Euro	1.796.636 Euro
Jugendämter	890.265 Euro	1.066.210 Euro
	4.099.858 Euro	4.275.803 Euro

¹ Berücksichtigt sind die jährlichen laufenden Kosten des LIGA.NRW, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, des MGEPA, der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Meldeämter

3.2.3.2 Weitere Kostenparameter

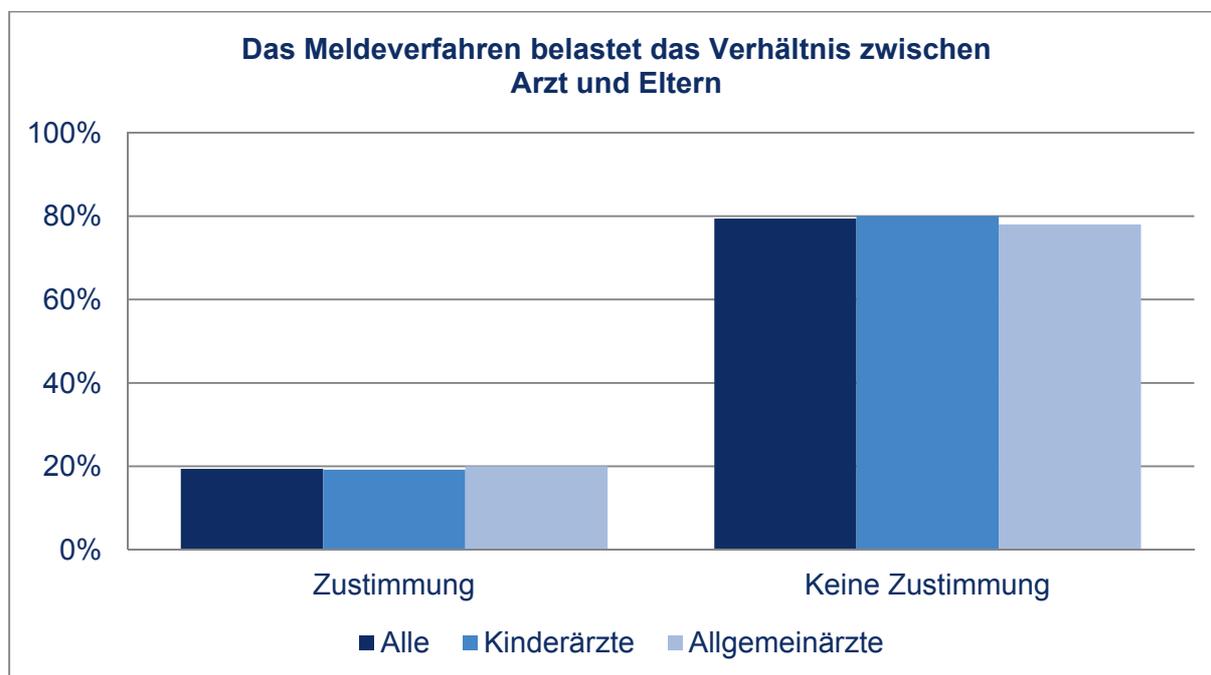
Neben den finanziellen Auswirkungen können sich noch weitere Kosten aus Sicht der beteiligten Personen, Institutionen und Körperschaften ergeben. Diese Kosten werden nicht in der Kosten-Effektivitätsanalyse berücksichtigt, da es sich um weitgehend nicht quantifizierbare Größen handelt oder um Leistungen, die nicht ausschließlich verursachungsgerecht der „Aktion Gesunde Kindheit“ zugeordnet werden können. Bei der Gesamtbewertung der Intervention müssen jedoch auch diese Kosten berücksichtigt werden.

3.2.3.2.1 Ärzte

Belastung des Patientenverhältnisses

Um eine mögliche Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses abzuschätzen, wurde im Ärztefragebogen abgefragt, ob „das Meldeverfahren das Verhältnis zwischen Arzt und Eltern belastet“. Die Frage konnte mit „stimme zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“ beantwortet werden. Für die allgemeine Tendenz über den Nutzen der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ wurden die Antworten der Ärzte in „Zustimmung“ („stimme zu“, „stimme eher zu“) und „Keine Zustimmung“ („stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“) zusammengefasst, wie in Abbildung 23 dargestellt ist.

Abbildung 23: Nutzen Ärzte (Patientenbindung): Belastung des Verhältnisses zwischen Arzt und Eltern



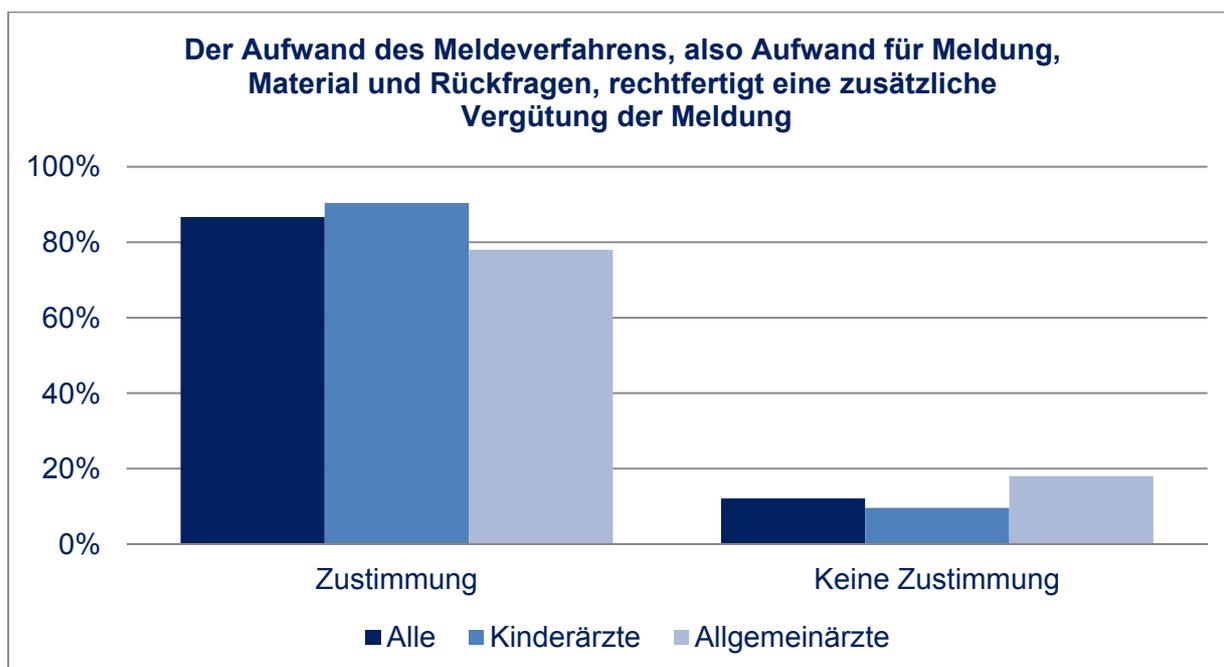
Etwa ein Fünftel aller Ärzte geben an, dass das Verhältnis zu den Eltern aufgrund des Meldeverfahrens belastet wird. Zwischen den Kinder- und Jugendärzten und den Allgemeinärzten besteht bei dieser Einschätzung kein nennenswerter Unterschied.

Vergütungsforderung

Im Ärztefragebogen wurden die Ärzte um eine Einschätzung der Notwendigkeit und Höhe der Aufwandsentschädigung gebeten. Dazu wurde im Fragebogen das Kriterium „Aufwandsentschädigung“ eingeführt, welches zunächst die Frage beinhaltet, ob das Meldeverfahren nach Meinung der befragten Ärzte eine Vergütung rechtfertigt. Wenn dies mit „Ja“ beantwortet wurde, wurde nach der geschätzten Höhe gefragt, die eine solche Aufwandsentschädigung betragen sollte.

Die Abfrage der Aufwandsentschädigung, die sich für die Ärzte aus dem Meldeverfahren ergibt, wurde einleitend durch die Frage abgeklärt, ob „der Aufwand des Meldeverfahrens, also Aufwand für Meldung, Material, Rückfragen, ... eine zusätzlich Vergütung der Meldung“ überhaupt rechtfertigt. Die Frage konnte mit „stimme zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“ beantwortet werden. Für die allgemeine Tendenz über den Nutzen der Intervention „Aktion Gesunde Kindheit“ wurden die Antworten der Ärzte in „Zustimmung“ („stimme zu“, „stimme eher zu“) und „Keine Zustimmung“ („stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“) zusammengefasst (siehe Abbildung 24).

Abbildung 24: Notwendigkeit einer zusätzlichen Vergütung



90,4 % der Kinder- und Jugendärzte und knapp 78 % der Allgemeinärzte stimmten der Aussage zu. Die Befragten, die eine zusätzliche Vergütung für die Meldung als gerechtfertigt einstufen, wurden daraufhin um eine Einschätzung bezüglich der Höhe der Aufwandsentschädigung gebeten. Die durchschnittlichen Euroangaben der befragten Ärztegruppen sind in Tabelle 18 aufgeführt.

Tabelle 18: Aufwandsentschädigung pro Meldung

Befragte	Durchschnittlich geschätzte Aufwandsentschädigung in Euro	Standardabweichung
Alle	5,0	5,4
Kinderärzte	3,8	1,9
Allgemeinärzte	8,2	9,1

Im Durchschnitt hält die Gruppe der Allgemeinärzte eine höhere Aufwandsentschädigung für gerechtfertigt (8,20 Euro) als die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte (3,80 Euro). Dies liegt möglicherweise an der deutlich geringeren Routine der Allgemeinärzte bei der Durchführung von U-Untersuchungen. Positive Skaleneffekte können hier vermutlich weniger oft generiert werden als bei den Kinder- und Jugendärzten (die befragten Kinder- und Jugendärzten führen durchschnittlich rund 82 U-Untersuchungen im Monat durch, die Allgemeinärzte rund 15). In Tabelle 19 ist die im Schnitt geforderte Vergütung der Ärzte abgebildet.

Tabelle 19: Durchschnittliche geforderte Vergütung in Euro

	Kinder- und Jugendärzte	Allgemeinärzte	Summe
Anzahl aller Befragten Ärzte	115	50	165
Vergütung gerechtfertigt	104	39	143
	90,4%	78,0%	
Geforderte Höhe der Vergütung in Euro	3,8	8,2	
Vergütung nicht gerechtfertigt	11	11	22
	9,6%	22,0%	
Durchschnittliche geforderte Vergütung in Euro	3,44	6,40	4,24

Zwischen dem 1. April 2010 und dem 31. März 2011 wurden insgesamt 806.208 U-Untersuchungen durch Ärzte an das LIGA.NRW gemeldet. Im Schnitt werden von den befragten Ärzten pro U-Untersuchung 4,24 Euro angesetzt. Demnach ergibt sich eine Vergütungsforderung in Höhe von 3,42 Millionen Euro pro Jahr.

Vergütungsforderung
806.208 X 4,24 Euro = 3.418.322 Euro

4 Prüfung der gesetzlichen Grundlagen für das behördliche Handeln (Modul 4)

II. Rechtsgutachten

zur Frage der Gesetz- und Verfassungsmäßigkeit der Rechtsvorschriften im Lande Nordrhein-Westfalen zur Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sowie zur Verbesserung des Kinderschutzes

vorgelegt im September 2011

von

Prof. Dr. jur. Dr. phil. Reinhard Joachim Wabnitz, Magister rer. publ.,

Ministerialdirektor a. D., Hochschule RheinMain, Wiesbaden

Gliederung

Gutachtenauftrag

Zusammenfassung

Rechtsgutachten

A. Kinderschutz und Landeskinderschutzgesetze

1. Ausgangssituation
2. Kompetenzen von Bund und Ländern
3. Kinderschutzgesetze der Länder

B. Zur Frage der Vereinbarkeit der einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen mit Datenschutzrecht

1. Datenschutzrecht in Nordrhein-Westfalen
2. Verfahren der Meldebehörden
3. Verfahren bei Ärztinnen und Ärzten
4. Verfahren bei der Zentralen Stelle
5. Verfahren im Bereich der Träger der öffentlichen Jugendhilfe
6. Datensicherung und Rechte der Betroffenen
7. Ergebnis

C. Zur Frage der Vereinbarkeit der Rechtsvorschriften mit Verfassungsrecht

I. Regelungen in Gesetz und Rechtsverordnung?

1. Ermächtigungsgrundlage
2. Zur „Wesentlichkeitstheorie“ des BVerfG
3. Ergebnis

II. Grundrechte nach dem Grundgesetz und der Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen

III. Einzelne Grundrechte

1. Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG
2. Art. 3 Abs. 1 GG
3. Art. 12 Abs. 1 GG

IV. Vereinbarkeit mit dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung?

1. Zum Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 Abs. 1
 - i. V. m. Art 1 Abs. 1 GG sowie Art. 4 Abs. 2 Verf

2. Eröffnung des Schutzbereichs der Verfassungsnorm und Eingriff in das Grundrecht
3. Rechtfertigung der Grundrechtseingriffe
4. Zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit
5. Geeignetheit der Grundrechtseingriffe?
6. Erforderlichkeit der Grundrechtseingriffe?
7. Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe (im engeren Sinne)?
8. Ergebnis

V. Vereinbarkeit mit dem Grundrecht auf Pflege und Erziehung der Kinder?

1. Inhalt und Grenzen des Grundrechts aus Art. 6 Abs. 2 GG
2. Elternrechte und Kinderrechte nach dem Grundgesetz und der Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen
3. Eröffnung des Schutzbereichs der Verfassungsnorm und Eingriff in das Grundrecht
4. Rechtfertigung der Grundrechtseingriffe
5. Geeignetheit der Grundrechtseingriffe?
6. Erforderlichkeit der Grundrechtseingriffe?
7. Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe (im engeren Sinne)?
8. Ergebnis

Anhang: Einschlägige Rechtsvorschriften des Landes Nordrhein-Westfalen

1. Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen
2. Meldegesetz
3. Heilberufsgesetz
4. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
5. Datenschutzgesetz
6. UTeilnahmeDatVO

Literaturverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Gutachtenauftrag

Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS), Frankfurt am Main, hat aufgrund einer Ausschreibung vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LI-GA) den Zuschlag erhalten, das von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen (NRW) geförderte Programm „Gesunde Kindheit“ zu evaluieren. In diesem Zusammenhang soll auch eine Grundlage für den Bericht des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums an die Landesregierung gemäß § 6 Satz 2 der UTeilnahmeDatVO über die Erfahrungen mit dem Meldeverfahren nach dieser Rechtsverordnung geschaffen werden. Auf das entsprechende Angebot des ISS vom April 2010 wird Bezug genommen.

Nach dem Ausschreibungstext sind dabei auch die folgenden Fragestellungen einer rechtswissenschaftlichen Begutachtung zu unterziehen: „Rahmenbedingungen: Ist die Grundlage (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, Heilberufsgesetz, UTeilnahmeDatVO) des behördlichen Handelns ausreichend, verhältnismäßig? Wird das Recht auf informationelle Selbstbestimmtheit tangiert? Wenn ja, in welchem Umfang?“

Diese Fragestellungen werden im Rahmen der Gesamtevaluation mit dem vorliegenden Rechtsgutachten als Modul 4 untersucht. Nach näherer Darstellung der Ausgangssituation (Teil A) werden in Teil B die getroffenen Regelungen an den „einfach“-gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzrechts gemessen. Schließlich wird in Teil C untersucht, ob die Rechtsvorschriften des Landes Nordrhein-Westfalen aus verfassungsrechtlicher Sicht

- mit Blick auf die sog. Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts (Sind Regelungen in Form von Gesetz oder Rechtsverordnung erforderlich?),
- als mit den Grundrechten, insbesondere den Grundrechten auf informationelle Selbstbestimmung und auf Pflege und Erziehung der Kinder, vereinbar anzusehen sind
- und ob die Rechtsvorschriften den rechtsstaatlichen Anforderungen an die Geeignetheit, Bestimmtheit und Verhältnismäßigkeit von Rechtsnormen entsprechen.

Die für die Untersuchung relevanten Rechtsvorschriften des Landes Nordrhein-Westfalen sind im Wortlaut (zumeist auszugsweise) als Anhang beigelegt.

Zusammenfassung

1. Mit dem Ziel der Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sowie zur Verbesserung des Kinderschutzes hat das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) im Rahmen seiner Rechtsetzungskompetenzen – ähnlich wie die meisten anderen Bundesländer auch – spezielle gesetzliche Regelungen getroffen, und zwar in drei Gesetzen: dem Meldegesetz (MG), dem Heilberufsgesetz (HeilBerG) und dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG). Näheres dazu ist in der Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen (UTeilnahmeDatVO) bestimmt worden.

2. Die genannten Rechtsvorschriften tragen allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards nach dem Datenschutzgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB) Rechnung.
3. Bei der Schaffung der UTeilnahmeDatVO sind die verfassungsrechtlichen Vorgaben des Art. 70 der Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen (Verf) beachtet worden.
4. Die in der UTeilnahmeDatVO getroffenen Regelungen sind ganz überwiegend verfahrensmäßiger, gesetzesakzessorischer Natur und von daher zumeist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.
5. Mit Blick auf die drei folgenden Regelungen in der UTeilnahmeDatVO hätte es allerdings im Lichte der „Wesentlichkeitstheorie“ des BVerfG einer parlamentarischen Entscheidung in Gesetzesform bedurft, weil diese Regelungen „wesentlich“ für die Ausübung der Grundrechte der betroffenen Bürgerinnen und Bürger auf informationelle Selbstbestimmung und auf Pflege und Erziehung der Kinder sind:
 - Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen nach § 2 Abs. 1 (§ 3 Abs. 4 Satz 2).
 - Löschung der Daten spätestens zwei Monate nach dem letztmaligen Datenabgleich (§ 3 Abs. 6).
 - Festlegung der von der Zentralen Stelle an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu übermittelnden Daten (§ 4 Abs. 1 Satz 2).
6. Aufgrund der Regelungen über die Weitergabe der in Rede stehenden personenbezogenen Daten von Meldebehörden, Ärztinnen und Ärzten an die Zentrale Stelle, das von dort erfolgende „Einladungswesen“ und die ausnahmslose (!) Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist mit Blick auf die betroffenen Personensorgeberechtigten und Kinder der Schutzbereich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 4 Abs. 2 Verf eröffnet. Aufgrund der entsprechenden Regelungen in Nordrhein-Westfalen wird auch in dieses eingegriffen.
7. Dieser Grundrechtseingriff ist insoweit gerechtfertigt, als mit den beiden Zielen Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an den Früherkennungsuntersuchungen U 5 bis U 9 sowie Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung und den entsprechenden Rechtsvorschriften legitime verfassungsrechtliche Ziele im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit verfolgt werden.
8. Im Sinne des allgemeinen rechtsstaatlichen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit müssten die einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen allerdings außerdem geeignet, erforderlich und verhältnismäßig (im engeren Sinne) sein. Mit Blick auf das erste Ziel „Steigerung der Teilnahmehäufigkeit“ ist dies zu bejahen. Allerdings sind die einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen nicht geeignet, nicht erforderlich und nicht verhältnismäßig mit Blick auf das zweite Ziel „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung“. Sie sind insoweit verfassungswidrig.

9. Die Ausführungen zu 7. bis 9. gelten mit Blick auf das Elternrecht auf Pflege und Erziehung der Kinder gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG sowie auf damit korrespondierende Rechte von Kindern entsprechend.

Rechtsgutachten

A. Kinderschutz und Landeskinderschutzgesetze

1. Ausgangssituation

Aufgrund spektakulärer Fälle von Kindesmisshandlung, -tötung und -vernachlässigung ist das Thema „Kinderschutz“ seit mehreren Jahren in den Mittelpunkt der fach- wie allgemeinpolitischen Aufmerksamkeit gelangt. Dies hat Anlass zu zahlreichen gesetzgeberischen, programmatischen und fachlichen Aktivitäten auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene gegeben – unbeschadet dessen, dass die wichtigste und im Einzelfall entscheidende Arbeit weiterhin vor Ort stattfindet: nämlich in den Jugendämtern und in den anderen zuständigen Stellen, in denen engagierte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den wichtigsten Beitrag dafür leisten, dass insbesondere kleinen Kindern im erforderlichen Umfang Hilfe und Schutz zu Teil werden.

Kinderschutz ist eine Aufgabe nach dem Grundgesetz (GG), nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und nach Landesrecht. Kinder und Jugendliche sind danach vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Rechte der Eltern zur Pflege und Erziehung der Kinder gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG finden gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG im Falle einer Kindeswohlgefährdung ihre Begrenzung durch das sog. „staatliche Wächteramt“. Diese verfassungsrechtliche Fundamentalnorm ist in § 1 Abs. 2 SGB VIII wortgleich wiederholt und auch in § 1 Abs. 3 Nr. 3 SGB VIII aufgenommen worden: „Die Kinder- und Jugendhilfe soll Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen“.

Näheres dazu war zunächst in § 50 Abs. 3 SGB VIII und ist seit dem 01.10.2005 in §8a SGB VIII geregelt worden. §8a SGB VIII hat seit seinem Inkrafttreten zu einer kaum mehr überschaubaren Fülle von Literatur und Materialien dazu geführt.¹⁷ Ähnliches gilt mit Blick auf die Vielzahl von Fachtagungen, Fortbildungsveranstaltungen und Empfehlungen zum Thema.¹⁸ Zu verweisen ist insbesondere auf die neuerlichen Empfehlungen des Deutschen Städtetages u. a. zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei Gefährdung des Kindeswohls.¹⁹ Der Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz)²⁰, mit dem unter anderem eine grundsätzliche Verpflichtung der Jugendämter zum sog. Hausbesuch sowie Vorschriften über die Beratung

17 Vgl. Katzenstein, Literatur und Materialien zu §8a SGB VIII. Ein Überblick, ZKJ 2008, S. 148

18 Vgl. Nachweise bei Wabnitz, Vom KJHG zum Kinderförderungsgesetz. Die Geschichte des Achten Buches Sozialgesetzbuch von 1991 bis 2008, 2009, S. 283

19 Unter Federführung des Deutschen Städtetages wurden die gleichnamigen Empfehlungen aus dem Jahre 2003 im Jahre 2009 überarbeitet. Die nun vorliegenden aktualisierten Empfehlungen werden vom Deutschen Landkreistag und Deutschen Städte- und Gemeindebund als Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände mitgetragen und von der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) sowie dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) unterstützt. Abgedruckt sind die genannten Empfehlungen unter anderem in NDV 2009, S. 263 ff.

20 Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 23.01.2009 (Bundesrats-Drucksache 59/09)

und Weitergabe von Informationen durch „Geheimnisträger“ und andere Berufsgruppen bei Kindeswohlgefährdung eingeführt werden sollten, war allerdings bekanntlich im Juni 2009 gescheitert; erneute und breiter angelegte Reformanstrengungen sind inzwischen in der neuen Wahlperiode des Deutschen Bundestages aufgenommen worden²¹.

2. Kompetenzen von Bund und Ländern

Die Kompetenz des Bundes zur konkurrierenden Gesetzgebung im Bereich des Kinder- und Jugendhilferechts folgt aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG („öffentliche Fürsorge“); dabei die sog. „Erfordernisklausel“ des Art. 74 Abs. 2 GG zu beachten. Gemäß Art. 72 Abs. 1 GG haben die Länder die Befugnis zur Landesgesetzgebung, „so lange und so weit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat.“ Insoweit können mithin die Landesgesetzgeber ergänzend tätig werden, auch im Bereich des Kinderschutzes. Dabei dürfen Landesgesetze nicht gegen Bundesrecht verstoßen, weil Bundesrecht gemäß Art. 31 GG Landesrecht bricht. In denjenigen Aufgabenfeldern, in denen es überhaupt keine Gesetzgebungskompetenz des Bundes gibt, besteht das alleinige Gesetzgebungsrecht der Länder, so auch mit Blick auf das Heilberufsrecht, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Gesund

Die Ausführung von Bundesrecht ist grundsätzlich Aufgabe der Länder; auch das SGB VIII wird nach der Verwaltungskompetenz der Art. 83, 84 GG von den Ländern als eigene Angelegenheit ausgeführt. Die Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben im Zusammenhang mit der Ausführung von Landesrecht ist ohnehin Aufgabe der Länder einschließlich der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten kommunalen Gebietskörperschaften (je nach Landesrecht).

3. Kinderschutzgesetze der Länder

Mittlerweile existieren in fast allen Bundesländern²² separate Landesgesetze zum Bereich des Kinderschutzes, die auch (weitgehend vollständig) auf der Homepage des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) aufgelistet sind²³. Die Länder haben in den genannten Landesgesetzen Regelungen unterschiedlichen Inhalts getroffen, zumeist auch – wie in Nordrhein-Westfalen – über die Weitergabe von Daten über eine eventuelle Nichtteilnahme an Kinderuntersuchungen an die Gesundheits- und/oder Jugendämter.

21 Vgl. Ursula von der Leyen, Wir haben das Niveau des Kinderschutzes in Deutschland spürbar erhöht, BMFSFJ-Pressemittteilung Nr. 428/2009 vom 02.09.2009; Zypries: Kinderschutz weiter verbessern – Arbeitsgruppenbericht im Kabinett vorgestellt, BMJ-Newsletter vom 02.09.2009

22 Dazu Wabnitz, Landeskinderschutzgesetze. Ein Überblick, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe Heft 2/2010, S. 49-52, sowie ausführlicher: Verflechtung des Kinderschutzgesetzes mit den Länderregelungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Probleme in der Umsetzung, in: Arbeitsgruppe Fachtagungen im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.), Vom Willkommensbesuch zum verpflichtenden Hausbesuch. Veränderte Auftragslage für die Jugendhilfe (durch das Kinderschutzgesetz)?, Berlin 2009, S. 75-85

23 Siehe www.dijuf.de/DIJuF-Archiv/Bund_und_Laender/Materialien/Laendergesetze. Vgl. dazu auch Nothhafft, S., Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, Deutsches Jugendinstitut, Informationszentrum Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München 2008, sowie Meysen, T/ Ohlemann, L., Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen. Expertise, DIJuF Heidelberg 2008

Die Länder haben dies allerdings mit teilweise unterschiedlichen Zielsetzungen und mit einem unterschiedlichen Rollenverständnis von Jugendamt und Gesundheitsamt getan. Dabei kann man vier Grundrichtungen feststellen. Manche Länder wollen lediglich im gesundheitlichen Interesse der Kinder die Teilnahmehäufigkeit an den U-Untersuchungen erhöhen. Andere sehen vor, dass Meldungen über die Nicht-Teilnahme von Kindern an den Untersuchungen direkt an das Jugendamt oder („im Umweg“) über das Gesundheitsamt an das Jugendamt erfolgen. Wieder andere Länder haben „Sonderwege“ beschritten, wonach entsprechende Meldungen nicht über eine zentrale Stelle erfolgen, sondern im Wege der Kommunikation zwischen Gesundheitsämtern und Jugendämtern.

So zielt zum Beispiel die Landesregelung in Brandenburg allein auf eine Erhöhung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen ab. Eine zentrale Stelle sammelt die Daten, die von den Ärzten im Hinblick auf eine Teilnahme an den Untersuchungen übermittelt worden sind, und vergleicht diese mit den zuvor übermittelten Meldedaten. Bei Feststellung einer Nicht-Teilnahme wird die Familie noch einmal eingeladen, und ein weiteres Nicht-Wahrnehmen der Untersuchung wird sodann an die Landkreise und kreisfreien Städte weiter gemeldet – jedoch wiederum nur mit dem Ziel, auf eine höhere Teilnahme an den Untersuchungen hinzuwirken.

Die meisten Länder gehen weiter. Sie beabsichtigen, dass die Jugendämter über die Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen informiert werden, damit dann dort entschieden werden kann, ob sie in Bezug auf § 8a SGB VIII tätig werden, beispielsweise in Hessen. Hessen hat ein Kindervorsorgezentrum als eine „öffentliche Stelle“ beim Universitätsklinikum Frankfurt am Main eingerichtet. Dieses Zentrum hat neben weiteren Aufgaben der Beratung und Qualitätssicherung die Aufgabe, die Jugendämter über Familien zu informieren, die der Aufforderung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nicht nachgekommen sind. Ähnlich ist es in Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt. In Sachsen-Anhalt wurde eine zentrale Früherkennungsstelle beim Landesamt für Verbraucherschutz eingerichtet. Dort verfügt man einerseits über die Daten aller Kinder von den Meldebehörden und andererseits über die Informationen über durchgeführte beziehungsweise nicht durchgeführte U-Untersuchungen, die von den Ärzten übermittelt werden müssen. Besteht dort eine „Lücke“, werden die Eltern eingeladen, doch noch mit ihren Kindern an den Untersuchungen teilzunehmen. Wird der Einladung nicht gefolgt, übermittelt die zentrale Früherkennungsstelle die Daten an das Jugendamt. Ein solcher Datenabgleich erfolgt auch in Thüringen.

Zusätzlich haben andere Länder noch die Gesundheitsämter „zwischengeschaltet“, zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern. Die Servicestelle beim dortigen Landesamt für Gesundheit und Soziales bekommt die Daten von den Meldebehörden und die Rückmeldungen von den Ärzten. Gegebenenfalls werden die „säumigen“ Eltern erinnert und noch einmal eingeladen. Im nächsten Schritt werden die Gesundheitsämter informiert. Die Gesundheitsämter bieten aufsuchende Hilfen und Leistungen an und vermitteln gegebenenfalls weitere Kontakte. Sie nehmen damit ihre gesundheitsbehördlichen Aufgaben wahr, nehmen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung aber auch Kontakt mit dem Jugendamt auf. Das gleiche gilt im Grundsatz auch für Rheinland-Pfalz und das Saarland. In beiden Ländern bestehen zentrale Stellen – in Rheinland-Pfalz beim Landesamt für Soziales, Jugend und Ver-

sorgung in Mainz, im Saarland beim Universitätsklinikum in Homburg/Saar, Zentrum für Kinderfürsorge. Auch in diesen beiden Ländern werden die Gesundheitsämter „zwischengeschaltet“, die ihrerseits aktiv werden, bevor die Daten bei Anhaltspunkten für eine mögliche Kindeswohlgefährdung an die Jugendämter weitergegeben werden. In Sachsen und Schleswig-Holstein verfährt man entsprechend. Etwas anders ist der Ablauf in Baden-Württemberg, Bremen und Bayern; dort gibt es keine zentrale Stelle außerhalb der Gesundheitsämter. In diesen Ländern informieren diese die Jugendämter, insbesondere wenn die Untersuchungen nicht stattgefunden haben.

Im Folgenden ist auf die Rechtssituation in Nordrhein-Westfalen näher einzugehen. In Nordrhein-Westfalen erfolgt ebenfalls eine Datenübermittlung von den Meldebehörden sowie von den Ärztinnen und Ärzten an die Zentrale Stelle, die sodann zuständig ist für den Datenabgleich, das Einladungswesen und die unmittelbare Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe (ohne vorherige Einschaltung der Gesundheitsämter). Die für das Land Nordrhein-Westfalen insoweit relevanten Rechtsvorschriften sind als Anhang (zumeist auszugsweise) im Wortlaut wiedergegeben und werden nunmehr im Einzelnen dahingehend rechtsgutachterlich untersucht, ob sie vereinbar sind:

- mit Datenschutzrecht als „einfachgesetzlichem“ Recht (Teil B.) sowie
- mit Bundes- und ggf. Landesverfassungsrecht (Teil C.).

B. Zur Frage der Vereinbarkeit der einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen mit Datenschutzrecht

1. Datenschutzrecht in Nordrhein-Westfalen

Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) gilt für das Verfahren bei Ärztinnen und Ärzten als „nichtöffentliche(n) Stellen“ gemäß § 2 Abs. 4 BDSG (siehe 3.).

Für die Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes, die Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (öffentliche Stellen) gelten bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die Regelungen des Datenschutzgesetzes Nordrhein-Westfalen (DSG), soweit nicht besondere Rechtsvorschriften auf die Verarbeitung personenbezogener Daten anzuwenden sind; diese gehen dann den Vorschriften des DSG vor (vgl. § 2 Abs. 1 und 3 DSG).

Danach gelten für die öffentlichen Stellen vorrangig die Regelungen des Meldegesetzes (MG), des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), der Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen / U-Untersuchungen (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO – UTeilnahmeDatVO) und ergänzend die des DSG sowie für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zusätzlich die des SGB VIII, I und X. Das Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Gesundheitswesen (Gesundheitsdatenschutzgesetz – GDSG NW) gilt gemäß dessen § 2 Abs. 1 nur mit Blick auf Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (Nr. 1), Maßnahmen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Nr. 2), Personen, die vom Gesundheits-

amt untersucht oder von dessen Maßnahmen betroffen werden (Nr. 3) sowie bei der Führung von Krebsregistern (Nr. 4) – also nicht mit Blick auf die hier zu untersuchenden Fragestellungen²⁴.

Das Datenschutzrecht bezieht sich gemäß § 3 Abs. 2 DSG auf alle „Verfahrensstadien“ der Datenverarbeitung (das Erheben, Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen sowie Nutzen personenbezogener Daten). Das DSG trifft dafür ergänzend zu den Spezialgesetzen zum Teil detaillierte Regelungen u. a. über die gebotene Erforderlichkeit der Datenverarbeitung (§ 12 Abs. 1 Satz 1 sowie § 13 Abs. 1 DSG), die Erhebung grundsätzlich beim Betroffenen selbst (§ 12 Abs. 1 Satz 3 DSG), die Aufklärung über Verwendungszweck und beabsichtigte Übermittlung der Daten (§ 12 Abs. 2 Satz 1 und 2 sowie § 13 Abs. 2 Satz 2 DSG), die Zweckbindung beim Speichern, Verändern und Nutzen (§ 13 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 DSG) sowie die Zulässigkeit der Verarbeitung (§ 13 Abs. 3 DSG) und Übermittlung (§ 14 Abs. 1 DSG) der Daten.

Die genannten Regelungen des DSG entsprechen den in den letzten Jahrzehnten entwickelten allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards, an denen sich auch die Verfahren im Bereich der Meldebehörden, bei Ärztinnen und Ärzten, bei der Zentralen Stelle sowie im Bereich der Träger der öffentlichen Jugendhilfe messen lassen müssen (siehe sogleich 2. bis 5.). Außerdem müssen die Rechte der Betroffenen nach dem DSG gewahrt sein (siehe sodann Nr. 6).

2. Verfahren der Meldebehörden

Die Meldebehörden haben gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 MG die in ihrem Zuständigkeitsbereich wohnhaften Einwohner zu registrieren, um deren Identität und Wohnungen feststellen und nachweisen zu können. Das Erheben personenbezogener Daten beim Betroffenen (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 3 DSG) ist zulässig, weil ihre Kenntnis zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der erhebenden Stelle erforderlich ist im Sinne von § 12 Abs. 1 Satz 1 DSG. Auch die Speicherung von Daten nach § 3 Abs. 1 MG ist ebenso zulässig wie das Verändern und Nutzen derselben, weil es zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Meldebehörden im Sinne von § 13 Abs. 1 Satz 1 DSG im Rahmen der Zweckbindung des § 13 Abs. 1 Satz 2 DSG erforderlich ist.

Für die Übermittlung der Daten von den Meldebehörden an das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen als Zentrale Stelle, die gemäß § 27 Abs. 3 ÖGDG für das Meldeverfahren über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zuständig ist, gilt vorrangig § 31 MG. Gemäß dessen Absatz 1 darf die Meldebehörde einer anderen Behörde (hier: der Zentralen Stelle) aus dem Melderegister u. a. folgende Daten übermitteln, die zur Erfüllung der Aufgaben der Zentralen Stelle erforderlich ist: Familiennamen, Vornamen, Tag und Ort der Geburt, Geschlecht, gesetzlicher Vertreter, Anschriften. Das Innenministerium ist gemäß § 31 Abs. 5 MG ermächtigt, durch Rechtsverordnung die regelmäßige Übermittlung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Daten zuzulassen; es hat hierbei An-

²⁴ Mit Blick auf Frühe Hilfen vgl. Schönecker, Datenschutz als Schutz der Vertrauensbeziehung bei Frühen Hilfen, in: JAmt 2009, S. 337-342.

lass und Zweck der Übermittlung, die Datenempfänger, die zu übermittelnden Daten, ihre Form sowie das Nähere über das Verfahren der Übermittlung festzulegen. Auf dieser Rechtsgrundlage sowie aufgrund des Heilberufsgesetzes (siehe dazu 3.) ist die UTeilnahmeDatVO erlassen worden.

Zum Zweck der Feststellung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U5 bis U9) melden die Meldebehörden gemäß § 1 Abs. 1 UTeilnahmeDatVO der Zentralen Stelle bis zum 31.01.2011 die dort nochmals genannten Daten aller Kinder, die zum Stichtag 01.01.2011 nicht älter als 66 Monate sind und mit alleiniger Wohnung oder Hauptwohnung im Melderegister registriert sind. In den folgenden Absätzen sind Nähere Regelungen zu technischen Fragen getroffen worden.

Ergänzend gilt § 12 Abs. 2 Satz 2 DSG: Werden Daten – wie hier – aufgrund einer Rechtsvorschrift erhoben, so ist die betroffene Person in geeigneter Weise über diese aufzuklären. Außerdem ist gemäß § 13 Abs. 2 Satz 2 DSG die jeweils betroffene Person, wenn sie nicht in eine Weiterverarbeitung der Daten eingewilligt hat, davon in geeigneter Weise zu unterrichten, sofern nicht die Aufgabenerfüllung wesentlich beeinträchtigt wird, wovon hier nicht auszugehen ist.

Nach alledem entspricht das Verfahren der Meldebehörden bei Beachtung der genannten Rechtsvorschriften allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards auch im Sinne des DSG.

3. Verfahren bei Ärztinnen und Ärzten

Für das Verfahren bei Ärztinnen und Ärzten (Erheben und Speichern der Daten betreffend Frühuntersuchungen für Kinder) gilt gemäß dessen § 2 Abs. 4 grundsätzlich das BDSG. Gemäß § 28 Abs. 1 Satz 1 BDSG ist das Erheben, Speichern, Verändern oder Übermitteln personenbezogener Daten (im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen für Kinder) als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke zulässig, wenn es u. a. der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses mit dem Betroffenen dient; dies dürfte mit Blick auf das Arzt-Patientenverhältnis, aber auch zu Abrechnungszwecken u. ä., zu bejahen sein. Eine Pflicht zur Benachrichtigung der betroffenen Personensorgeberechtigten von der Speicherung oder Übermittlung der Daten gemäß § 33 Abs. 1 BDSG besteht nicht, weil die Betroffenen ggf. auf „andere Weise“ Kenntnis von der Speicherung oder Übermittlung erhalten, nämlich von der Zentralen Stelle oder vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe, und zudem die Speicherung oder Übermittlung durch Gesetz (hier: MG, HeilberG, ÖGDG) ausdrücklich vorgesehen ist (§ 33 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 4.).

Für die Übermittlung der Daten an die Zentrale Stelle gilt im Übrigen vorrangig die Spezialregelung des § 32a Heilberufsgesetz (HeilBerG): Ärztinnen und Ärzte, die bei Kindern im Alter von einem halben bis zu fünfeneinhalb Jahren eine Früherkennungsuntersuchung gemäß § 26 des Fünften Sozialgesetzbuches durchgeführt haben, übermitteln der Zentralen Stelle nach erfolgter Untersuchung folgende Daten: Vor- und Familienname, ggf. frühere Namen des Kindes, Datum und Ort der Geburt, Geschlecht, gegenwärtige Anschrift des Kindes sowie Datum und Bezeichnung der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung. Das Nähere

zum Verfahren der Datenmeldungen und zum Datenabgleich einschließlich des Verfahrens nach § 31 Abs. 5 MG regeln das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium und das Innenministerium durch Rechtsverordnung; auch auf dieser Rechtsgrundlage ist die UTeilnahmeDatVO erlassen worden.

In § 2 Abs. 1 UTeilnahmeDatVO wird der Gesetztestext von § 32a Satz 1 HeilberG fast wortgleich wiederholt; die Übermittlung der Daten über die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung an die Zentralen Stelle hat innerhalb von fünf Werktagen zu erfolgen; in Abs. 2 werden ergänzende Regelungen über die Datenübermittlung und -sicherung getroffen.

Nach alledem entspricht das Verfahren bei Ärztinnen und Ärzten bei Beachtung der genannten Rechtsvorschriften allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards auch im Sinne des BDSG.

4. Verfahren bei der Zentralen Stelle

Gemäß § 27 Abs. 1 und 3 ÖGDG ist das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit als Einrichtung im Geschäftsbereich des für Gesundheit und Arbeit zuständigen Ministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen unter anderem „Zentrale Stelle“ für das Meldeverfahren über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Die „Zentrale Stelle“ ist befugt und hat damit die gesetzliche Aufgabe, zwecks Durchführung und Sicherstellung eines Erinnerungswesens einen Datenabgleich betreffend die von den Meldebehörden (siehe soeben 2.) sowie den Ärztinnen und Ärzten (siehe 3.) übermittelten Daten vorzunehmen und bei fehlendem Teilnahmenachweis die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe (siehe 4.) zur Abwendung von möglichen Gefährdungen des Kindeswohls zu unterrichten.

Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldungen an die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe wird im Einvernehmen mit dem für Jugendhilfe zuständigen Ministerium in der Rechtsverordnung nach § 32 a Heilberufsgesetz NRW geregelt. Gemäß § 3 Abs. 2 UTeilnahmeDatVO ermittelt die Zentrale Stelle diejenigen Kinder, für die keine Teilnahmemeldung von den Ärztinnen und Ärzten gemäß § 2 der Verordnung vorliegt. Dazu gleicht sie die nach § 1 und § 2 von den Meldebehörden bzw. den Ärztinnen/Ärzten übermittelten Daten ab. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist die Zentrale Stelle berechtigt, gemäß § 3 Abs. 3 der Verordnung folgende Daten bei der Meldebehörde automatisiert über ein vom Innenministerium zugelassenes Portal abzurufen: Vor- und Familiennamen, Doktorgrad, Anschriften, Tag und Ort der Geburt sowie Sterbetag und -ort. Sofern keine Teilnahmemeldung vorliegt, erinnert die Zentrale Stelle gemäß § 3 Abs. 4 und 5 der Verordnung die Personensorgeberechtigten des Kindes über die Anschrift des Kindes grundsätzlich spätestens zehn Tage nach Ende des für die Untersuchung festgelegten Toleranzzeitraums daran, die Früherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen.

Liegt auch drei Wochen nach Erinnerung für die jeweilige Früherkennungsuntersuchung – bei der Untersuchung U 5 sechs Wochen nach Erinnerung – keine Teilnahmemeldung vor, informiert die Zentrale Stelle den für den Wohnsitz des Kindes zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe gemäß § 4 Abs. 1 der Verordnung. Hierzu übermittelt sie für diejenigen Kinder, für die keine Mitteilungen vorliegen, die folgenden Daten: Familiennamen, frühere

Namen, Vornamen, Tag und Ort der Geburt, Geschlecht, gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Anschrift), gegenwärtige Anschriften, Übermittlungssperren sowie Bezeichnung der ausgelassenen Früherkennungsuntersuchung; die Übermittlung der Daten erfolgt schriftlich oder durch Datenübertragung in gesicherter Form (z. B. über das DOI-Netz).

Ergänzend sind auch hier die allgemeinen Regelungen des DSG und des BDSG zu beachten, etwa über die Zweckbindung, Veränderung, Nutzung und Weiterleitung gemäß § 13 Abs. 1 und 2 DSG (Meldebehörden) bzw. § 28 Abs. 5 BDSG (Ärztinnen und Ärzte): das Speichern, Verändern und Nutzen der jeweils übermittelten Daten durch die Zentrale Stelle ist nur zur rechtmäßigen Erfüllung von deren Aufgaben zulässig (hier: Datenabgleich, Einladungswesen und Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe gemäß § 27 Abs. 3 ÖGDG sowie nach der UTeilnahmeDatVO) – und nicht zu anderen Zwecken. Auf die Frage, ob die Regelungen der genannten Rechtsverordnung nicht ebenfalls in einem Gesetz hätten getroffen werden müssen, wird unten (C. I.) eingegangen.

Im Übrigen entsprechen die getroffenen Regelungen für das Verfahren bei der Zentralen Stelle bei Beachtung der genannten Rechtsvorschriften allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards auch im Sinne des DSG und des BDSG.

5. Verfahren im Bereich der Träger der öffentlichen Jugendhilfe

Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe entscheidet gemäß § 4 Abs. 3 UTeilnahmeDatVO in eigener Zuständigkeit, ob gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes vorliegen und welche Maßnahmen gegebenenfalls geeignet und notwendig sind (Satz 1); hierbei können die übermittelten Daten als weiterer Indikator herangezogen werden (Satz 2) und empfiehlt sich die Zusammenarbeit insbesondere mit den Trägern des öffentlichen Gesundheitsdienstes und anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für das Kindeswohl tragen (Satz 3). Die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Einzelnen sind in den Vorschriften des SGB VIII (insbesondere in § 8a – Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, §§ 16 ff – Förderung der Erziehung in der Familie, §§ 27 ff – Hilfen zur Erziehung sowie § 42 SGB VIII – Inobhutnahme) sowie den ergänzenden Regelungen des jeweiligen Landesausführungsrechts zum SGB VIII normiert.

Ergänzend gelten auch hier die Vorschriften über die Erforderlichkeit, Zweckbindung und Nutzung der Daten(erhebung) gemäß § 13 Abs. 1 und 2 DSG sowie zusätzlich gemäß §§ 61 bis 63 SGB VIII (insbesondere über Datenerhebung und Datenspeicherung) sowie ggf. gemäß § 35 SGB I (Sozialgeheimnis) und §§ 67 ff SGB X (Schutz der Sozialdaten). Eine Weitergabe/Übermittlung der Daten durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe an Dritte ist nicht vorgesehen. Ggf. wären dabei zusätzlich die strikten Regelungen der §§ 64²⁵ und 65 SGB VIII (Datenübermittlung, -nutzung; besonderer Vertrauensschutz) sowie § 14 DSG (Übermittlung innerhalb des öffentlichen Bereichs) zu beachten.

²⁵ Vgl. dazu DiJuF-Rechtsgutachten vom 19.05.2009, S 1.300 LS, zur Frage der (Un-)Zulässigkeit der Nutzung von Meldedaten für Begrüßungsbesuche im Rahmen eines Frühe-Hilfen-Projekts.

Unbeschadet der Ausführungen zum Regelungsstandort (siehe unter C. I.) entsprechen die getroffenen Regelungen für das Verfahren bei den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe bei Beachtung der genannten Rechtsvorschriften allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards auch nach DSGVO und SGB.

6. Datensicherung und Rechte der Betroffenen

In der UTeilnahmeDatVO sind mehrere Bestimmungen über die Datensicherung, -löschung und über die Auskunftserteilung getroffen worden. Gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung sind bei Datenübermittlungen durch die Meldebehörden der Datensatz für das Meldewesen (einheitlicher Bundes-/Länder-Teil – DSMeld), herausgegeben von der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, zugrunde zu legen. Datenträger sind zudem gemäß § 1 Abs. 3 Satz 2 der Verordnung zu löschen, sobald die Daten für den Empfänger zur Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich sind.

Die Datenübermittlung von den Ärztinnen/Ärzten erfolgt gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 bis 3 UTeilnahmeDatVO in gesicherter schriftlicher Form oder durch Datenübertragung über gesicherte Datenübertragungswege; dabei ist das von der Zentralen Stelle zur Verfügung gestellte Erhebungswerkzeug zu nutzen; sofern die Datenübermittlung über Übertragungswege gewählt ist, ist die Zustimmung des Innenministeriums einzuholen.

Der Abruf der Daten durch die Zentrale Stelle ist gemäß § 3 Abs. 3 Satz 2 UTeilnahmeDatVO nur zulässig, wenn die Identität der betroffenen Person zweifelsfrei ist und keine Auskunftssperren nach § 34 Abs. 6 und 7 MG vorliegen; die Verantwortung für die Zulässigkeit des einzelnen Abrufs trägt der Empfänger. Die betroffenen Personensorgeberechtigten haben gemäß § 3 Abs. 4 Satz 2 der Verordnung einen Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen von den Ärztinnen und Ärzten dorthin. Die Daten sind von der Zentralen Stelle gemäß § 3 Abs. 6 UTeilnahmeDatVO spätestens zwei Monate nach dem letztmaligen Datenabgleich zu löschen. Die Übermittlung der Daten von der Zentralen Stelle an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erfolgt gemäß § 4 Abs. 2 UTeilnahmeDatVO schriftlich oder durch Datenübertragung in gesicherter Form.

Ergänzend gelten die überwiegend bereits genannten Vorschriften des DSGVO bzw. BDSG sowie § 5 und §§ 18 ff DSGVO über „Rechte der betroffenen Person“, die auch durch deren Einwilligung nicht ausgeschlossen oder beschränkt werden können, auf:

- Auskunft, Einsichtnahme (§ 18),
- Widerspruch aus besonderem Grund (§ 4 Abs. 5),
- Unterrichtung (§§ 12 Abs. 2, 13 Abs. 2 Satz 2, 16 Abs. 1 Satz 2 und 3),
- Berichtigung, Sperrung oder Löschung (§ 19),
- Schadensersatz (§ 20),
- Anrufung des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (§ 25 Abs. 1),

- Auskunft aus dem beim zuständigen behördlichen Datenschutzbeauftragten geführten Verzeichnisse (§ 8).

Die genannten, hinreichend konkreten Vorschriften über Datensicherung und Rechte der Betroffenen entsprechen den allgemein üblichen datenschutzrechtlichen Standards und erscheinen als geeignet, Datenmissbrauch wirksam zu verhindern und die Rechte der Betroffenen hinreichend zu sichern. Dies gilt auch mit Blick auf § 3 Abs. 6 UTeilnahmeDatVO, wonach die Daten bei der Zentralen Stelle spätestens zwei Monate nach dem letztmaligen Datenabgleich (bei der Untersuchung U 9) zu löschen sind. Da dies als mit Blick auf die Aufgabenerfüllung der Zentralen Stelle angemessener Zeitraum anzusehen ist und dort ein Datenmissbrauch ausgeschlossen erscheint, haben betroffene Personensorgeberechtigte keinen Anspruch auf frühere Löschung.

Andererseits kann die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen auch nicht gegen den Willen der Personensorgeberechtigten durchgesetzt werden. Und die Kompetenzen der Träger der öffentlichen Jugendhilfe (auch nach den §§ 8a, 42 SGB VIII) bestehen unabhängig von der Teilnahme an den Untersuchungen.

7. Ergebnis

Unbeschadet der Ausführungen zum Regelungsstandort (siehe sogleich unten C. I.) entsprechen die getroffenen Regelungen in Nordrhein-Westfalen bei Beachtung der genannten Rechtsvorschriften den allgemeinen datenschutzrechtlichen Standards nach DSGVO, DBSG und SGB.

C. Zur Frage der Vereinbarkeit der Rechtsvorschriften mit Verfassungsrecht

I. Regelungen in Gesetz und Rechtsverordnung?

Die genannten Regelungen des Landes Nordrhein-Westfalen sind in mehreren Gesetzen sowie in einer Rechtsverordnung, der UTeilnahmeDatVO, getroffen worden. Mit Blick auf Letztere ist zu prüfen,

- ob es dafür eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage gibt (1.) und
- ob die Regelungen mit Blick auf die sog. „Wesentlichkeitstheorie“ des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) in einer Verordnung getroffen werden durften bzw. ob es eines Parlamentsgesetzes bedurft hätte (2.).

1. Ermächtigungsgrundlage

Prüfungsmaßstab für die erstgenannte Frage ist Art. 70 der Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen (Verf), der inhaltlich weitgehend Art. 80 Abs. 1 GG entspricht. Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung kann gemäß Art. 70 Satz 1 Verf nur durch Gesetz erteilt werden. Dies ist hier in mehreren Gesetzen geschehen, die teilweise aufeinander Bezug nehmen: in § 31 Abs. 5 MG, § 32a Satz 2 HeilBerG sowie § 27 Abs. 3 Satz 3

ÖGDG. Sodann muss das Gesetz „Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung bestimmen“ (Art. 70 Satz 2 Verf). Der Inhalt der zu treffenden Regelungen ist in den genannten Gesetzen so genau bestimmt worden, dass dieser schon aus ihnen und nicht erst aus der Rechtsverordnung erkennbar und voraussehbar ist²⁶. Der Zweck der Ermächtigung ist aus den Gesetztestexten ebenfalls klar ersichtlich. Auch hat der Gesetzgeber das Ausmaß der in der Rechtsverordnung zu treffenden Regelungen klar bestimmt und damit zugleich festgelegt, welchem Ziel diese dienen sollen²⁷. Schließlich sind entsprechend Art. 70 Satz 3 Verf in der Präambel der UTeilnahmeDatVO die Rechtsgrundlagen der Verordnung angegeben worden (nämlich § 31 Abs. 5 MG, § 32a Satz 2 HeilBerG) bzw. entspricht es § 27 Abs. 3 Satz 3 ÖGDG, wenn gemäß § 3 Abs. 1 UTeilnahmeDatVO die in dieser Verordnung beschriebenen Aufgaben der Zentralen Stelle das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit wahrnimmt. Art. 70 Verf ist damit vollumfänglich Genüge getan.

2. Zur „Wesentlichkeitstheorie“ des BVerfG

Zu prüfen ist des Weiteren, ob die Entscheidung, einen Teil der relevanten Fragen in der UTeilnahmeDatVO als Rechtsverordnung zu regeln, mit der sog. „Wesentlichkeitstheorie“ des BVerfG²⁸ kompatibel ist, die aus den rechtsstaatlichen Grundsätzen des Vorrangs bzw. Vorbehalts des Gesetzes sowie aus dem Demokratieprinzip des GG hergeleitet worden ist²⁹. Die Rechtsetzung im Außenbereich mit Blick auf die Rechts- und Pflichtenstellung der Bürger „bedarf danach grundsätzlich einer prägenden Regelungsentscheidung des Gesetzgebers“³⁰. Der Gesetzgeber muss in den „grundlegenden normativen Bereichen alle wesentlichen Entscheidungen selbst treffen“³¹ und darf sie nicht der Exekutive (Rechtsverordnung) überlassen.

Zu den wesentlichen Fragen, die dem Parlamentsvorbehalt unterfallen, zählen alle Fragen, die für die Ausübung der Grundrechte wesentlich sind. Insbesondere die nähere Regelung von grundrechtlichen Teilhaberechten und Schutzpflichten zählt hierzu. Darüber hinaus sind auch alle grundrechtsrelevanten Handlungen, die einem Grundrechtseingriff gleichwertig erscheinen, wesentlich. Nach der Rechtsprechung des BVerfG muss der Gesetzgeber z. B. selbst Regelungen treffen über

- die Gewährleistung der Rundfunkfreiheit nach Art. 5 Abs. 1 Satz 2 GG bei Knappheit von Sendefrequenzen³²;
- den Ausgleich von Kunstfreiheit und Jugendschutz (Art. 5 Abs. 3 Satz 1 sowie Abs. 2 GG) im Bereich jugendgefährdender Schriften³³;

26 Vgl. Sannwald in: Schmidt-Bleibtreu u. a., Art. 80 (GG), Rz. 47

27 A. a. O. Rz. 51 unter Bezugnahme auch auf die umfangreiche Rechtsprechung des BVerfG

28 BVerfG E 49, 89ff; 61, 275 ff; 77, 231 ff; 80, 132 ff

29 Dazu Homann in: Schmidt-Bleibtreu u. a., Art. 20, Rz. 70

30 So Mann in Löwer/Tettinger, Art 70 (Verf), Rz. 4

31 Jarass/Pieroth, Art. 20 Rz. 47

32 BVerfGE 57, 295, 319-322

- die Käfighaltung von Legehennen wegen Ihrer Bedeutung für die Grundrechte der Tierhalter (Art. 12 und 14 GG) und wegen ihrer sachlichen Nähe zum Straftatbestand der Tierquälerei³⁴.

Wie sind daran gemessen, und insbesondere mit Blick auf die Ausübung von Grundrechten, die in der UTeilnahmeDatVO getroffenen Regelungen zu beurteilen?

Die in § 1 Abs. 1 UTeilnahmeDatVO durch die Meldebehörden an die Zentrale Stelle zu übermittelnden Daten entsprechen den bereits in § 31 Abs. 5 i. V. m. Abs. 1 MG genannten. Damit hat bereits der Gesetzgeber die Entscheidung getroffen, welche Daten von dort zu übermitteln sind, und dies ist insoweit in der Rechtsverordnung lediglich nachvollzogen worden. Die weiteren Regelungen in § 1 UTeilnahmeDatVO sind verfahrensmäßiger und nicht von „wesentlicher Natur“. Dasselbe gilt auch mit Blick auf § 2 UTeilnahmeDatVO vor dem Hintergrund der bereits in § 32a HeilberG getroffenen gesetzlichen Festlegungen.

Auch in § 26 Abs. 3 Satz 1 und 2 ÖGDG sind bereits die wesentlichen Entscheidungen über die Aufgaben der Zentralen Stelle durch den Gesetzgeber getroffen worden: Durchführung und Sicherstellung eines Erinnerungswesens, Datenabgleich und – bei fehlendem Teilnahmenachweis – Unterrichtung der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Abwendung von möglichen Gefährdungen des Kindeswohls. Dies ist in § 3 Abs. 1, Abs. 2 sowie Abs. 4 Satz 1 UTeilnahmeDatVO ebenfalls lediglich nachvollzogen worden. Und auf der Grundlage von § 26 Abs. 3 Satz 3 ÖGDG („Das Nähere zum Verfahren ... wird ... in der Rechtsverordnung ... geregelt“) sind in § 3 Abs. 3 UTeilnahmeDatVO (Datenabruf bei der Meldebehörde) nähere, jedoch nicht „wesentliche“ Verfahrensregelungen getroffen worden.

Darüber hinaus sind jedoch in § 3 UTeilnahmeDatVO auch die beiden weiteren Regelungen enthalten:

- „Die betroffenen Personensorgeberechtigten haben einen Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen nach § 2 Abs. 1“ (§ 3 Abs. 4 Satz 2).
- „Die Daten sind spätestens zwei Monate nach dem letztmaligen Datenabgleich zu löschen“ (§ 3 Abs. 6).

Dies sind Regelungen im Außenbereich hin zum Bürger, die im Sinne der oben referierten Wesentlichkeitstheorie des BVerfG mit Blick auf die Rechts- und Pflichtenstellung der Bürgerinnen und Bürger einer prägenden Regelungsentscheidung des Gesetzgebers bedurft hätten. Denn die Übermittlung von personenbezogenen Daten, der Datenabgleich, das Einladungswesen und die Frage der Vorhaltung bzw. Löschung der Daten betreffen den Schutzbereich der Grundrechte auf informationelle Selbstbestimmung und auf Pflege und Erziehung der Kinder und stellen Eingriffe in diese dar (dazu im Einzelnen sogleich ausführlich unten IV. und V.), die deshalb auch ganz überwiegend aufgrund von Regelungen in drei Gesetzen (MG, HeilBerG und ÖGDG) erfolgt sind.

33 BVerfGE 83, 130, 143

34 BVerfGE 61, 275; vgl. auch E 77, 231; 80, 132

Zu den Fragen, die im Sinne der Wesentlichkeitstheorie des BVerfG dem Parlamentsvorbehalt unterfallen, zählen, wie dargestellt, alle Fragen, die für die Ausübung der Grundrechte wesentlich sind. Für die Ausübung der genannten Grundrechte wesentlich sind auch die genannten Regelungen über den Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen der genannten Daten und über die Verpflichtung zur Löschung, auf die bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen ebenfalls ein subjektiv-rechtlicher Anspruch besteht. Die beiden genannten Regelungen hätten deshalb in einem Parlamentsgesetz, zweckmäßigerweise in § 27 ÖGDG o. ä. getroffen werden müssen und durften als „wesentliche“, grundrechtsrelevante Regelungen nicht auf Verordnungsebene ausgebracht werden.

Dasselbe gilt aus denselben Gründen zumindest im Grundsatz auch mit Blick auf die Festlegung der Daten in § 4 Abs. 1 Satz 2 UTeilnahmeDatVO betreffend die dort genannten Kinder, die von der Zentralen Stelle gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 UTeilnahmeDatVO an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu übermitteln sind. Es fällt auf, dass – anders als bei den Daten gemäß §§ 1 und 2 UTeilnahmeDatVO – hier nicht bereits eine gesetzliche Regelung (wie in § 31 Abs. 5 i. V. m. Abs. 1 MG bzw. in § 32a Satz 1 HeilBerG), sondern die Regelung über die Art der zu übermittelnden Daten allein auf Verordnungsebene erfolgt ist. Man mag zwar einwenden, dass die grundsätzliche Entscheidung über die Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe bereits auf Gesetzesebene getroffen worden ist (in § 26 Abs. 3 Satz 2 ÖGDG). Aber auch die Frage, welche Daten zu übermitteln ist, ist in der gekennzeichneten Weise „wesentlich“ für die Grundrechtsausübung und hätte deshalb ebenfalls in Gesetzesform erfolgen müssen.

Die übrigen Regelungen in den §§ 4 bis 6 UTeilnahmeDatVO sind nicht „wesentlicher“, sondern verfahrensmäßiger und gesetzesakzessorischer Natur.

3. Ergebnis

Für die UTeilnahmeDatVO gibt es eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage; Art. 70 Verf ist vollumfänglich Genüge getan worden.

Die in der UTeilnahmeDatVO getroffenen Regelungen sind ganz überwiegend verfahrensmäßiger, gesetzesakzessorischer Natur und von daher verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Mit Blick auf die drei folgenden Regelungen in der UTeilnahmeDatVO hätte es allerdings im Lichte der „Wesentlichkeitstheorie“ des BVerfG einer parlamentarischen Entscheidung in Gesetzesform bedurft, weil diese Regelungen „wesentlich“ für die Ausübung der Grundrechte der betroffenen Bürgerinnen und Bürger auf informationelle Selbstbestimmung und auf Pflege und Erziehung der Kinder sind:

- „Die betroffenen Personensorgeberechtigten haben einen Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen nach § 2 Abs. 1“ (§ 3 Abs. 4 Satz 2).
- „Die Daten sind spätestens zwei Monate nach dem letztmaligen Datenabgleich zu löschen“ (§ 3 Abs. 6).
- „Hierzu übermittelt sie (die Zentrale Stelle) für diejenigen Kinder, für die keine Mitteilungen vorliegen, die folgenden Daten (an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe):

- 1. Familiennamen
- 2. Frühere Namen
- 3. Vornamen
- 4. Tag und Ort der Geburt
- 5. Geschlecht
- 6. gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Anschrift)
- 7. gegenwärtige Anschriften
- 8. Übermittlungssperren
- 9. Bezeichnung der ausgelassenen Früherkennungsuntersuchung“ (§ 4 Abs. 1 Satz 2).

II. Grundrechte nach dem Grundgesetz und der Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen

Gemäß Art. 4 Abs. 1 Verf sind „die im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der Fassung vom 23. Mai 1949 festgelegten Grundrechte und staatsbürgerlichen Rechte ... Bestandteil dieser Verfassung und unmittelbar geltendes Landesrecht“. Damit wurden die Bundesgrundrechte des GG rezipiert, gleichsam in die Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen „kopiert“ – auch zwecks Vermeidung von Normkonflikten und Förderung der Rechtssicherheit³⁵. Die Übernahmeklausel in Art. 4 Abs. 1 Verf bedeutet gleichwohl Schaffung von Landesrecht und bewirkt durch die Übernahme der Bundesgrundrechte durch Landesverfassungsrecht eine „Verdoppelung des Grundrechtsschutzes“, indem das jeweilige Rechtsgut sowohl bundes- als auch landesverfassungsrechtlich einen eigenständigen Schutz erfährt³⁶.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, im Landesverfassungsrecht eigene Grundrechte zu formulieren, die über den Standard des Grundgesetzes hinausgehen, z. B. in Art. 4 Abs. 2 Verf (Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung)³⁷. Allerdings wäre solches Landesrecht unanwendbar, wenn es mit dem Bundesrecht unvereinbar wäre (wie z. B. die Regelungen über die Todesstrafe und das Verbot der Aussperrung in der Hessischen Verfassung). „Wären solche Grundrechte ... anwendbar, hätten die Länder die Möglichkeit, durch entsprechende Verfassungsgesetzgebung die Geltung des Bundesrechts in ihrem Bereich zu modifizieren. Die Geltung des Bundesrechts würde damit zur Disposition der Länder gestellt“³⁸. Konkreter wird auf das Verhältnis von Bundes- und Landesverfassungsrecht bei Teil IV. 1. sowie V. 2. eingegangen.

„Einfach“-gesetzliche Regelungen, auch die hier erörterten des nordrhein-westfälischen Landesrechts, dürfen nicht gegen Normen des Bundes- oder Landesverfassungsrechts als den jeweils ranghöchsten Rechtsquellen und insbesondere nicht gegen wesentliche Prinzipien wie das Rechtsstaatsprinzip oder gegen Grundrechte verstoßen. Ob Letzteres der Fall ist, wird im Folgenden regelhaft in Form von drei Schritten geprüft: Ist der Schutzbereich der

35 Menzel in: Löwer/Tettinger, Art. 4 Rz 8

36 Dietlein/Bursi/Hellermann, S. 13, Rz 24

37 Menzel a. a. O. Rz 13

38 Menzel a. a. O. Vgl. auch Art. 31 GG: „Bundesrecht bricht Landesrecht.“

jeweiligen Verfassungsnorm/des jeweiligen Grundrechts eröffnet? Erfolgt aufgrund einer Regelung durch Gesetz oder Rechtsverordnung ein Eingriff in dieses Grundrecht? Und ist dieser Eingriff ggf. gerechtfertigt?

III. Einzelne Grundrechte

1. Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG

Dass die Regelungen des nordrhein-westfälischen Landesrechts nicht gegen die Menschenwürde i. S. v. Art. 1 Abs. 1 GG verstoßen, bedarf keiner Erläuterung. Allerdings könnte der Schutzbereich von Art. 2 Abs. 1 GG (Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit) eröffnet sein. Da diesem Grundrecht jedoch speziellere Grundrechte vorgehen, erfolgt eine nähere Erörterung bei Teil IV. und V. (Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art 1 Abs. 1 GG sowie Grundrecht auf Pflege und Erziehung der Kinder gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG).

2. Art. 3 Abs. 1 GG

Erinnerungen nach § 3 Abs. 4 Satz 1 und die Datenweitergabe an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach § 4 Abs. 1 UTeilnahmeDatVO erfolgen nur mit Blick auf diejenigen Kinder, die nicht an den in Rede stehenden Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Darin liegt kein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG, da hier Ungleiches (Teilnahme: ja oder nein) zu Recht ungleich behandelt wird³⁹.

3. Art. 12 Abs. 1 GG

Aufgrund der Verpflichtungen der Ärztinnen und Ärzte zur Übermittlung der Daten über durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen nach § 32a Satz 1 HeilBerG und § 2 UTeilnahmeDatVO an die Zentrale Stelle ist der Schutzbereich des Grundrechts der Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG eröffnet und wird in dieses Grundrecht eingegriffen. Bei Regelungen im Bereich der Berufsausübung steht dem Gesetzgeber aber ein weiter Gestaltungsspielraum zu und können auch Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit ausreichend für eine Rechtfertigung von Grundrechtseingriffen sein⁴⁰. Dies dürfte hier, ohne dass auch dies einer Vertiefung bedarf, schon mit Blick auf das Ziel der Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an den Untersuchungen gerechtfertigt sein, da dies den gesundheitlichen Interessen nicht weniger Kinder und damit auch dem Gemeinwohl dienlich sein kann.

39 Vgl. Kannengießer in: Schmidt-Bleibtreu u. a. Art. 3, Rz 14.

40 Vgl. Hofmann in Schmidt-Bleibtreu u. a. Art. 12, Rz 59 unter Verweis auf die umfangreiche Rechtsprechung des BVerfG.

IV. Vereinbarkeit mit dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung?

1. Zum Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 4 Abs. 2 Verf

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem frühen Stadium des „Informationszeitalters“, im Jahre 1983⁴¹, in einer berühmten Entscheidung aufgrund von Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG das subjektive Recht jeder Bürgerin und jedes Bürgers auf „informationelle Selbstbestimmung“ entwickelt. Die oder der Einzelne müsse davor geschützt werden, dass der Staat alles „über sie wisse“ und sie damit zu „gläsernen Bürgern“ würden. Die Bürgerinnen und Bürger müssen vielmehr das Recht haben, selbst zu entscheiden, wann und innerhalb welcher Grenzen persönliche Lebenssachverhalte offenbart werden⁴². In der Folgezeit wurden das BDSG, das DSG, § 35 SGB I (Sozialgeheimnis) und zahlreiche weitere Vorschriften des sog. bereichsspezifischen Datenschutzes entwickelt.

Um den herausragenden Stellenwert dieses Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung zu unterstreichen, hatte der nordrhein-westfälische Verfassungsgeber bereits zuvor, nämlich 1978, in Art. 1 Verf folgenden Absatz 2 als explizites Datenschutzgrundrecht eingefügt: „Jeder hat Anspruch auf Schutz seiner personenbezogenen Daten. Eingriffe sind nur in überwiegendem Interesse der Allgemeinheit auf Grund eines Gesetzes zulässig“. Diese seinerzeitige „nordrhein-westfälische Innovation“⁴³ steht in einem „Ergänzungsverhältnis“ zum Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG und „dupliziert die entsprechenden ... subkutanen Schutzgehalte der Bundesgrundrechte durch eine ausdrückliche Regelung“⁴⁴. Aufgrund der vollen Kongruenz von Bundes- und Landesrecht in diesem Punkt und wegen des grundsätzlichen Vorrangs der Bundesverfassung beziehen sich die folgenden Ausführungen im Wesentlichen auf das GG.

2. Eröffnung des Schutzbereichs der Verfassungsnorm und Eingriff in das Grundrecht

Aufgrund der Weitergabe der in Rede stehenden personenbezogenen Daten von Meldebehörden, Ärztinnen und Ärzten an die Zentrale Stelle, das von dort erfolgende „Einladungswesen“ und die ausnahmslose (!) Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist mit Blick auf die betroffenen Personensorgeberechtigten und Kinder der Schutzbereich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung eröffnet, und es wird aufgrund der entsprechenden Regelungen in dieses eingegriffen. Die Kinder, die ebenfalls Grundrechtsträger sind, werden bei der Wahrnehmung ihrer Rechte durch die Personensorgeberechtigten vertreten, so dass im Folgenden zumeist auf Letztere Bezug genommen wird.

41 E 65, 1ff.

42 Mürder/Smessaert, Frühe Hilfen und Datenschutz, 2009, S. 11, Rz. 2.

43 Menzel in Löwer/Tettinger, Art. 4 Rz 20.

44 A. a. O. Rz 22.

3. Rechtfertigung der Grundrechtseingriffe

Eine Einwilligung der Betroffenen liegt regelmäßig nicht vor. Deshalb ist zu prüfen, ob die Grundrechtseingriffe gerechtfertigt sind, weil sie verfassungsrechtlich legitime Ziele verfolgen und damit überwiegenden Interessen der Allgemeinheit dienen. Mit den nordrhein-westfälischen Rechtsvorschriften werden zwei zentrale Ziele verfolgt, die im Folgenden auch voneinander zu unterscheiden sind:

- Die Steigerung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U 5 bis U 9 vor dem Hintergrund des Absinkens der Teilnahmequoten von nahezu 100 % bei der Untersuchung U 1 bis ca. 85 % bei den späteren Untersuchungen (siehe dazu Modul 2 der Evaluation durch das ISS/IGKE).
- Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung durch Identifizierung von zusätzlichen Verdachtsfällen aufgrund der Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe und damit der Jugendämter (siehe dazu Modul 3 der Evaluation durch das ISS).

Die Früherkennung von Kinderkrankheiten oder sonstigen gesundheitlichen Defiziten und Problemen von Kindern erhöht eindeutig deren Chancen auf Heilung und Besserung sowie auf gesunde Entwicklung und dient damit unstrittig dem Interesse der betroffenen Kinder und Personensorgeberechtigten. Die gesunde Entwicklung von Kindern liegt auch im gesellschaftspolitischen und nicht zuletzt ökonomischen Interesse der Allgemeinheit. Diese zu fördern entspricht deshalb dem verfassungsrechtlichen Auftrag gemäß Art. 6 Abs. 2 S. 2 und 3 Verf („Staat und Gesellschaft schützen sie vor Gefahren für ihr körperliches, geistiges und seelisches Wohl. Sie achten und sichern ihre Rechte, tragen für altersgerechte Lebensbedingungen Sorge und fördern sie nach ihren Anlagen und Fähigkeiten.“). Somit verfolgen die in Rede stehenden Vorschriften, die auf eine Steigerung der Teilnahmequoten an den Untersuchungen U 5 bis U 9 abzielen, ein legitimes verfassungsrechtliches Ziel und dienen damit überwiegenden Interessen der Allgemeinheit.

Dasselbe gilt auch mit Blick auf das zweite Ziel: Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung durch Identifizierung von zusätzlichen Verdachtsfällen. Das staatliche Wächteramt gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG gebietet erforderliche Maßnahmen der staatlichen Gemeinschaft zur Vermeidung und Abwendung von Gefahren für das körperliche, geistige und seelische Wohl von Kindern und Jugendlichen. Dementsprechend haben Kinder und Jugendliche gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 Verf (ähnlich: § 1631 Abs. 2 BGB) ein Recht auf Entwicklung und Entfaltung ihrer Persönlichkeit, auf gewaltfreie Erziehung und den Schutz vor Gewalt, Vernachlässigung und Ausbeutung. Die beabsichtigte Identifizierung von zusätzlichen Verdachtsfällen, die in ein Tätigwerden der Jugendämter nach § 8a SGB VIII (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) einmünden kann, verfolgt deshalb ebenfalls ein legitimes verfassungsrechtliches Ziel und dient damit überwiegenden Interessen der Allgemeinheit.

Sind die Eingriffe in das Grundrecht der Betroffenen auf informationelle Selbstbestimmung insoweit gerechtfertigt, ist des Weiteren ist zu prüfen, ob die Grundrechtseingriffe auch geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sind.

4. Zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

In Art. 20 Abs. 3, Art. 28 Abs. 1 Satz 1 GG ist das Rechtsstaatsprinzip verankert, zu dem unstrittig auch die Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit (Übermaßverbot) durch die Legislative, Exekutive und Rechtsprechung gehört. Dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit kommt in der Staatspraxis „überragende Bedeutung“ zu, insbesondere bei der Beeinträchtigung subjektiver Rechte des Bürgers; vor allem bildet der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit eine Grenze für die Beschränkung von Grundrechten⁴⁵. Die in Rede stehenden Rechtsvorschriften des nordrhein-westfälischen Landesrechts müssen deshalb auch mit dem Verhältnismäßigkeitsprinzip vereinbar sein. Wie allgemein anerkannt sind im Rahmen des Verhältnismäßigkeitsprinzips (Übermaßverbots) drei Teilelemente zu unterscheiden: die Geeignetheit, die Erforderlichkeit sowie die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne einer gesetzlichen Regelung oder sonstigen staatlichen Maßnahme⁴⁶.

Der Verfassungsgerichtshof Rheinland-Pfalz (VerfGH RP)⁴⁷ hat sich mit der Gesamthematik im Jahre 2009 in einer Entscheidung über eine Verfassungsbeschwerde eines Vaters ausführlich auseinandergesetzt. Er hat im Ergebnis die Regelungen des rheinland-pfälzischen Landeskinderschutzgesetzes über das Einladungs- und Erinnerungswesens zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und zum Entgegenwirken vor Gefährdungen der Kindergesundheit und vor möglichen Vernachlässigungen oder Misshandlungen von Kindern und die damit verbundenen Einschränkungen des Grundrechts der Eltern auf Selbstbestimmung über personenbezogene Daten sowie des Rechts zur Erziehung ihrer Kinder als gerechtfertigt angesehen und die Verfassungsbeschwerde deshalb abgewiesen. Er hat dies, auch seine Ausführungen zur Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der rheinland-pfälzischen Rechtsvorschriften, allerdings ausdrücklich unter den Vorbehalt der Ergebnisse einer (voraussichtlich nicht vor November 2010 vorliegenden erstmaligen) Evaluation⁴⁸ des dortigen Landesgesetzes gestellt.

5. Geeignetheit der Grundrechtseingriffe?

Geeignet ist eine gesetzliche Maßnahme, wenn aufgrund derselben das angestrebte Ziel erreicht werden kann. Dies gilt auch dann, wenn eine Maßnahme nur teilweise⁴⁹ zum Erfolg führt, jedoch der gewünschte Erfolg gefördert werden kann⁵⁰. Allerdings muss zumindest die „Möglichkeit der Zweckerreichung gegeben sein“⁵¹. Dies kann im Ergebnis mit Blick auf das

45 Vgl. nur Jarass/Pieroth, Art. 20, Rz 80, 81

46 Vgl. nur Herzog in: Maunz/Dürig, Art. 20, VII., Rz. 73 bis 76; Hofmann in: Schmidt/Bleibtreu u. a. Art. 20, Rz. 73, 74.

47 VerfGH RP 28.05.2009, VGH 45/08, NJW-RR 23/2009, S. 1588 ff., hier zitiert nach: JAmt 2010, S. 142-150.

48 Mit dieser Studie beauftragt worden sind die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm und das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF). Diese sollen unter anderem rechtliche Prüfungen und einen Vergleich von Bundesrecht und Landesrecht vornehmen, vor allem aber auf sozial- und humanwissenschaftlicher Ebene den Stand der Umsetzung und der Effekte des Gesetzes mit quantitativen und qualitativen Befragungen auswerten; vgl. Wabnitz, Landeskinderschutzgesetz, in ZKJ 2010, S. 49, 52, unter Bezugnahme auf den Bericht in: JAmt 2009, S. 122.

49 VerfGH RP in JAmt 2010, 142, 146.

50 Jarass/Pieroth, Art. 20, Rz. 84.

51 BVerfG E 67, 157, 175; 116, 202, 224.

erste Ziel „Steigerung der Teilnahmeghäufigkeit“ bejaht werden. Die vorgelegten Ergebnisse zu Modul 1 zeigen eine Steigerung der Teilnahmequoten⁵². Danach sind die Teilnahmequoten bei den früheren Untersuchungen um ca. zwei Prozentpunkte von 95 auf ca. 97 % angestiegen, bei U9 deutlich von 89 auf 93,5 %; dies ist bei Quoten von nahezu 100 % durchaus beachtlich. Ähnliche Steigerungsraten auf bis zu 98 % sind auch in Rheinland-Pfalz nachgewiesen worden⁵³.

Fraglich ist jedoch, ob die gesetzlichen Regelungen auch mit Blick auf das zweite damit verfolgte Ziel, die Identifizierung von zusätzlichen Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen, geeignet sind. Der VerfGH RP hat dies für Rheinland-Pfalz bejaht, weil vor dem bedrohlichen Hintergrund aktueller, bedrückender Fälle von Kindesmisshandlungen der erstrebte Erfolg zumindest „gefördert werden kann“ und ein „leistungsfähiges soziales Frühwarnsystem mit wirksamen Hilfen insbesondere ... voraus(setze), dass Risikofaktoren für das Kindeswohl rechtzeitig erfasst und bewertet werden“⁵⁴.

Demgegenüber hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der für die Beschlussfassung über die Richtlinien zur Ausführung von § 26 SGB V zuständig ist, bereits in den Jahren 2007 und 2008 die Auffassung vertreten, dass die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder kein zielgerichtetes Instrument zum Erkennen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung darstellen⁵⁵. Der G-BA⁵⁶ hat es deshalb abgelehnt, Regelungen betreffend Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch in die Kinderuntersuchungen aufzunehmen, weil es an erprobten und wirksamen Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung im Rahmen der Kinderuntersuchungen fehle.

Eine Untersuchung des Hessischen Landkreistages und des Hessischen Städtetages⁵⁷ zur tatsächlichen Situation in Hessen seit Inkrafttreten des dortigen Kindergesundheitsschutzes mit ähnlichen Regelungen wie in Nordrhein-Westfalen ist ebenfalls zu dem Ergebnis gekommen, dass die dort geschaffenen Instrumentarien jedenfalls im Untersuchungszeitraum vom 01.07.2008 bis zum 30.06.2009 erhebliche Zweifel an deren Geeignetheit zur Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung aufwerfen. Denn von 9.208 Meldungen von der dortigen Zentralen Stelle (dem Kindervorsorgezentrum) an die Jugendämter hätten unter formalen Voraussetzungen nur 2.245 Fälle (gleich 24 %) gemeldet wer-

52 Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit. Modul 1, Frankfurt am Main 2011, Abbildung 3: Teilnahmequoten in der Entwicklung über einen Jahreszeitraum; LIGA, Vorabauswertung aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen vom 13.09.2011.

53 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm/Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG), Dezember 2010, S. 127.

54 VerfGH RP a. a. O. S. 145 unter Bezugnahme auch auf VerfGH RP AS 31, 348, 357; 34, 169, 198.

55 So die tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA vom 13.09.2007 nach Pressemitteilung des Vorsitzenden des G-BA vom 14.09.2007: „Flächendeckendes Screening im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen kann den Schutz der Kinder vor Misshandlung nicht verbessern“; siehe auch Beschluss des G-BA vom 21.08.2008, Bundesanzeiger Nr. 57 vom 15.04.2008, S. 1344.

56 Beschluss vom 23.09.2007, Bundesanzeiger Nr. 234 vom 14.12.2007, S. 8268.

57 Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag, Hessisches Kindergesundheitsschutzgesetz: Evaluation durch die Jugendämter, in: JAmt 2010, S. 115-117.

den dürfen, von denen es sich nur bei sechs (6!) Fällen (gleich 0,07 %!) um solche gehandelt hat, in denen durch das überprüfende Jugendamt eine Kindeswohlgefährdung bestätigt wurde, die dem Jugendamt zuvor nicht bekannt gewesen war, und die Schutz- oder Kontrollmaßnahmen des Jugendamts erforderten. Das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) hat deshalb überzeugende Zweifel an der Geeignetheit der hessischen Regelungen in der gekennzeichneten Hinsicht geäußert⁵⁸: das hessische System sei „kein geeignetes Mittel, um Verbesserungen im Kinderschutz zu erzielen.“⁵⁹

In Rheinland-Pfalz sind in 63 Fällen (gleich 4 %) aufgrund von Meldungen an die Jugendämter Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt geworden, die entsprechende Interventionen nach sich gezogen haben⁶⁰.

Auch ich habe wiederholt grundsätzliche Zweifel dahingehend geäußert⁶¹, ob die Verknüpfung: Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen gleich Anhaltspunkt für eine mögliche Kindeswohlgefährdung schon vom Ansatz her überzeugend ist. Denn Kinder, die an den Untersuchungen teilgenommen haben, können gleichwohl Kindeswohlgefährdungen ausgesetzt sein. Und andererseits gibt es Kinder, die nicht (regelmäßig) an den Untersuchungen teilgenommen haben, bei denen jedoch keine Kindeswohlgefährdung besteht. Dennoch haben die meisten Bundesländer im Jahre 2007 vor dem Hintergrund einer öffentlich breit geführten Diskussion über das Gesamthema „Kindesmissbrauch/-vernachlässigung“ Handlungsdruck gesehen, in dieser Richtung im Wege der Landesgesetzgebung politisch etwas zu „unternehmen“.

Nunmehr liegt für Nordrhein-Westfalen die Datenauswertung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe/Landesjugendamt für den Zeitraum 02/2010 bis 10/2010 vor⁶². Danach wurden an 87 Jugendämter 26.371 Fälle gemeldet. Davon wurde bei 20 Fällen (gleich 0,08 %) eine Kindeswohlgefährdung festgestellt. Nach einer Hochrechnung des ISS auf alle Jugendämter in Nordrhein-Westfalen und auf einen 12-Monats-Zeitraum kann von einer durchschnittlichen Aufdeckung von 11,1 Kindeswohlgefährdungsfällen ausgegangen werden. Demgegenüber stehen jährliche laufende Kosten der „Aktion Gesunde Kindheit“ in Höhe von 5,8 bis 6 Millionen Euro⁶³.

Daraus folgt, dass die einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen und die auf deren Grundlage eingeleiteten Maßnahmen mit Blick auf das zweite Ziel „Identifizierung zu-

58 DIJuF-Rechtsgutachten vom 05.03.2008 – J 6.140 My, in: JAmt 2010, S. 137-144

59 Meysen, Gut gemeint – na ja, zum Teil, Editorial zu JAmt Heft 3/2010, S. IV

60 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Bericht der Landesregierung über die Umsetzung, die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz (LKindSchuG) festgelegten Maßnahmen, Mainz 2011, S. 25

61 Wabnitz a. a. O. in ZKJ 2010, S. 49, 50, sowie Wabnitz, Verflechtung des Kinderschutzgesetzes mit den Länderregelungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Probleme in der Umsetzung, in: Arbeitsgruppe Fachtagungen im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.), Vom Willkommensbesuch zum verpflichtenden Hausbesuch. Veränderte Auftragslage für die Jugendhilfe (durch das Kinderschutzgesetz)?, Berlin 2009, S. 75-85

62 Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Landesjugendamt, UTeilnahmeDatVO. Datenauswertung 02/2010 bis 10/2010, Münster 2010, S. 20

63 Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Zwischenbericht „Gesunde Kindheit“. Modul 2: Gesundheitsökonomie: Prüfung der Steigerung von Teilnahmequoten unter Berücksichtigung einer Kosten-Nutzen-Relation der Verfahrensbeteiligten, Frankfurt am Main 2011, S. 29

sätzlicher Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung“ schon nicht geeignet und deshalb verfassungswidrig sind.

6. Erforderlichkeit der Grundrechtseingriffe?

Der Einsatz eines bestimmten Mittels ist erforderlich, wenn der Gesetzgeber nicht ein anderes, gleich wirksames, aber das Grundrecht nicht oder weniger fühlbar begrenzendes Mittel hätte wählen können⁶⁴. Mit anderen Worten: dieses Gebot ist verletzt, wenn die hier in Rede stehenden beiden Ziele der staatlichen Regelungen und Maßnahmen durch andere, gleich wirksame Mittel erreicht werden könnten⁶⁵.

Mit Blick auf das erste Ziel der Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an den Untersuchungen hat der VerFGH RP⁶⁶ ausführlich dargelegt und begründet, dass andere, in der Vergangenheit durchgeführte Programme nicht dazu geführt hätten, die Teilnahmequoten zu steigern, etwa die seitens der Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung⁶⁷ geförderten Maßnahmen. Ähnliches dürfte auch für das Land Nordrhein-Westfalen gelten. Von daher sind die gesetzlichen Regelungen in Nordrhein-Westfalen mit Blick auf das Ziel: Steigerung der Teilnahmehäufigkeit als erforderlich anzusehen, zumal in Nordrhein-Westfalen (wie in Rheinland-Pfalz), aber anders als in anderen Bundesländern, darauf verzichtet worden ist, Eltern zwingend zur Teilnahme zu verpflichten – was m. E. verfassungsrechtlich problematisch ist. Demgegenüber stellen die Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen jedenfalls auch ein milderes Mittel dar.

Anders ist dies jedoch mit Blick auf das zweite Gesetzesziel der Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung aufgrund der Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe als Träger der Jugendämter durch die Zentrale Stelle. Dieses Ziel hätte z. B. auch mit einer zusätzlichen Förderung der Personalausstattung im Allgemeinen Sozialen Dienst in den Jugendämtern erreicht werden können, wenn man dafür die finanziellen Aufwendungen für die „Aktion Gesunde Kindheit“ in Höhe von 5,8 bis 6 Millionen Euro zugunsten einer entsprechenden finanziellen Förderung von Seiten des Landes einsetzen würde. Dadurch hätten die hier in Rede stehenden Grundrechtseingriffe vermieden werden können, die insoweit als nicht erforderlich und auch von daher als verfassungswidrig zu bewerten sind.

64 Hofmann in: Schmidt-Bleibtreu u. a., Art. 20 Rz. 73, auch unter Hinweis auf BVerfGE 30, 292, 316; 63, 88, 115; 70, 1, 26; 70, 278, 286; 79, 256, 270; 81, 156, 192; 90, 145, 172; 92, 262, 273.

65 Vgl. Jarass/Pieroth, Art. 20 Rz. 85.

66 A. a. O. S. 146.

67 A. a. O. unter Verweis auch auf die Stellungnahmen der Bundesregierung vom 21.11.2006 und 21.03.2007, Bundesrats-Drucksache 865/06, S. 3, 5, 240/07, S. 3).

7. Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe (im engeren Sinne)?

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (im engeren Sinne) – auch als Proportionalität⁶⁸ oder Übermaßverbot bezeichnet – gebietet, dass bei staatlichen Maßnahmen ein angemessenes Zweck-Mittel-Verhältnis gewahrt werden muss. Das gewählte, ggf. durchaus geeignete und erforderliche, Mittel darf nicht außer Verhältnis zur Bedeutung der Sache stehen: man darf, bildlich gesprochen, „nicht mit Kanonen auf Spatzen schießen, selbst wenn dies das einzige geeignete und erforderliche Mittel zur Vertreibung der Spatzen ist!“⁶⁹ Dabei ist eine Güterabwägung geboten zwischen der Schwere des Eingriffs und der Dringlichkeit der ihn rechtfertigenden Gründe⁷⁰ bzw. zwischen den Nachteilen für die Betroffenen einerseits und den Vorteilen für das Gemeinwohl andererseits⁷¹. Zunächst ist für beide Seiten festzustellen, welche Belange betroffen und wie diese rechtlich zu bewerten sind⁷². Dabei ist hier wiederum zwischen den beiden gesetzlichen Zielsetzungen „Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an den Früherkennungsuntersuchungen“ und „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung“ zu unterscheiden.

Die Auswirkungen auf die betroffenen Personensorgeberechtigten mit dem Ziel der Steigerung der Teilnahmehäufigkeit sind die Folgenden. Sowohl von den Meldebehörden als auch von den Ärzten werden persönliche Daten an die Zentrale Stelle gemeldet. Dort erfolgt mit Blick auf alle (!) Kinder der Datenabgleich. Sodann werden die Personensorgeberechtigten mit deren Kindern ggf. „eingeladen“, an den Untersuchungen teilzunehmen, obwohl sie dies eventuell gar nicht wünschen. Diese Auswirkungen können allerdings nicht als sehr erhebliche Grundrechtseingriffe bewertet werden, da die Teilnahme an den Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen nicht verpflichtend ist und nicht erzwungen werden kann, wenn aufgrund des Einladungswesens auch durchaus eine nachhaltige Einflussnahme auf die Willensentscheidung der Eltern ausgeübt wird⁷³. Demgegenüber könnte der konkrete „Gemeinwohlgewinn“ darin bestehen, dass es im Sinne der ersten Zielsetzung zu einer deutlichen Steigerung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen und damit zu einer potentiell besseren gesundheitlichen Entwicklung von Kindern aufgrund der gesetzlichen Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen kommt. Nach den Ergebnissen der Evaluierung durch das ISS/Modul 1 sowie der Vorabauswertung aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen vom 13.09.2011 (und auch der Ergebnisse für Rheinland-Pfalz) ist es zu einer nicht unwesentlichen Steigerung der Teilnahmequoten aufgrund der gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen gekommen sein, so dass die diesem Verfahren zugrunde liegenden Regelungen als verhältnismäßig und damit verfassungsgemäß zu bewerten sind.

68 Jarass/Pieroth, Art. 20, Rz. 86.

69 So anschaulich: Maurer, Staatsrecht I, § 8, Rz 55-57.

70 VerfGH RP a. a. O. S. 147.

71 Sommermann in: v. Mangoldt/Klein/Starck, Art. 20, Rz. 314.

72 Vosskuhle, Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, in: Juristische Schulung 2007, S. 429, 430.

73 Vgl. Urteilsanmerkung zu VerfGH RP a. a. O. in: JAmt 2010, S. 149, 150 (LS): sogar „faktische Verpflichtung“, wollen sich Eltern „nicht diesen staatlichen Kontrollmaßnahmen aussetzen“!

Die Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen auf die betroffenen Personensorgeberechtigten mit dem zweiten Ziel der „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung“ sind demgegenüber die Folgenden. Von Seiten der Zentralen Stelle werden die Jugendämter im Falle der Nichtteilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, und zwar ausnahmslos(!), darüber unterrichtet, dass bestimmte Personensorgeberechtigte ihre Kinder nicht zu den Früherkennungsuntersuchungen gebracht haben, so dass sich diese aufgrund der dann ggf. erfolgenden Kontaktaufnahmen durch das Jugendamt als potentielle „Kinderschänder“ stigmatisiert fühlen könnten! Dass ggf. alle hier relevanten Personensorgeberechtigten als Grundrechtsträger davon betroffen sind, ist bei der Güterabwägung nach der Rechtsprechung des BVerfG von zusätzlicher Relevanz!⁷⁴ Insgesamt handelt es sich jedenfalls um eine erhebliche Intensität konkreten Betroffenseins!

Der konkrete „Gemeinwohlgewinn“ dieser Regelungen und Maßnahmen könnte darin bestehen, dass es im Sinne der zweiten Zielsetzung zu einer zumindest nicht unerheblichen Zahl von zusätzlich identifizierten Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung aufgrund der Mitteilungen der Zentralen Stelle an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe käme. In Nordrhein-Westfalen ist dies jedoch nicht der Fall – bei einem minimalen Fallvolumen von hochgerechnet jährlich 11,1 (!) zusätzlichen Verdachtsfällen im Verhältnis zu einer fünfstelligen Zahl von Unterrichtungen durch die Zentrale Stelle. Dass dies als ganz offensichtlich unverhältnismäßig bewertet werden muss, liegt auf der Hand, zumal dafür ca. 6 Mio € an finanziellen Mitteln aufgewandt worden sind, pro Fall rechnerisch im Durchschnitt ca. 500.000 €! Die gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen sind deshalb auch als unverhältnismäßig (im engeren Sinne) und damit insgesamt als verfassungswidrig zu bewerten.

8. Ergebnis

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen ist mit Blick auf die betroffenen Kinder und Personensorgeberechtigten der Schutzbereich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung eröffnet, und es wird aufgrund der entsprechenden Regelungen in dieses eingegriffen. Diese Grundrechtseingriffe müssten gerechtfertigt, insbesondere auch geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sein. Dabei ist zwischen den beiden gesetzlichen Zielsetzungen „Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an den Früherkennungsuntersuchungen“ und „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung“ zu unterscheiden.

Mit Blick auf das erste Ziel „Steigerung der Teilnahmehäufigkeit“ können die Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit (im engeren Sinne) der in Rede stehenden Regelungen und Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse der Evaluation durch das ISS (Modul 1) sowie der Vorabauswertung aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen vom 13.09.2011 bejaht werden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Untersuchungen durch das ISS/IGKE (Modul 2 und 3) sowie durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe sind jedoch die einschlägigen Rechtsvorschriften in Nordrhein-Westfalen weder als geeignet, erforderlich

74 BVerfGE 100, 313, 376

noch als verhältnismäßig mit Blick auf das zweite Ziel „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung“ und deshalb als verfassungswidrig anzusehen.

V. Vereinbarkeit mit dem Grundrecht auf Pflege und Erziehung der Kinder?

1. Inhalt und Grenzen des Grundrechts aus Art. 6 Abs. 2 GG

Gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG sind die „Pflege und Erziehung der Kinder“ das „natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“. „Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“ (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG). Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG garantiert⁷⁵ den primären Einfluss der Eltern auf Pflege und Erziehung ihrer Kinder „vor dem Staat“, wenn auch mit den Begrenzungen nach Art. 6 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 GG. Zur Erziehung der Kinder gehören u. a. die Bestimmung der Erziehungsziele und der Erziehungsmittel⁷⁶ bis hin zu den konkreten erzieherischen Einzelentscheidungen im Alltag und bis hin zu solchen über medizinische Fragen und über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (vgl. §§ 1626, 1631 ff BGB).

Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG ist zunächst, wie die Mehrzahl der anderen Grundrechte auch, ein klassisches Freiheitsrecht „gegenüber“ dem Staat, das den Schutz der Eltern vor unzulässiger staatlicher Intervention in Fragen von Pflege und Erziehung der Kinder sicherstellen soll. Es vermittelt den Eltern einen „status negativus“, einen ggf. auch gerichtlich durchsetzbaren Abwehranspruch gegen staatliche Eingriffe, soweit sich solche nicht als grundrechtlich gerechtfertigt ausweisen lassen⁷⁷. Zugleich ist Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG Ausdruck der Subsidiarität staatlichen Handelns und Einschreitens⁷⁸, auch wenn Art. 6 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 GG zugleich eine – jedoch nachrangige – Verpflichtung der Allgemeinheit zur Förderung und Unterstützung von (Familien und) Kindern begründen⁷⁹.

Das Erziehungsrecht der Eltern ist allerdings pflichtengebunden⁸⁰. Das Elternrecht „dient“ dem Wohl des Kindes, sein Schutz umfasst die „treuhänderische“ Wahrnehmung der Belange des Kindes⁸¹. Das Kindeswohl ist Grund und Grenze des Elternrechts; es ist Richtschnur des die Elternverantwortung ausformenden Gesetzgebers und leitet die Auslegung und Anwendung des Gesetzes im Einzelfall⁸². Auch in anderen Entscheidungen hat das BVerfG immer wieder betont, dass das Recht zur Pflege und Erziehung der Kinder zugleich die Pflicht zu dieser Tätigkeit mit umfasst. Die Verknüpfung von Rechten und Pflichten unter-

75 So Maunz-Dürig in: Maunz-Dürig Art. 6 II. Rz. 107

76 Vgl. Becker S. 82

77 BVerfG E 4, 52, 57; 7, 320, 323; 24, 119, 138; 31, 194, 204 f; 56, 363, 381; vgl. auch Bonner Kommentar/Jestaedt Art. 6 Abs. 2 und 3, Rdnr. 9

78 BVerfG E 56, 363, 385; von Mangoldt/Robbers Art. 6 Abs. 2 Rdnr. 210; Maunz-Dürig a. a. O., Rz. 109: „Subsidiäre Rolle des Wächters“.

79 von Mangoldt/Robbers a.a.O. Rdnr. 219

80 Wabnitz, Rechtsansprüche 2005, S. 45 f

81 BVerfG E 59, 360, 377, E 61, 358, 372, E 64, 180, 189

82 BVerfG E 24, 119, 143

scheidet das Elternrecht in Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG von allen anderen Grundrechten; hierbei ist die Pflicht nicht lediglich eine das Recht begrenzende Schranke, sondern ein wesensbestimmender Bestandteil dieses Elternrechts, das insoweit treffender als „Elternverantwortung“ bezeichnet werden kann⁸³. In der Beziehung zum Kind muss dessen Wohl die oberste Richtschnur der elterlichen Pflege und Erziehung sein. Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG statuiert – so ausdrücklich das BVerfG – Grundrecht und Grundpflicht zugleich: „Man kann das Elternrecht daher ein fiduziarisches Recht, ein dienendes Grundrecht, eine im echten Sinne anvertraute treuhänderische Freiheit“ (nennen)⁸⁴.

2. Elternrechte und Kinderrechte nach dem Grundgesetz und der Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen

Daran anknüpfend stellt sich die Anschlussfrage: wird das („treuhänderische“) Elterngrundrecht nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG weiter relativiert durch neuere Entwicklungen im Landesverfassungsrecht Nordrhein-Westfalen und in der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BVerfG?

Art. 6 Abs. 1 und 2 Verf („Kinder und Jugendliche“) hat im Jahre 2002 folgende Fassung⁸⁵ erhalten:

„(1) Jedes Kind hat ein Recht auf Achtung seiner Würde als eigenständige Persönlichkeit und auf besonderen Schutz von Staat und Gesellschaft.

„(2) Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Entwicklung und Entfaltung ihrer Persönlichkeit, auf gewaltfreie Erziehung und den Schutz vor Gewalt, Vernachlässigung und Ausbeutung. Staat und Gesellschaft schützen sie vor Gefahren für ihr körperliches, geistiges und seelisches Wohl. Sie achten und sichern ihre Rechte, tragen für altersgerechte Lebensbedingungen Sorge und fördern sie nach ihren Anlagen und Fähigkeiten.“

Der Rechtscharakter der Art. 5 ff Verf – und auch von Art 6 Verf – ist allerdings umstritten. Teilweise wird den Normen – („entgegen ihrem Wortlaut: keine einklagbaren Leistungsrechte!“) – der Charakter „lediglich von objektiv-rechtlichen Staatszielbestimmungen“ zugesprochen⁸⁶. Der Begriff „Kinderrechte“ enthalte keine subjektiven Rechte der Kinder und Jugendlichen selbst und „keinesfalls familienrechtliche Leistungs- oder gar Zahlungsansprüche, sondern landesverfassungsrechtlich vorgegebene Zielsetzungen, genuine Landesaufgabe(n) und „eigenständige Garantien ... als ... Beitrag zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention“⁸⁷. Andere Autoren erblicken in den Art. 5 ff Verf „grundrechtsgleiche Rechte“, auch wenn es an einem Rechtsbehelf zur Geltendmachung derselben fehle⁸⁸.

83 BVerfG E 24, 119, 143.

84 BVerfG E 61, 358, 372.

85 Art. 6 geändert durch Gesetz v. 29.1.2002 (GV. NRW.S.52), in Kraft getreten am 20. Februar 2002.

86 Dietlein/Burgi/Hellermann, S. 23, Rz. 53.

87 So Müller-Terpitz in Löwer-Tettinger, Art. 6 Rz. 7 unter Hinweis auch auf die einschlägigen Materialien (Landtagsdrucksache 13/472, S. 6) sowie darauf, dass der Gesetzgeber „mit einer für Landesverfassungsnormen ungewöhnlichen Ge-

Im Ergebnis zeichnet Art. 6 Verf m. E. lediglich die sich aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 und Art. 6 Abs. 2 GG ergebenden Grenzen der elterlichen Erziehungsverantwortung nach und kann schon vor dem Hintergrund von Art. 31 GG nur im Rahmen von Art. 6 Abs. 2 Satz 1 und 2 GG, keinesfalls jedoch im Widerspruch dazu, Geltung beanspruchen. Sollten Art. 6 Verf subjektive Rechte zugebilligt werden, wären sie auf legislative Konkretisierung und Ausgestaltung angewiesen⁸⁹. Jedenfalls wird das Elterngrundrecht nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG nicht aufgrund von Art. 6 Verf relativiert.

In einer Aufsehen erregenden Entscheidung aus dem Jahre 2008 hat allerdings das BVerfG⁹⁰ im Rahmen eines Urteils zu Umgangsrechten nach § 1684 BGB festgestellt, dass mit den Rechten und Pflichten der Eltern nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG auch ein Recht des Kindes auf Pflege und Erziehung korrespondiere: das Kind habe einen (subjektiven) „Anspruch darauf, dass zuvörderst seine Eltern Sorge für es tragen, und ein Recht darauf, dass seine Eltern der mit ihrem Elternrecht untrennbar verbundenen Pflicht auch nachkommen. Dieses Recht des Kindes ... wird damit von Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG geschützt“⁹¹. Diese Entscheidung ist aus dogmatischen Gründen teilweise heftig kritisiert⁹² worden, weil ein solches „Kinderrecht“ erst im Jahre 2008 („so lange unentdeckt“) nach „mehr als 120 Bänden engmaschiger Judikatur ... ausfindig gemacht“ worden sei und es sich um einen „missratenen Versuch der Verfassungsergänzung“ handle; statt dessen hätte der dafür vorgesehene Weg der Verfassungsänderung beschritten werden müssen, wie dies seit zwei Jahrzehnten auch vielfach gefordert wird („Kinderrechte ins Grundgesetz“)⁹³.

Wie auch immer: das BVerfG hat in der genannten Entscheidung an späterer Stelle selbst darauf hingewiesen, dass das Recht des Kindes auf Pflege und Erziehung durch seine Eltern der „gesetzlichen Ausgestaltung“⁹⁴ bedarf, insbesondere durch die Regelungen über das Eltern-Kind-Verhältnis in den §§ 1626 ff BGB sowie ergänzend im SGB VIII. Im Ergebnis wird das Elterngrundrecht nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG auch durch damit korrespondierende Rechte des Kindes nicht unmittelbar relativiert, wenn auch – folgt man dem BVerfG insoweit – ergänzt, wobei der Gesetzgeber die konkreten Ausgestaltungen vorzunehmen hat. Im Folgenden wird deshalb weiterhin auf das Grundrecht der Eltern auf Pflege und Erziehung der Kinder abgestellt und werden zugleich damit ggf. korrespondierende, aber nicht prinzipiell entgegengesetzte Rechte des Kindes „mit bedacht“.

schwätzigkeit und Redundanz grundrechtliche Verbürgungen neben objektiv-rechtliche Schutzpflichten und Staatszielbestimmungen gestellt“ habe (!); Art 5-6, Rz 1,2.

88 Menzel in: Löwer/Tettinger, Vorbemerkungen zum Zweiten Teil, Rz. 2.

89 Vgl. Müller-Terpitz a. a. O. Rz 11.

90 BVerfG E 121, 69, 70, hier zitiert nach FamRZ 2008, S. 845-853.

91 A. a. O. S. 848.

92 Jestaedt, Elternrecht als Kindesrecht? – Jugendhilferecht am verfassungsrechtlichen Scheideweg, in: JAmt/ZKJ Sonderheft 2010, S. 32, 34-36.

93 Vgl. zu dieser Diskussion z. B. Wabnitz, Vom KJHG zum Kinderförderungsgesetz, 2009, S. 178-183.

94 A. a. O. S. 849.

3. Eröffnung des Schutzbereichs der Verfassungsnorm und Eingriff in das Grundrecht

Aufgrund der Weitergabe der in Rede stehenden personenbezogenen Daten von Meldebehörden, Ärztinnen und Ärzten an die Zentrale Stelle, des „Einladungswesens“ und aufgrund der ausnahmslosen (!) Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist mit Blick auf die betroffenen Personensorgeberechtigten der Schutzbereich des Grundrechts auf Pflege und Erziehung der Kinder nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG eröffnet, und es wird aufgrund der entsprechenden Regelungen in dieses eingegriffen. Entsprechendes gilt im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG (siehe soeben) mit Blick auf Rechte von Kindern.

4. Rechtfertigung der Grundrechtseingriffe

Eine Einwilligung der Betroffenen liegt regelmäßig nicht vor. Deshalb ist auch hier zu prüfen, ob die Grundrechtseingriffe gerechtfertigt sind, weil sie verfassungsrechtlich legitime Ziele verfolgen und damit überwiegenden Interessen der Allgemeinheit dienen. Dabei ist auch im Folgenden zwischen den beiden Zielen: „Steigerung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U 5 bis U 9“ und: „Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung durch Identifizierung von zusätzlichen Verdachtsfällen aufgrund der Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe und damit der Jugendämter“ zu unterscheiden. Wie bereits oben (IV. 3.) im Zusammenhang mit dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung ausführlich begründet, verfolgen die in Rede stehenden Vorschriften des Landesrechts mit Blick auf beide Aspekte legitime verfassungsrechtliche Ziele und dienen damit überwiegenden Interessen der Allgemeinheit.

Dementsprechend ist auch hier des Weiteren zu prüfen, ob die Eingriffe in die Rechte nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG auch geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sind. In grundsätzlicher Hinsicht kann dazu auf Teil IV. 4. sowie wegen der Ausführungen zur Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Regelungen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen weitestgehend auf IV. 5. bis 8. verwiesen werden. Die dort getroffenen Aussagen gelten auch mit Blick auf die Eingriffe in die Rechte nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG (dazu sogleich V. 5. bis 8.)

5. Geeignetheit der Grundrechtseingriffe?

Die Geeignetheit der gesetzlichen Regelungen in Nordrhein-Westfalen in dem Sinne, als dass dadurch das angestrebte Ziel erreicht werden bzw. dass der gewünschte Erfolg gefördert werden kann⁹⁵ („Möglichkeit der Zweckerreichung“⁹⁶), ist mit Blick auf das erste Ziel „Steigerung der Teilnahmehäufigkeit“ aufgrund der Ergebnisse der Evaluation durch das ISS

95 Jarass/Pieroth, Art. 20, Rz. 84.

96 BVerfG E 67, 157, 175; 116, 202, 224.

(Modul 1) sowie der Vorabauswertung aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen vom 13.09.2011 zu bejahen (vgl. IV. 5.).

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen (IV. 5.) ist dies jedoch nicht so mit Blick auf das zweite Ziel „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung“. Die entsprechenden Regelungen sind insoweit nicht geeignet und schon aus diesem Grund verfassungswidrig.

6. Erforderlichkeit der Grundrechtseingriffe?

Wie mit Blick auf die Eingriffe in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung (siehe oben IV. 6.) sind auch hier die gesetzlichen Regelungen in Nordrhein-Westfalen als mit Blick auf das erste Ziel: Steigerung der Teilnahmehäufigkeit als erforderlich anzusehen.

Aufgrund der Unterrichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe als Träger der Jugendämter durch die Zentrale Stelle sind in Nordrhein-Westfalen Hessen innerhalb eines Jahres, wie dargestellt (siehe IV. 6.), rechnerisch lediglich ca. 11 zusätzliche „relevante“ Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung identifiziert worden. Dieses Ergebnis hätte z. B. auch mit einer zusätzlichen Personalausstattung im Allgemeinen Sozialen Dienst in einzelnen Jugendämtern, ggf. mit einer entsprechenden finanziellen Förderung von Seiten des Landes, erreicht werden können. Dadurch hätten die in Rede stehenden Grundrechtseingriffe vermieden werden können. Die gesetzlichen Eingriffe sind mithin nicht erforderlich und die ihnen zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen deshalb auch aus diesem Grunde verfassungswidrig.

7. Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe (im engeren Sinne)?

Es wird verwiesen auf Teil IV. 7. zur Frage der Verhältnismäßigkeit (im engeren Sinne). Auch hier könnte der konkrete „Gemeinwohlgewinn“ darin bestehen, dass es im Sinne der ersten Zielsetzung zu einer deutlichen Steigerung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen und damit zu einer potentiell besseren gesundheitlichen Entwicklung von Kindern aufgrund der gesetzlichen Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen kommt. Dies kann aufgrund der nunmehr vorliegenden Ergebnisse der Evaluierung durch das ISS/Modul 1 sowie der Vorabauswertung aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen vom 13.09.2011 bejaht werden, so dass die entsprechenden gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen als verhältnismäßig und verfassungskonform zu bewerten sind.

Die Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen auf die betroffenen Personensorgeberechtigten mit dem zweiten Ziel „Identifizierung zusätzlicher Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung“ sind, wie dargestellt (siehe oben IV. 7.), erheblich, bis hin zu möglichen Stigmatisierungsfolgen! Der konkrete „Gemeinwohlgewinn“ der Regelungen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen ist jedoch minimal, da in Nordrhein-Westfalen, ganz ähnlich wie seinerzeit in Hessen, im Zeitraum von einem Jahr ein Fallvolumen von gerade einmal ca. 11 zusätzlichen Verdachtsfällen im Verhältnis zu einer fünfstelligen Zahl von Meldungen an die Jugendämter zu verzeichnen war. Dies haben die Untersuchungsergebnisse durch das

ISS/IGKE Modul 3 sowie den Landschaftsverband Westfalen-Lippe ergeben, die zugleich gezeigt haben, dass damit ein rechnerischer Mittelaufwand von ca. 500.000 € pro Fall verbunden war. Die entsprechenden gesetzlichen Regelungen und Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen sind deshalb auch insoweit als unverhältnismäßig und verfassungswidrig zu bewerten.

8. Ergebnis

Auch insoweit gelten die Ausführungen unter IV. 8. entsprechend.

Anhang: Einschlägige Rechtsvorschriften des Landes Nordrhein-Westfalen

Im Folgenden werden die für diese Untersuchung herangezogenen Rechtsvorschriften des Landes Nordrhein-Westfalen (zumeist auszugsweise) im Wortlaut wiedergegeben (Quelle: recht.nrw.de, herausgegeben vom Innenministerium Nordrhein-Westfalen).

- 1. Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen** vom 28.06.1950, GV. NRW 1950 S. 127/GS. NRW. S. 3, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.06.2004 (GV. NRW S. 360), in Kraft getreten am 01.07.2004

...

Zweiter Teil

Von den Grundrechten und der Ordnung des Gemeinschaftslebens

Erster Abschnitt – Von den Grundrechten

Artikel 4

(1) Die im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der Fassung vom 23. Mai 1949 festgelegten Grundrechte und staatsbürgerlichen Rechte sind Bestandteil dieser Verfassung und unmittelbar geltendes Landesrecht.

(2) Jeder hat Anspruch auf Schutz seiner personenbezogenen Daten. Eingriffe sind nur in überwiegendem Interesseder Allgemeinheit auf Grund eines Gesetzes zulässig.

Zweiter Abschnitt – Die Familie

Artikel 5

(1) Ehe und Familie werden als die Grundlagen der menschlichen Gesellschaft anerkannt. Sie stehen unter dem besonderen Schutz des Landes. Die Mutterschaft und die kinderreiche Familie haben Anspruch auf besondere Fürsorge.

(2) Familien- und Erwerbsarbeit sind gleichwertig. Frauen und Männer sind entsprechend ihrer Entscheidung an Familien- und Erwerbsarbeit gleichberechtigt beteiligt.

Artikel 6 Kinder und Jugendliche

(Hinweis: Art. 6 geändert durch Gesetz vom 29.01.2002 ([GV. NRW S.52](#)), in Kraft getreten am 20.02.2002)

(1) Jedes Kind hat ein Recht auf Achtung seiner Würde als eigenständige Persönlichkeit und auf besonderen Schutz von Staat und Gesellschaft.

(2) Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Entwicklung und Entfaltung ihrer Persönlichkeit, auf gewaltfreie Erziehung und den Schutz vor Gewalt, Vernachlässigung und Ausbeutung. Staat und Gesellschaft schützen sie vor Gefahren für ihr körperliches, geistiges und seelisches Wohl. Sie achten und sichern ihre Rechte, tragen für altersgerechte Lebensbedingungen Sorge und fördern sie nach ihren Anlagen und Fähigkeiten.

(3) Allen Jugendlichen ist die umfassende Möglichkeit zur Berufsausbildung und Berufsausübung zu sichern.

(4) Das Mitwirkungsrecht der Kirchen und Religionsgemeinschaften sowie der Verbände der freien Wohlfahrtspflege in den Angelegenheiten der Familienförderung, der Kinder- und Jugendhilfe bleibt gewährleistet und ist zu fördern.

Dritter Teil

Von den Organen und Aufgaben des Landes

Dritter Abschnitt – Die Gesetzgebung

Artikel 70

Die Ermächtigung zum Erlaß einer Rechtsverordnung kann nur durch Gesetz erteilt werden. Das Gesetz muß Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung bestimmen. In der Verordnung ist die Rechtsgrundlage anzugeben. Ist durch Gesetz vorgesehen, daß eine Ermächtigung weiterübertragen werden kann, so bedarf es zu ihrer Übertragung einer Rechtsverordnung

2. Meldegesetz NRW – MG NRW in der Fassung der Bekanntmachung vom 16.09.1997, GV. NRW 1997 S. 332; ber. S. 386, 03.07.2001 ([GV. NRW. S. 456](#)); Artikel 1 des Gesetzes vom 05.04.2005 (GV. NRW S. 263), in Kraft getreten am 23.04.2005; Artikel 11 des Gesetzes vom 08.12.2009 ([GV. NRW. S. 765](#)), in Kraft getreten am 16.12.2009.

§ 2 Aufgaben und Befugnisse der Meldebehörden

(1) Die Meldebehörden haben die in ihrem Zuständigkeitsbereich wohnhaften Einwohner zu registrieren, um deren Identität und Wohnungen feststellen und nachweisen zu können. Sie erteilen Melderegisterauskünfte, wirken bei der Durchführung von Aufgaben anderer Behörden oder sonstiger öffentlicher Stellen mit und übermitteln Daten. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben führen die Meldebehörden Melderegister. Diese enthalten Daten, die von den Einwohnern erhoben, von Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen übermittelt oder sonst amtlich bekannt werden.

(2) Die Meldebehörden dürfen personenbezogene Daten, die im Melderegister gespeichert werden, nur nach Maßgabe dieses Gesetzes oder sonstiger besonderer Rechtsvorschriften verarbeiten. Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, gilt hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten das Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen; § 24 des Ordnungsbehördengesetzes Nordrhein-Westfalen findet keine Anwendung.

(3) ...

§ 3 Speicherung von Daten

1) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben, speichern die Meldebehörden folgende Daten des Einwohners einschließlich der zum Nachweis ihrer Richtigkeit erforderlichen Hinweise im Melderegister:

1. Familiennamen,
2. frühere Namen,
3. Vornamen,
4. Doktorgrad,
5. Ordensnamen, Künstlernamen,
6. Tag und Ort der Geburt,
7. Geschlecht,
8. bis 19 ...

(2) Über die in Absatz 1 genannten Daten hinaus speichern die Meldebehörden im Melderegister oder ...

§ 31 Datenübermittlung an andere Behörden oder sonstige öffentliche Stellen; Datenweitergabe

(1) Die Meldebehörde darf einer anderen Behörde oder sonstigen öffentlichen Stelle im Inland aus dem Melderegister folgende Daten übermitteln, soweit dies zur Erfüllung von in ihrer Zuständigkeit oder in der Zuständigkeit des Empfängers liegenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Familiennamen,
2. frühere Namen,
3. Vornamen,
4. Doktorgrad,
5. Ordensnamen, Künstlernamen,
6. Tag und Ort der Geburt,
7. Geschlecht,

8. gesetzlicher Vertreter (Vor- und Familiennamen, Doktorgrad, Anschrift, Tag der Geburt, Sterbetag),
9. Staatsangehörigkeiten einschließlich der nach § 3 Abs. 2 Nr. 4 gespeicherten Daten,
10. gegenwärtige und frühere Anschriften, Haupt- und Nebenwohnung, bei Zuzug aus dem Ausland auch die letzte frühere Anschrift im Inland,
11. Tag des Ein- und Auszugs,
12. Familienstand, bei Verheirateten oder Lebenspartnern zusätzlich Tag und Ort der Eheschließung oder der Begründung der Lebenspartnerschaft,
13. Übermittlungssperren sowie
14. Sterbetag und -ort.

...

(1a) ...

(2) ...

...

5) Das Innenministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die regelmäßige Übermittlung der in den Absätzen 1 und 2 sowie der in § 3 Abs. 2 Nr. 7 genannten Daten zuzulassen, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Es hat hierbei Anlaß und Zweck der Übermittlung, die Datenempfänger, die zu übermittelnden Daten, ihre Form sowie das Nähere über das Verfahren der Übermittlung festzulegen. Soweit die Kreise Aufgaben wahrnehmen, die auch die kreisfreien Städte zu erfüllen haben, dürfen die Meldebehörden der kreisangehörigen Gemeinden unter den in Absatz 2 und Absatz 1 genannten Voraussetzungen dem Kreis die in § 34 Abs. 1 aufgeführten Daten regelmäßig übermitteln.

3. Heilberufsgesetz (HeilBerG) vom 09.05.2000 (GV. NRW 2000 S. 403), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20.11.2007 (GV. NRW S. 572), in Kraft getreten am 07.12.2007 sowie durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17.12.2009 (GV. NRW. S. 863), in Kraft getreten am 28.12.2009.

§ 32 a

(Hinweis: §§ 5a, 6a, 32a, 40 und 58a eingefügt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20.11.2007 (GV. NRW S 572), in Kraft getreten am 07.12.2007)

Ärztinnen und Ärzte, die bei Kindern im Alter von einem halben bis zu fünfzehn Jahren eine Früherkennungsuntersuchung gemäß § 26 des Fünften Sozialgesetzbuches durchgeführt haben, übermitteln der Zentralen Stelle nach erfolgter Untersuchung folgende Daten:

1. Vor- und Familienname, ggf. frühere Namen des Kindes,
2. Datum und Ort der Geburt,
3. Geschlecht,

4. gegenwärtige Anschrift des Kindes,
5. Datum und Bezeichnung der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung.

Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldungen und zum Datenabgleich einschließlich des Verfahrens nach § 31 Abs. 5 Meldegesetz NRW regeln das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium und das Innenministerium durch Rechtsverordnung.

4. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW vom 25.11.1997 (GV. NRW 1997 S. 430), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20.11.2007 (GV. NRW S. 572), in Kraft getreten am 07. 12.2007, sowie Artikel 1 des Gesetzes vom 08.12.2009 (GV. NRW S. 750), in Kraft getreten am 15.12.2009.

§ 5 Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

(Hinweis: § 27 zuletzt geändert (neu gefasst) durch Artikel 1 des Gesetzes vom 08.12.2009 (GV. NRW S. 750), in Kraft getreten am 15.12.2009)

(1) Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die Kreise, die kreisfreien Städte und das Land.

(2) Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind

1. die Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden
2. die Bezirksregierungen als mittlere Landesgesundheitsbehörden
3. die für das Gesundheitswesen und für Umweltmedizin und Trinkwasser zuständigen Ministerien als oberste Landesbehörden
4. das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
5. das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz.

§ 27 Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit

(1) Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit ist eine Einrichtung im Geschäftsbereich des für Gesundheit und Arbeit zuständigen Ministeriums. Es hat unter anderem die Aufgabe, als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Landesregierung und die unteren Gesundheitsbehörden zu beraten und zu unterstützen.

(2) Im Rahmen dieser Aufgaben obliegen dem Landesinstitut insbesondere ...

(3) Das Landesinstitut ist ferner „Zentrale Stelle“ für das Meldeverfahren über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Die „Zentrale Stelle“ ist befugt, zwecks Durchführung und Sicherstellung eines Erinnerungswesens einen Datenabgleich vorzunehmen und bei fehlendem Teilnahmenachweis die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Abwendung von möglichen Gefährdungen des Kindeswohls zu unterrichten. Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldungen an die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe wird im

Einvernehmen mit dem für Jugendhilfe zuständigen Ministerium in der Rechtsverordnung nach § 32 a Heilberufsgesetz NRW geregelt.

5. Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen / U-Untersuchungen

(U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO – **UTeilnahmeDatVO**) vom 10.09.2008 (GV. NRW S. 609, in Kraft getreten am 13.09.2008), geändert durch VO vom 13.07.2010 (GV. NRW S. 412), in Kraft getreten am 24.07.2010.

Aufgrund des § 32a des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) vom 09.05.2000 (GV. NRW S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20.11.2007 (GV. NRW S. 572) in Verbindung mit § 31 Abs. 5 Satz 1 und 2 des Meldegesetzes NRW in der Fassung der Bekanntmachung vom 16.09.1997 (GV. NRW S. 332, ber. S. 386), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 05.04.2005 (GV. NRW S. 263), wird im Einvernehmen mit dem Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Integration verordnet:

§ 1 Datenübermittlung durch die Meldebehörden

(1) Zum Zweck der Feststellung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U5 bis U9) melden die Meldebehörden der in § 3 genannten Zentralen Stelle bis zum 31.01.2011 die nachstehenden Daten aller Kinder, die zum Stichtag 01.01.2011 nicht älter als 66 Monate sind und mit alleiniger Wohnung oder Hauptwohnung im Melderegister registriert sind:

1. Familiennamen – Datenblätter 0101, 0102
2. Vornamen – Datenblätter 0301, 0302
3. Tag und Ort der Geburt – Datenblätter 0601 bis 0603
4. Geschlecht – Datenblatt 0701
5. gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Anschrift) – Datenblätter 0901 bis 0916
6. gegenwärtige und frühere Anschriften – Datenblätter 1201 bis 1206, 1208 bis 1223, 1301 bis 1306, 1310 bis 1313
7. Übermittlungssperren 1801
8. Sterbedatum 1901.

Nach Speicherung einer Geburt sowie für alle Veränderungen übermitteln die Meldebehörden unverzüglich die Daten nach Satz 1. Übermittlungssperren im Sinne dieser Verordnung sind die Auskunftssperren nach § 34 Absatz 6 und 7 Meldegesetz NRW.

(2) Bei Datenübermittlungen nach Absatz 1 sind der Datensatz für das Meldewesen (einheitlicher Bundes-/Länder-Teil – DSMeld), herausgegeben von der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, zugrunde zu legen. Die Übermittlung an die Zentrale Stelle erfolgt grundsätzlich in Form der Datenübertragung im XML-Format unmittelbar oder über Vermittlungsstellen durch Nutzung gesicherter Datenübertragungswege, z. B. über das DOI-Netz oder über Internet unter Zugrundelegung des Übermittlungsprotokolls OSCI Transport

(§ 2 Absatz 4 Satz 2 der Ersten Bundesmeldedatenübermittlungsverordnung in der im elektronischen Bundesanzeiger bekannt gemachten jeweils geltenden Fassung -1. BMeldDÜV-). Sofern die Möglichkeit hierzu eröffnet ist, ist die Satzbeschreibung OSCI XMeld gemäß § 2 Absatz 4 Satz 1 1. BMeldDÜV zugrunde zu legen.

(3) Soweit im Einzelfall eine Datenübertragung nicht verfügbar ist, darf sie mit Zustimmung der Zentralen Stelle durch gesicherte Versendung von Datenträgern erfolgen. Datenträger sind zu löschen, sobald die Daten für den Empfänger zur Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich sind. Entsprechendes gilt für die Anwendung eines anderen Datenformates.

(4) Die Datenübermittlung wird durch die für die Hauptwohnung zuständige Meldebehörde veranlasst.

§ 2 Datenübermittlung durch die Ärztinnen und Ärzte

(1) Ärztinnen und Ärzte, die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 26 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) oder, soweit die Kinder nicht gesetzlich krankenversichert sind, eine vergleichbare Früherkennungsuntersuchung durchgeführt haben, übermitteln der Zentralen Stelle für die in § 1 Abs. 1 genannten Kinder innerhalb von fünf Werktagen die folgenden Daten:

1. Vor- und Familienname, ggf. frühere Namen des Kindes
2. Geburtsdatum
3. ggf. Geschlecht
4. gegenwärtige Anschrift des Kindes
5. Datum und Bezeichnung der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung.

(2) Die Datenübermittlung erfolgt in gesicherter schriftlicher Form oder durch Datenübertragung über gesicherte Datenübertragungswege. Dabei ist das von der Zentralen Stelle zur Verfügung gestellte Erhebungswerkzeug zu nutzen. Sofern die Datenübermittlung über Übertragungswege gewählt ist, ist die Zustimmung des Innenministeriums einzuholen.

§ 3 Zentrale Stelle, Datenabgleich und Einladungswesen

(1) Die in dieser Verordnung beschriebenen Aufgaben der Zentralen Stelle nimmt das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit wahr.

(2) Die Zentrale Stelle ermittelt die Kinder, für die keine Teilnahmemeldung nach § 2 vorliegt. Dazu gleicht sie die nach § 1 und § 2 übermittelten Daten ab.

(3) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist die Zentrale Stelle berechtigt, folgende Daten bei der Meldebehörde automatisiert über ein vom Innenministerium zugelassenes Portal abzurufen:

1. Vor- und Familiennamen
2. Doktorgrad
3. Anschriften

4. Tag und Ort der Geburt

5. Sterbetag und -ort.

Der Abruf ist nur zulässig, wenn die Identität der betroffenen Person zweifelsfrei ist und keine Auskunftssperren nach § 34 Absatz 6 und 7 Meldegesetz NRW vorliegen. Die Verantwortung für die Zulässigkeit des einzelnen Abrufs trägt der Empfänger.

(4) Sofern keine Teilnahmemeldung vorliegt, erinnert die Zentrale Stelle die Personensorgeberechtigten des Kindes über die Anschrift des Kindes spätestens zehn Tage nach Ende des für die Untersuchung festgelegten Toleranzzeitraums daran, die Früherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen. Die betroffenen Personensorgeberechtigten haben einen Auskunftsanspruch gegenüber der Zentralen Stelle über die Meldungen nach § 2 Abs. 1.

(5) Bei Vorliegen gewichtiger medizinischer Gründe kann die Zentrale Stelle die Fristen nach Absatz 4 und § 4 Absatz 1 entsprechend anpassen oder im Einzelfall die Daten eines Kindes aus dem Verfahren nehmen.

6) Die Daten sind spätestens zwei Monate nach dem letztmaligen Datenabgleich zu löschen

§ 4 Unterrichtung der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe

(1) Liegt auch drei Wochen nach Erinnerung für die jeweilige Früherkennungsuntersuchung – bei der U 5 sechs Wochen nach Erinnerung – keine Teilnahmemeldung vor, informiert die Zentrale Stelle den für den Wohnsitz des Kindes zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Hierzu übermittelt sie für diejenigen Kinder, für die keine Mitteilungen vorliegen, die folgenden Daten:

1.Familiennamen

2.FrühereNamen

3.Vornamen

4.Tag und Ort der Geburt

5.Geschlecht

6.gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Anschrift)

7.gegenwärtigeAnschriften

8.Übermittlungssperren

9. Bezeichnung der ausgelassenen Früherkennungsuntersuchung.

(2) Die Übermittlung der Daten erfolgt schriftlich oder durch Datenübertragung in gesicherter Form (z. B. über das DOI-Netz).

(3) Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe entscheidet in eigener Zuständigkeit, ob gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes vorliegen und welche Maßnahmen gegebenenfalls geeignet und notwendig sind. Hierbei können die übermittelten Daten als weiterer Indikator herangezogen werden. Dabei empfiehlt sich die Zusammenarbeit insbesondere mit den Trägern des öffentlichen Gesundheitsdienstes und anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für das Kindeswohl tragen.

(4) Unabhängig von § 31 Absatz 6 Meldegesetz NRW gilt § 3 Absatz 3 für die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe entsprechend.

§ 5 Übergangsregelung

Meldebehörden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung lediglich die Daten der Datenblätter 0101, 0102, 0301, 0302, 0601 bis 0603, 0701, 0901 bis 0909, 0911 bis 0913, 1201 bis 1206, 1208 bis 1212, 1215, 1301, 1306, 1310, 1801 und 1901 ohne frühere Anschriften übermitteln können, dürfen diese eingeschränkte Datenübermittlung bis zum 31.12.2010 weiterführen.

§ 6 Inkrafttreten, Berichtspflicht

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium berichtet der Landesregierung bis zum 31. Dezember 2011 über die Erfahrungen mit dem Meldeverfahren.

6. Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen- DSG NRW – in der Fassung der Bekanntmachung der Neufassung vom 09.06.2000 (GV. NRW S. 542) zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 08.12.2009 (GV. NRW S. 765), in Kraft getreten am 16.12.2009.

...

§ 2 Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz gilt für die Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes, die Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (öffentliche Stellen), soweit diese personenbezogene Daten verarbeiten...

(2) ...

(3) Soweit besondere Rechtsvorschriften auf die Verarbeitung personenbezogener Daten anzuwenden sind, gehen sie den Vorschriften dieses Gesetzes vor.

§ 3 Begriffsbestimmungen

(1) Personenbezogene Daten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (betroffene Person).

(2) Datenverarbeitung ist das Erheben, Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen sowie Nutzen personenbezogener Daten. Im Einzelnen ist

1. Erheben (Erhebung) das Beschaffen von Daten über die betroffene Person,

2. Speichern (Speicherung) das Erfassen, Aufnehmen oder Aufbewahren von Daten auf einem Datenträger zum Zwecke ihrer weiteren Verarbeitung,
 3. Verändern (Veränderung) das inhaltliche Umgestalten gespeicherter Daten,
 4. Übermitteln (Übermittlung) das Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener Daten an einen Dritten in der Weise, dass die Daten durch die verantwortliche Stelle weitergegeben oder zur Einsichtnahme bereitgehalten werden oder dass der Dritte zum Abruf in einem automatisierten Verfahren bereitgehaltene Daten abrufen,
 5. Sperren (Sperrung) das Verhindern weiterer Verarbeitung gespeicherter Daten,
 6. Löschen (Löschung) das Unkenntlichmachen gespeicherter Daten,
 7. Nutzen (Nutzung) jede sonstige Verwendung personenbezogener Daten, ungeachtet der dabei angewendeten Verfahren.
- (3) ... (8)

§ 4 Zulässigkeit der Datenverarbeitung

- (1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist nur zulässig, wenn
- a) dieses Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder
 - b) die betroffene Person eingewilligt hat.

.....

§ 5 Rechte der betroffenen Person

Jeder hat nach Maßgabe dieses Gesetzes ein Recht auf

1. Auskunft, Einsichtnahme (§ 18),
2. Widerspruch aus besonderem Grund (§ 4 Abs. 5),
3. Unterrichtung (§§ 12 Abs. 2, 13 Abs. 2 Satz 2, 16 Abs. 1 Satz 2 und 3),
4. Berichtigung, Sperrung oder Löschung (§ 19),
5. Schadensersatz (§ 20),
6. Anrufung des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (§ 25 Abs. 1),
7. Auskunft aus dem beim zuständigen behördlichen Datenschutzbeauftragten geführten Verzeichnisse (§ 8).

Diese Rechte können auch durch die Einwilligung der betroffenen Person nicht ausgeschlossen oder beschränkt werden.

...

§ 12 Erhebung

- (1) Das Erheben personenbezogener Daten ist nur insoweit zulässig, als ihre Kenntnis zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der erhebenden Stelle erforderlich ist. Durch die Art

und Weise der Erhebung darf das allgemeine Persönlichkeitsrecht der betroffenen Person nicht beeinträchtigt werden. Personenbezogene Daten sind bei der betroffenen Person mit ihrer Kenntnis zu erheben; bei anderen Stellen oder Personen dürfen sie ohne ihre Kenntnis nur unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a und c bis g oder i erhoben werden.

(2) Werden Daten bei der betroffenen Person erhoben, so ist sie über den Verwendungszweck und eine etwaige beabsichtigte Übermittlung aufzuklären. Werden Daten aufgrund einer Rechtsvorschrift erhoben, so ist die betroffene Person in geeigneter Weise über diese aufzuklären. Soweit eine Auskunftspflicht besteht oder die Angaben Voraussetzung für die Gewährung von Rechtsvorteilen sind, ist die betroffene Person hierauf, sonst auf die Freiwilligkeit ihrer Angaben hinzuweisen. Werden Daten ohne Kenntnis der betroffenen Person erstmals erhoben, so ist sie bei Beginn der Speicherung oder im Fall einer vorgesehenen Übermittlung bei der ersten Übermittlung davon zu benachrichtigen, wenn die Erfüllung der Aufgaben dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Satz 4 gilt nicht, wenn die betroffene Person auf andere Weise Kenntnis erhält, die Übermittlung durch Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift ausdrücklich vorgesehen ist oder die Daten für Zwecke von Statistiken, die durch Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift vorgeschrieben sind, verarbeitet werden. Mitzuteilen ist, welche Daten von welcher Stelle zu welchem Zweck auf welcher Rechtsgrundlage erhoben oder an wen sie übermittelt worden sind.

(3) Werden Daten bei einer dritten Person oder einer nicht-öffentlichen Stelle erhoben, so ist diese auf Verlangen über den Verwendungszweck aufzuklären. Soweit eine Auskunftspflicht besteht, ist sie hierauf, sonst auf die Freiwilligkeit ihrer Angaben hinzuweisen.

§ 13 Zweckbindung bei Speicherung, Veränderung und Nutzung

(1) Das Speichern, Verändern und Nutzen personenbezogener Daten ist zulässig, wenn es zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der öffentlichen Stelle erforderlich ist. Die Daten dürfen nur für Zwecke weiterverarbeitet werden, für die sie erhoben worden sind. Daten, von denen die Stelle ohne Erhebung Kenntnis erlangt hat, dürfen nur für Zwecke genutzt werden, für die sie erstmals gespeichert worden sind.

(2) Sollen personenbezogene Daten zu Zwecken weiterverarbeitet werden, für die sie nicht erhoben oder erstmals gespeichert worden sind, ist dies nur zulässig, wenn

a) eine Rechtsvorschrift dies erlaubt oder die Wahrnehmung einer durch Gesetz oder Rechtsverordnung zugewiesenen einzelnen Aufgabe die Verarbeitung dieser Daten zwingend voraussetzt,

b) die betroffene Person eingewilligt hat,

c) ... i)

Die betroffene Person ist außer im Fall des Buchstaben b davon in geeigneter Weise zu unterrichten, sofern nicht die Aufgabenerfüllung wesentlich beeinträchtigt wird. Unterliegen die personenbezogenen Daten einem Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnis und sind sie der verantwortlichen Stelle von der zur Verschwiegenheit verpflichteten Person in Ausübung

ihrer Berufs- oder Amtspflicht übermittelt worden, findet Satz 1 Buchstabe c bis i keine Anwendung.

(3) ...

§ 14 Übermittlung innerhalb des öffentlichen Bereichs

(1) Die Übermittlung personenbezogener Daten an öffentliche Stellen ist zulässig, wenn sie zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der übermittelnden Stelle oder des Empfängers erforderlich ist und die Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 Satz 2 oder Satz 3 oder des Absatzes 2 Satz 1 vorliegen, sowie zur Wahrnehmung von Aufgaben nach § 13 Abs. 3. Die Übermittlung ist ferner zulässig, soweit es zur Entscheidung in einem Verwaltungsverfahren der Beteiligung mehrerer öffentlicher Stellen bedarf.

(2) Die Verantwortung für die Übermittlung trägt die übermittelnde Stelle. Erfolgt die Übermittlung auf Grund eines Ersuchens des Empfängers, hat die übermittelnde Stelle lediglich zu prüfen, ob das Übermittlungsersuchen im Rahmen der Aufgaben des Empfängers liegt. Die Rechtmäßigkeit des Ersuchens prüft sie nur, wenn im Einzelfall hierzu Anlass besteht; der Empfänger hat der übermittelnden Stelle die für diese Prüfung erforderlichen Angaben zu machen. Erfolgt die Übermittlung durch automatisierten Abruf (§ 9), so trägt die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit des Abrufs der Empfänger.

(3) Der Empfänger darf die übermittelten Daten nur für die Zwecke verarbeiten, zu deren Erfüllung sie ihm übermittelt worden sind; § 13 Abs. 2 findet entsprechende Anwendung.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn personenbezogene Daten innerhalb einer öffentlichen Stelle weitergegeben werden.

Literaturverzeichnis

Becker, F., Grundzüge des öffentlichen Rechts, 7. Aufl. München 2000

Deutscher Städtetag/Deutscher Landkreistag/Deutscher Städte- und Gemeindebund, Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei Gefährdung des Kindeswohls, mitgetragen von der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) sowie vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge unterstützt, abgedruckt unter anderem in NDV 2009, S. 263 ff.

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF), Rechtsgutachten vom 05.03.2008 – J 6.140 My, in: JAmt 03/2008, S. 137-144

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF), Rechtsgutachten vom 19.05.2009 – S 1.300 LS, in: JAmt 11/2009, S. 551-552

Dietlein, J./Burgi, M./Hellermann, J., Öffentliches Recht in Nordrhein-Westfalen, München 2009

Fieseler, G./Schleicher, H./Busch, M./Wabnitz, R. J. (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht, Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII (GK-SGB VIII), Neuwied/Kriftel, Stand: 2010

- Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag, Hessisches Kindergesundheitsschutzgesetz: Evaluation durch die Jugendämter, in: JAmt 03/2010, S. 115-117
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit. Modul 1, Frankfurt am Main 2011
- Jarass, H./Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Kommentar, 10. Aufl. München 2009
- Jestaedt, M. Elternrecht als Kindesrecht? – Jugendhilferecht am verfassungsrechtlichen Scheideweg, in: JAmt/ZKJ Sonderheft 2010, S. 32-36
- Katzenstein, H., Literatur und Materialien zu §8a SGB VIII. Ein Überblick, ZKJ 2008, S. 148-153
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm/Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG), Dezember 2010
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zentrale Stelle Gesunde Kindheit, Vorabauswertung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen, Düsseldorf 13.09.2011
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Landesjugendamt, UTeilnahmeDatVO. Datenauswertung 02/2010 bis 10/2010, Münster 2010
- Leyen, U. von der, Wir haben das Niveau des Kinderschutzes in Deutschland spürbar erhöht, BMFSFJ-Pressemitteilung Nr. 428/2009 vom 02.09.2009
- Löwer, W./ Tettinger, P. J., Kommentar zur Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen, Stuttgart u. a. 2002
- Mangoldt, H. von/Klein, F./Starck, C. (Hrsg.), Kommentar zum Grundgesetz, Bd. 1, 5. Aufl., München 2005
- Maurer, H., Staatsrecht I, 6. Aufl. München 2010
- Maunz, Th./Dürig, G., Grundgesetz. Kommentar, München, Stand 2010
- Meysen, Th., Gut gemeint – na, ja, zum Teil, in: JAmt 03/2010, S. IV (Editorial)
- Meysen, T/ Ohlemann, L., Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen. Expertise, DIJuF Heidelberg 2008
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Bericht der Landesregierung über die Umsetzung, die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz (LKindSchuG) festgelegten Maßnahmen, Mainz 2011
- Münder, J./Smessaert, A., Frühe Hilfen und Datenschutz, Münster u. a. 2009
- Nothhafft, S., Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, Deutsches Jugendinstitut, Informationszentrum Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München 2008
- Schmidt-Bleibtreu, B./Klein, F. (jetzt: Hofmann, H./Hopfau. A.) ,Kommentar zum Grundgesetz, 10. Aufl. 2004 sowie 11. Aufl. Neuwied 2008
- Schönecker, L. Datenschutz als Vertrauensschutz bei Frühen Hilfen, in: JAmt 7-8/2009, S. 337-342
- Voskuhle, A., Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, in: Juristische Schulung 2007, S. 429-431
- Wabnitz, R. J., Rechtsansprüche gegenüber Trägern der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII), Berlin 2005
- Wabnitz, R. J., Rechtliche Möglichkeiten der Verpflichtung zur Durchführung verbindlicher Sprachstandserfassung und verpflichtender vorschulischer Sprachfördermaßnahmen für Kinder in Kindertageseinrichtungen und Schulen in Nordrhein-Westfalen, Berlin 2006

- Wabnitz, R. J., Vom KJHG zum Kinderförderungsgesetz. Die Geschichte des Achten Buches Sozialgesetzbuch von 1991 bis 2008, Berlin 2009
- Wabnitz, R. J., Verflechtung des Kinderschutzgesetzes mit den Länderregelungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Probleme in der Umsetzung, in: Arbeitsgruppe Fachtagungen im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.), Vom Willkommensbesuch zum verpflichtenden Hausbesuch. Veränderte Auftragslage für die Jugendhilfe (durch das Kinderschutzgesetz)?, Berlin 2009, S. 75-85
- Wabnitz, R. J., Landeskinderschutzgesetze. Ein Überblick, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe Heft 2/2010, S. 49-52
- Zypries, B.: Kinderschutz weiter verbessern – Arbeitsgruppenbericht im Kabinett vorgestellt, BMJ-Newsletter vom 02.09.2009

Abkürzungsverzeichnis

(Hinweis: Gesetze des Landes Nordrhein-Westfalen werden aus Gründen der Vereinfachung in diesem Gutachten ohne den sonst üblichen Zusatz „NRW“ zitiert!)

a. a. O.	am angegebenen Orte
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AS	Amtliche Sammlung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGBI	Bundesgesetzblatt
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
ber.	Bereinigt, berichtigt
BMJ	Bundesminister/in/ium der Justiz
BMFSFJ	Bundesminister/in/ium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfG E	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVerwG E	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts
DIJuF	Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht
DSG	Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen
DVBl	Deutsches Verwaltungsblatt
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
GG	Grundgesetz
GV	Gesetz- und Verordnungsblatt Nordrhein-Westfalen
HeilBerG	Heilberufsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen
i.V. m.	in Verbindung mit
JAMt	Das Jugendamt (Zeitschrift)

LIGA	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
NRWMG	Meldegesetz für das Land Nordrhein-Westfalen
NDV	Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
NJW	Neue juristische Wochenschrift
NJW-RR	Neue juristische Wochenschrift – Rechtsprechungsreport
NRW	Nordrhein-Westfalen
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
OVG	Oberverwaltungsgericht
Rdnr, Rn, RN	Randnummer
Rz	Randziffer
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB I	Erstes Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB X	Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Verwaltungsverfahren
UTeilnahmeDatV O	Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrühuntersuchungen/U-Untersuchungen
Verf	Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen
VerfGH RP	Verfassungsgerichtshof Rheinland-Pfalz
VG	Verwaltungsgericht
Vgl.	vergleiche
ZKJ	Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe

5 Struktur- und Prozessqualität

Im Folgenden werden die im Laufe der Evaluation gewonnenen Informationen im Hinblick auf Aspekte der Prozessqualität dargestellt. Wie wurde das Verfahren zeitlich umgesetzt? Wie gestalten sich die Arbeitsprozesse im Rahmen der Umsetzung? Welche Schnittstellen bestehen zwischen den Verfahrensbeteiligten? Welche Probleme und welche Optimierungsmöglichkeiten sehen die Akteure? Welche Kommunikationsstrategien begleiten die Umsetzung? Wie erfolgt die interne und externe Kommunikation zwischen den Beteiligten?

Es ist zu betonen, dass die Ergebnisqualität maßgeblich durch die Prozessqualität bedingt ist. Die Prozessqualität wiederum ist stark abhängig von den Inputfaktoren, wie zum Beispiel den personellen Ressourcen oder der Meldedatenqualität. Im Folgenden werden Aspekte der Umsetzungsqualität multiperspektivisch beschrieben und einer Bewertung unterzogen.

5.1 Analyse und Bewertung des Kommunikationskonzeptes (Modul 5)

5.1.1 Ziele des Moduls

Strukturierung und Konzeption von Kommunikation stellen einen Bestandteil von Umsetzungsqualität dar. Mit Modul 5 soll untersucht werden, inwieweit die Ziele und Inhalte der Aktion vermittelt wurden und die jeweiligen Zielgruppen erreicht werden konnten. In der Evaluation wird dies in zwei Analysesträngen umgesetzt. Zum einen wird das Kommunikationskonzept zur „Aktion Gesunde Kindheit“ und seine Realisierung beschrieben. Zum anderen werden in den zentralen Zielgruppen die wahrgenommene Qualität der Kommunikation und die Wirkung des Konzeptes fokussiert.

5.1.2 Vorgehen

Die Darstellung und Analyse des Kommunikationskonzeptes orientiert sich an einem Modell relevanter Komponenten der Kommunikationskonzeption (Abbildung 25). Die Qualität der Konzeption wird in den Teilen Analyse, Strategie (Botschaft und Identifikation der Dialog- bzw. Zielgruppen) und Realisierung (Medien und zeitliche Perspektive) bestimmt.

Abbildung 25: Komponenten eines Kommunikationskonzeptes



Die Darstellung zum Kommunikationskonzept der „Aktion Gesunde Kindheit“ basiert auf qualitativen Interviews mit zentralen Akteuren des LIGA.NRW und zur Verfügung gestellten Dokumenten. Zur Effektivität wird einerseits die Wahrnehmung externer und interner Kommunikation in der ausführenden Behörde erhoben, wird andererseits die Sicht der Zielgruppen durch Einschätzungen Ärzte zu Kommunikationsfluss und Qualität der überlieferten Information und der Eltern zu Informiertheit und Rezeption der „Aktion Gesunde Kindheit“ erfasst.

Zur Beantwortung der Frage, ob die Vermittlung der Ziele und Inhalte gelungen ist, wird im Rahmen der quantitativen und qualitativen Befragungen der Informationsstand, die Bewertung der erhaltenen Information und der Kommunikationswege erhoben.

5.1.3 Kommunikationskonzept der „Aktion Gesunde Kindheit“

Unter dem enormen Zeitdruck beim Aufbau des Meldeverfahrens blieben aus Sicht der befragten Mitarbeiter wenig Zeit und Möglichkeiten zur Recherche nach Anhaltspunkten für die Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen in den potentiellen Zielgruppen. Das Konzept wurde erstellt aus den Erfahrungen der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit, den Erfahrungen in der Zentralen Stelle und der Fachbereiche im Haus. Eine Analyse der Ausgangssituation wurde in Kontakt mit den entsprechenden Fachabteilungen vorgenommen, um die relevanten Fakten abzuklären. Dazu gehörten Angaben zu den Teilnahmequoten in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern, der Quoten der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U9 und vorliegende Erkenntnisse über Gruppen der Nichtteilnahme. Über die Fachabteilungen, die in Kontakt zu den vorgesehenen Multiplikatoren stehen, konnten Erfolgsaussichten einzelner Maßnahmen abgeschätzt werden.

Die Definition der Aufgabenstellung und der Ziele sowie das darauf abgestimmte Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit wurden mit dem zuständigen Fachministerium abgestimmt.

Botschaften

Im Vergleich zu anderen Produkten des LIGA.NRW bestanden grundlegende Unterschiede im zu entwickelnden Kommunikationskonzept. Eltern werden bereits über Früherkennungsuntersuchungen informiert. So gab es zum Beispiel die Erinnerungen durch die Gesundheitsämter („Ich geh' zur U“), die allerdings einige Kommunen in Nordrhein-Westfalen aus Kostengründen nicht mehr durchführen. Solchen Aktivitäten sollten aufeinander abgestimmt werden. Es entsprach nicht der Auftragsdefinition, aktiv auf die Eltern zuzugehen und die Öffentlichkeitsarbeit zur „Aktion Gesunde Kindheit“ hat nicht das Ziel, selbst die Teilnahme zu erhöhen und verhaltenssteuernd zu wirken. Zu vermitteln waren das Ziel und die Inhalte der Aktion, das heißt das Verfahren betreffend die Früherkennungsuntersuchungen und die Umsetzung in der eingerichteten Zentralen Stelle.

Zum anderen ist das Thema Kindeswohlgefährdung negativ besetzt. Aufgabenstellung war, den Eltern das Vorgehen des Erinnerungswesens positiv zu vermitteln. Kongruent in Textteilen, wie mittels der Bildelemente, sollte eine positive Stimmung transportiert werden. Zentrale Botschaft ist, dass die Gesundheit der Kinder durch eine Steigerung der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen sichergestellt werden soll. Das Vorgehen wird vorgestellt und die mit der Aufgabe betraute Zentrale Stelle im LIGA.NRW bekannt gemacht. Entsprechend werden die Elternbriefe als „einladende Erinnerung“ bezeichnet, um den Aufforderungscharakter zu unterstreichen. In der breitenwirksamen autorisierten Kommunikation ist das Ziel einer frühzeitigen Entdeckung von Kindeswohlgefährdung in den Hintergrund getreten.

Definition der Dialogpartner

Zur Bestimmung der Dialogpartner wurde analysiert, wer die Teilnehmer am Meldeverfahren sind, wer an welcher Stelle involviert ist und welche Gruppen darüber hinaus noch mit einbezogen werden könnten, um deren Mitarbeit zu sichern. Einbezogen wurden: die Mitarbeiter von LIGA.NRW; Ärzte sowie Ärztekammern, Fachverbände und Kassenärztliche Vereinigungen; Eltern, die die Untersuchungen wahrnehmen und die sie nicht wahrnehmen; Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Hebammen und Entbindungsstationen, Kindergärten und Horte, Beratungsstellen für Migranten und die Medien. Für die Entwicklung der Kommunikationsstrategien wurde unterschieden zwischen Gruppen, die den Meinungsbildungsprozess mitgestalten, und den Bevölkerungsgruppen, die als Endzielgruppen informiert werden sollten.

In der Definition der Endzielgruppen wurde es als weniger wichtig angesehen, jene Eltern anzusprechen, die bereits regelmäßig zum Arzt gehen. Für diese werden allgemeine Informationen zum Erinnerungswesen als ausreichend bewertet. Sie werden auch erreicht, wenn die Information in den Praxen ausliegt. Eltern, die nicht regelmäßig zur U-Untersuchung gehen, können nicht flächendeckend über den Arzt erreicht werden. Um diese zu motivieren wurde eine direkte Ansprache als wirkungsvoller angenommen. Somit werden Multiplikatoren als ein entscheidender Dialogpartner im Kommunikationskonzept betrachtet. Jugendämter, Gesundheitsämter, Beratungsstellen für Migranten, Sozialämter und Kindertagesstätten wurden zu Beginn des Meldeverfahrens über die Tätigkeit der Zentralen Stelle informiert und mit

Material ausgestattet. Zum Teil wurden die angesprochenen Multiplikatoren in die Entwicklung der Streumaterialien eingebunden.

Für die Durchführung und das Gelingen des Erinnerungsverfahrens sind die Mitarbeit der Ärzteschaft und der Kommunen eine notwendige Voraussetzung. Ihnen gilt eine besondere Aufmerksamkeit in Konzept und Strukturierung der Kommunikation. Bereits zur Erarbeitung der Verordnung wurde ein Arbeitskreis gebildet, der Vertreter der Fachverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Vertretern der Kommunalen Spitzenverbände, des LI-GA.NRW eingebunden hat. Verfahrensweisen, Zuständigkeiten und Art und Umfang der Information der operativ Tätigen wurden dort abgestimmt. Die Dissemination der Mitglieder lag in der Verantwortung der Spitzenverbände, die über die professionseigenen Medien informierten. Für die Kommunen und Jugendämter gab es zusätzlich zwei regionale Informationsveranstaltungen.

Eine zentrale Gruppe zum Erreichen der Eltern sind die Kinder- und Jugendärzte. Eine Grundannahme zu dieser Dialoggruppe war, dass in der Ärzteschaft bereits eine positive Einstellung zu den Frühuntersuchungen vorhanden ist. Daher wurde darauf verzichtet, weiteres aufforderndes Informationsmaterial an die Ärzte zu verteilen. Bereitgestellt wurden Informationen zu den rechtlichen Grundlagen, zum Ziel und zu den Abläufen des Verfahrens und zu der Tätigkeit der Zentralen Stelle. Zunächst waren für die Ärzte auch Hilfsmittel, wie ein Handlungsleitfaden und eine Argumentationshilfe gegenüber Eltern, vorgesehen. Es gab die Befürchtung, dies würde als Bevormundung der Ärzte aufgefasst, so dass diese Maßnahmen nicht umgesetzt wurden. Mit Beginn der Meldeverpflichtung wurden sie eigenständig durch die Multiplikatoren in ihren Medien und Informationswegen informiert.

Wegen der Kostenneutralität waren Schulungen der Ärzteschaft nicht vorgesehen. Die Arbeitsschritte zur Erfüllung der Meldepflicht wurden so gestaltet, dass darauf verzichtet werden konnte. Das „Starterpack“ für die Ärzte zur Teilnahme an dem Verfahren und ein kurzes, informierendes Schreiben zum Verfahren wurden in diesem Gremium abgestimmt. Für die alltägliche Durchführung ist die Zentrale Stelle ermächtigt, direkt mit ihnen zu kommunizieren.

Im Unterschied zur Ärzteschaft gibt es für die Träger der örtlichen Jugendhilfe keine eigene gesetzliche Regelung, sie handeln in eigener Zuständigkeit.

Medien und Zeiträume

Das Konzept ist schwerpunktmäßig auf die Einführung und Information über Multiplikatoren ausgerichtet. Die Multiplikatoren zum Erreichen der nichtteilnehmenden Eltern wurden einmalig zum Start der „Aktion Gesunde Kindheit“ mit Hintergrundinformationen zum Verfahren versorgt und ein Ansprechpartner mitgeteilt. Alle Multiplikatoren haben einen Satz Streumaterialien bekommen, der etwa 20 bis 50 Flyer und zwei bis drei Poster umfasste, mit der Bitte, die Aktion zu unterstützen. Eine kontinuierliche aktive Ansprache der genannten Multiplikatoren und eine Weiterentwicklung der eingesetzten Informationsmedien mit ihnen finden derzeit nicht statt.

Für die allgemeine Information aller Eltern werden Flyer und Poster zur „Aktion Gesunde Kindheit“ eingesetzt. Zusätzlich bietet eine Webpräsenz Hintergrundinformationen zu den rechtlichen Grundlagen, die Beantwortung häufiger Fragen zum Verfahren und Dokumente im Download an. Für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund wurden inhaltlich und bildlich angepasste Flyerversionen in sechs weiteren Sprachen in Abstimmung mit dem MiMi-Projekt („Mit Migranten für Migranten“) entwickelt. Diese Flyer sind ebenfalls über die Webseite verfügbar. In der Durchführung des Kommunikationskonzeptes gab es geringe Modifikationen im Zeitplan wegen der Übersetzung der Streumaterialien.

Zum Start der Umsetzung wurde eine Pressemitteilung herausgegeben, die weitere Pressearbeit ist dem zuständigen Ministerium vorbehalten. Die Öffentlichkeitsarbeit des LIGA.NRW übernimmt punktuell die allgemeine Rahmeninformation über die Aufgaben der Zentralen Stelle. Empfehlungen für eine Informationsarbeit zum Verfahren in den Kommunen wurden nicht entwickelt.

Eine offensive und aktive, kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit ist nicht beabsichtigt. Das LIGA.NRW liefert jeweils Pressevorlagen, wenn Fakten und Informationen vorliegen, die über Presseagenturen verteilt und auch regional übernommen werden können. Presseanfragen werden anhand eines abgesprochenen „roten Fadens“ direkt in der zentralen Gruppe Öffentlichkeitsarbeit des LIGA.NRW bearbeitet.

Umsetzung des Kommunikationskonzeptes

Anfangs gab es in der Umsetzung Verzögerungen durch die aufwendige Übersetzung der Faltblätter. Auch konnten nicht alle gewünschten Institutionen als Multiplikatoren gewonnen werden. Die Vernetzung mit der Bürgerkommunikation der Gesundheitsämter konnte aufgrund eines geringen Interesses bei den Angesprochenen nicht umgesetzt werden. Eine Verzahnung mit dem Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen oder mit Entbindungsstationen ist nicht gelungen.

Als Multiplikatoren wurden 9.700 KiTas in Nordrhein-Westfalen zu Beginn der „Aktion Gesunde Kindheit“ mit Material ausgestattet. Der Bedarf in den Kommunen war unterschiedlich, insgesamt wurden rund 37.600 Faltblätter ausgegeben.

	Flyer	Poster
9.700 KiTas in NRW	Je 5 Flyer 48.500 Stück	Je 1 Poster 9.700 Stück
Verschiedene Kommunen	insgesamt ca. 37.600 Flyer	ca. 500 Poster

Gegenüber einer wünschenswerten idealen Umsetzung der Konzeption zur „Aktion Gesunde Kindheit“ werden in der Realisation einige grundlegende Mängel aus Sicht der Öffentlichkeitsarbeit gesehen und Optimierungsbedarf benannt:

1. In den Produkten zur „Aktion Gesunde Kindheit“ werden nicht nur ein Ansprechpartner und ein Logo verwendet. Personen, die sich aufgrund der Streumaterialien an das Fachministerium wenden, werden an die Zentrale Stelle weiter verwiesen. Im Zweifelsfall haben

diese bereits vier Stufen des Kontaktes hinter sich, bis sie einen Ansprechpartner für ihre Frage haben. Eine Vereinheitlichung kann für mehr Transparenz sorgen.

2. Pressearbeit stellt ein wesentliches Instrument dar, um an die Endzielgruppe heranzukommen und breite Schichten zu erreichen. Insbesondere wenn immer wieder neue Sorgeberechtigte zu erreichen sind, wäre eine gewisse Kontinuität anzustreben. Zur besseren Verbreitung wären nicht nur Agenturen zu beliefern, sondern es könnten auch Beilagen zu Printprodukten produziert oder in Special-Interest-Bereichen Platzierungen im bestimmten Turnus vorgenommen werden.
3. Nicht nur kontinuierliche Weiterführung der Öffentlichkeitsarbeit zur Aktion, sondern auch eine Ausweitung bis hinunter auf die kommunale Ebene könnte dazu beitragen, einen besseren Kontakt mit der Zielgruppe herzustellen.
4. Um bestimmte Zielgruppen wie sozial benachteiligte Familien zu erreichen, wäre eine kontinuierliche, turnusmäßige Nutzung von Multiplikatoren in Bereichen, wo die Zielgruppe verstärkt vermutet wird, wünschenswert. Unterstützung wird benötigt bei der Gewinnung neuer Multiplikatoren wie z.B. die Hebammenorganisation in Nordrhein-Westfalen. Es fehlen personelle Ressourcen, aktiv die Materialien anzubieten und mit den Multiplikatoren weiter zu entwickeln.

Das Konzept wurde selbst nicht im Detail evaluiert. Aus Rückmeldungen aus der Zentralen Stelle wurde die Einschätzung von Ärzten zur Kenntnis genommen. Für eine Evaluation der Wirkung auf die Zielgruppe der Eltern werden Schwierigkeiten gesehen, insbesondere weil personelle Ressourcen dafür fehlen. Zahlen zur Menge der ausgegebenen Streumaterialien wurden im Rahmen der Aktion bislang nicht ausgewertet. Auch über Zugriffe auf die Webseite zum Meldeverfahren wird keine Statistik geführt. Ein Bild über die Resonanz vermitteln derzeit einzig die eingehenden Presseanfragen.

5.1.4 Wirkung des Kommunikationskonzeptes

Mit dem Kommunikationskonzept sollten das Ziel und die Inhalte der „Aktion Gesunde Kindheit“ allen Involvierten bekannt gemacht werden. Für eine Dissemination in die ausführenden Organe wurden die jeweiligen Spitzenverbände einbezogen. Multiplikatoren sollten gewonnen werden, die durch direkte Ansprache und Sensibilisierung der Eltern unterstützend tätig sind.

Nutzung der Informationsmaterialien und Unterstützung

Die Eltern werden nicht direkt angesprochen. Sie erhalten Informationsmaterial über aufgesuchte Einrichtungen und Institutionen. Mit der Einführung des Erinnerungsverfahrens wurden die Multiplikatoren einmalig mit Informationsmaterial für die Eltern ausgestattet. Nachlieferungen sind per Abruf möglich. Die weitere Verteilung der Informationsmedien zur „Aktion Gesunde Kindheit“ liegt in Händen der Zentralen Stelle. Täglich werden zwischen 20 und 30 Materialanforderungen durch Praxen registriert mit rund 50 Stück je Bestellung. Es werden auch Bestellungen entgegengenommen, die mit unwahrscheinlichen Zahlen hantieren und Nachfragen notwendig machen. Die Nachforderung zu Infopostern zur Aktion ist sehr gering.

Von Seiten der Ärzte gibt es Hinweise, dass diese Medien nicht zur Information eingesetzt bzw. nicht genutzt werden. Genannte Gründe sind der Informationsgehalt, die geringe Attraktivität, und eine falsche Medienwahl für die wenig motivierten Zielgruppen. Einige Praxen verzichten ganz auf die Auslage der Faltblätter und das Poster, weil Eltern, die in der Praxis erreicht werden gut über die Früherkennungsuntersuchungen informiert seien. Dabei ist festzustellen, dass Ärzte die Flyer als Werbung für die U-Untersuchungen einordnen und weniger als Aufklärung über das Verfahren. Als Erinnerungshilfe werden die Streumедien nicht wahrgenommen.

Eine Nachfrage von Seiten der Kindertagesstätten, Kindergärten, Migrantenorganisationen oder anderen Multiplikatoren nach den Faltblättern scheint nicht zu existieren. Es wirkt sich auch aus, dass relevante Kontaktstellen für Eltern nicht involviert werden konnten. Wie die Interviews mit Jugendämtern ergaben, findet – soweit diese informiert sind – die Aufklärung und Sensibilisierung der Eltern unsystematisch auf der Ebene der Kommunen bzw. Bezirke statt. Involviert sind diese eher, wenn die Umsetzung der TeilnahmeDatVO im Bereich Erziehungshilfen oder Frühe Hilfen angesiedelt ist. Mitarbeiterinnen berichten im Gegenteil darüber, dass in Kindergärten und Kindertagesstätten ein geringer Wissensstand über das Erinnerungsverfahren und die Früherkennungsuntersuchungen vorzufinden ist. Diese können die Aufklärungsarbeit gar nicht leisten. Bei einigen Kommunen ist inzwischen ein eigenes Programm im Aufbau z.B. mit Materialien der BZgA. Dass der Bedarf gesehen wird, kann zumindest zu einem Teil als Erfolg der „Aktion Gesunde Kindheit“ bewertet werden.

Das Ziel, Multiplikatoren in die Aufklärung der verschiedenen Elterngruppen einzubinden, insbesondere für jene, die nicht regelmäßig in die Praxen gehen, ist mit dieser Bilanz als nicht erreicht zu bewerten. In der Akquise mangelt es an Kontinuität, einige für das Erreichen der Eltern wichtige Partner konnten nicht gewonnen werden und teilweise sind auch die Grundlagen für eine Unterstützung und Aufklärung nicht gegeben.

Eltern

Über den tatsächlichen Informationsstand gibt die standardisierte Befragung von Eltern mit Kindern im relevanten Alter Auskunft. Danach kann der größte Teil mit der Bezeichnung „Aktion Gesunde Kindheit“ nichts anfangen und gibt an, noch nicht davon gehört zu haben (87 %). Auch bei jenen, die bereits einmal vom LIGA.NRW an die Teilnahme erinnert wurden, verhält es sich nicht anders. In den Großstädten über 100.000 Einwohner kennen sogar 93 % der befragten Eltern die Aktion nicht. Rund drei Viertel der befragten Elternteile wissen nicht, dass im Rahmen dieser Aktion an die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen erinnert wird.

In den Kontakten der Mitarbeiter in der Zentralen Stelle spiegelt sich ebenfalls, dass mit dem umgesetzten Kommunikationskonzept die Eltern nicht umfassend erreicht wurden. Im ersten Jahr der Umsetzung gaben viele der sich meldenden Eltern gegenüber den Mitarbeitern an, vor dem erhaltenen Schreiben noch nichts von dem Verfahren, der Zentralen Stelle oder einer Meldepflicht der Ärzte gehört zu haben. Sie wussten konkret wenig über den Ablauf und die Arbeit der Zentralen Stelle. Auch lassen die Fragen und Reaktionen bei Kontaktauf-

nahme darauf schließen, dass vorab auf die über die Internetseite bereitgestellten Informationen eher selten zugegriffen wurde. Nach dem ersten Aufkommen ist von einer nicht unwesentlichen Menge betroffener Eltern auszugehen, die den persönlichen Kontakt oder andere Informationswege als die angebotenen bevorzugen.

Die im Rahmen des Verfahrens durchgeführten Einzelmaßnahmen sind der Mehrheit allerdings inzwischen bekannt. Drei Viertel der befragten Eltern wissen, dass das Jugendamt informiert wird, wenn das Kind auch nach Erinnerung durch die Zentrale Stelle nicht an den Untersuchungen teilnimmt. Eltern, die noch nicht erinnert wurden, ist der Ablauf seltener bekannt (62 %) als Eltern, die bereits Kontakt mit dem Verfahren hatten (86 %). Ein Migrationshintergrund führt nicht dazu, dass das Verfahren weniger bekannt wäre.

Ein wichtiger Zugangsweg, über den die Sorgeberechtigten über das Verfahren informiert werden, sind somit die Erinnerungsschreiben. In diesen wird auf die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen und über das Verfahren informiert. Das Schreiben wird als Erinnerungshilfe akzeptiert. Ein Viertel der Befragten hat das Schreiben als verständlich in Erinnerung und 20 % nehmen die Erinnerung durchaus fordernd wahr. Neben dem Erinnerungsschreiben sind es Wege diffuser Kommunikation, die für die Information sorgen.

Die Erfahrungen aus den Elternkontakten der Zentralen Stelle und der Ärzte unterstreichen die Bilanz zum Informationsstand der Eltern. Aus den Anfragen bei der Zentralen Stelle ist der Hinweis deutlich, dass der Internetauftritt und die bereitgehaltenen FAQ noch immer wenig vorab konsultiert werden. Insbesondere für das erste Jahr werden Äußerungen kolportiert, dass das Verfahren bis zur einladenden Erinnerung nicht bekannt gewesen sei. Mit einer zunächst angewandten Begründung, dass den Eltern die Chance gegeben werden sollte, die Toleranzzeit selbständig zu nutzen, wurden nach dem Eindruck der Mitarbeiter der Zentralen Stelle nur wenige Eltern erreicht. Es ist aus den berichteten Kontakten auch erkennbar gewesen, dass die Eltern meist wenig Konkretes über die Arbeit der Zentralen Stelle und den Ablauf des Verfahrens wissen. Hier gibt der für die Eltern bestimmte Flyer zu wenig Information. Viele Eltern bringen die Erwartung mit, dass viel mehr Daten in der Zentralen Stelle vorliegen, in gewissem Umfang werden mit dem Verfahren Ängste vor einem „gläsernen Bürger“ geweckt. Das Unverständnis gegenüber Verfahrensabläufen und als unberechtigt wahrgenommener Interventionen klärt sich meist, wenn die Anrufenden erfahren, in welchem Rahmen und mit welchen Datenmengen gearbeitet wird. Auch in diesen Punkten könnte ein Kommunikationskonzept aufklärend tätig werden und Aufwand in den durchführenden Behörden mindern.

Die Ärztebefragung liefert ebenfalls einige Hinweise, inwieweit Eltern durch die Kommunikationsstrategie erreicht werden. In der Befragung wurden die Ärzte um eine Einschätzung des Informationsbedarfs der Eltern und um eine Bewertung der Verständlichkeit und Vollständigkeit der Information, die für Eltern gedacht sind, gebeten. Gerade einmal 21 % der befragten Ärzte gingen davon aus, dass die meisten Eltern das schriftliche Erinnerungsverfahren vom LIGA.NRW kennen. Etwas höher schätzen sie zwar die Informiertheit der Eltern ein, wenn es um das Einschalten der Jugendämter im Rahmen des Meldewesens geht. Dennoch stimm-

ten lediglich 43 % der Aussage zu, dass die meisten Eltern wissen, dass nach Erinnerung durch das LIGA.NRW bei Nichtteilnahme das Jugendamt informiert wird.

Einschätzungen der Ärzte zur Qualität der Information

Die Ärzte wurden über ihre Standesorganisationen informiert. Im Hinblick auf die Ärzteschaft gibt die quantitative Befragung Auskünfte über die Zielerreichung und die Qualität der Kommunikationswege. Einschränkungen im Grad der Informiertheit, ein schwieriger Informationsfluss und eine aus Sicht der Ärzte eingeschränkte Informationsqualität können auf Defizite im Kommunikationskonzept und Möglichkeiten der Verbesserung hindeuten.

Die Ergebnisse der Ärztebefragung zeigen, dass diese Fachgruppe insoweit erreicht wurde als die große Mehrheit sich gut über das Meldeverfahren informiert fühlt. Insgesamt sahen sich 92 % der Ärzte über das Meldeverfahren und dessen Ziele sogar sehr gut informiert. Die bereitgehaltenen Materialien sind aus ihrer Sicht vollständig (92 %) und verständlich (93 %). Weiterhin macht die Befragung deutlich, dass der Informationsfluss in Form unkomplizierter und schneller Lieferung der Meldeformulare zumindest aus diesem Sichtwinkel kein besonderes Problem darstellt.

Aus den Antworten auf eine offene Frage in der telefonischen Befragung zeigt sich, dass die Ärzte die eigentlichen Kommunikationsprobleme nicht in den Inhalten, sondern in der Art des Kontaktes und den Übermittlungswegen im Verfahren gesehen werden. Ein Auszug aus den „Statements“ der Ärzte macht dies deutlich:

„Ja, die Rückmeldung zwischen den Institutionen scheint immer noch nicht zu klappen. Die Meldungen sind bei mir rausgegangen, dann werden einzelne innerhalb einer Sendung nicht erfasst und dann bekommen die Eltern doch eine Mahnung.“

„Kommunikationsproblem bei LIGA.NRW und Jugendamt: Oft Anrufe! Patienten werden durchs Jugendamt angeschrieben, deren Kinder bereits untersucht und deren Meldeformular bereits von mir verschickt worden war.“

„Einige Eltern haben sich über den Ton des Jugendamtes empört. Die finden es gut, dass gemeldet werden soll, dass man da hinterherkommt, aber das Schreiben hört sich so an, als ob man als Schwerverbrecher hingestellt wird und als ob man die Kinder vernachlässigen würde.“

Wie die Erfahrung aus den Telefonkontakten der Zentralen Stelle zeigt, bestand jedoch zumindest zu Beginn noch ein erheblicher Informationsbedarf über Regelungen, so dass genuin professionsbezogene Fragen bei der Zentralen Stelle landeten. Die U7a betreffend wandten sich schon einmal Ärzte an die Zentrale Stelle, die nicht informiert waren über die im Jahr 2008 eingeführte Untersuchung. Ebenso mussten aufgrund der Hinweise von Eltern Ärzte kontaktiert werden, die eine verspätete Untersuchung ablehnten, weil sie über Abrechnungsmöglichkeiten nicht informiert waren. So war ein gewisses Wissensdefizit festzustellen, dass zusätzlich Arbeitskraft in der Zentralen Stelle gebunden hat.

Durch die Nachfragen in der Zentralen Stelle wurden auch Lücken im Wissen um das Verfahren und Verständnis für seine ineinandergreifenden Prozesse konstatiert. Sie betrafen Aspekte wie die Informationsstufen (dass die Eltern bereits vom LIGA.NRW informiert werden und nicht erst durch das Jugendamt) oder die Bearbeitung der Belege (z.B. das Geburtsdatum ein notwendiges Zuordnungskriterium darstellt). Mehr Wissen um die einzelnen Abläufe hätte einen störungsfreieren Ablauf ermöglicht und weniger Serviceaufwand in der ausführenden Behörde.

Kommunen

Zu Beginn der „Aktion Gesunde Kindheit“, als die LIGA-Meldungen an die Jugendämter gingen, haben einige Kommunen in den lokalen Medien und auf ihren Webseiten über das Verfahren und die Aufgabe der Jugendämter informiert. Aus einigen Jugendämtern berichten Mitarbeiter, dass sie Bedarf sahen und zum Teil noch sehen, nicht nur über ihre Aufgabe, sondern auch über das Erinnerungsverfahren in Einrichtungen und Institutionen wie Kindergärten und Kindertagesstätten aufzuklären. Das weist darauf hin, dass ein Informationsdefizit auch auf Ebene von relevanten Multiplikatoren besteht.

5.2 Prüfung der Umsetzungsqualität des LIGA.NRW (Modul 6)

5.2.1 Ziele des Moduls

Mit Modul 6 wird die Umsetzung des Meldeverfahrens in der Zentralen Stelle in seinen Verfahrensabläufen und Kommunikationsprozessen untersucht. Es sollen für die Weiterentwicklung Probleme des Verfahrens unter den gegebenen Rahmenbedingungen identifiziert werden.

5.2.2 Aufgaben der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit

Mit der Verabschiedung der UTeilnahmeDatVO wurde die Grundlage geschaffen, die regelmäßige Teilnahme der Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen zu überprüfen und zur Steigerung der Inanspruchnahme beizutragen. Die Zentrale Stelle soll jene Kinder identifizieren, für die keine Teilnahmemeldung eines Arztes zu einer Frühuntersuchung U5 bis U9 vorliegt. Zur Durchführung des Erinnerungswesens wird ein Abgleich mit den nach § 1 und § 2 der UTeilnahmeDatVO übermittelten Daten von Meldebehörden einerseits und denen der Ärzte andererseits vorgenommen.

An die Zentrale Stelle werden die Datenblätter der Meldebehörden zu Kindern bis 66 Monaten mit folgenden Informationen übermittelt:

- Familiennamen,
- Vornamen,
- Tag und Ort der Geburt,
- Geschlecht,

- gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Anschrift),
- gegenwärtige Anschriften,
- Übermittlungssperren,
- Sterbedatum.

Gemäß der Novelle der Verordnung werden inzwischen auch frühere Anschriften des Kindes übermittelt.

Von den Ärzten übersandte Bescheinigungen enthalten laut Heilberufsgesetz folgende Angaben:

- Vor- und Familienname und ggf. frühere Namen des Kindes,
- Datum und Ort der Geburt,
- Geschlecht des Kindes,
- gegenwärtige Anschrift des Kindes,
- Datum und Bezeichnung der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung.

Liegt durch den Abgleich dieser beiden Quellen für ein Kind keine Zuordnung einer Teilnahme vor, werden die Sorgeberechtigten von der Zentralen Stelle an die Untersuchung erinnert.

Erfolgt innerhalb eines gewissen Zeitraums, gemäß der Verordnung drei Wochen nach dem Versand, keine Mitteilung über die Teilnahme, informiert die Zentrale Stelle die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Mit der Übermittlung an die Jugendämter ist der Auftrag der Zentralen Stelle erfüllt.

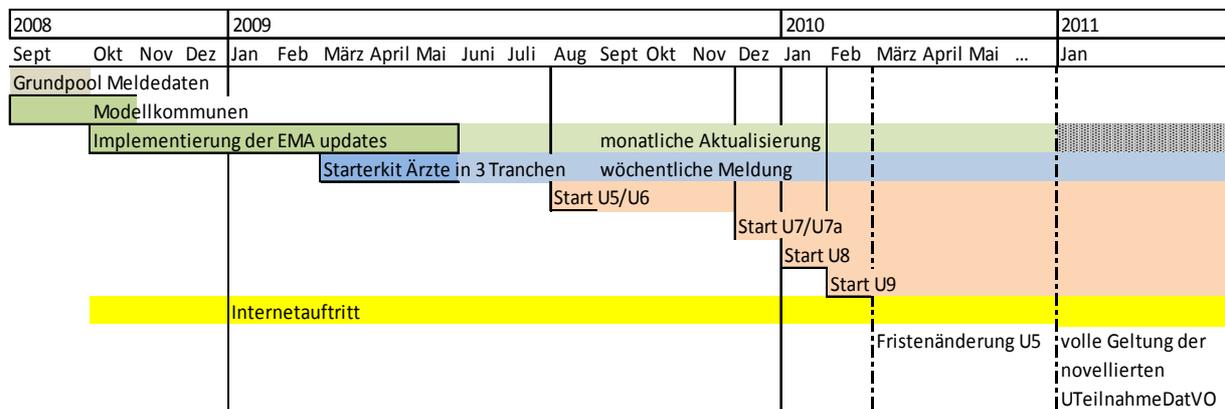
Neben dem formalen Abgleich gehören Serviceleitungen zur Durchführung des Meldeverfahrens zu den Aufgaben der Zentralen Stelle. Insbesondere sind dies die Annahme und Bearbeitung der Elternreaktion, Bearbeitung von Alternativbelegen, Auskünfte zum Verfahren, Versorgung der Ärzte mit Formularen und Material, die Beantwortung von Nachfragen aus den Jugendämtern. Für Rückmeldungen von Eltern sind eine Telefonstelle, E-Mail und Faxbearbeitung eingerichtet.

5.2.3 Implementierung des Verfahrens

Das reaktive Erinnerungsverfahren wurde stufenweise über 1,5 Jahre implementiert. Nach der Verabschiedung der UTeilnahmeDatVO begann die Umsetzung mit dem Aufbau des Datenpools mit den Meldedaten aller zum Stichtag 30. September 2008 zwischen sechs und 66 Monaten alten Kinder in Nordrhein-Westfalen. Vom Start der Datenerfassung im November 2008 dauerte es bis etwa Mai 2009, bis von allen Kommunen Meldedatensätze verfügbar waren. Und auch in der Fortführung gab es zunächst Verzögerungen: Bei einigen Kommunen stand die Meldung der sechs Monate alten Kinder für das Jahr 2010 noch im Oktober des Jahres aus.

Im März 2009 konnte begonnen werden, die Ärzte in den Regionen, aus denen Meldedaten bereits verfügbar waren, mit den jeweiligen Materialien auszustatten, um der Meldeverpflichtung nachkommen zu können. Mit August 2009 wurden die ersten Erinnerungsschreiben an Eltern versandt, zunächst für U5- und U6-Untersuchungen. Seit Februar 2010, mit den ersten Erinnerungen zur U9-Untersuchung, kann man davon sprechen, dass das Meldeverfahren vollständig umgesetzt ist (Abbildung 26).

Abbildung 26: Zeitschema zur Implementierung der „Aktion Gesunde Kindheit“



5.2.4 Organisation und Personalbedarf

Die Zentrale Stelle stellt eine – nicht zuletzt aus Datenschutzgründen – räumlich und organisatorisch geschlossene Einheit dar, die für sich autark ist. Sie ist dem Fachbereich 4 „Prävention und Innovation“ im LIGA.NRW zugeordnet. Organisatorisch ist die Zentrale Stelle in drei Ebenen gegliedert: die Leitungsebene, die mittlere Ebene eines koordinierenden Teamcenters und die Ebene der Datenverarbeitung.

Die Personalkapazität musste zu Beginn des Vollprozesses über die geplanten Stellen hinaus erhöht werden. Ursprünglich war man von einem Bedarf von 13 Vollzeitäquivalenten für die Bearbeitung ausgegangen, mit einer Einzelfallbearbeitung in dem erforderlichen Maße wurde nicht gerechnet. Bis Ende 2010 wurden inklusive der Leitung acht Personen mit 7,1 Vollzeitäquivalenten vom LIGA.NRW in der Zentralen Stelle beschäftigt und zwölf Personen mit insgesamt 368 Wochenstunden waren in Leiharbeit tätig (Stand 03.01.2011). Insgesamt umfasste die personelle Ausstattung damit 16,3 Vollzeitäquivalente ohne die für die Zentrale Stelle aufgewendeten Stunden aus anderen zentralen Bereichen des LIGA.NRW (wie z.B. EDV, Öffentlichkeitsarbeit). Der Mehrbedarf wird ursächlich verbunden mit dem Aufwand durch die Fehlerquote im Abgleich und die damit verbundenen Kontrollen, Nachbearbeitungen und Rückfragen mit hoher Personalbindung.

Nach zwei Jahren Laufzeit sind die Kapazitäten bereits reduziert und können voraussichtlich weiter zurückgefahren werden. So konnten zum Beispiel im Telefonbereich zwei Arbeitskräfte eingespart werden. Das Teambüro wurde von zwei auf drei Kräfte aufgestockt, was aus-

geglichen wurde durch den Ruhestand eines anderen Mitarbeiters, die Leitungsstelle ist auf 0,75 der Vollzeit reduziert.

Die Zahl der Kinder, die in den Abgleich aufgenommen werden, hat über die Quartale nicht wesentlich abgenommen. Die verringerten Aufwendungen im Personalbedarf sind effektiveren Arbeitsprozessen und qualitätssichernden Maßnahmen geschuldet. Durch die erreichte Routine und Standardisierung wird zum einen weniger Zeit für die einzelnen Arbeitsgänge benötigt. Zum anderen produziert das Verfahren weniger Arbeit z.B. durch eine automatisierte Zuordnung und Bestätigung, durch geringeres Aufkommen in Telefon- und E-Mail-Verkehr und durch Elektronisierung (Jugendamtsportal). Durch Weiterentwicklung in den Übermittlungswegen wie die elektronische Meldung für Praxen und eine elektronische Benachrichtigung der Jugendämter wird eine weitere Reduktion der eingekauften Arbeitsstunden erwartet. Konkret sind Einsparungen in Aufwand und Kosten möglich und werden erwartet durch:

- eine elektronische Meldung der Ärzteschaft in Abhängigkeit von dem Anteil der Ärzte (erwartet 40%), die sich umstellen,
- ein Einsparen der Papier-, Verpackungs- und Portokosten für Jugendamtsbenachrichtigungen durch eine elektronische Übermittlung,
- ein Senken der Personalkosten um rund 30 bis 60 Stunden pro Woche durch Rationalisierung.

Zum Unterhalt der zentralen Stelle wird weiterhin mit laufenden Kosten gerechnet für

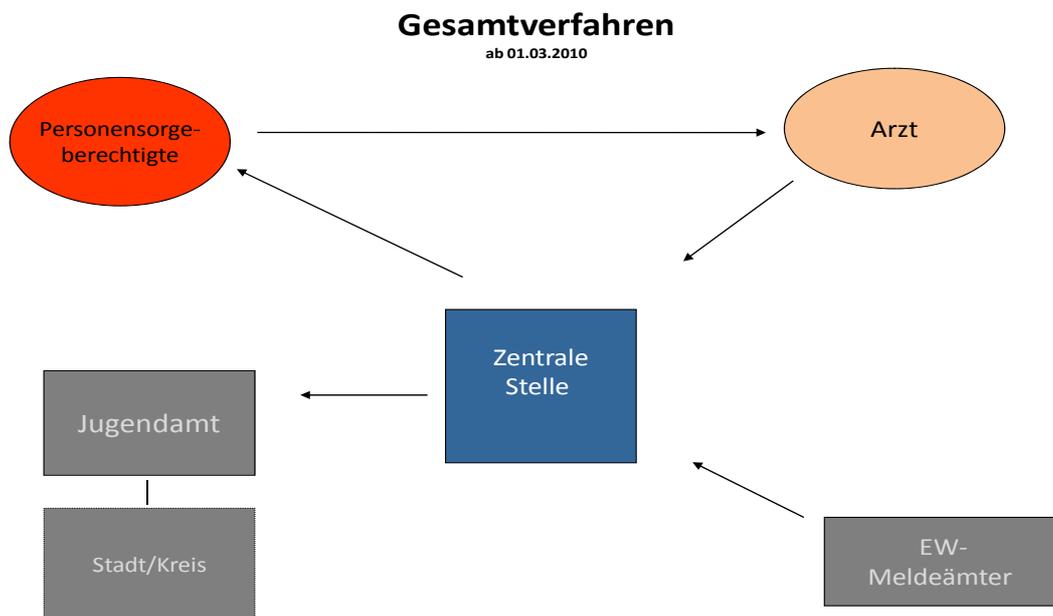
- Porto- und Papierkosten der Anschreiben,
- Kosten der Dienstleister,
- einen Sockelbetrag für Entwicklung und Pflege der Software bzw. der Datenbank.

Dazu werden Umverteilungen von Sachkosten auf Personalkosten erwartet.

5.2.5 Schnittstellen zu anderen Verfahrensbeteiligten

Aus der Aufgabenbeschreibung ergeben sich als externe Schnittstellen in erster Linie die Datenlieferanten, das sind 396 kommunale Meldebehörden und die Ärzteschaft, niedergelassene Ärzte bzw. der jeweilige Intermediär. Ein Zertifikat für die verschlüsselte Übertragung ist Voraussetzung für Sendung und Empfang.

Abbildung 27: Akteure im Gesamtverfahren



Meldebehörden

Die Basis für den Abgleich und die Arbeit der Zentralen Stelle stellen die Daten zu den in Nordrhein-Westfalen gemeldeten Kindern im relevanten Alter dar. Kommt es an dieser Schnittstelle zu Problemen in der Vollständigkeit oder Übermittlung der rechtlich definierten Daten, können die Kinder nicht identifiziert und in das Verfahren einbezogen werden, die nicht an einer Früherkennungsuntersuchung teilnehmen. Fehlerhafte Daten führen zu zusätzlichen Arbeitsgängen und können zu einer schlechteren Akzeptanz bei den Akteuren und den betroffenen Eltern beitragen.

Es gibt in Nordrhein-Westfalen kein zentrales Melderegister, die Datensätze sind jeweils von den kommunalen Meldebehörden bereit zu stellen. Die Übertragung läuft über einen Intermediär. Für die Übermittlung sind die Informationsfelder klar definiert, eine Modifikation durch die aufnehmende Stelle ist nicht erlaubt. In der Umsetzung ist sicherzustellen, dass die Daten turnusgemäß eintreffen und dass die Informationen vollständig übermittelt werden.

Der Turnus des Dateneingangs wurde mit der Novelle der UTeilnahmeDatVO 2010 von einer monatlichen Übermittlung auf eine tägliche Änderungsmeldung erhöht. Von rund drei Viertel der Behörden werden die Meldedaten inzwischen täglich aktualisiert. Der Empfang der Daten ist täglich zu prüfen und vor dem Import erfolgt eine automatisierte Qualitätsprüfung und Filterung. In der Aktualisierung ist eine Prüfung zu den vorhandenen Daten vorgesehen.

Nachfragen zu einem Datensatz können je nach Kommune telefonisch und schriftlich oder nur schriftlich gestellt werden. Inzwischen sind Abfragen zu Personen auch über ein elektronisches Meldeportal möglich.

Meldende Ärztinnen und Ärzte

Zwischen den Ärzten und der Zentralen Stelle besteht eine zweite zentrale Schnittstelle, die maßgeblich für die Umsetzungsqualität des Verfahrens ist. Kommt es an dieser Schnittstelle zu Problemen in der Weiterleitung von Belegen oder zu übermittelnden Daten, entstehen einerseits Kosten durch das ungerechtfertigte Versenden von Briefen an Sorgeberechtigte, die mit den Kindern bereits eine Untersuchung in Anspruch genommen haben. Im zweiten Schritt kann dies in Folge zu einem größeren Arbeitsaufwand bei den Jugendämtern führen. Letztendlich kann auch eine schlechtere Akzeptanz bei den Verfahrensbeteiligten und bei den Eltern gegenüber dem Verfahren resultieren. In der Umsetzung des Verfahrens ist sicherzustellen, dass die Ärzte die Untersuchungen rechtzeitig und korrekt weitermelden, so dass der darauf folgende Datenabgleich zeitnah stattfinden kann.

Darüber hinaus umfasst die Schnittstelle ins Gesundheitswesen den Kontakt zu den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Rheinland lieferten zu Beginn eine Liste der Kinder- und Jugendärzte und Personen anderer Disziplinen, die Früherkennungsuntersuchungen abrechnen. Die KVs informieren idealerweise auch über Veränderungen, so dass die Datenbank der Zentralen Stelle bei Neuzulassungen und Abmeldungen von Ärzten aktuell gehalten werden kann. Und es können auf diesem Wege Informationen gewonnen werden zum Bestand aller abrechnenden Ärzte. Die Kommunikation mit den Ärzten zur Umsetzung des Meldeverfahrens erfolgt auf dem direkten Wege mit der Zentralen Stelle. Gibt es in der Durchführung Probleme mit einem Arzt, wird die Information an die zuständige KV weitergegeben mit der Bitte auf die Betroffenen einzuwirken.

Die für die Meldepflicht der Ärzte benötigten Materialien werden von der Zentralen Stelle zur Verfügung gestellt. Zu Beginn war und ist dies die Ausstattung mit dem Starterpack und laufend sind es Nachlieferung der verschiedenen Bestandteile auf Anforderung. Das Starterpack umfasst neben einer Verfahrensanweisung Meldeformulare, Freikuverts für die Meldungen, Materialanforderungsbogen sowie Flyer zur Information der Eltern und ein Fax-Freigabeformular.

Der Weg der Untersuchungsbescheinigungen, der rosa Formulare, verläuft dagegen von den Ärzten nicht direkt zum LIGA.NRW, sondern per Post zum externen Dienstleister AvP. Die Bescheinigungen werden dort erfasst über Scan und OCR-Erkennung. Nächtlich werden pro Beleg zwei Dateien an den Datenserver des LIGA.NRW übermittelt. Empfangen und eingelesen werden alle Daten in Düsseldorf.

Eltern

Die Eltern als Zielgruppe des Erinnerungswesens werden durch die Zentrale Stelle mit einem Anschreiben kontaktiert, das an die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung erinnern soll und über den weiteren Ablauf des Verfahrens informiert. Der Termin, wann eine Mitteilung an das zuständige Jugendamt erfolgt, ist Teil dieser Information seit Anfang 2011.

Ein Informationsangebot zum Erinnerungsverfahren wird in Zusammenarbeit mit dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit als Webpräsenz bereitgehalten. Verfügbar und teils auch herunterzuladen sind Rechtsgrundlagen, FAQ und der Flyer zur „Aktion Gesunde Kindheit“ in mehreren Sprachen. Den Eltern stehen vier Kontaktwege zur Verfügung, um sich an die Zentrale Stelle zu wenden: Fax, Telefon-Hotline, E-Mail und Postweg.

Örtliche Träger der Jugendhilfe

Neben den Schnittstellen für den Import stellen die benachrichtigten Träger der öffentlichen Jugendhilfe eine weitere Schnittstelle dar. Nach einem zweiten Abgleich werden jene Kinder identifiziert, für die noch keine Untersuchung bestätigt werden konnte und eine Überprüfung der Sachlage durch die zuständigen Jugendämter ermöglicht werden soll. Die datenempfangenden Kontaktpersonen in den Jugendämtern wurden zu Beginn LIGA.NRW mitgeteilt. Die Benachrichtigung erfolgt bislang über Listen auf dem Postweg. Mit der Weiterleitung ist die Aufgabe der Zentralen Stelle erfüllt.

Für die Arbeit der Jugendämter ist der aktuelle Status zur Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung von entscheidender Relevanz. Kontaktieren sie Familien, die bereits mit ihren Kindern bei einer Untersuchung waren, werden nicht nur Ressourcen gebunden. Die Akzeptanz des Verfahrens und die Tätigkeit des Jugendamtes in dem Kommunen kann beeinträchtigt werden, wenn es zu Fehlmeldungen kommt. Seit 2011 bietet ein Jugendamtportal beim LIGA.NRW die Möglichkeit, dass Jugendämter unabhängig von der Erreichbarkeit einer LIGA-Mitarbeiterin schnell prüfen können, ob eine angemahnte Untersuchung inzwischen nachgewiesen wurde. Unter einer eindeutigen Korrespondenznummer sind Informationen zur jeweiligen Untersuchung des Kindes aufgeführt.

In der Pflege des Portals fungiert LIGA.NRW als Administrator und bietet Support, die Jugendämter legen selbst Profile für ihre Mitarbeiter an. Wer sich anmeldet, erhält ein Passwort für den Zugriff und bekommt eine Handreichung zum Portal zur Verfügung gestellt. Inzwischen sind nur noch vereinzelt neue Jugendämter aufzunehmen, nach fünf Monaten Laufzeit sind 77 % der Jugendämter beteiligt. Die Aufgabe des Portals wird, gestützt auf Rückmeldungen der Nutzer, zu 100 % erfüllt und die Information als ausreichend bewertet. Sind für die Recherche des Jugendamtes weitere Informationen wichtig, muss weiterhin telefoniert werden z.B. ob ein Brief von Eltern vorliegt, ein Auslandsbeleg oder Kontakt zu einem behandelnden Arzt. Auch die unter der Korrespondenznummer verfügbaren Kontaktnotizen werden zur Kenntnis genommen. Etwa 90 % der Anrufenden nehmen auf diese Notizen Bezug.

Bei der Zentralen Stelle laufen die (Kommunikations-)Wege zusammen. Sie steht in Kontakt mit allen beteiligten Akteuren, den Einwohnermeldeämtern, Ärzten, Eltern und Jugendämtern und wird als der verantwortliche und steuernde Ansprechpartner wahrgenommen (Abbildung 27). Sie bildet mit dem Datenabgleich die Schnittstelle zwischen Input als Dateneingang und Ergebnis als Datenausgang. Beeinträchtigungen im Ablauf eines Teilprozesses wirken sich hier unmittelbar aus. Das bedeutet in der Umsetzung, dass die Mitarbeiter gegenüber allen

beteiligten Akteuren im Verfahren jeweils Aufklärung leisten und Verständnis schaffen müssen, damit die Prozesse ineinandergreifen können.

5.2.6 Struktur des Arbeitsprozesses

Die Arbeitsorganisation und der Zeitplan sind am schwankenden Arbeitsaufkommen und dem Ziel orientiert, täglich einen Abgleich auf null zu erreichen. Die meisten Belege mit einer Zahl bis zu 10.000 Stück gehen dienstags ein. Die Personenstunden pro Tag sind der wöchentlichen Kurve angepasst. Feiertage und Wochenenden, an denen Daten nur gesammelt werden, produzieren einen höheren Arbeitsanfall in Folge. Inzwischen gibt es ausreichend Erfahrung, so dass gut eingeschätzt werden kann, welche Eingangsmenge wann zu erwarten ist und welche Personalintensität erforderlich ist.

Die Anforderung der Verarbeitung bestimmt die Abfolge der Arbeitsphasen. Priorität hat die Bearbeitung eingegangener Belege und ab Mittag beginnen die Mahnläufe bis zum Postausgang gegen 15 Uhr. Es herrscht täglich Termindruck, doch wird insgesamt der Prozessfluss innerhalb der Zentralen Stelle als sehr gut bewertet. Diffizil wird es bei personellen Ausfällen, weil das System der Bearbeitung und Zuordnung keine großen Spielräume zulässt. Durch Arbeitspläne, Vertretungsregelungen, personelle Reserven und kurzfristige Umschichtungen in der Besetzung der einzelnen Aufgabenbereiche wird dies gesteuert. War in 2010 noch eine gewisse personelle Reserve beabsichtigt, dass Urlaub und Ausfälle abgedeckt werden konnten ohne den Ablauf zu gefährden, werden inzwischen die Kapazitäten als nicht mehr so knapp beurteilt.

Regelmäßig besetzt werden:

- Belegbearbeitung,
- Callcenter zwischen 10 bis 16 Uhr gemäß eines Telefonplans,
- E-Mail-Postfach,
- Faxbearbeitung,
- Materialversand alle zwei Tage,
- eine Person wöchentlich zur Rechnungsablage.

Zusätzliche Beanspruchung entsteht, weil für einzelne Arbeitsschritte unterschiedliche Arbeitsplätze einzunehmen sind. Beispielsweise finden die E-Mail-Bearbeitung und die Pflege von Kontaktnotizen aus Datenschutz-Gründen in verschiedenen Systemen statt und sind nicht am selben Computerarbeitsplatz möglich. In diesem Fall müssen die E-Mails zum Übertragen jeweils ausgedruckt und eingescannt werden. Es würde als hilfreich angesehen, wenn die Daten elektronisch zumindest in einem definierten Zeitfenster in das andere System übertragen werden könnten.

Eine enorme Verbesserung im Arbeitsablauf wird durch die direkte Einbindung einer DV-Stelle in die Zentrale Stelle konstatiert. Vorher musste ein Mitarbeiter am Standort Düsseldorf in Absprache mit anderen Fachbereichen bemüht werden.

Die Arbeitsprozesse werden als nicht beeinträchtigt wahrgenommen durch die Kombination von Beschäftigten des Instituts und geliehenen Arbeitskräften. Dennoch ist mit den Leiharbeitskräften nur eine labile Kontinuität zu halten. Findet jemand eine Festanstellung und verlässt das Unternehmen, muss erneut eingearbeitet werden. Dabei ist der Kontakt mit der Firma gut, die Qualifikationsprofile sind klar geregelt. Die Mitarbeiter der Leiharbeitsfirma bringen dennoch ein etwas anderes Selbstverständnis mit, da vertraglich Stunden abgerechnet werden, unabhängig von Personen und so eine Austauschbarkeit möglich ist. Das wirkt sich dahingehend aus, dass Optimierungsmaßnahmen hinsichtlich Arbeitsleistung und Abläufen mit mehr Aufmerksamkeit zu regeln sind.

5.2.7 Aufkommen und Leistungen

Seit alle Untersuchungsstufen einbezogen sind, wurden im Zeitraum eines Jahres (April 2010 bis März 2011) insgesamt 1.012.861 Untersuchungen registriert, zugeordnet und bestätigt (Tabelle 20). Es wurden 177.213 Erinnerungsschreiben erstellt und in 104.260 Fällen wurden die zuständigen Jugendämter informiert, weil weiterhin keine Untersuchungsbestätigung vorlag.

Tabelle 20: Bearbeitete Fälle im Jahreszeitraum April 2010 bis März 2011

	U5	U6	U7	U7a	U8	U9	gesamt
Untersuchungen	121.539	136.787	153.561	185.530	187.942	227.502	1.012.861
Erinnerungen	22.085	12.755	15.951	38.470	30.393	25.944	145.598
Bereits verstorben	14		2	5			
Information des Jugendamtes	7.078	7.487	10.501	27.381	20.797	18.417	91.661
<i>Davon Anteil der Erinnerten</i>	<i>29,6%</i>	<i>57,8%</i>	<i>65,0%</i>	<i>70,9%</i>	<i>68,1%</i>	<i>70,9%</i>	<i>62,9%</i>
Bereits verstorben	6		3	1			

Von den erstellten Erinnerungsschreiben entfallen naturgemäß mehr auf die weniger in Anspruch genommenen Untersuchungen, mehr als ein Viertel derzeit auf die noch relativ junge U7a-Untersuchung. Den geringsten Teil beanspruchen Aufforderungen zur U6-Untersuchungen. Eine vergleichbare Rangordnung fehlender Bestätigungen zum Ende der Toleranzzeiten fand sich auch in Rheinland-Pfalz.⁹⁷

⁹⁷ Heinz Müller, Andrea Michel-Schilling, Jennifer Lamberty, unter Mitarbeit von Stephan Baas (2010): Kinderschutz und Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit für das Berichtsjahr 2009. Mainz (ism-Monitoringbericht).

Tabelle 21: Entwicklung in den Mahnläufen, absolut (%)

Quartal	Erinnerungsschreiben	Weiterleitungen
2/2010	37.236 (17,5)	23.890 (11,2)
3/2010	38.217 (17,3)	24.062 (10,9)
4/2010	35.657 (16,1)	22.980 (10,4)
1/2011	34.456 (16,2)	20.715 (9,8)

Verteilt auf die Laufzeit der „Aktion Gesunde Kindheit“ war im Anteil erinnernder Einladungen ein Knick nach den ersten Monaten feststellbar (vgl. Tabelle 21). Wahrscheinlich ist, dass dieses Phänomen durch ein hohes Aufkommen an Fehlmeldungen bedingt ist, das dann reduziert werden konnte. Danach ist nur noch ein leichter Rückgang erinnernder Schreiben gegeben, der weitgehend auf einen Rückgang bei U7a nach dem ersten Quartal, und einen noch sinkenden Anteil bei U9 zurückzuführen ist. Insgesamt jedoch scheint ein Niveau im Aufkommen erreicht, mit dem auch weiterhin zu rechnen ist.

Im Unterschied dazu sind in den Meldungen, die an die zuständigen Jugendämter getätigt werden, über die Laufzeit sinkende Quoten festzustellen. Dynamik zeigt sich insbesondere bei den aufkommensstarken Untersuchungsstufen (Tabelle 22). Das heißt, dass weniger Kinder einer Kohorte den Jugendämtern zur Überprüfung genannt werden müssen.

Tabelle 22: Entwicklung des Anteils der Weiterleitungen an die Jugendämter an der Gesamtpopulation (%)

Untersuchung	4/2009	1/2010	2/2010	3/2010	4/2010	1/2011
U 5	9,5	6,4	5,8	5,6	5,3	5,5
U 6	8,7	6,4	5,4	5,3	5,3	5,1
U 7		8,6	8,1	7,1	6,8	6,5
U 7a		23,0	19,8	19,0	18,0	17,2
U 8		15,0	14,1	14,9	14,0	13,2
U 9			14,1	13,0	11,6	10,1

Serviceleistungen

Der Serviceaufwand verteilt sich nach Schätzung des Teambüros zu einem kleineren Teil auf den Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten. Die Kommunikation mit Eltern nimmt einen großen Teil der Zeit in Anspruch, nach der ersten Einschätzung 2010 war es etwa die Hälfte der verfügbaren Zeit.

Als Wege der Kontaktaufnahme stehen den Sorgeberechtigten Telefon, Post, E-Mail oder FAX zur Verfügung. Aus der Anfangsphase wird eine sehr hohe Anzahl von Anrufen pro Monat berichtet. Seit der ersten Befragung zum Aufkommen werden weniger Reaktionen der Eltern insgesamt vermeldet. Der Aufwand für die E-Mail-Bearbeitung ist deutlich zurück gegangen (von 100–150 am Tag auf max. 50–60 nach Wochenenden).

Eine Dokumentation kategorisiert nach Anlass wurde erst im Laufe der Umsetzung vorgenommen. Seit 2009 sind 111.587 Kontakte dokumentiert. Danach kann für das Jahr 2010 von rund 190 Kontakten pro Tag ausgegangen werden. 2011 ist ein Rückgang auf im Schnitt etwa 150 Kontakte pro Tag zu verzeichnen. März 2011 wurde eine Änderung im Anschreiben vorgenommen, dem ein deutlicher Rückgang der Nachfragen folgte. Dieser Effekt ist mit internen Abfragemodi statistisch belegt.

Die Mehrheit der Eltern nimmt telefonisch Kontakt auf (82,2 %). Knapp zwei Drittel beziehen sich auf die erbetene Rückmeldung zur Teilnahme. Gemäß der Dokumentation entfallen 40 % der Kontakte auf Angaben zu einer bereits vorgenommenen Untersuchung. Mehr als ein Drittel (34,9 %) gab an, dass die Untersuchung bereits lange vorher stattgefunden habe, bei 5,2 % lag eine Überschneidung mit einer gerade absolvierten Untersuchung vor. 24,5 % informierten über einen bereits vereinbarten Untersuchungstermin. Mit dem Aufkommen an Kontakten mit den Eltern und die Bearbeitung von Alternativbelegen war ein bedeutender Teil Personalbindung verbunden. Auch 2011 bindet die Bearbeitung von Alternativbelegen weiterhin eine Arbeitskraft.

Über die Zeit haben sich diese Anteile zum gemeldeten Status der Teilnahme deutlich verschoben. Der Verweis auf eine bereits durchgeführte Untersuchung ist deutlich rückläufig von 42,2 % auf 34,5 % im Jahr 2011, zugenommen hat der Anteil an Mitteilungen über eine bevorstehende Untersuchung.

Allgemeine Informationen oder Informationen zum Mahnwesen wurden in 30 % der verzeichneten Kontakte abgerufen. Auch hier ist ein relativer Rückgang von 44,4 % auf 31,3 % zu beobachten. Die gebliebenen Anfragen werden insbesondere auf neu ins Verfahren gekommene Kinder (U5) zurückgeführt.

Inhaltlich ist ein Wandel feststellbar. Kaum noch werden Fragen nach dem „Warum“ registriert. Zurückgegangen sind Nachfragen betreffend die Untersuchungen U7a und U9. Die vertretene Haltung, dass eine U9 Untersuchung nicht durch eine Schuleingangsuntersuchung ersetzt werden kann, scheint sich inzwischen durchgesetzt zu haben. Regelmäßig wird nach den Rechtsgrundlagen gefragt, so dass inzwischen ein Standardschreiben entwickelt wurde, das direkt aus der Datenbank abrufbar ist. Im Bedarfsfall wird die Anfrage mit den bisherigen gesammelten Daten dem Datenschutzbeauftragten übergeben. Dafür sind neue Themen mit Änderungen im Ablauf zu beobachten. Zugenommen hat z.B. die Anfrage nach einem Duplikat des Einladungsschreibens, seit die Ärzte dies als Beleg mit ihrer Abrechnung einreichen müssen.

Es werden deutlich seltener negative Reaktionen registriert. Reine Beschwerden umfassen in den dokumentierten Kontakten bis zu 0,5 % des Aufkommens. Diese wurden gerade in der Anfangszeit als stark belastend und zeitaufwendig beschrieben. Ein Indikator für das Aufkommen ist die Weiterleitung an Teamcenter oder Leitungsebene. Das hat abgenommen von etwa drei- bis viermal pro Woche auf zwei- bis dreimal pro Monat.

Die Bearbeitungsdauer pro Nachfrage ist abhängig von der jeweiligen Fallkonstellation. Zur Bearbeitung der Anfragen wurden Standardantworten entwickelt, komplexere Fälle werden an die nächsthöhere Ebene, das Teamcenter, weitergeleitet. Die Mitarbeiter sind dabei be-

strebt, Kommunikationswechsel nicht zu umfangreich werden zu lassen. Je mehr Stufen in einer Kommunikation eingebaut sind, desto mehr Zeit vergeht bis gegebenenfalls eine Zuordnung im System vorgenommen werden kann.

Für die Kontakte mit Jugendämtern und Nachfragen der bearbeitenden Kräfte in den Kommunen wurden im Schnitt circa 40 % der Serviceleistungen aufgewendet. Eine Zusammenarbeit mit den Jugendämtern war zunächst nicht ausdrücklich vorgesehen. Doch erwies sich eine Dienstleistung über die Meldung der Kinder ohne Untersuchungsbestätigung hinaus als notwendig. Etwa die Hälfte der angeschriebenen Jugendämter nutzt nach einer Schätzung der Mitarbeiter die Möglichkeit der Nachfrage bei der Zentralen Stelle, einige davon sehr häufig. Anfangs gingen zahlreiche Anfragen ein zur Umsetzung der TeilnahmeDatVO. Die Verweismöglichkeit auf die von den Landesjugendämtern entwickelte Arbeitshilfe⁹⁸ hat die Kommunikation und die eigene Arbeit merkbar erleichtert.

Der Kontakt mit den Jugendämtern nahm auf der Ebene des Teamcenters bis 2011 etwa zwei bis drei Stunden pro Tag in Anspruch. Um die Rückfragen unabhängig von einer momentanen Erreichbarkeit der Mitarbeiterinnen der Zentralen Stelle befriedigen zu können, wurde ein spezielles Portal zur Datenabfrage eingerichtet. Mit der Einführung des Jugendamtsportals 2011 konnte der Aufwand auf zwei bis drei Anrufe aus den Jugendämtern pro Tag reduziert werden.

5.2.8 Rahmenbedingungen

Der Datenabgleich soll jene Kinder identifizieren, die innerhalb der Untersuchungszeit nicht an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Diese Kinder herauszufiltern setzt voraus, dass

- das Kind in NRW untersucht wird,
- der Arzt eine Bestätigung der durchgeführten Untersuchung sendet,
- die Bestätigung innerhalb der gesetzlich geregelten Zeit erfolgt,
- eine Bestätigung technisch verarbeitet werden kann,
- Meldedaten eines Kindes vorhanden sind,
- Statusänderungen angezeigt wurden und die Meldedaten aktuell sind,
- die Kassendaten zur Person mit dem aktuellen Meldestatus übereinstimmen bzgl. Name, Geburtsdatum und Adresse,
- die richtige Untersuchung angekreuzt ist,
- Übermittlungswege funktionieren

und der Abgleich zwischen beiden Datenquellen gelingen kann.

98 Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL – Landesjugendamt Westfalen (Hrsg.) (2009): Arbeitshilfe zur kommunalen Umsetzung der UTeilnahmeDatVO. Münster.

Ist der Abgleich negativ, muss zudem sicher gestellt sein, dass

- ein gegebenes Sterbedatum übermittelt ist,
- eine bestehende Meldedatensperre bekannt ist,
- eine Um- und Abmeldung innerhalb der Untersuchungsspanne bekannt ist,
- die Überschneidung von Untersuchung und Verfahrenslaufzeit („blinder Fleck des Systems“) möglichst gering ist.

Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, ist zum einen möglich, dass Kinder nicht erfasst und erreicht werden, die in dem relevanten Alter sind. Zum anderen werden Kinder ungerechtfertigt angeschrieben.

In nahezu allen Bereichen wurden und werden im Vollzug Probleme festgestellt. Diese sind unterschiedlich gewichtig in ihrer Frequenz und in ihren Auswirkungen auf das Verfahren.

1. Für den Abgleich wird angenommen, dass mit den Meldedaten die Basis aller Kinder im relevanten Alter zu 100 % abgebildet wird. Es liegen jedoch Untersuchungsbelege für Kinder vor, zu denen keine Meldedaten übermittelt sind. Diese Kinder können verspätet angemeldet sein. Es wird aber auch ein systematischer Fehler in einigen Behörden vermutet. Im Resultat bedeutet das, dass Kinder nicht bekannt sind und ggf. nicht die Chance besteht, diese im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“ zu erreichen.
2. Das Sendeverhalten der Meldebehörden verlief zunächst sehr unterschiedlich. Mit der Novelle zu einer täglichen Aktualisierung und der Speicherung der Daten ab Geburt ist eine Verbesserung festzustellen, wenn auch der tägliche Turnus noch nicht in Gänze umgesetzt ist: Für kleine Kommunen eventuell ohne elektronisches System ist dieser kaum zu leisten.
3. In der Übermittlung der Meldedaten kommt es ziemlich oft zu Verzögerungen oder Problemen, denen nachgeforscht werden muss.
4. Häufiger sind die definierten Datenfelder durch die Kommunen falsch ausgefüllt. Die Grundgesamtheit wird definiert durch Ein- und Auszugsdatum; kommt es da zu Verwechslungen, werden Kinder nicht erreicht oder es werden unnötige Arbeitsschritte in Gang gesetzt.
5. Rund 3 % der Datensätze sind fehlerhaft. Unvollständige Datensätze stellen den häufigsten Anlass dar. Fehlen nur Elternadressen, ist das wenig problematisch, weil die Adresse des Kindes angeschrieben wird. Nicht erkennbar ist, wenn Meldedatensperren oder Sterbedaten fehlen, was schwerwiegende Folgen im laufenden Verfahren hat. Auffällig wurden Meldedaten, bei denen durch Aktualisierung ein Sterbedatum drohte gelöscht zu werden. 47 Kinder wären in der Laufzeit betroffen gewesen.
6. Zu Beginn des Meldeverfahrens war eine „bemerkenswert schlechte“ Qualität der Daten aus den Meldebehörden gegeben. Da importierte Datensätze nicht gelöscht werden dürfen, wirkt sich auf die Weiterverarbeitung aus, bis diese belasteten Datensätze aus der Datenbank herausgewachsen sind.

7. Die Abklärung in der Qualitätskontrolle herausgefilterter Datensätzen beansprucht je nach Kommune und Gegenstand bis zu zwei Wochen. Sind die betroffenen Kinder bisher nicht in der Datenbank erfasst, bedeutet das, dass sie solange nicht in das Verfahren einbezogen werden können.
8. Nicht dem Personenstatus entsprechende Meldedaten werden im Vollzug festgestellt. Die Hälfte der Arbeitszeit im Teamcenter wird durch die Abklärung falscher Meldedaten beansprucht. Jeder Fehler, der von Eltern angezeigt wird (Geburtsdatum, Kind verstorben etc.) führt zu einer Anfrage der Zentralen Stelle beim Einwohnermeldeamt. Die Folgen können gravierend sein: Das korrekte Geburtsdatum ist für die Fristensetzung wie für den Abgleich grundlegend. Die Übermittlung eines Sterbedatums ist Voraussetzung, dass das Verfahren ausgesetzt werden kann. Bei Adressänderungen kommt es zu längeren Laufzeiten und ggf. wird eine nicht zuständige Kommune benachrichtigt.
9. Ärzte boykottieren das Verfahren, indem sie durchgeführte Untersuchungen nicht melden oder die Verarbeitung der Belege erschweren. Etwa zwei Dutzend sind in der Zentralen Stelle derzeit bekannt. Manipulationen der Belege, die anfangs eine manuelle Bearbeitung erforderten, sind durch neue Verfahren handhabbar. Die Information der Ärztekammern über Auffälligkeiten kann in ihrer Wirkung kaum beurteilt werden.
10. Bestätigungsformulare werden unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllt. Nachfragen sind notwendig, wenn aufgrund der Angaben keine Zuordnung möglich ist (Geburtsdatum, Name, Geschlecht), oder die Unterschrift des Arztes fehlt. Sehr häufig kommt es vor, dass eine Untersuchung auf den Belegen angekreuzt ist, die nicht zum Geburtsdatum passt. Die anfängliche Praxis, diese in der Zentralen Stelle nach eigenem Ermessen zuzuordnen, wurde angesichts der Menge der Fälle und der damit verbundenen potentiellen Fehlzuordnung aufgegeben. Schwer zu vermitteln ist, dass ein Praxisstempel alleine nicht ausreicht um einen Beleg anzuerkennen.
11. Untersuchungsbelege kommen trotz einer fristgerechten Meldung verspätet oder gar nicht an. Es ist schwer nachzuvollziehen, für die Zentrale Stelle ebenso wie für die Praxis, wo der Beleg verloren gegangen ist. Zur Prüfung des Wegs über den Dienstleister AvP wurden Probestbriefe verschickt, die jedoch keine Beanstandung ergaben. Eine elektronische Übermittlung könnte technisch Abhilfe schaffen und ist in der Umsetzung. Es wird geschätzt, dass derzeit jedoch nur 10 bis 30 % der Ärzteschaft entsprechend ausgerüstet sind.
12. Untersuchungsbelege gehen nicht in der Zentralen Stelle ein, weil durch einen Systemfehler der Abruf der Daten nicht erfolgte.
13. Untersuchungen außerhalb von Nordrhein-Westfalen machen meist alternative Nachweise erforderlich. Es fehlen Regularien, was für eine Untersuchung äquivalent anerkannt werden kann und was nicht. Sonderfälle stellen z.B. Belege von Angehörigen der ausländischen Streitkräfte oder Belege aufgrund eines Auslandsaufenthalts im Untersuchungszeitraum dar.

Aus der Liste der Einschränkungen in den eingehenden Daten wird deutlich, dass ein misslingender Abgleich weitgehend extern verursacht wird und nur begrenzt in der ausführenden

Behörde zu beeinflussen ist. Dennoch werden die Unannehmlichkeiten für Eltern und andere Akteure der Zentralen Stelle als verantwortliche Behörde zugeschrieben. Steuerungsmöglichkeiten bestehen zum einen, indem die Auswirkungen solcher Inputprobleme gemindert werden. Sie können aber auch mit Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen hergestellt werden, wie in der Novelle zur UTeilnahmeDatVO 2010. Hinsichtlich der Meldedaten sind Maßnahmen getroffen worden hinsichtlich einer

- Aktualisierung der Meldedaten, die unverzüglich an LIGA.NRW weiter zu geben sind,
- Erweiterung der Daten durch frühere Wohnsitze,
- Übermittlung der Daten zu einem Kind ab Speicherung der Geburt (§ 1 Abs. 1),
- die Möglichkeit einer Fristenanpassung bei Vorliegen gewichtiger medizinischer Gründe (beispielsweise bei Frühgeburten durch Verwendung des errechneten Geburtstermins) oder Herausnahme eines Kindes aus dem Verfahren (§ 3 Abs. 5).

Für die Verhältnismäßigkeit der Intervention durch das Erinnerungswesen ist eine Option durch die Herausnahme von Kindern aus dem Verfahren geschaffen worden. Voraussetzung dafür ist in der Regel, dass die Eltern sich melden. Die Zentrale Stelle wird zwar selbst aktiv und schreibt Eltern an, um auf diese Möglichkeit hinzuweisen, doch bedarf es dafür eines Hinweises. Mengemäßig wird keine spürbare Arbeitserleichterung erreicht; es ist geschätzt etwa ein Kind pro Monat, das aus dem Verfahren genommen wird. Entlastung entsteht emotional, sowohl bei den betroffenen Eltern wie den kontaktierten Mitarbeitern.

Mit der Möglichkeit manuell auf der Grundlage einer ärztlichen Bescheinigung bei Frühgebo- renen die Fristen anzupassen, werden mehrfache Interaktionen im Laufe des Verfahrens vermieden. Informiert wird über diese Möglichkeiten auf der Webseite der Zentralen Stelle nicht, sie gehört nicht zu den FAQ, weil diese Fälle nicht häufig sind.

Ein gravierender Einfluss auf den Arbeitsprozess, der weiterhin besteht, wird gesehen durch:

- die Notwendigkeit der Datenfilterung und Überprüfung bei knapp 400 Lieferanten,
- eine zu lange Übermittlungsdauer bei Sterbedaten,
- die Frage der Gleichwertigkeit bei Alternativbelegen aus dem Ausland,
- die freiwillige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen.

5.2.9 Qualitätssichernde Maßnahmen

Im Laufe der Umsetzung wurden in der Zentralen Stelle Standards entwickelt und Rationalisierungen vorgenommen, um die Arbeitsprozesse zu optimieren. Die Spanne reicht von der Möglichkeit, automatisch Schreiben aus der Datenbanken zu generieren, wenn Elternteile über Datenschutz informiert werden möchten oder meldedatenrelevante Einträge zur Abklärung die Meldebehörden zu senden sind, bis zur fortschreitenden Elektronisierung der Übermittlungswege.

Installiert sind dazu Austauschmöglichkeiten einerseits in Hinblick auf die Arbeitsorganisation wie Arbeitsbewältigung, Bedarf nach Umschichtungen, Vereinfachungsmöglichkeiten, Anpassungs- und Optimierungsbedarf andererseits aber auch in Hinblick auf die erhaltenen Reaktionen. Die Passung von Standardantworten, Sonderfälle, bestimmte häufige Anfragen und das Feedback aus den externen Schnittstellen wird kommuniziert und die Voraussetzung für Modifikationen geschaffen.

Standardisierung und Optimierung in den Übermittlungswegen ist mehrfach umgesetzt worden. Ein Jugendamtsportal wurde entwickelt, implementiert und ist seit 2011 in Betrieb. Eine elektronische Meldung von Ärzten könnte seit Mitte 2011 empfangen werden, wird aber noch nicht genutzt. Es fehlt noch die Implementierung in gängige Praxissoftware, die den Praxen den Zugang erleichtern würde. Zwei Hersteller haben dies inzwischen aufgenommen, aber sind nicht in den Vertrieb gegangen.

Zu den verfahrensinduzierten Aufgaben treten jeweils neue Tätigkeiten zur Überprüfung und Verbesserung der Basis, des Abgleichens und der zuarbeitenden Prozesse, wenn Unregelmäßigkeiten die Toleranzgrenze überschreiten. Beispiele sind die Auslese von Adressen, um Meldedaten für nicht zuordenbare Belege gezielt abzufragen, oder die Überprüfung der Belegerstellenden, ob sie berechtigt sind. Neben internen Anstößen zur Weiterentwicklung bestehen Anforderungen von außen z.B. die Vereinheitlichung des Datenformats durch gesetzliche Grundlage. Bei Neuerungen wie dem XML-Format sind Testläufe zu planen bis alle Prüfungen erfolgreich abgeschlossen sind und auf das neue Verfahren umgeschaltet werden kann.

Ein Hauptgewicht der internen Qualitätssicherung liegt auf dem Erfassen statistischer Daten zur Umsetzung und deren Überprüfung in adäquaten Zeitabständen. Dafür sind Tools zur Datenbank verfügbar oder werden bei Bedarf entwickelt. Interne Prozessstatistiken werden erstellt zu:

- Qualität der eingehenden Meldedaten (gelistet pro Meldeamt),
- Meldefrequenz der Ärzte,
- Zuordnung und Bestätigung,
- anlassbezogenem Informationsbedarf (z.B. zur Mehrfachteilnahme).

Qualitätsprüfung eingehender Daten

Das Hauptaugenmerk liegt auf der Qualität der eingehenden Meldedaten. Von ihnen hängen die Möglichkeit und die Qualität des vorzunehmenden Datenabgleichs ab. Aus den Erfahrungen der Anfangszeit heraus wurde ein Qualitätshüter in der Datenverarbeitung eingesetzt. Regelmäßig wird überprüft, ob jede Kommune Daten geschickt hat: anfangs monatlich, inzwischen täglich. Die eingehenden Meldedaten werden vor dem Import in die Datenbank auf systematische Fehler geprüft. Damit keine falschen Daten eingelesen werden, sind Filter auf Plausibilität eingebaut, die mit der Zeit entwickelt wurden. Gefiltert und manuell bearbeitet wird bei einem Vorliegen von:

- Namensgleichheit mit gleichem Einzugs- und Auszugsdatum (Ausschluss von Doppelungen), und
- Sterbedatum (Überschreibungen sind vorgekommen).

Wegen der gravierenden Folgen bei Fehlern werden Sterbedaten zu einem eigenen Prüfkriterium. Aus 20 Kommunen wurde beobachtet, dass einmal übermittelte Sterbedaten bei einer Aktualisierungsmeldung wieder gelöscht waren.

Wird ein falscher Datensatz entdeckt, wird eine Reihe von Arbeitsschritten in Gang gesetzt. Ein Datensatz darf aus rechtlichen Gründen nur in der Form importiert werden, in der er geliefert wurde. Das bedeutet Abklären der Unstimmigkeiten, um über den Status des ankommenden Datensatzes zu entscheiden:

- es wird ein neuer Datensatz angelegt,
- der Datensatz wird als aktueller Datensatz übernommen,
- der Datensatz wird als Historie importiert,
- der Datensatz ist abzulehnen.

Über die gesamte Laufzeit der „Aktion Gesunde Kindheit“ wurden aus den Kommunen in Nordrhein-Westfalen 1.110.495 Datensätze geprüft. Davon werden im Schnitt 2,9 % als fehlerhaft gefiltert. Je nach Kommune kann der Fehleranteil zwischen 0,2 und 13,6 % betragen; bei 93 % aller übermittelnden Kommunen liegt der Anteil jedoch unter 5 %. Eine Kommune produzierte als Ausreißer eine Fehlerquote von 41,5 %. Von den gefilterten Datensätzen waren durchschnittlich 0,7 % abzulehnen, mit Spanne zwischen 0 % und 23,8 % je nach Meldeamt.

Eine Verbesserung für die Prüfung der gefilterten Datensätze stellt die mit der Novelle der Verordnung erweiterte Übermittlung der früheren Wohnsitze dar. Einige kritische Fälle können bei der Nachprüfung nun unmittelbar in der Zentralen Stelle entschieden werden. Eine notwendige Nachfrage in der Kommune kann zur sofortigen Klärung führen oder aber eine Wartezeit bis zu zwei Wochen bedeuten.

Bei Verdacht auf einen systematischen Fehler beginnt die gemeinsame Fehlersuche. Systematisch bedeutet, dass aufgetretene Unregelmäßigkeiten mit einer bestimmten der verschiedenen im Einsatz befindlichen Meldesoftware-Systeme oder einem Übertragungsweg in Zusammenhang gebracht werden können. Die Fehlersuche bedeutet, nacheinander Meldesoftware, Implementierung, Endbenutzer und Übertragungsweg wie Rechenzentren oder Intermediär zu überprüfen. Inzwischen kann in solchen Fällen direkt Kontakt mit den Software-Herstellern aufgenommen werden. Zu Beginn der Umsetzung war das nicht gegeben und damit der Einfluss auf Fehlerbearbeitung und Verbesserung geringer.

Einige Beispiele für identifizierte systematische Fehler sollen genannt werden:

- Fehlen von Änderungsmeldungen oder Sperrvermerken bei einer Meldesoftware (im Adoptionsverfahren werden die leiblichen Eltern angeschrieben),

- fehlende Meldedaten zu Kindern, für die Belege nicht zugeordnet werden bei einer Meldesoftware (Kinder werden durch das Verfahren nicht erreicht),
- Fehler in der Übermittlung der Arztbelege, es gab beim Intermediär kein Kontrollsystem für die Versendung der Daten (Zuordnungen finden nicht statt und provozieren Fehlmeldungen).

In welcher Art und welchem Umfang auf eine Auffälligkeit der übermittelten Daten reagiert wird, hängt davon ab, wie relevant die Fehler für den Abgleich sind. Die Ursachenforschung wird jedoch nur bis zu einem gewissen Grad erfolgreich eingeschätzt.

Qualifizierung der Mitarbeiter

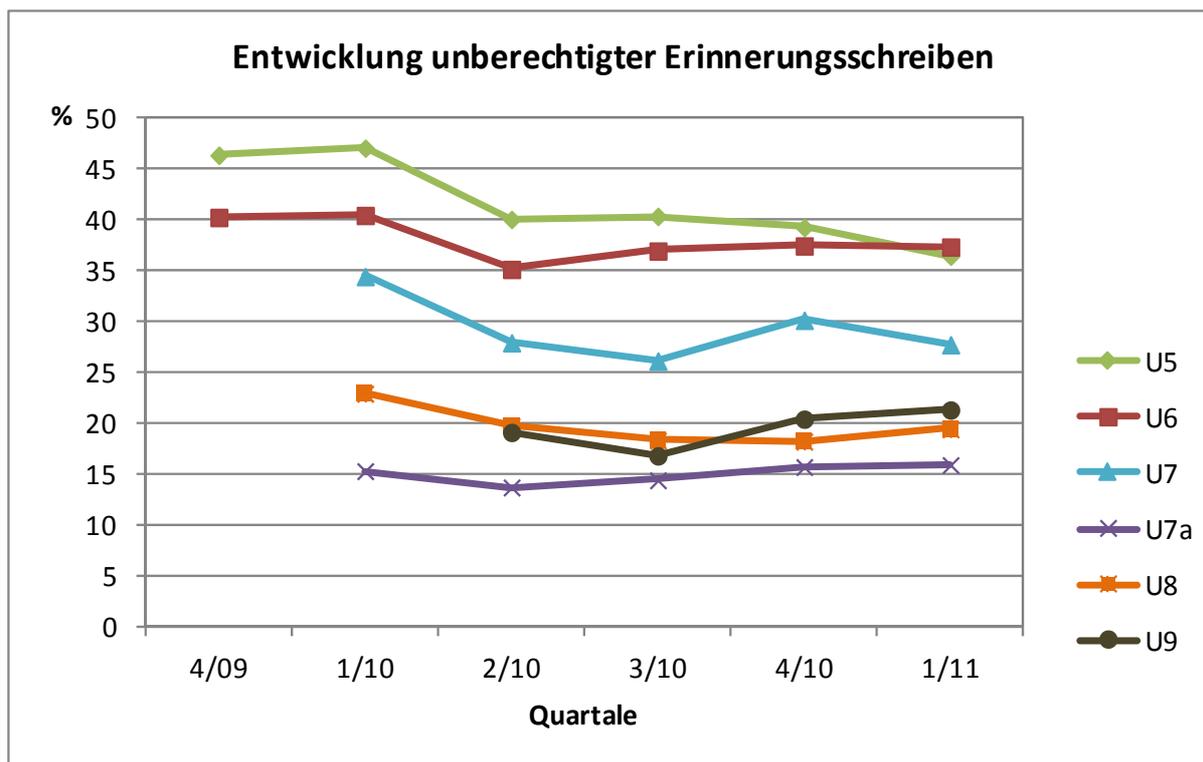
Die Einarbeitung der Zeitkräfte erfolgt auf zwei Ebenen durch die LIGA.NRW Mitarbeiter des Teamcenter und durch die Kollegen im Datenabgleich und wird als sehr gut beurteilt. Für die Telefonkontakte mit den Eltern wurde eine Schulung inklusive Beschwerdemanagement durchgeführt. Regeln für die Weiterleitung von Anfragen an Teamkoordinatoren oder die nächsthöhere Ebene sind festgelegt.

5.2.10 Umsetzungsqualität

Mittels des Exports aus der Datenbank lassen sich Kennzahlen für die Qualität der Umsetzung generieren. Eine wichtige Aussage bezieht sich auf den Umfang und die Entwicklung sogenannter „Fehlmeldungen“, Interventionen die erfolgen, obwohl eine Untersuchung bereits stattgefunden hat. Diese bestimmten einen Großteil der Debatten in der Einführungszeit.

Untersucht man den Anteil, der auf Schreiben entfällt, die nach einem Untersuchungstermin an Eltern verschickt wurden – z.B. weil der Beleg nicht oder verspätet an die Zentrale Stelle weitergeleitet wurde – findet man das Problem bei den einzelnen Untersuchungsstufen unterschiedlich stark ausgeprägt. Abbildung 28 zeigt die Entwicklung der Fehlmeldungen unter den Elternschreiben für jede U-Untersuchung. Für die späteren Untersuchungen, die knapp zwei Drittel der Anschreiben bedingen, bewegt sich dieser unter 25 %. Jeder dritte Brief ist jedoch betroffen, der zur Erinnerung an die U5- oder U6-Untersuchung versandt wird.

Abbildung 28: Unberechtigte Erinnerungsschreiben im Verlauf (%)



Deutlich lässt sich aus den Verläufen eine Besserung mit dem zweiten Quartal 2010 feststellen. Seitdem erfolgten im Jahresdurchschnitt noch 21,2 % der erinnernden Einladungen unberechtigt in diesem Sinne.

Bestätigungszeitraum

Die Zeitdauer von der Untersuchung bis zu dem Status in der Datenbank, dass keine Erinnerung ausgelöst wird, beruht sowohl auf der Übermittlungszeit der Ärzte, der Erfassung der Untersuchungsbelege sowie der Zeit, bis eine Zuordnung aufgrund der vorliegenden Angaben zur Person vorgenommen und bestätigt werden kann. An jeder Schaltstelle kann es zu Verzögerung oder fehlerhafter Bearbeitung kommen.

Die für den Prozess zugrunde gelegten Übermittlungszeiten wurden zweimal per Erlass angepasst aufgrund interner Auswertungen, bereits vor Start der Mahnläufe und nochmals mit der Novelle der TeilnahmeDatVO. Es wird ein Bearbeitungszeitraum von zehn Tagen eingeräumt, von denen fünf Tage der Frist der ärztlichen Meldeverpflichtung geschuldet sind. Mit den Daten der Datenbank lässt sich insgesamt der Zeitraum feststellen, der zwischen angegebenem Untersuchungsdatum und Zeitpunkt einer bestätigten Zuordnung vergeht. Eine Differenzierung zwischen einzelnen Phasen der Übermittlung kann nicht vorgenommen werden.

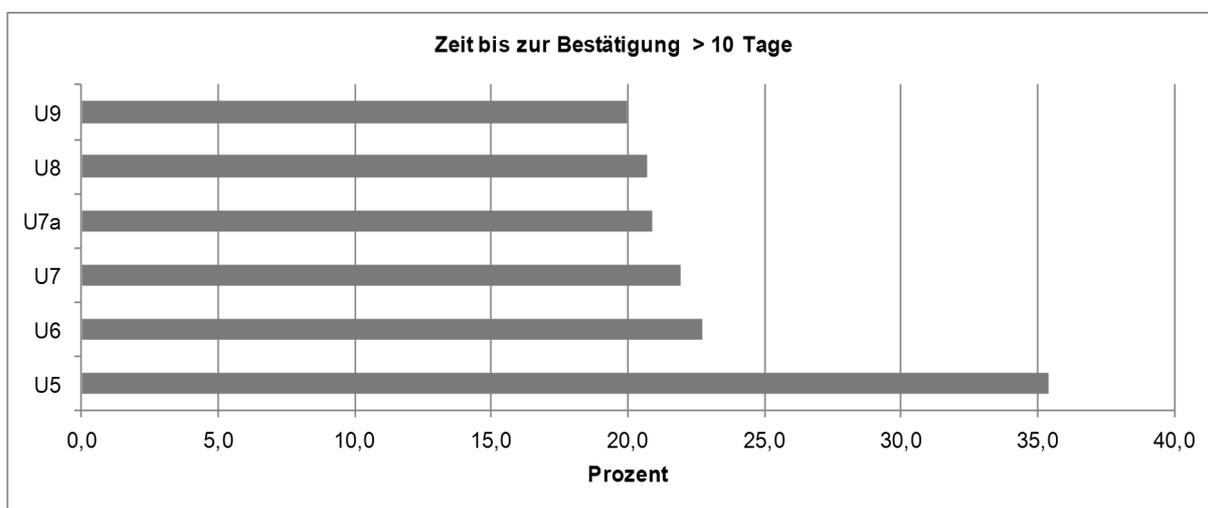
Es ist festzustellen, dass bei den meisten Untersuchungsstufen diese Bearbeitungszeit in etwa einem Fünftel der Fälle überschritten wird (Abbildung 29). Deutlich mehr Zeit vergeht bei U5-Untersuchungen, ein Drittel der Fälle liegt über der eingeplanten Bearbeitungszeit. Eine deutliche Verbesserung ist jedoch mit dem Jahr 2011 festzustellen. Inzwischen bean-

spricht noch jeder vierte Beleg einer U5- Untersuchung eine längere Bearbeitungszeit (24,5 %).

Erhöht wird die Bearbeitungszeit auch, wenn die Zuordnung zu einer Untersuchung manuell bestätigt werden muss. Die Prüfung der Belege muss mit hoher Konzentration durchgeführt werden und ist zeitaufwändig. Das mangelhafte Ausfüllen der Vordrucke war ein benanntes Problem der Anfangszeit. Immer noch häufig sind Probleme bei der Zuordnung der Untersuchungsstufe aufgrund unterschiedlicher Druckereinstellung bei den Praxen. Eine elektronische Meldung der Praxen könnte hier gewisse Probleme beheben und den Aufwand verringern.

Eine Folge dieser längeren Bearbeitung können die genannten Fehlmeldungen sein. Es wird angenommen, dass fehlende Meldedaten die Hauptursache bei U5 darstellen. Die Belege zur U5 umfassen einen eigenen Ordner unter den nicht zuordenbaren Belegen.

Abbildung 29: Anteil eines Zeitraums zwischen Untersuchungsdatum und Bestätigungsdatum von mehr als 10 Tagen an allen bestätigten Belegen



Im Verlauf des Jahres zeigt sich für alle Untersuchungen ein leicht steigender Trend fristgemäßer Weiterleitung und Bestätigung der Belege. Es lässt sich daraus auf eine ebenfalls steigende Tendenz fristgerechter Praxismeldungen schließen.

Nicht zuordenbare Belege

Bilden nicht oder verspätet eingehende Belege ein Problem des Abgleich, wird ein zweites durch fehlende Meldedaten ausgelöst. Derzeit sind konstant 36.000 Belege nicht zuordenbar, weil ein Meldedatum fehlt. Der Abgleich zwischen Untersuchungsbelegen und Meldedaten wird in vier Feldern vorgenommen, um die Identität sicherzustellen. Er gelingt für 84 bis 87 % der Belege automatisch. Nicht automatisch bestätigte Belege werden manuell bearbeitet, zugewiesen und von einer weiteren Person bestätigt. Ist eine Zuordnung nicht unmittelbar möglich, werden die Belege arbeitstäglich neu abgeglichen. Regelmäßig werden Belege aussortiert, die neun Monate alt und nicht mehr für eine aktuelle Verarbeitung zu verwenden sind.

Um den Korpus abzubauen, werden inzwischen die Adressen exportiert und gehen in eine eigene Nachfrage bei den Meldeämtern. Es konnte festgestellt werden, dass ein größerer Teil fehlender Daten mit einer bestimmten Meldeamtssoftware zusammenhängt und ein systematischer Fehler ursächlich scheint.

Fehlerhafte Daten

Die Abklärung unvollständiger oder unstimmiger Daten stellt derzeit die Hauptarbeit in der mittleren Ebene dar. In der Praxis des Abgleich findet die tägliche Aktualisierung durch die Meldebehörden keinen wahrnehmbaren positiven Niederschlag durch eine höhere Erfolgsquote.

Die Rekonstruktion „wahrer Daten“ aus widersprüchlichen Informationen ist aufwendig. Je nach Ergebnis sind Möglichkeiten zu wählen, manuell weitere unnötige oder falsche Mahnläufe zu vermeiden. Sind falsche Meldedaten wie z.B. ein falsches Geburtsjahr, ein falscher Vorname des Kindes identifiziert, können diese Datensätze in einen vorhandenen korrekten Datensatz storniert oder für das Verfahren gesperrt werden. Es gibt die Möglichkeit einer Fristanpassung, dass das Datum für die Erinnerung und die Weiterleitung manuell anhand eines Vergleichsdatums gesetzt wird. Bei einer falschen Adresse kann, bis der neue Datensatz von der Meldebehörde kommt, für den Schriftverkehr die korrekte Adresse gespeichert werden.

Der Gewinn des elektronischen Meldeportals für die Abklärung solcher korrupten Datensätze ist beschränkt. Beim Abklären von Umzügen ergibt sich ein gewisser Geschwindigkeitsvorteil gegenüber der schriftlichen Anfrage, falls die Informationen in dem elektronischen System bereits vermerkt sind. Eine schriftliche Anfrage bei dem Meldeamt mit der entsprechenden Wartezeit entfällt dann und das bedeutet, ein Kind kann schneller gesperrt werden, es werden keine unnötigen Schreiben produziert bzw. die Jugendämter bei der Überprüfung der Zuständigkeit entlastet. Ist eine Abfrage aber nicht erfolgreich, bedeutet das einen Arbeitsschritt mehr zur bisher üblichen schriftlichen Nachfrage. Und bei einem Großteil anderer Auffälligkeiten wie unstimmigen Namen, Geburtsdaten oder bei Sterbefällen ist das Portal nicht hilfreich.

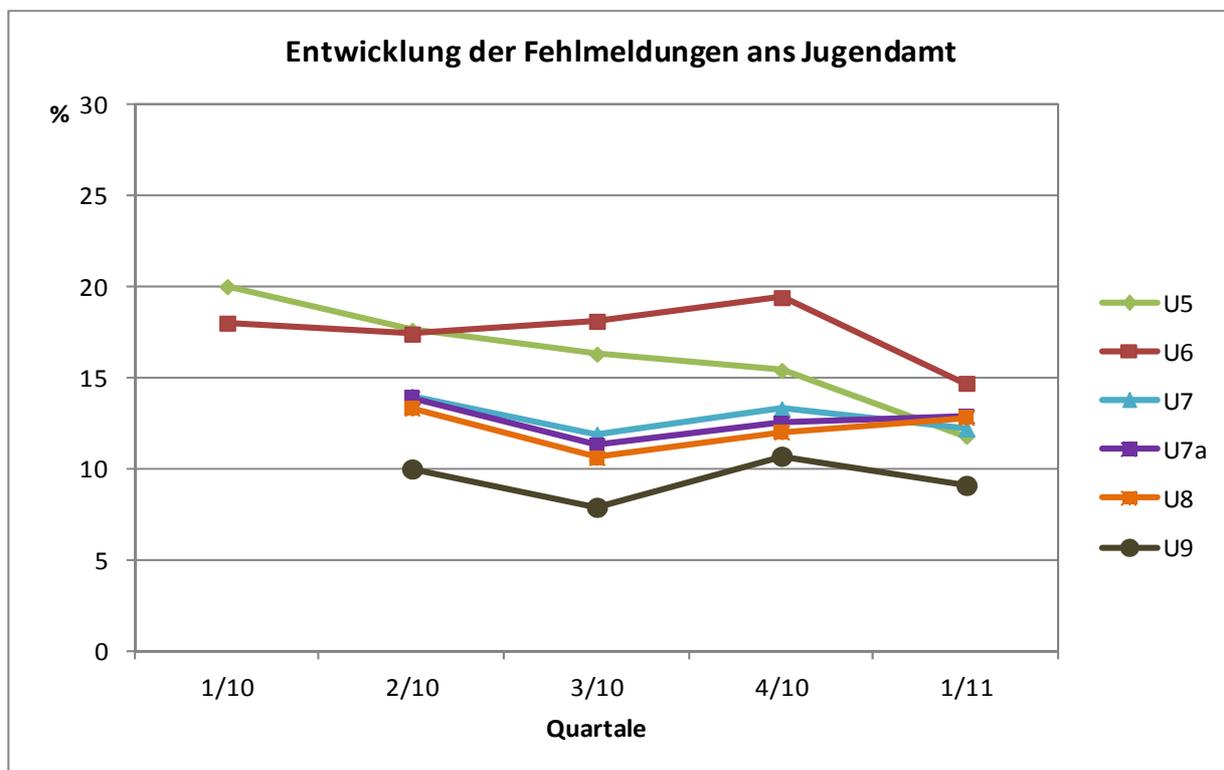
„Fehlmeldungen“ an die Jugendämter

Mit einem zweiten Datenabgleich sollen jene Kinder identifiziert werden, die auch nach einer Erinnerung an keiner Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Sind Einschränkungen gegeben, gilt auch hier, dass ein negativer Abgleich nicht gleichzusetzen ist damit, dass Eltern sich gegen eine Untersuchung entschieden haben. So wird vorausgesetzt, dass die Untersuchung in dem eingeräumten Zeitraum in einer Praxis nachgeholt werden kann.

Seit April 2010 waren insgesamt 13,8 % aller LIGA-Meldungen an die Jugendämter unrechtmäßig, weil die Untersuchung bereits stattgefunden hatte. Gegenüber den in der Anfangs-

zeit beklagten hohen Zahlen eingegangener Fehlmeldungen⁹⁹ ist damit eine deutliche Verbesserung gegeben. Der Anteil falsch-positiver Meldungen ist bei den einzelnen Untersuchungen unterschiedlich, die Spanne reichte Anfang 2011 von 9,1 % bei der U9 bis 14,7 % bei der U6. Ein Rückgang in den Fehlmeldungen ist bei U5- und U6-Untersuchungen nachzuweisen (Abbildung 30).

Abbildung 30: Entwicklung unberechtigter Weiterleitungen an das zuständige Jugendamt je U-Untersuchung (%)



Einen Hauptgrund stellen inzwischen die Überschneidungen einer Untersuchungsdurchführung mit der Information an die Jugendämter dar. Eine Woche später sind viele dieser Untersuchungen bereits bestätigt, so dass der Anlass für eine Überprüfung durch das Jugendamtspersonal entfällt (Tabelle 23). Das gilt insbesondere für U7a und U8, wo viele Untersuchungen zum Ende der Toleranzzeit stattfinden. Eine hohe Zahl von Überschneidungen ließe sich durch eine spätere Übermittlung an die Jugendämter mindern. Es lässt sich eine Verbindung herstellen zu dem von einem Teil der Eltern geäußerten Wunsch, bei den späteren U-Untersuchungen etwas früher erinnert zu werden (vergleiche Kapitel 5.5).

99 LWL-Landesjugendamt Westfalen (2010). UTeilnahmeDAIvo – Datenauswertung 02/2010 bis 10/2010. Münster.

Tabelle 23: Weiterleitung an das zuständige Jugendamt bei durchgeführter Untersuchung zwischen Januar und März 2011

Untersuchung	Meldungen an Jugendamt mit bereits durchgeführter Untersuchung Aktuelle Frist (%)	Meldung an Jugendamt mit bereits durchgeführter Untersuchung 7 Tage später (%)	Reduktion (%)
U5	11,8	10,4	11,9
U6	14,7	11,0	25,2
U7	12,2	8,3	31,9
U7a	12,9	5,1	60,5
U8	12,8	5,8	54,7
U9	9,1	4,9	46,2

Überprüfungsmöglichkeit der Jugendämter

Die Bekanntgabe von vereinbarten Untersuchungsterminen hat keine aufschiebende Wirkung für die Weiterleitung an das Jugendamt. Die Information wird den Jugendämtern jedoch zur Verfügung gestellt. Es besteht die Möglichkeit, in den Kommunen abzuwarten und zu prüfen, ob bereits Belege bei LIGA.NRW vorliegen, um Überschneidungen und unnötige Hausbesuche zu vermeiden.

Mit dem Jugendamtsportal wird von der Zentralen Stelle eine Möglichkeit angeboten, diese Überprüfung vorzunehmen. Dabei ist die Information zeitversetzt verfügbar, gegenüber dem Echtzeitsystem sieht der Abfragende den Stand vom Vortag gespiegelt. Dies war anfangs nicht ausreichend kommuniziert und brachte eine falsche Anwendung mit sich. Einschränkungen werden auch für die Nutzung vermerkt. Aufgebaut ist das Portal nach dem cross-side-Prinzip (über die Internetseite LIGA.NRW wird mit der Seite von principa verbunden). Für Ämter, die nur über den Browser von Internet Explorer verfügen, ergeben sich dabei Probleme mit den Sicherheitseinstellungen, so dass das Portal nicht genutzt werden kann.

5.3 Umsetzungsqualität des Meldeverfahrens aus Sicht der zuständigen Ärzte (Modul 7)

5.3.1 Ziel des Moduls

Die Ärzte nehmen eine Schlüsselposition bei der Entdeckung von körperlichen, geistigen und sozialen Fehlentwicklungen des Kindes sowie bei der Aufdeckung von Kindeswohlgefährdung ein. Die Aufgabe der Früherkennungsuntersuchungen (U1–U9) besteht für den Arzt darin, gesundheitliche Defizite bzw. gesundheitsrelevante Probleme und Anzeichen von Vernachlässigung möglichst frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Für die Umsetzung des Meldeverfahrens spielen die Ärzte eine ebenso zentrale Rolle, denn sie kommen durch die Frühuntersuchungen als erste mit den Kindern und ihren Eltern (bzw. nichtelterlichen Erziehungsberechtigten) in Kontakt. Nur durch ihre Mitteilung gemäß § 32a

des HeilBerG Nordrhein-Westfalen über die Teilnahme an den U5- bis U9-Untersuchungen an die Zentrale Stelle des LIGA.NRW kann ein späterer Abgleich zwischen teilnehmenden und nichtteilnehmenden Kindern erfolgen, das Einladungswesen in Gang gesetzt und die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Nichtteilnahme informiert werden. Durch die Meldung von teilnehmenden Eltern und ihren Kindern, die die Früherkennungsuntersuchung nachgeholt haben, können die Ärzte ein bereits laufendes Einladungswesen beenden, bevor eine Benachrichtigung an die Jugendämter erfolgt. Für die Teilnahme an und die Steigerung der Frühuntersuchungen für Kinder spielen die Ärzte auch jenseits des Meldeverfahrens eine wichtige Rolle, indem sie in ihrer Praxis über die Notwendigkeit der rechtzeitigen Durchführung von U-Untersuchungen informieren.

Im Zentrum des Moduls 7 steht die Frage, wie die Ärzte dem Meldeverfahren gegenüberstehen. Insbesondere soll die Umsetzungsqualität aus Sicht der meldepflichtigen Ärzte in Nordrhein-Westfalen erfasst und genauer untersucht werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Meldung der Teilnahme an U-Untersuchungen durch den Arzt bzw. die betreffende Arztpraxis grundsätzlich erschwert ist, wenn die Akzeptanz in der Ärzteschaft gering ist, der Nutzen des Verfahrens in Frage gestellt wird und eine allgemeine Unzufriedenheit mit dem Verfahren herrscht.

Hohe Unzufriedenheit mit dem Meldeverfahren und geringe Akzeptanz in der Ärzteschaft, wiederum können die Steigerung der Teilnahmequoten an Frühuntersuchungen gefährden, wenn z.B. dadurch die Daten über die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht oder nicht fristgerecht übermittelt würden. Ein Ausbleiben oder eine verspätete Meldung könnte die im Meldeverfahren ermittelte Teilnahmequote verfälschen. Von noch erheblicher Bedeutung ist jedoch, wenn durch die verspätete Meldung Eltern unbegründet angeschrieben oder aufgesucht werden. Die Gefahr ist groß, dass die Akzeptanz der Eltern, ihre Kinder fristgerecht zu U-Untersuchungen vorzustellen, durch fehlerhafte Meldungen sinkt.

Für die Untersuchung der Umsetzungsqualität aus Sicht der zuständigen Ärzte wurden qualitative und quantitative Studien durchgeführt. Neben dem Meinungsbild der Ärzteschaft gegenüber dem Meldeverfahren sollen in der quantitativen Studie unter anderem folgende Thesen untersucht werden. Unzufriedenheit und eine damit verbundene geringe Akzeptanz der Ärzte gegenüber dem Meldeverfahren sind größer, wenn:

1. der Nutzen des Meldeverfahrens in Frage gestellt wird,
2. die Meldung das Arzt-Eltern-Verhältnis belastet,
3. der Praxisalltag durch das Meldeverfahren in seinem Ablauf gestört wird,
4. die Ziele des Meldeverfahrens unbekannt sind,
5. der Arzt nicht genau weiß, wie das Meldeverfahren funktioniert,
6. die Vergütung als unangemessen und der Zeitaufwand für das Meldeverfahren zu hoch eingeschätzt wird,
7. die Zusammenarbeit mit der Zentralen Stelle beim LIGA.NRW negativ bewertet wird.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen und anschließend der qualitativen Ärztebefragung vorgestellt.

5.3.2 Quantitative Ärztebefragung

5.3.2.1 Methode und Stichprobe

Auswahl der Stichprobe

Für die quantitative Befragung sollten Ärzte untersucht werden, die sich am Meldeverfahren beteiligen. Als Grundgesamtheit definiert wurden alle in der Datenbank aufgeführten Ärzte aus Nordrhein-Westfalen, die im ersten Halbjahr 2010 Frühuntersuchungen an LIGA.NRW gemeldet hatten. Die Auswahl der Stichprobe basierte dabei auf den Angaben der Meldedatenbank, die von SIEGELE Software GmbH in Wien entwickelt wurde. In der Datenbank werden die Untersuchungen dem jeweils identifizierbaren Arztnamen oder dem ersten Arzt einer Praxisgemeinschaft zugewiesen. Eine eindeutige Zuordnung von Untersuchungen zu einer Person ist damit nicht möglich. Der Adressbestand wurde um Mehrfachlistungen bereinigt, Praxen wurden – soweit erkennbar – nur einmal aufgenommen. Die gegebene Zuordnung nach Disziplin wurde im Zweifelsfall überprüft und korrigiert. Krankenhausärzte wurden in Rücksprache mit dem Auftraggeber ausgeschlossen.

Nach der Bearbeitung der Daten zur Grundgesamtheit befanden sich 1.043 Praxen mit Kinder- und Jugendmedizinern und 1.047 weitere Ärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und nicht benannte Fachbereiche) in dem Adresspool. Die Grundgesamtheit wurde an das für die Befragung beauftragte Institut, die TeleResearch GmbH Mannheim, geschickt. Aus der Grundgesamtheit wurde eine quotierte Stichprobe gezogen. In Absprache mit dem Auftraggeber wurden als Quotierungsmerkmale die Fachrichtung und der Arbeitsanfall, d.h. die Anzahl der auf ein Quartal errechneten U-Untersuchungen, festgelegt. Um städtische und ländliche Gebiet in ausreichender Zahl abzubilden, wurde die Gemeindegröße des Praxisstandortes als weiteres Quotierungsmerkmal verwendet. Die Gemeindegrößenklasse wurde über die Postleitzahl der Praxisadresse ermittelt. Folgende Quotierung der Stichprobe wurde angestrebt:

1. Nach Disziplin: es wird eine Stichprobe von 150 Befragten mit jeweils mindestens 50 Kinder- und Jugendmedizinern und Allgemeinmedizinern avisiert.
2. Nach Anzahl der U5- bis U9-Untersuchungen im Quartal: rund 50 Ärzte, die in der Praxis vergleichsweise wenige oder besonders viele U-Untersuchungen durchführen. Nach Auswertung der vorhandenen Daten der Datenbank sollten jeweils 50 Ärzte mit weniger als 50 gemeldeten und mehr als 250 U-Untersuchungen in der Stichprobe sein.
3. Nach Urbanisierungsgrad: Vorgesehen war eine Zahl von mindestens 30 Praxen, die aus dem ländlichen und mittelstädtischen Einzugsgebiet von bis zu 25.000 Einwohnern sowie aus Gemeinden mit mehr als 100.000 Einwohnern stammen.

Durchführung der Interviews

Die Ärztebefragung wurde primär telefonisch durch die Firma TeleResearch GmbH in Mannheim durchgeführt. Es handelte sich dabei um ein computergestütztes Telefoninterview (CATI), bei dem die gesamte Ablauflogik des Fragebogens durch das Computerprogramm geregelt wird. Zunächst wurde beim Erstkontakt mit der Praxis ein Befragungstermin mit dem betreffenden Arzt vereinbart. Wie bei der Kontaktaufnahme angekündigt wurde, erhielten die Ärzte im Vorfeld dieses Termins das von LIGA.NRW aufgesetzte Legitimationsschreiben sowie den Fragebogen per E-Mail oder per Fax zugesandt. Die Ärzte hatten die Möglichkeit, den Fragebogen vor dem Telefoninterview durchzugehen oder – falls gewünscht – vorab zu beantworten und per Fax zurück zu senden.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit dem Unterauftragnehmer, das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie des Universitätsklinikums Köln, dem Auftraggeber und der Steuerungsgruppe entwickelt. Der Fragebogen enthält insgesamt 15 Fragen bzw. Fragenblöcke. Die erste Version des Fragebogens wurde einem Pretest unterzogen, um mögliche Fehler und Verständnisfragen zu klären und Themenbereiche zu ergänzen. Für diesen Zweck wurde der Fragebogen auch mit Ärzten, die am Meldeverfahren teilnehmen, ausführlich besprochen. Der Pretest führte insgesamt nur zu kleineren Ergänzungen. Im Interesse der Qualitätskontrolle wurden stichprobenartig zusätzlich fünf Interviews zu Beginn der Ärztebefragung mitgehört. Insgesamt erwies sich der Fragebogen von seiner Verständlichkeit und Filterführung als bewältigbar, so dass in der weiteren Feldarbeit keine weiteren Korrekturen notwendig waren. Plausibilitätskontrollen nach Beendigung der Erhebungsphase bestätigten diesen Eindruck.

Realisierte Interviews

Nicht zuletzt dank der Unterstützung durch LIGA.NRW, die Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen, sowie durch den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein-Westfalen, die in einem Legitimationsschreiben für die Teilnahme an der Ärztebefragung warben, konnten 165 Ärzte für die Befragung gewonnen werden, was einer Beteiligungsquote von 29,7 % entspricht. Insgesamt wurden 123 CATI-Interviews durchgeführt und 42 schriftlich ausgefüllte Fragebögen erhoben. Die vom Auftraggeber gewünschte Möglichkeit des Fragebogenrücklaufs per Fax schränkte zwar die Kontrolle der Stichprobenzusammensetzung ein. Insgesamt konnten für die zentralen Gruppierungsmerkmale, d.h. Ärztegruppe, Region und Arbeitsaufkommen (Anzahl an durchgeführten und gemeldeten U5 bis U9-Untersuchungen) ausreichend große Untergruppen erhoben werden, die verwertbare Datenauswertungen erlauben. Die Ergebnisse sind nachfolgend dargestellt.

5.3.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Von den 165 befragten Ärzten sind 115 (69,7 %) als Kinder- und Jugendarzt tätig, während 50 (30,3 %) als Allgemeinmediziner die U5- bis U9-Untersuchungen durchführen. 97

(58,8 %) der befragten 165 Ärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, während 64 (38,8 %) in einer Gemeinschaftspraxis tätig sind. Die restlichen vier Ärzte arbeiten in einer Praxisgemeinschaft (n=3) oder sind in einem Versorgungszentrum (n=1) angestellt.

Bei 67 (40,6 %) der befragten Ärzte liegt die Praxis in einem ländlich bis kleinstädtischen Gebiet mit weniger als 25.000 Einwohnern. 54 Ärzte (32,7 %) arbeiten in einem mittelstädtisch geprägten Gebiet mit 25.000 bis 100.000 Einwohnern, während der Praxisstandort für 44 Ärzte (26,7 %) in einem großstädtischem Gebiet mit mehr als 100.000 Einwohnern liegt.

Was die Anzahl der pro Quartal durchgeführten und bei LIGA.NRW gemeldeten U5- bis U9-Untersuchungen anbelangt, so gibt es eine große Spannweite in der untersuchten Stichprobe. 48 Ärzte arbeiten in einer Praxis, die den Angaben der LIGA-Datenbank zufolge durchschnittlich bis zu 50 Untersuchungen durchführen. Bei 24 Befragten handelt es sich um Allgemeinärzte, die weniger als fünf U-Untersuchungen pro Quartal durchführen.

In 76 der 165 untersuchten Praxen (46 %) werden zwischen 51 und 250 Untersuchungen durchgeführt. An 41 Standorten (24,8 %) liegt die Zahl der gemeldeten U5- bis U9-Untersuchungen bei mehr als 250 Untersuchungen. In 47 Fällen (28 %) arbeitet der Arzt in einer Gemeinschaftspraxis, bei der zwei und mehr Ärzte U-Untersuchungen durchführen.

5.3.2.3 Ergebnisse der quantitativen Ärztebefragung

5.3.2.3.1 Allgemeine Zufriedenheit mit dem Verfahren

Zu Beginn der Befragung wurden die Ärzte um eine allgemeine Bewertung des Meldeverfahrens gebeten, in dem sie ihre Zufriedenheit mit dem gesamten Meldeverfahren angeben sollten.

Die Auswertungen zeigen, dass Kinder- und Jugendärzte mit dem Meldeverfahren deutlich unzufriedener sind als Allgemeinärzte. Knapp 35 % der Kinder- und Jugendärzte waren mit dem Meldeverfahren unzufrieden oder eher unzufrieden. Nur 20 % der Allgemeinärzte äußerten sich ähnlich kritisch. Die Unzufriedenheit in der Ärzteschaft steigt jedoch nicht mit der Anzahl der durchgeführten U5 bis U9-Untersuchungen. Zwar ist die Unzufriedenheit mit einem Anteil von 15 % bei denjenigen Ärzten deutlich geringer, die wenige, d.h. höchstens 50, U5- bis U9-Untersuchungen pro Quartal durchführen und an das LIGA.NRW melden. Die größte Unzufriedenheit ist nicht in den Praxen vorzufinden, die die meisten U-Untersuchungen durchführen: Während sich knapp 27 % der Ärzte über das Meldeverfahren unzufrieden äußerten, die in ihrer Praxis einen hohen Geschäftsanfall von mehr als 250 U-Untersuchungen haben, waren sogar rund 42 % der Ärzte unzufrieden, die in einer Praxis mit einem mittleren Geschäftsanfall von 51 bis 250 U-Untersuchungen pro Quartal tätig sind.

Ärzte, deren Praxis in Gebieten mit hoher Einwohnerzahl liegt, sind in besonderem Maße mit dem Meldeverfahren unzufrieden. Knapp 32 % der Ärzte äußerten sich unzufrieden oder eher unzufrieden zum Meldeverfahren. Zudem fällt auf, dass gerade in den mittelstädtischen Gebieten ein besonders großer Anteil der Ärzte mit dem Meldeverfahren sehr zufrieden ist. Am Praxisstandort mit 25.000 bis 100.000 Einwohnern waren 37 % der befragten Ärzte mit

dem Meldeverfahren sehr zufrieden, 26 % waren zufrieden und immerhin noch 22 % äußerten sich eher zufrieden, so dass insgesamt 85 % der befragten Ärzte eine positive Einschätzung abgaben.

5.3.2.3.2 Bewertung der Zusammenarbeit mit LIGA.NRW

Wie bewerten die Ärzte die Zusammenarbeit mit LIGA.NRW? Die Befragung zeigt, dass ein Viertel der Ärzte die Zusammenarbeit mit LIGA.NRW eher schlecht bis schlecht beurteilt. Mit einem Anteil von 39 % sind es wiederum die Kinder- und Jugendärzte, die die Zusammenarbeit kritischer sehen als die Allgemeinärzte, bei denen sich 22 % dazu kritisch äußern. Ärzte, die in Praxen mit mittlerem Aufkommen, d.h. 50 bis 250 U5- bis U9-Untersuchungen pro Quartal, arbeiten, bewerten die Zusammenarbeit mit LIGA.NRW durchschnittlich schlechter. Immerhin 63 % der befragten Ärzte, die in Praxen mit mehr als 250 U5- bis U9-Untersuchungen pro Quartal arbeiten, bewerten die Zusammenarbeit gut bis sehr gut. Keine Unterschiede in der Bewertung der Zusammenarbeit durch die ansässigen Ärzte bestehen dagegen zwischen Praxen, die in größeren, mittleren oder kleinstädtischen Gebieten liegen.

Bivariate Zusammenhangsanalysen bestätigen die Hypothese, dass die allgemeine Unzufriedenheit mit dem Meldeverfahren signifikant mit einer negativen Beurteilung der Zusammenarbeit mit LIGA.NRW zusammenhängt.

5.3.2.3.3 Beurteilung der praktischen Umsetzung

Die praktische Umsetzung des Meldeverfahrens wird von 25 % der befragten Ärzte schlecht oder eher schlecht beurteilt. Mit einem Anteil von 57 % sehr guter oder guter Beurteilungen stellen wiederum die Allgemeinärzte dem Meldeverfahren ein deutlich positiveres Zeugnis aus als die befragten Kinder- und Jugendärzte (38 %).

Praxen, die im Durchschnitt eine geringere Anzahl von U-Untersuchungen durchführen, bewerten immerhin zu 59 % das Verfahren gut bis sehr gut. Bei den Praxen mit hoher Zahl gemeldeter U-Untersuchungen sind es gerade einmal knapp 33 %, die die praktische Umsetzung positiv beurteilen. Keine Unterschiede bestehen dagegen zwischen Praxen, die in ländlichen bzw. kleinstädtischen oder mittel- bzw. großstädtischen Räumen liegen.

Zwischen der Beurteilung der praktischen Umsetzung des Meldeverfahrens und der Zufriedenheit mit dem Meldeverfahren bestehen enge Zusammenhänge. Diejenigen Ärzte, die die Umsetzung des Meldeverfahrens negativ beurteilen, sind signifikant häufiger mit dem Meldeverfahren unzufrieden.

Ein wichtiger Teilaspekt der praktischen Umsetzung bildet die Frage, inwieweit sich das Meldeverfahren in den Praxisalltag einfügen lässt (vgl. Abbildung 31). In der vorliegenden Befragung stimmten immerhin 75 % der Ärzte der Aussage zu, dass sich das Meldeverfahren gut in den Praxisalltag integrieren lässt. Auch in diesem Fall war bei den weniger mit der Durchführung und Meldung von U-Untersuchungen betrauten Allgemeinärzten die Zustimmung größer. Ähnlich hoch waren die Zustimmungswerte gegenüber der Aussage, dass das Mel-

deverfahren effizient organisiert ist. Diesbezüglich äußerten sich 69 % positiv, wobei die Allgemeinärzte mit einem Anteil von 77 % noch mehr von der effizienten Organisation überzeugt waren als Kinder- und Jugendärzte (66 %).

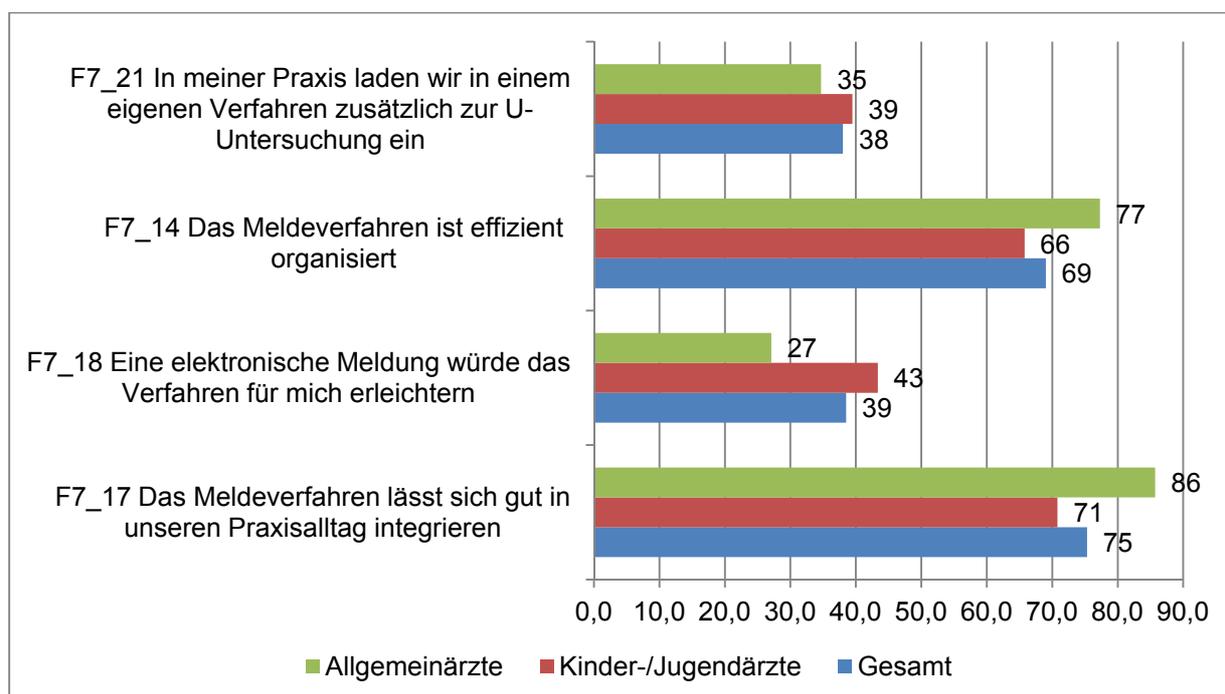
Dass die Integration in den Praxisalltag ebenfalls zentral ist für die Zufriedenheit mit dem Meldeverfahren, zeigen die durchgeführten Zusammenhangsanalysen. Ärzte, die das Meldeverfahren besser in ihren Praxisalltag integrieren konnten, waren signifikant häufiger mit dem Verfahren und mit der Zusammenarbeit mit LIGA.NRW zufrieden. Zudem waren sie häufiger vom Nutzen des Meldeverfahrens überzeugt.

Trotz der mehrheitlich geäußerten guten Integrierbarkeit in den Praxisalltag und der weitgehend als gut beurteilten Organisiertheit des Verfahrens waren 88 % der Meinung, dass der Aufwand des Meldeverfahrens, d.h. der Aufwand für Meldung, Material und Rückfragen, eine zusätzliche Vergütung rechtfertigt.

Die Durchführung von U-Untersuchungen stellte bereits vor Einführung des Meldeverfahrens eine wichtige ärztliche Leistung dar. Nicht überraschend ist deshalb, dass immerhin 38 % der befragten Ärzte auch nach Einführung des Meldeverfahrens in einem eigenen Verfahren zusätzlich zur U-Untersuchung einladen.

Abbildung 31: Organisation des Meldeverfahrens und deren Integrierbarkeit in den Praxisalltag aus Sicht der Ärzteschaft

Dargestellt: Prozentanteil stimme zu, stimme eher zu



Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe
 Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Die Qualität des Informationsflusses stellt einen weiteren wichtigen Aspekt der praktischen Umsetzung dar. Ärzte, die die Versorgung mit und die Vollständigkeit der Unterlagen negativ

beurteilen, dürften mit der praktischen Umsetzung des Meldeverfahrens weniger zufrieden sein.

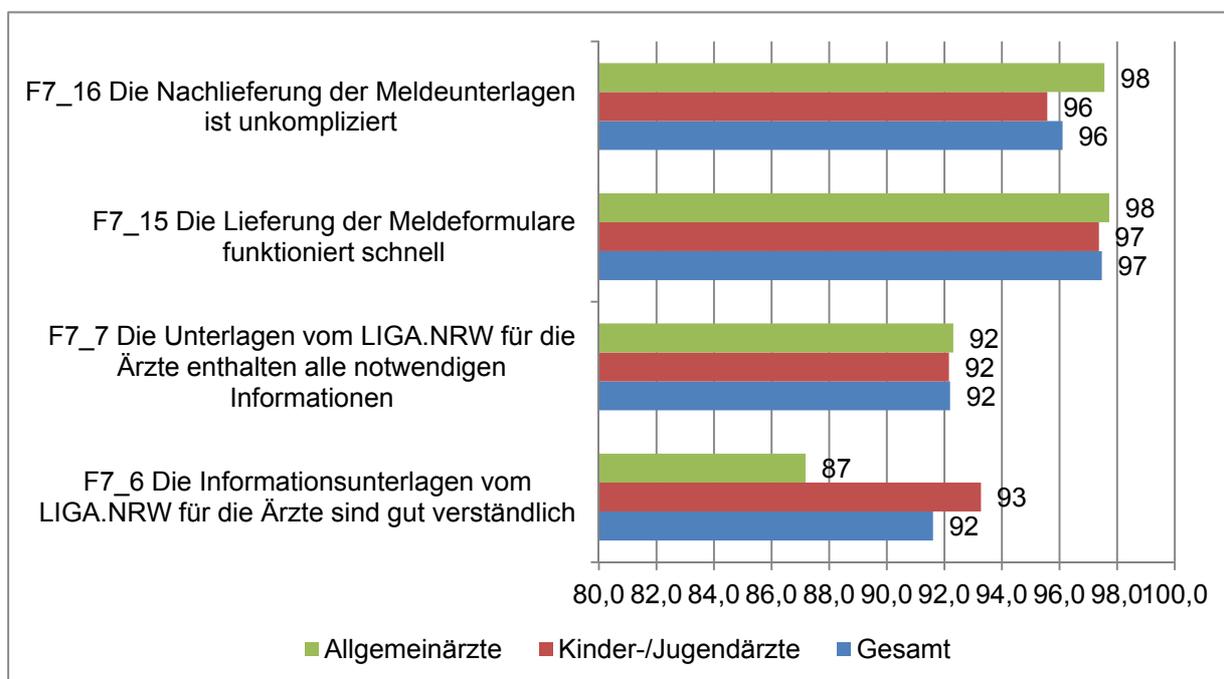
Die Ärztebefragung zeigt, dass der Informationsfluss in Form unkomplizierter und schneller Lieferung der Meldeformulare kein besonderes Problem darstellt (Abbildung 32). Für 98 % der Befragten funktioniert die Lieferung schnell. Auch schätzen die Ärzte weiteren Informationsbedarf mit Blick auf das Meldeverfahren als gering ein. Insgesamt sahen sich 92 % der Ärzte sehr gut über das Meldeverfahren und deren Ziele informiert.

Die wöchentliche Meldefrist wird nur von einem geringen Teil, d.h. von knapp 10 % der Befragten, kritisiert. Mit einem Anteil von rund 16 % wird die wöchentliche Meldefrist von den Allgemeinärzten und denjenigen, die lediglich bis zu 50 U5- bis U9-Untersuchungen pro Quartal durchführen, häufiger moniert.

Die elektronische Meldung würde immerhin aus Sicht von 39 % der befragten Ärzte das Meldeverfahren erleichtern, wobei insbesondere die Kinderärzte (43 %) und die Ärzte mit hoher Meldezahl (55 %) dieser Aussage zustimmen. In den mittel- bis großstädtischen Gebieten, die durchschnittlich mehr Praxen mit hoher Meldebelastung aufweisen, wird die elektronische Meldung ebenfalls stärker (42 %) gewünscht. Der Wunsch nach einer elektronischen Meldeform wird dabei in gleichen Anteilen sowohl von denjenigen Ärzten geäußert, die mit dem Meldeverfahren zufrieden sind als auch von denjenigen, die mit dem Meldeverfahren eher unzufrieden sind.

Abbildung 32: Zustimmung in der Ärzteschaft zu verschiedenen Aspekten des Informationsflusses und der Informationsqualität

Dargestellt: Prozentanteil stimme zu, stimme eher zu



Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe
 Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

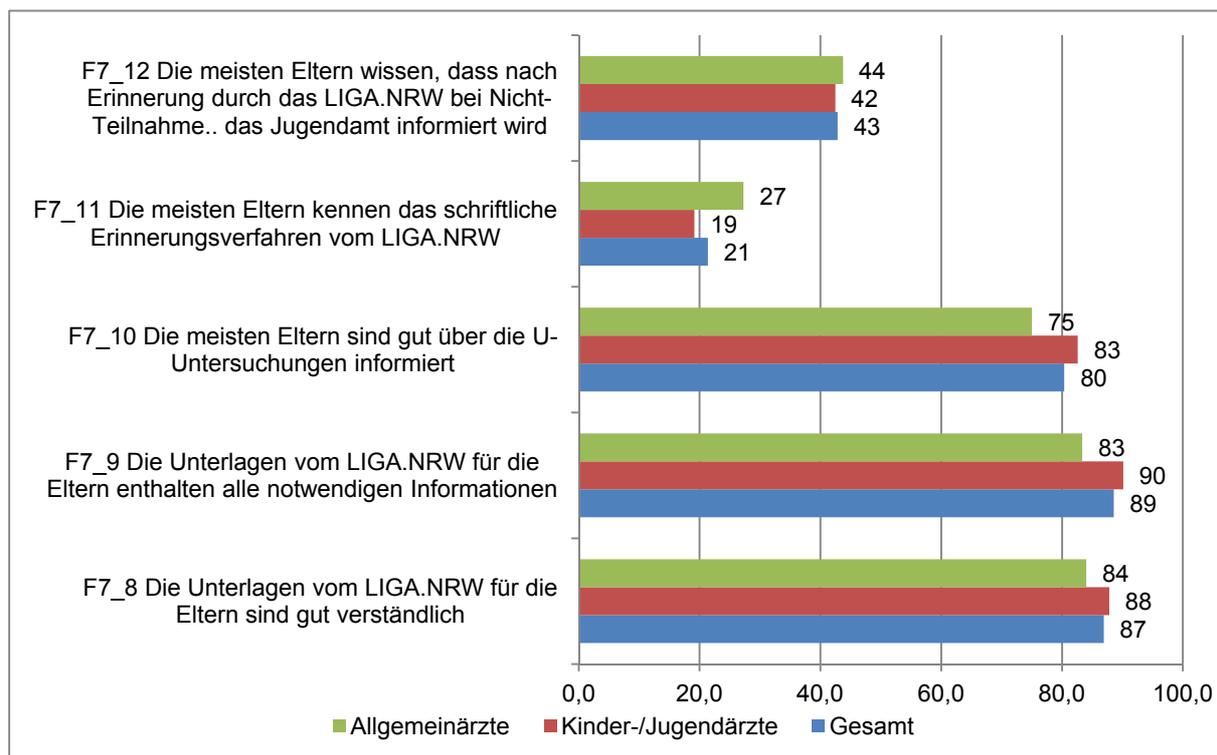
Die Bewertung der praktischen Umsetzung des Meldeverfahrens hängt auch davon ab, ob und wie gut die Patienten über das Verfahren informiert wurden und über den Ablauf entsprechend Bescheid wissen (vgl. Abbildung 33). Zwar schätzt eine deutliche Mehrheit von 80 % der Ärzte die Eltern als über U-Untersuchungen gut informiert ein und auch die Informationen für die Eltern werden von mehr als vier Fünftel der Befragten als verständlich und vollständig bewertet. Die Informiertheit der Eltern bezogen auf das Einladungswesen des Meldeverfahrens wird von den Ärzten jedoch als deutlich geringer eingeschätzt. Gerade einmal 21 % der Ärzte gehen davon aus, dass die meisten Eltern das schriftliche Erinnerungsverfahren vom LIGA.NRW kennen, wobei diese Einschätzung insbesondere von den Ärzten geteilt wird, die viele U-Untersuchungen durchführen bzw. in Praxen tätig sind, die eine hohe Anzahl von U-Untersuchungen pro Quartal melden und mit entsprechend vielen Eltern in Kontakt kommen.

Etwas höher schätzen die Ärzte die Informiertheit der Eltern ein, wenn es um das Einschalten der Jugendämter geht. 43 % der Ärzte stimmen der Aussage zu, dass die meisten Eltern wissen, dass nach Erinnerung durch das LIGA.NRW bei Nicht-Teilnahme an den U5 bis U9-Untersuchungen das Jugendamt informiert wird. Mit einer Quote von knapp 33 % geht allerdings ein deutlich geringerer Anteil der Ärzte, die in Praxen mit mehr als 250 U-Untersuchungen pro Quartal arbeiten, davon aus, dass die Eltern über diesen Verfahrensschritt Bescheid wissen.

Diejenigen Ärzte, die ein Informationsdefizit auf Seiten der Eltern wahrnehmen, sehen durchaus das LIGA.NRW in der Informationspflicht. So sind diejenigen Ärzte, die die Informiertheit der Eltern gering einschätzen auch signifikant häufiger mit der Umsetzungsqualität des Verfahrens unzufrieden.

Abbildung 33: Bewertung des Informationsflusses und der Informationsqualität und der Informiertheit der Eltern durch die Ärzteschaft

Dargestellt: Prozentanteil stimme zu, stimme eher zu



Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe
 Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

5.3.2.3.4 Bewertung des Nutzens des Meldeverfahrens

Ein zentraler Indikator für die Akzeptanz des Meldeverfahrens ist der Nutzen, den die Ärzte im Meldeverfahren sehen. In der quantitativen Befragung wurden die Ärzte um eine allgemeine Beurteilung des Nutzens gebeten. Während der Nutzen von einer Mehrheit von rund 59 % der befragten Ärzte als sehr groß oder groß beurteilt wird, sind es 17 %, die keinen oder nur einen geringen Nutzen im Meldeverfahren sehen. Die Skeptiker verteilen sich weitgehend in gleichen Anteilen auf die Ärztegruppen, auf die verschiedenen Regionen und auf die Praxen mit unterschiedlichen Arbeitsbelastungen. Erwartungsgemäß sinkt die Zufriedenheit mit dem Meldeverfahren signifikant, wenn der Nutzen des Meldeverfahrens als gering eingeschätzt wird.

Werden die Ärzte um eine Einschätzung konkreter Erfolge des Meldeverfahrens gebeten, so fallen die Nutzenbeurteilungen zum Teil sehr unterschiedlich aus. 60 % stimmen der Auffassung zu, dass die Zahl durchgeführter U-Untersuchungen durch das Meldeverfahren gestiegen ist. Damit sind es aber knapp 40 % der Ärzte, die nicht von einem Anstieg an U-Untersuchungen durch das Meldeverfahren ausgehen und in diesem Sinne eines der wesentlichen Ziele des Verfahrens als nicht erreicht ansehen.

Zwar gehen gerade einmal 21 % der Ärzte davon aus, dass die Zahl entdeckter Kindeswohlgefährdungen durch das Meldeverfahren deutlich oder leicht angestiegen ist, aber knapp drei Viertel aller Befragten teilen die Auffassung, dass durch das Meldeverfahren die Kinder, insbesondere aus Risikofamilien, besser medizinisch betreut werden können. 42 % der befragten Ärzte sind der Meinung, dass Eltern ihre Kinder durch das Meldeverfahren fristgerechter zur U5- bis U9-Untersuchung vorstellen, wobei Allgemeinärzte mit einem Anteil von 50 % mehr davon überzeugt sind als Kinder- und Jugendärzte.

5.3.2.3.5 Einschätzung der Probleme und des Bedarfs der Eltern im Zusammenhang mit dem Meldeverfahren

Die Zufriedenheit und die Akzeptanz des Verfahrens in der Ärzteschaft dürften auch davon abhängen, welche Probleme zwischen Arzt und Patienten durch das Meldeverfahren auftreten. Zudem dürfte die Zustimmung der Eltern zum Meldeverfahren für die Nutzenbewertung des Arztes von wichtiger Bedeutung sein.

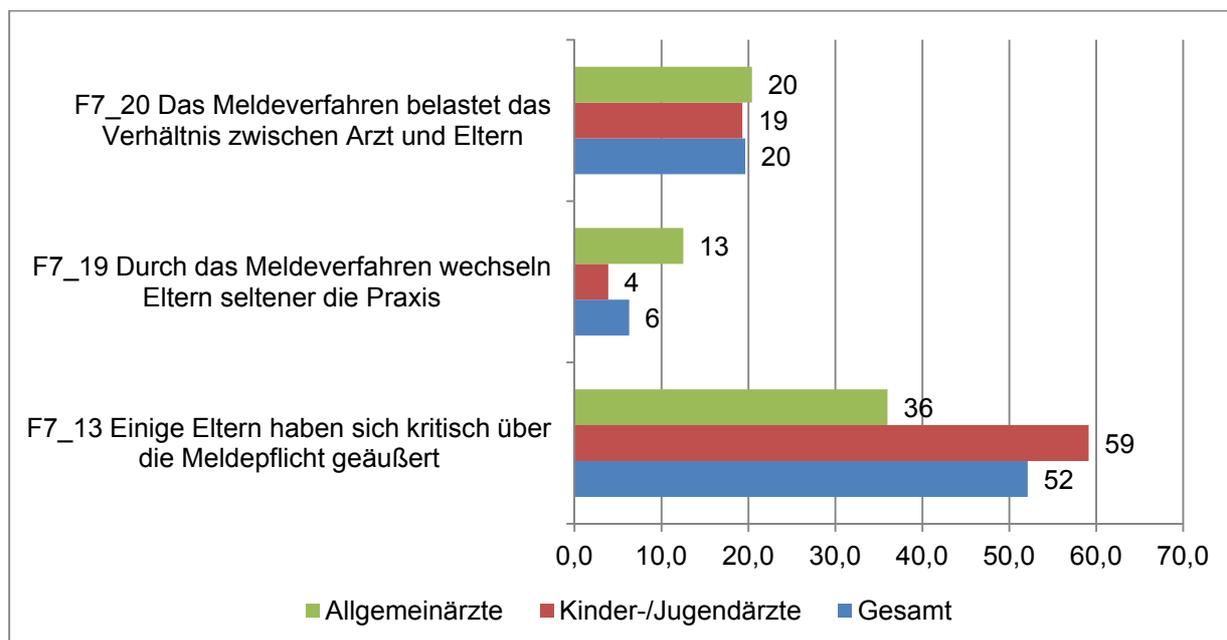
Mehr als die Hälfte der Ärzte berichtet darüber, dass sich Eltern über das Meldeverfahren kritisch äußern und für ein Fünftel der Befragten ist dadurch das Arzt-Eltern-Verhältnis belastet (vgl. Abbildung 34). Dabei ist die Beobachtung besonders bemerkenswert, dass Ärzte, die in ländlichen bzw. klein- oder mittelstädtischen Gebieten arbeiten, etwas häufiger das Arzt-Eltern-Verhältnis als belastet ansehen.

Angesichts der elternkritischen Sicht wundert es nicht, dass die Bindung zum Arzt und zur Arztpraxis durch das Meldeverfahren nicht gestärkt wird. Gerade einmal 6 % der Ärzte stimmen der Aussage zu, dass die Eltern durch das Meldeverfahren seltener die Praxis wechseln.

Störungen des Arzt-Eltern-Verhältnisses haben deutliche Auswirkungen auf die Zufriedenheit des Arztes mit dem Meldeverfahren. Zusammenhangsanalysen geben einen ersten Hinweis dafür, dass mit der wahrgenommenen Belastung des Arzt-Eltern-Verhältnisses die Unzufriedenheit mit dem Meldeverfahren steigt und der Nutzen des Verfahrens sowie die Umsetzungsqualität deutlich negativer beurteilt werden. Gerade für diejenigen, die durch das Meldewesen das Arzt-Eltern-Verhältnis als belastet ansehen, berichten häufiger von Problemen, das Meldeverfahren in den Praxisalltag zu integrieren.

Abbildung 34: Folgen des Meldeverfahrens für das Verhältnis zwischen Arzt und Eltern

Dargestellt: Prozentanteil stimme zu, stimme eher zu



Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe
 Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

In der am Ende der Ärztebefragung gestellten offenen Frage werden das gestörte Eltern-Verhältnis und die damit verbundenen Klärungsversuche thematisiert:

„Da ich in einem Grenzgebiet zu Hessen wohne, kommen immer wieder Eltern aus Hessen zur Vorsorge. Hier wird schon ab U4 gemeldet. Da ich in Nordrhein-Westfalen melde, gibt es immer Probleme mit diesen Patienten und der Hessischen Meldestelle.“

„Ja, die Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Eltern ist entscheidend: Die Eltern bekommen keine Rückmeldung vom LIGA. Die Eltern denken dann im Zweifelsfall, dass der Arzt das nicht weitergemeldet und verbockt hat.“

„Es gibt Unstimmigkeiten. Die Eltern werden ermahnt, obwohl die Untersuchungen gemeldet wurden. Eltern sind dann erbost und glauben, dass der Arzt daran schuld ist.“

„Das klappt nicht immer so, dann kriegt man hier verärgerte Eltern. Das sind Einzelfälle, wo es nicht klappt, wo wir das gemeldet haben, die Eltern aber trotzdem ein Schreiben bekommen. Das passiert immer wieder, so ein Mal im Monat.“

5.3.2.3.6 Einschätzung und Bewertung des Aufwands in der Arztpraxis durch das Verfahren

Der für die Praxis entstehende Aufwand durch das Meldeverfahren wird für die Akzeptanz des Verfahrens für wesentlich gehalten. In der Befragung wurden die Ärzte um eine Einschätzung des Aufwands gebeten, der durch das Meldeverfahren sowohl für die befragten Ärzte als auch für nichtärztliches Personal entsteht. Zudem wurde die Vergütung thematisiert und nach deren Höhe gefragt.

Die deskriptiven Analysen zeigen erstaunliche Ergebnisse. 88 % der befragten Ärzte sind der Auffassung, dass der Aufwand des Meldeverfahrens eine zusätzliche Vergütung rechtfertigt, wobei die Allgemeinärzte mit einem Anteil von 81 % etwas weniger eine zusätzliche Vergütung einfordern als die befragten Kinder- und Jugendärzte. Bei denjenigen Ärzten, die pro Quartal mehr als 250 U-Untersuchungen durchführen, sind sogar 93 % für eine zusätzliche Vergütung.

Fragt man die Ärzte, die eine Aufwandsentschädigung für notwendig halten, nach einem konkreten Geldbetrag pro Meldung, so hält die Mehrheit der Ärzte (60 %) einen Betrag von zwei bis fünf Euro pro Meldung für angemessen. Rund 18 % der Befragten halten sogar mehr als fünf Euro pro Meldung für gerechtfertigt, 23 % der Ärzte sind für eine Vergütung von ein bis zwei Euro pro Meldung.

Der eigene Aufwand für die Meldung von U5 bis U9-Untersuchungen pro Woche fällt höchst unterschiedlich aus, wobei die Einschätzung erwartungsgemäß vom Geschäftsanfall des Arztes und der Praxis abhängt. Für die Meldung an LIGA.NRW, inklusive Materialbestellung, wird im Durchschnitt ein Aufwand von zwölf Minuten pro Woche veranschlagt, wobei der durchschnittliche Aufwand bei den Kinderärzten mit 14 Minuten mehr als doppelt so hoch ist wie bei den Allgemeinärzten (6,4 Minuten). Anhand der Standardabweichung von 23,2 Minuten wird allerdings deutlich, dass die Einschätzungen bei den Kinderärzten enorm schwanken. Mit einem mittleren Wert von 9,5 Minuten wird der Aufwand des Arztes für Rückfragen durch Eltern am zweithöchsten eingeschätzt. Auch hier schätzen die Kinder- und Jugendärzte ihren Aufwand im Schnitt um zwei Minuten höher ein.

Mit einem Aufwand von durchschnittlich vier Minuten pro Woche wird der Aufwand für Rückfragen durch das Jugendamt geringer eingeschätzt als für Rückfragen durch Eltern und die Meldung. Erst dann folgt der Aufwand für Rückfragen durch LIGA.NRW, der bei Ärzten im Schnitt bei drei Minuten liegt.

Während über alle abgefragten Leistungen der Aufwand erwartungsgemäß in den Praxen mit geringer Zahl an durchgeführten U-Untersuchungen am geringsten eingeschätzt wird, gehen die Unterschiede im Aufwand in den Praxen mit 51 bis 250 U-Untersuchungen und mehr als 250 Untersuchungen in keine eindeutige Richtung. In Praxen mit der höchsten Zahl an Meldungen durch U-Untersuchungen wird der ärztliche Aufwand für die Meldung mit durchschnittlich rund 17 Minuten pro Woche bemessen und liegt damit um durchschnittlich vier Minuten höher als in den Praxen mit mittlerem Geschäftsanfall.

Wie sieht der wöchentliche Meldeaufwand für das nicht ärztliche Personal aus? Obwohl die Einschätzungen der Ärzte auch hier höchst unterschiedlich ausfallen, wird deutlich, dass der durchschnittliche Aufwand des nichtärztlichen Personals durch das Meldeverfahren deutlich höher eingeschätzt wird als für ärztliches Personal.

Mit knapp einer Dreiviertelstunde ist der Aufwand für die Meldung an LIGA.NRW für das nichtärztliche Personal in der Praxis im Vergleich zu den anderen erhobenen Leistungen am höchsten. Für das nicht ärztliche Personal, das in Kinder- oder Jugendpraxen arbeitet, wird der wöchentliche Aufwand im Durchschnitt auf 58 Minuten eingeschätzt. In Praxen mit mehr als 250 Untersuchungen pro Quartal liegt der Aufwand sogar durchschnittlich bei 80 Minuten, wobei dieser Wert aufgrund der vergleichsweise geringen Zahl von 38 gültigen Nennungen und der hohen Spannweite in den Werten unter Vorbehalten steht.

Von den angegebenen Aufwendungen durch das Meldeverfahren bilden die Rückfragen durch Eltern mit durchschnittlich 18 Minuten den zweithöchsten Aufwand für nicht ärztliches Personal. Auch beim nicht ärztlichen Personal wird die unterschiedliche Arbeitsbelastung durch das Meldeverfahren zwischen Allgemeinärzten und nichtärztlichem Personal deutlich. Während der Aufwand für Rückfragen durch Eltern in den Kinder- und Jugendpraxen je Woche im Mittel mit 24 Minuten beziffert wird, liegt er in der Praxis der Allgemeinärzte bei sechs Minuten. Der Aufwand für Rückfragen durch LIGA.NRW für das nichtärztliche Personal wird mit durchschnittlich acht Minuten deutlich geringer eingeschätzt als für Rückfragen durch die Eltern (18 Minuten), aber höher als für Rückfragen durch das Jugendamt.

Insgesamt ist der nicht ärztliche Aufwand im Vergleich zum Aufwand, den die Ärzte für sich beziffern, in allen abgefragten Leistungsposten nennenswert höher. Kinder- und Jugendärzte beziffern im Durchschnitt höhere Aufwendungen für die Meldungen als die Allgemeinmediziner. In den Praxen mit einem hohen Anfall an durchgeführten U-Untersuchungen werden die Aufwendungen für die Meldungen einschließlich der Klärung von Rückfragen ebenfalls erwartungsgemäß als höher eingeschätzt.

Die Zusammenhangsanalysen zeigen, dass die Forderung nach Vergütung nicht von denjenigen Ärzten stärker gefordert wird, die mit dem Verfahren unzufrieden sind, sondern auch von einem Großteil der Ärzte getragen wird, die mit dem Meldeverfahren vergleichsweise zufrieden sind. Was den Zusammenhang zwischen der Bewertung der praktischen Umsetzung des Meldeverfahrens und die Bedingung zusätzlicher Vergütung anbelangt, so sind diejenigen Ärzte signifikant weniger von der Umsetzung überzeugt, die eine zusätzliche Vergütung stärker einfordern. Nicht vergessen werden darf, dass mit dem Aufwand der Praxis für das Meldeverfahren (ärztliches und nicht ärztliches Personal) die Unzufriedenheit der Ärzte mit dem Meldeverfahren signifikant steigt.

5.3.2.4 Relevanz unterschiedlicher Aspekte des Meldeverfahrens für die Gesamtzufriedenheit Ärzte

5.3.2.4.1 Das Instrument „Handlungsrelevanzmatrix“

Für die Beantwortung der Frage, welche Aspekte des Meldeverfahrens von besonderer Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit der Ärzte sind, wurde auf das Analyseinstrument der Handlungsrelevanzmatrix (Moisl, 2011) zurückgegriffen. Die Handlungsrelevanzmatrix hat sich in der Organisations- und Dienstleistungsforschung als eine zentrale methodische Vorgehensweise zur Steuerung von Verbesserungsprozessen etabliert.

Handlungsrelevanzmatrizen sind eine spezielle grafische Aufbereitungsform für Untersuchungsergebnisse, die zum Ziel hat, diejenigen Aspekte eines Evaluationsgegenstands zu identifizieren, für die ein vorrangiger Entwicklungs- bzw. Verbesserungsbedarf besteht.

In der Handlungsrelevanzmatrix werden verschiedene Attribute des Leistungsgeschehens (hier: des Meldeverfahrens) grafisch in Bezug zu einem Zielkriterium gesetzt.

Abbildung 35 geschieht in Bezug auf zwei Dimensionen: 1. Die Performance (Beurteilung) und 2. die Relevanz für ein Zielkriterium.

Grundlage der nachstehend dargestellten Handlungsrelevanzmatrix sind die 23 Items (Statements) der Frage 7 des Ärzefragebogens. Die Zustimmung wird als Beurteilungsdimension herangezogen. Negative Items wurden hierfür gedreht, so dass sich die Achse dem Inhalt entsprechend als Bewertung (schlecht vs. gut) lesen lässt. Als Zielkriterium dient die Gesamtzufriedenheit der Ärzte mit dem Meldeverfahren (Frage 3). Auf der vertikalen Achse (Performance) ist für jeden Leistungsaspekt (Item) der Mittelwert der Zustimmung abgetragen. Auf der horizontalen Achse (Relevanz) findet sich als Zielkriterium der Zusammenhang jedes Leistungsaspektes mit der Gesamtzufriedenheit der Ärzte mit dem Meldeverfahren (Frage 3). Die Handlungsrelevanzmatrix beleuchtet somit die Bedeutung der unterschiedlichen Leistungsaspekte für die Gesamtzufriedenheit der befragten Ärzte.

Als Referenzpunkt für die Interpretation wurde jeweils der Durchschnitt der Mittelwerte und der Durchschnitt der Korrelationskoeffizienten eingetragen, so dass sich ein Achsenkreuz ergibt. Auf diese Weise entstehen vier Quadranten, die für jeden Leistungsaspekt eine spezifische Handlungsrelevanz anzeigen.

1. Hohe Relevanz und niedrige Beurteilung: zentrale Schwächen – dringender Handlungsbedarf.
2. Hohe Relevanz und hohe Bewertung: zentrale Stärken – Stärken beibehalten oder steigern.
3. Niedrige Relevanz und hohe Bewertung: kein dringlicher Handlungsbedarf – gegebenenfalls Einsparpotential.
4. Niedrige Relevanz und niedrige Bewertung: kein dringlicher Handlungsbedarf – Aspekte beobachten und bei geringem Verbesserungsaufwand verbessern.

Für die Interpretation ist zu beachten, dass die Quadranten nur als Anhaltspunkt für die Interpretation dienen und keine trennscharfe Zuordnung darstellen. Die eigentliche Interpretation ist aus der relativen Position der Leistungsaspekte zueinander abzuleiten.

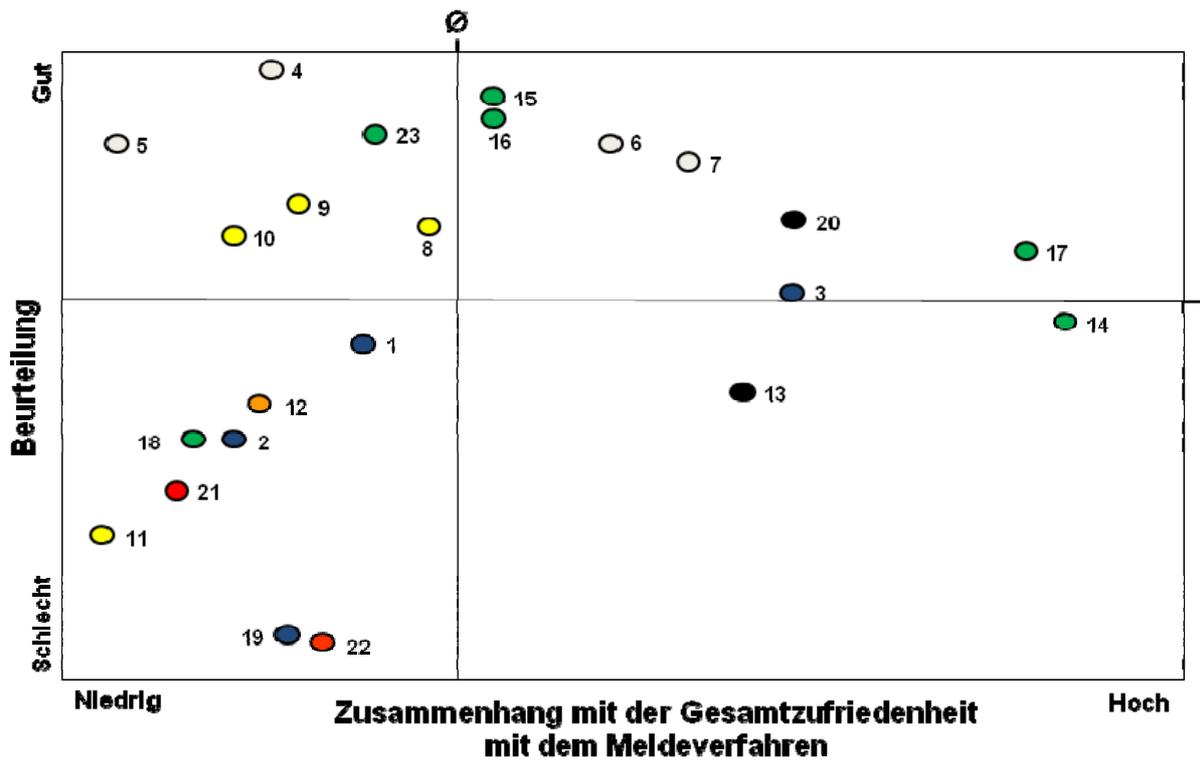
5.3.2.4.2 Beschreibung der zugrunde liegenden Daten

Für die Zustimmung zu den 23 Leistungsaspekten in der abgebildeten Handlungsrelevanzmatrix und das Zielkriterium der Gesamtzufriedenheit ergeben sich folgende Rahmeneckwerte: Für die Zustimmung (**Performance**) lässt sich über alle Leistungsaspekte ein mittlerer Wert von 2,92 errechnen. Die Spannweite der Mittelwerte der Zustimmung reicht von einem Minimum von 1,44 (Frage 22) bis zu einem Maximum von 3,92 (Frage 4) (Grundlage: Zustimmungsskala mit den Werten 1 bis 4, wobei 4=„stimme zu“, 3=„stimme eher zu“, 2=„stimme eher nicht zu“, 1=„stimme nicht zu“).

Für die **Relevanz** gemessen als Korrelation (Korrelationskoeffizient: Pearsons r) zwischen der Performance und der Gesamtzufriedenheit ergibt sich ein Durchschnitt über alle Korrelationen von .23. Die geringste Korrelation liegt bei $r=.02$ (Frage 11), die höchste Korrelation bei $r=.58$ (Frage 14).¹⁰⁰

100 Bei drei niedrigen Korrelationen (11,18, 21) trat ein negatives Vorzeichen auf. Da es sich bei den Werten faktisch um eine Null-Korrelation (keinen Zusammenhang) handelt und die Richtung auch inhaltlich nicht nachvollziehbar oder bedeutsam ist, wird hier lediglich der Betrag der Korrelation ohne Beachtung des Vorzeichens verwendet.

Abbildung 35: Handlungsrelevanzmatrix zur Gesamtzufriedenheit der Ärzte mit dem Meldeverfahren



Fragen in der Handlungsrelevanzmatrix			
1	Gestiegene Teilnahme an U-Untersuchungen in dieser Praxis durch MV	13	Kritik an Meldepflicht durch einige Eltern (gedreht)
2	Fristgerechtere Vorstellung der Kinder zur U-Unters. in dieser Praxis	14	MV ist effizient organisiert
3	Bessere med. Betreuung von Kindern, insb. aus Risikofamilien	15	Lieferung von Meldeformularen funktioniert schnell
4	Mir ist bekannt, wie U-Untersuchungen zu melden sind	16	Nachlieferung von Unterlagen für MV ist unkompliziert
5	Ich bin gut über gesamtes Meldeverfahren informiert	17	Meldeverfahren lässt sich gut in Praxisalltag integrieren
6	Infomaterial für Ärzte ist verständlich	18	Elektronische Meldung würde Verfahren erleichtern
7	Unterlagen für Ärzte enthalten alle notwendigen Infos	19	Durch MV wechseln Eltern seltener die Praxis
8	Infomaterial für Eltern ist gut verständlich	20	MV belastet Verhältnis zwischen Arzt und Eltern (gedreht)
9	Unterlagen für Eltern enthalten alle notwendigen Infos	21	Wir laden in eigenem Verfahren zusätzlich zu U-Untersuchungen ein
10	Meisten Eltern sind gut über U-Untersuchungen informiert	22	Aufwand rechtfertigt eine zusätzliche Vergütung (gedreht)
11	Meisten Eltern kennen das schriftliche Erinnerungsverfahren	23	Wöchentliche Meldefrist ist angemessen
12	Meisten Eltern wissen, dass (...) Jugendamt informiert wird		MV=Meldeverfahren

5.3.2.4.3 Interpretation der Handlungsrelevanzmatrix

Der Blick auf die Handlungsrelevanzmatrix zeigt zunächst, dass nur zwei von zehn unterdurchschnittlich bewerteten Aspekten eine überdurchschnittliche Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit der untersuchten Ärzteschaft zukommt. Es ist daher festzuhalten, dass nur wenige der schlecht bewerteten Aspekte einen relevanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Ärzte mit dem Meldeverfahren haben. Die relevanten, kritischen Aspekte sind die Kritikäußerung durch Eltern bzgl. der Meldepflicht (13) und – an allererster Stelle in der Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit – die effiziente Organisation des Meldeverfahrens (14). Die Zufriedenheit mit dem Meldeverfahren könnte deutlich angehoben werden, wenn für ein Drittel der befragten Ärzte das Meldeverfahren sich effizienter gestalten ließe. Hier besteht durchaus Handlungsbedarf, die Gründe für die geringe effiziente Gestaltung zu prüfen. Weitere Analysen zeigen, dass zu der Gruppe derjenigen, die die effiziente Organisation des Meldeverfahrens nicht teilen und unzufrieden sind, viele Kinder- und Jugendärzte mit einer hohen Anzahl an U-Untersuchung befinden und einen vergleichsweise hohen Aufwand für Rückfragen durch LIGA.NRW, Jugendamt und Eltern konstatieren. Somit fällt der Handlungsbedarf zumindest zu einem Teil auf eine Senkung des Arbeitsaufwands aufgrund von Rückfragen.

Betrachtet man die verschiedenen Themenbereiche, so ist die Organisation des Meldeverfahrens die mit Abstand wichtigste Dimension für die Gesamtzufriedenheit der Ärzte. Ansatzpunkte zur Verbesserung der Gesamtzufriedenheit bieten die bereits genannte Effizienz des Meldeverfahrens (14) und die Integration des Meldeverfahrens in den Praxisalltag (17). Gut funktioniert die Lieferung der Meldeformulare (15) und die Nachlieferung der Unterlagen (16). Bezüglich der wöchentlichen Meldefrist (23) besteht ebenfalls kein Handlungsbedarf.

Handlungsbedarf besteht auch in Bezug auf die Haltung der Eltern gegenüber dem Meldeverfahren. Ärzte, die kritische Äußerungen der Eltern gegenüber der Meldepflicht registrieren (13), sehen auch das Arzt-Eltern-Verhältnis belastet (20). Beide Items wirken sich stark auf die Gesamtzufriedenheit der Ärzte aus, wobei die Kritikäußerungen von Eltern noch stärker wahrgenommen werden. Für die Ärzte ist ferner die Verbesserung der Betreuung von Kindern aus Risikofamilien (3) ein wichtiger Zufriedenheitsaspekt, der allerdings nur durchschnittlich bewertet wird. Das Informationsmaterial für die Ärzte (6,7) wird klar überdurchschnittlich bewertet und stellt eine Stärke des Verfahrens dar.

Der Ablauf des Meldeverfahrens (4, 5) ist den Ärzten gut bekannt und für die Gesamtzufriedenheit kaum relevant. Nur durchschnittlich oder unterdurchschnittlich relevant für die Gesamtzufriedenheit der Ärzte ist ferner – wenig überraschend – der Informationsstand der Eltern (8, 9, 10, 11). Dieser wird insgesamt leicht überdurchschnittlich bewertet, mit Ausnahme des Kenntnisstandes der Eltern über das schriftliche Erinnerungsverfahren (11), der stark unterdurchschnittlich bewertet wird.

Die beiden Aspekte mit der im Mittel geringsten Zustimmung sind ein seltenerer Wechsel der Praxis aufgrund des Meldeverfahrens (19) und die Vergütung bzw. korrekter: die fehlende Vergütung (22, Item wurde gedreht). Der Aspekt der Patientenbindung wird somit von den Ärzten kaum gesehen und ist auch wenig relevant für die Zufriedenheit der Ärzte mit dem

Meldeverfahren. Wenig überraschend ist, dass eine zusätzliche Vergütung für den Aufwand des Meldeverfahrens als notwendig angesehen wird (größte Zustimmung im Vergleich aller Aspekte), dass dies jedoch nur unterdurchschnittlich wichtig für die Gesamtzufriedenheit mit dem Meldeverfahren ist, entspricht nicht den Erwartungen. An dieser Stelle verdichtet sich der Hinweis, dass die Vergütung von ärztlichen Leistungen eine grundsätzliche Forderung ist, die über die Haltung des einzelnen Arztes gegenüber dem Meldeverfahren hinausgeht.

Weitere Aspekte, die unterdurchschnittlich bewertet wurden (bzw. eine unterdurchschnittliche Zustimmung erhalten haben), und denen gleichzeitig eine unterdurchschnittliche Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit mit dem Meldeverfahren zukommt, sind (mit abnehmender Bedeutung): die Steigerung der Teilnahme an U-Untersuchungen in der jeweiligen Praxis (1), die Kenntnis der Eltern, dass das Jugendamt bei Nicht-Teilnahme informiert wird (12), die fristgerechtere Vorstellung der Kinder zur U-Untersuchung in der jeweiligen Praxis (2), die Erleichterung des Verfahrens durch eine elektronische Meldung (18) sowie die Einladung zu U-Untersuchungen mit einem eigenen Verfahren (21).

5.3.3 Qualitative Vertiefungsstudie

Vertiefend zur quantitativen Untersuchung wurden qualitative Interviews mit einigen Ärzten geführt. Eine solche Kombination der Verfahren dient dazu, in ausgewählten, meinungsbildenden Gruppen wichtige Hinweise zu Handlungsweisen und Argumentationen zu liefern. Hier sollen insbesondere kritische Haltungen zum Meldeverfahren reflektiert werden.

Aus der Fragebogenerhebung ließ sich ableiten, dass Kinder- und Jugendärzte durchschnittlich eine kritischere Haltung zum Meldeverfahren und seinem Nutzen einnehmen. Sie stellen die Ärztesgruppe dar, die den weitaus größten Teil der Untersuchungen durchführt und deren Mitarbeit essentiell ist. Zur Rekrutierung von Kinder- und Jugendmedizinerinnen wurde ein Aufruf im verbandseigenen Informationssystem gestartet. Aus den Interessenten, die mit dem Evaluationsteam Kontakt aufnahmen, wurden sechs Praxen ausgewählt und Termine vereinbart. Zur Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden eingesetzt, der die folgenden Themen umfasste:

1. Nutzung der Frühuntersuchungen
2. Einsatz der Streumethoden
3. Nutzen des Meldeverfahrens aus ärztlicher Sicht
4. Einfluss des Verfahrens auf das Arzt-Eltern-Verhältnis
5. Ablauf und Integration in den Praxisalltag
6. Kontakte zum Jugendamt
7. Alternativen aus Sicht des Arztes

Es wurden insgesamt acht Gespräche mit Kinder- und Jugendärzten geführt. Die befragten Personen hatten sich auf einen Aufruf im Verbandsnewsletter gemeldet und wurden kurz kontaktiert, bevor der Interviewtermin vereinbart wurde. Bei der Auswahl wurden auf Varianz

in der Größe der Praxisstandorte (von der Großstadt bis zur mittleren kreisangehörigen Stadt) und im Arbeitsaufkommen mit Vorsorgeuntersuchungen (zwischen 70 und 400 im Quartal) geachtet. Die Interviews wurden telefonisch geführt und dauerten zwischen 20 bis 30 Minuten..

5.3.3.1 Umsetzung des Verfahrens in den Praxen

Ein Jahr nach der Einführung wird der Part der Ärzte im Meldeverfahren als relativ einfach und unkompliziert beschrieben. Dennoch betonen alle Befragten, dass dies ein Aufwand in der Praxis sei, der sich in den laufenden Kosten summiere. Argumentiert wird über den Anspruch auf Erstattung für das Ausstellen einer Bescheinigung, die Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen, die Arzt finanziert werden muss, sowie erstattungsfähige Leistungen, die in der aufgewendeten Zeit nicht erbracht werden könnten. Von nahezu allen befragten Kinder- und Jugendärzten wird dabei geäußert, dass nicht die Bescheinigung oder das Versenden selbst den Hauptaufwand im Alltag ausmachen, sondern der Aufwand entsteht mit der Notwendigkeit, die Durchführung so zu gestalten, dass die Arbeit vollständig gemacht und insbesondere überprüfbar wird. Die meisten haben in der Einführungszeit festgestellt, dass es nicht ausreicht, die durchgeführten Untersuchungen nur zu „melden“. Als Auslöser wird in der Regel das zu Beginn häufige Nachvollziehen bei „Fehlmeldungen“ angeführt, also die Überprüfung, ob eine Untersuchungsmeldung versandt wurde, wenn Eltern mit einem Brief in die Praxis kommen (A1).

Die Anforderung für die Praxen ergibt sich daraus, dass keine Praxisverwaltungssoftware das Melden übernimmt und überwacht. Es waren im Praxismanagement Verfahrensanweisungen und Dokumentationsformen zu entwickeln, welche die bestehenden Abläufe möglichst wenig stören. Von einigen wird ergänzend geäußert, dass es für die Umsetzung einfacher wäre, wenn alle Vorsorgeuntersuchungen einbezogen wären, und nicht unterschiedliche Prozesse für eine Leistung integriert werden müssten. Die vorgenommene Anpassung in Organisation und Qualitätsmanagement wird beispielsweise beschrieben mit: „doppelter Buchführung“, Listenkontrolle in Handarbeit, zusätzlicher Dokumentation in Papierform oder elektronisch. Teilweise werden Investitionskosten für Modifikationen im Praxisverwaltungssystem angeführt, die eine Dokumentation und Kontrolle ermöglichen sollen, wie ein Abfragemodus oder das automatische Generieren einer Notiz, wenn ein Ausdruck erstellt wird. Die arbeitstechnische Umsetzung war praxisindividuell zu entwickeln, und die Umstellungsphase wird als belastend und längerfristig, beispielweise über zwei bis drei Monate, beschrieben.

Diese Dokumentationsformen bieten eine der Quellen für die Angaben der Ärzte zu dem Umfang an Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U9.

Wann die Bescheinigung erstellt wird, ob direkt beim Untersuchungstermin oder am Ende des Tages oder am Ende der Woche, wird in den Praxen unterschiedlich gehandhabt. Mit dem Papierkrieg in den Praxen und der Arbeitsbelastung in bestimmten Tagesphasen wird begründet, dass ein Beleg schon mal vergessen werden kann. Eine Kontrolle sei daher notwendig und wird eingeplant. Je nach Routine in der Praxis wird dieser Abgleich täglich mit

Praxisende durchgeführt, zum Wochenende oder zum Quartalsende. Das kann aber auch bedeuten, dass versäumte Meldungen zu einer durchgeführten Untersuchung erst zu diesem Zeitpunkt auffallen.

Ob eine elektronische Meldung eine Option für die Praxen sei, wird zum einen im Hinblick auf den Aufwand in der Praxis beantwortet. Eine Voraussetzung wäre, dass die Daten direkt aus dem Praxisverwaltungssystem entnommen und verschlüsselt verschickt werden könnten. Nur dann brächte diese Option nach Meinung der Ärzte eine Erleichterung. Zum anderen wird eine Verbindung hergestellt zum Problem verlorener gegangener Untersuchungsbelege. In dieser Hinsicht können die Ärzte einen Nutzen elektronischer Meldungen entweder nicht beurteilen oder sie erwarten keinen Vorteil. Im letzten Fall wird der Verlust von Daten nicht ursächlich im bisherigen Übermittlungsweg vermutet.

Folgen für eine Bewertung der Organisation des Verfahrens

Als überragende Problemerkennung werden immer wieder die Fehlmeldungen, „Irrläufer“, angeführt. Zum Teil bezieht sich diese auf die Anfangszeit in der Einführung des Meldewesens. Es waren durch die Befragten aber auch Praxen vertreten, in denen es noch immer als häufig wahrgenommen wird, dass Untersuchungsmeldungen verloren gehen und es zu unberechtigten Schreiben an die Eltern kommt (A1, A2). Bei einer Beurteilung der Organisation des Meldeverfahrens in Richtung „es funktioniert gut“ oder „es ist schlecht organisiert“ oder neutraler als „sehr aufwändig“ wird in der Regel dieser Umstand der Fehlmeldungen und seiner Bewältigung angeführt. Daneben wird auf die Komplexität des Verfahrens, die Bürokratie und die Fehleranfälligkeit des Datenabgleichs verwiesen.

Für die sogenannten Irrläufer können die Ärzte nur mehr oder weniger konkret gemutmaßte Gründe benennen. Sie sehen es aber nicht als ihre Aufgabe, der Sache nachzugehen. Dass tatsächlich ein Versäumnis in der Praxis liegen kann, wird eingeräumt, aber als der seltenere Fall dargestellt (teils mit einem Verweis auf die Controlling-Prozesse). Am Rande wird angeführt, dass das Verfahren lange Laufzeiten habe und Überschneidungen insbesondere bei Melden einer Untersuchung und Benachrichtigung des Jugendamtes beobachtet werden. In einigen Regionen trage zusätzlich die hohe Auslastung der Kinder- und Jugendmediziner zu den Überschneidungen bei.

Ob es Erinnerungen vom LIGA.NRW oder vom zuständigen Jugendamt sind, mit denen die Eltern in die Praxis kommen, konnte von den Ärzten oft nicht differenziert werden. Manchmal werden diese Schreiben entweder nur als Briefe der Zentralen Stelle oder nur als Bestätigungen, die für das zuständige Jugendamt notwendig sind, beschrieben. Insgesamt aber wird im Interesse der Eltern den Schreiben des Jugendamtes mehr Bedeutung zugemessen.

Eine Unzufriedenheit mit der Durchführung des Verfahrens bezieht sich primär auf die Honorarfrage. Diese wird ausgeprägter, wenn sie in Verbindung tritt mit Kritik an einer mangelnden Partizipation der Praktiker bei der Entwicklung des Meldeverfahrens und dadurch entstandene Probleme. Oder wenn sie untermauert wird mit einer empfundenen Ungerechtigkeit, dass die beobachteten Mängel des Meldeverfahrens ungleich zu Lasten der Ärzte gehen („kein Geld, aber den Ärger“).

Als belastend erlebt werden externe Faktoren, die durch eigenes Qualitätsmanagement nicht beeinflusst werden können. Dabei wird kritisch angeführt, dass Ärzten ungeachtet möglicher Einflussfaktoren die Verantwortung dennoch zugeschrieben werde. In der Kommunikation und Sprachverwendung wird eine entsprechende Sensibilität vermisst und mehr Neutralität angemahnt. Wenn Eltern mit der Information kämen, „ihr Arzt hat nicht gemeldet“, werde die Praxis, berechtigt oder unberechtigt, unter Rechtfertigungsdruck gesetzt (A3, A6, A7) und treffe auf Misstrauen, das nur schwer zu beheben sei.

Beachten der Meldepflicht

Unter den Ärzten, die mit dem Interviewaufruf erreicht wurden, hat keiner sich dahingehend geäußert, dass er nicht melden würde. Auch bei den Meldezeiträumen gab jeder der Befragten an, sich an dem vorgegebenen Wochenrhythmus zu orientieren. Es wurde dabei darauf hingewiesen, dass der kassenärztliche Ausschluss drohe, wenn die im Heilberufsgesetz festgelegten Verpflichtungen nicht erfüllt werden.

Mit den Aussagen wird unterstrichen, dass sich Ärzte der Meldeverpflichtung nicht entziehen können. Angesichts der ausstehenden Honorierung löst dies verbreitet Unmut aus, der in unterschiedlichen Reaktionen in der Durchführung seinen Niederschlag findet. So wird die Beteiligung auf das maximal Notwendige gemäß Wortlaut begrenzt und beispielsweise jede weitere Unterschrift im Sinne des Erstellens einer Bescheinigung vermieden (nur Ersatzbeleg). Die Legitimation wird infrage gestellt, indem Fehler im Gesetz herausgestrichen werden. So gibt ein Kinderarzt an, dass für Kinder, die im sechsten Lebensmonat zur Untersuchung kommen, keine Belege erstellt werden, weil er das nicht dürfe: die Verordnung befreie ihn erst bei Kindern ab einem halben Jahr von der Schweigeverpflichtung. Und es werden Formen entwickelt, „Protest“ sichtbar zu machen. Darunter zählt hauptsächlich die Rechnungsstellung, aber auch Vorgehensweisen der Art, dass jede Bescheinigung einzeln versandt wird, werden darunter angeführt.

5.3.3.2 Förderung der Teilnahme

Ein eigenes Einladungswesen für die Vorsorgeuntersuchungen unterhält keiner der befragten Ärzte. Diese Möglichkeit wird eher extern, beispielsweise bei den Krankenkassen, gesehen. Die Chancen der Praxis selbst hängen davon ab, wie häufig der Kontakt zu den Sorgeberechtigten ist. Die meisten geben an, dass sie Eltern bei einem Besuch in der Praxis erinnern, wenn eine Vorsorge ansteht. Das passiert mehr oder weniger direktiv, es wird systematisch geprüft, ob etwas an Impfungen, Vorsorgen etc. ansteht oder fehlt und – je nach Klientel – wird der Zeitraum genannt oder gleich ein Termin vereinbart. Wenn ein Termin vereinbart ist, nutzen aber einige Praxen die Möglichkeit nachzufassen, wenn dieser Termin nicht genutzt wurde. Bei Eltern, die längere Zeit, beispielsweise mehr als ein Jahr, nicht in der Praxis waren, sehen die Ärzte aufgrund des berufsständischen Werbeverbots keine Möglichkeit, diese Kinder aktiv zu einer Untersuchung einzuladen. Die Initiative allein durch die Eltern sei dagegen auch abhängig davon, wie einprägsam der Turnus der Vorsorgeun-

tersuchungen sei. Diese Beobachtung werde nach der Einführung der U7a- bei der U8-Untersuchung gemacht.

Durch das Meldeverfahren hat sich an dieser Praxis nicht viel geändert. Jedoch wird von vielen Ärzten der Zeitpunkt, zu dem die in die Praxis kommenden Eltern auf die Vorsorge angesprochen werden, aufgrund des Verfahrens soweit möglich früher gewählt.

Eine Steigerung der Teilnahme, die sich an der Zahl der Untersuchungen festmachen lässt, wird bei den befragten Ärzten, die sich als eher kritisch eingestellt bezeichnen, nur in geringem Maße erwartet. Erreicht würden ein paar Familien, die es sonst versäumt hätten, und ein paar, die sich durch die drohende Einschaltung des Jugendamtes motivieren lassen. Es waren auch Praxen vertreten, in denen die Ausgangslage als sehr günstig beschrieben wird, so dass die Ärzte keine weitere Verbesserung feststellen können oder erwarten. Genannt wird zum Beispiel eine aktive Beteiligung von Kindergärten und Kindertagesstätten, die Sorge tragen, dass Kinder die Untersuchungen wahrnehmen. Oder der Einzugsbereich der Praxen wird charakterisiert durch eine positive soziale Selektion von Familien (Privatpatienten, sozial besser gestellte Familien), die eine hohe Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchungen zeige. Die Familien, die mit dem Meldeverfahren aus Sicht der Ärzte erreicht werden sollten, werden im Schnitt nicht häufiger als vorher nachfragend wahrgenommen.

In diesem Kontext wird ein Defizit in der Kommunikation zur „Aktion Gesunde Kindheit“ gesehen. In der Praxis sei es nur schwer beurteilbar, ob durch das Verfahren und den Beitrag, den die Ärzte erbringen (müssen), etwas positives bewirkt wird. Die bisherige Rückmeldung erhalten sie überwiegend von Elternseite und diese ist nicht unbedingt positiv. Es wird als Versäumnis benannt, dass die Ärzte keinen Einblick haben, wie viele Familien auffallen und wie viele Vorsorgen in ihrer Region nicht gemacht werden. In den Praxen habe man keine Einschätzung, wo Problemregionen sind und wo man sich regional kümmern könnte.

Der größte Nutzen des Verfahrens wird von der Mehrheit in der weiteren externen Quelle der Erinnerung gesehen, mit der mehr Druck auf säumige oder unmotivierte Sorgeberechtigte ausgeübt werden könne. Der Druck, der durch das Meldeverfahren aufgebaut wird, wird positiv im Sinne der Kindergesundheit beurteilt: In Fällen, in denen die gesundheitliche Entwicklung Maßnahmen verlangt, bestehen mehr Chancen, dass diese ergriffen werden können. Wenn dies auch überwiegend als ein Erfolg des Meldeverfahrens erwartet wird, sind die Einschätzungen, wieweit dieser in den eigenen Praxen erreicht wird, uneinheitlich.

Bei manchen Familien, die schwer zu erreichen sind, wird das Problem benannt, dass der Sinn krankheitsvorbeugender Untersuchungen nicht ausreichend vermittelt werden kann (A4). In solchen Fällen, wenn Eltern die anstehende Früherkennung nicht für so wichtig erachten oder das Verständnis fehlt, wird der Hinweis, dass sich letztendlich das Jugendamt kümmern wird, als förderlich erlebt und auch zu diesem Zweck eingesetzt.

Eine weitere Information und Aufklärung über die Frühuntersuchungen halten die meisten der befragten Kinder- und Jugendärzte für überflüssig. Das Formale sei dem Klientel, das regelmäßig komme, zur Genüge bekannt. Viele begründen ihren Verzicht auf ein spezielles Erinnerungsverfahren auch damit. Die Flyer zur „Aktion Gesunde Kindheit“ werden überwiegend in diesem Informationskontext wahrgenommen. Entsprechend nutzt die Hälfte der qua-

litativ Befragten die Streum Medien des LIGA.NRW gar nicht. Angeführt wird eine mangelnde Nachfrage, die Flyer finden keinen Absatz in ihren Praxen. Es wird vermutet, dass sich die Eltern am gelben Vorsorgeheft orientieren und durch einen Flyer nicht zusätzlich angesprochen werden. Einige Ärzte geben an, dass sie etablierte Vorsorgeuntersuchungen nicht „bewerben“ und deshalb auf die Flyer verzichten. Die Zielgruppe, für die diese Information ihrer Meinung nach gedacht sein soll, kann in den Praxen nicht erreicht werden. Der Austausch in Elternkreisen über das Erinnerungsschreiben des LIGA.NRW entfalte dagegen eher Wirkung, so die Wahrnehmung der Ärzte.

Doch es gibt auch Beispiele, wo der Flyer zur Aktion in ein altersspezifisches Informationspaket für die Eltern integriert wird, um gezielt auf das Erinnerungsverfahren hinzuweisen.

5.3.3.3 Erfahrungen mit der „Aktion Gesunde Kindheit“

Das Meldeverfahren wird gegenüber den Eltern häufig gar nicht thematisiert, die meisten Ärzte weisen nicht auf ihre Meldepflicht hin. Ein Teil der Ärzte begründet dies damit, dass es sich nur um eine positive Meldung handele und keine Ergebnisse weitergegeben werden. Damit wird dem Meldeverfahren ein Status vergleichbar der Meldung von Diagnosen und Ziffern an die Kassenärztliche Vereinigung zugewiesen. Doch es findet sich auch die Haltung vertreten, dass jede Weitergabe sei es an die Zentrale Stelle oder das Jugendamt einer Verletzung der Schweigepflicht gleichkomme und nur mit Wissen der Eltern rechtmäßig sei. Erwarten die einen mehr Beratungsbedarf, wenn ein Einverständnis für die Meldung bei den Eltern eingeholt werden müsste, wird dieser jedoch von den Verfechtern nicht gleichermaßen beschrieben.

In der Kommunikation mit den Eltern wird das Verfahren meist erst Thema, wenn diese betroffen sind und ein Schreiben erhalten haben. Von der Sachlage her, so die Erfahrung der Ärzte, wird das Erinnerungswesen nicht hinterfragt. Üblicherweise argumentiert der Arzt, dass sich jemand kümmern müsse mit einem Verweis auf öffentlichkeitswirksame Fälle von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Und in der Regel treffen sie damit auf das Verständnis der Eltern. Mehr Argumente würden nicht benötigt, wenn es um das Verfahren per se geht.

Dass Ärzte Patienten verloren haben, weil die Eltern auf dem Standpunkt standen, man hätte sie „beim Jugendamt angeschwärzt“ wird als seltener Einzelfall erwähnt. Solche Reaktionen aufgrund des Verfahrens nehmen die Ärzte in Kauf, für einige gehört dies zur Wächterrolle des Kinder- und Jugendarztes dazu.

Erheblicher Diskussionsbedarf wird aber festgestellt, wenn Eltern unberechtigter Weise angeschrieben werden, d.h. wenn eine Untersuchung bereits durchgeführt wurde. Es ist unterschiedlich, welche Akzeptanz die Ärzte dabei antreffen und wie sie selbst argumentieren. Die einen sehen den Unmut der Eltern nicht gegen den Arzt bzw. die Praxis gerichtet, sie stellen auch keinen Zusammenhang zwischen Meldeverfahren und dem jeweiligen Arzt-Eltern-Verhältnis her (A1, A5). Teils wird der Verweis auf das komplexe Verfahren, das Fehler unvermeidlich erscheinen lässt als entdramatisierend und ausreichend wahrgenommen (A5,

A6). Andere Praxen sehen sich jedoch genötigt zu einer Entlastung durch Nachweise zur eigenen Tätigkeit im Meldeverfahren (A2, A7). Es wird angeführt, dass in solchen Fällen nicht nur akut die betroffenen Eltern zu beschwichtigen sind, sondern auch langfristig das Verhältnis tangiert werde. Ärzte, die häufiger solche Erfahrungen machen, sehen das Verhältnis zum Patienten bzw. den Eltern infolge von „Mängeln“ im Meldeverfahren als Ursachen, die nicht bei ihnen selbst liegen, beeinträchtigt.

Aber unabhängig von dem Charakter, den sie annimmt, muss für jede Diskussion mit betroffenen Eltern die notwendige Zeit in der Regel ungeplant aufgebracht werden, was zusätzlich den Praxisablauf stört. Viele Ärzte haben reagiert, indem sie vorbeugend auf die Erinnerungsschreiben und die Weiterleitung an das Jugendamt hinweisen, wenn Eltern so spät zu der Vorsorge kommen, dass sich Überschneidungen ergeben könnten. Die meisten berichten auch, dass sich das Verfahren in Elternkreisen herumspreche und die Eltern inzwischen wissen, dass so etwas passieren kann (A1, A5). Beides trage einerseits zu einem gelasseneren Umgang bei. Andererseits nennen einige Ärzte als Folge des Erinnerungsverfahrens, dass sie die Untersuchungen jetzt früher terminieren würden und auch, dass die Eltern sich inzwischen früher melden „weil es sich herumspricht, dass man sonst gemahnt wird“ (A5, A6).

Ein Problem, das von Ärzten mit einem bestimmtem Klientel, als bildungsfern, sozial schlechter gestellt oder in belasteten Situationen befindlich beschrieben, auch als Folge des Meldeverfahrens benannt wird, stellen vereinbarte aber nicht wahrgenommene Vorsorgetermine dar. Das könne für eine Untersuchung auch mehrfach vorkommen. Durch den zeitlichen Druck bei verspäteten Untersuchungen entstehen in den Praxen zeitweilig Engpässe in der Terminvergabe und es wird organisatorisch wie in der Bereitschaft als schwierig erlebt, diese Säumigen immer wieder einzuplanen. Verschärft wird dieser Engpass durch die in manchen Regionen bereits normal vorhandene hohe Auslastung von Kinder- und Jugendärzten, wo beispielweise neu zugezogene Familien Probleme hätten, einen Arzt zu finden, der bereit sei, kurzfristig einen Vorsorgetermin anzubieten.

Unterschiede bei der Durchführung der Untersuchung

Die Vorsorgen bei Kindern, die üblicherweise nicht in den Praxen zu sehen sind und erst infolge des Meldeverfahrens kommen, beanspruchen nach Aussage der Ärzte wesentlich mehr Zeit. Kinder, die regelmäßig kommen, das Personal und die Situation kennen, würden besser kooperieren und die Tests sind schnell gemacht. In diesen Untersuchungen jedoch machen die Kinder nicht so mit. Der Arzt braucht einerseits mehr Zeit um warm zu werden mit dem Kind, die Kinder sind mit der Situation nicht vertraut und zeigen eventuell Angst und weniger Mitarbeitsbereitschaft. Andererseits dauern die Untersuchungen länger, wenn ein solches Kind vieles nicht kann, es insgesamt medizinisch eher schlecht versorgt ist und Probleme festgestellt werden. Ein höherer Aufwand ist notwendig um einen Kontakt zu den Eltern aufzubauen und dann herauszufinden, was Ursachen dafür seien. Die Ärzte gehen allgemein von weiteren notwendigen Untersuchungen und einem höheren Heilmittelbedarf bei solchermaßen erreichten Kindern aus.

5.3.3.4 Ärztliches Wächteramt und Kindeswohlgefährdung

Im Rahmen des Verfahrens wird von den Ärzten die Überprüfung, ob eine Gefährdungssituation besteht, bei den Jugendämtern angesiedelt. Die Beteiligung der Ärzte an dem Verfahren wird aus ihrer Sicht legitimiert durch die Entdeckung gesundheitlicher Risiken im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Eine stärkere Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen wird als positiv genannt zum einen wegen des unumstrittenen Nutzens, Krankheiten zu vermeiden bzw. Fehlentwicklungen und Probleme frühzeitig zu entdecken und therapeutisch behandeln zu können. Zum anderen, weil jede weitere Sicht auf das Kind als Chance gesehen wird, Informationen zu bekommen, ob es diesem gut geht und Ratschläge oder Hilfestellungen geben zu können. Die Möglichkeiten, im Rahmen der Untersuchung Hinweise auf Kindeswohlgefährdung zu bekommen, werden dennoch als ziemlich eingeschränkt beurteilt.

Ein Hauptargument ist der Turnus der Untersuchungen, insbesondere bei den älteren Kindern. Zwischen den einzelnen Untersuchungen bestünden zu große Lücken, um eine Gefährdungsentwicklung zu erfassen. Die Teilnahme an den Vorsorgen selbst bringe in dieser Hinsicht nicht viel Sicherheit. Zum anderen werden Ausweichmöglichkeiten genannt, dass z.B. auch Ärzte bekannt sind, die die Vorsorge nicht in der angemessenen Sorgfalt durchführen oder dass Eltern die Untersuchung vor sich her schieben können und noch nicht konsequent die Teilnahme an einer Untersuchung verfolgt wird (vgl. Abschnitt „Kommunale Zusammenarbeit“). Schäden durch akute körperliche Misshandlungen werden nach Einschätzung der Ärzte bei einem solchen Anlass selten zu beobachten sein, maximal längerfristige Folgen wären noch zu entdecken. Dagegen sind Zeichen grober und anhaltender Vernachlässigung wie Unterernährung oder mangelnde Pflege auch im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung, die sorgfältig durchgeführt wird, erkennbare Tatbestände. Von den Interviewpartnern, ausschließlich Kinder- und Jugendärzte, wird dabei vielfach die fachgerechte Durchführung betont und auf fachverbandspolitische Debatten Bezug genommen.

Das zweite grundlegende Argument ist, dass die Vorsorgen auf die Beantwortung anderer Fragestellungen ausgerichtet sind. Die Entwicklung des Kindes wird nicht umfassend Gegenstand der Vorsorgen. Für Hinweise auf Kindeswohlgefährdung wären ganz andere Informationen als die im Rahmen der Untersuchung erhobenen wichtig. Eine Beurteilung der familiären und sozialen Situation sei bei sporadischen Kontakten nicht möglich. Als Voraussetzung für das ärztliche Urteil über Auffälligkeiten oder psychische Veränderungen wird ein kontinuierlicher Kontakt zum Patienten genannt, der mit den Vorsorgen allein nicht gegeben ist.

Dagegen sehen die meisten Ärzte gute Chancen, über das Einschalten des Jugendamtes im Rahmen des Verfahrens aufmerksam zu werden auf Problemfamilien. Wenn das versäumen einer Untersuchung auch als Hinweis dienen kann, dass die Vorsorge nicht als vorrangig betrachtet wird, sehen viele der Befragten dennoch bei den meisten Eltern aus ihrer Praxis keinen Anlass, Sorge um die Kinder zu haben. Weil auch engagierte Eltern es vergessen, einen Termin zu vereinbaren oder den vereinbarten Termin vergessen. Bei Familien, die häufig mit ihren Kindern in der Praxis sind, kann eine weitere Untersuchung in Form der Vorsorge teils auch vom Arzt nicht mehr unbedingt als notwendig angesehen. Der Nutzen wird eher darin gesehen, dass lokal Hinweise gegeben werden könnten in welchen Familien eine

Tendenz bestehe, die Vorsorgen immer wieder ausfallen zu lassen und Arztwechsel vorgenommen werden, um Nachfragen zu entgehen. Den Ärzten untereinander sei ein entsprechender Austausch nicht möglich.

Qualifizierungsbedarf

Ein Bedarf, selbst besser geschult zu werden für die Entdeckung von Kindeswohlgefährdungen, wird nicht benannt. Das Problem wird von den meisten nicht in der Kompetenz der Ärzte gesehen, sondern in großen Abständen, Ausweichmöglichkeiten, fehlender Konsequenz und dass die problematischen Familien doch nicht erreicht würden.

Auf Nachfrage wird schon einmal benannt, dass Informationen nötig sein könnten, woran festzumachen ist, dass in einer Familie Vernachlässigung eine Rolle spiele. Betont wird aber stärker, dass die Beurteilungsbasis durch eine gute Kenntnis der Entwicklung des Kindes und der Familienumstände meist fehle. Nur ein Mediziner, der in der Verbandsarbeit aktiv war, benannte schlechte Voraussetzungen wie eine grundsätzliche Schulung und eine Unterbewertung der Sozialpädiatrie in der Facharztausbildung.

Ein wesentlich größeres Thema als die Entdeckung von Hinweisen stellt in der Argumentation der Kinder- und Jugendärzte die Frage dar, wann Verdachtsmomente gemeldet werden sollen. Es fehlt vor allem Sicherheit, was Indikatoren sind, die den Arzt berechtigen, die Schweigeverpflichtung zu brechen. Die vereinzelt Erfahrungen mit der Erreichbarkeit von Jugendamtsmitarbeitern oder der Dauer, bis eine Bearbeitung auf die Anfrage über die Notfallnummer erfolge, werden nicht als förderlich gewertet.

Kommunale Zusammenarbeit

Das Vorgehen der Jugendämter im Rahmen des Meldeverfahrens wird von den Ärzten als regional sehr heterogen wahrgenommen. Einerseits äußern die Kinder- und Jugendärzte Irritation, wenn die Eltern von Mitarbeitern berichten, die ohne vorherige Abklärung Hausbesuche durchführen (A3). Andererseits wird eine mangelnde Konsequenz festgestellt, wenn Eltern mit dem Schreiben des Jugendamtes erst nach einigen Monaten kommen können (A4). Eine gewisse Standardisierung im kommunalen Vorgehen würde aus Sicht des Arztes als wünschenswert angesehen.

Auch die Zusammenarbeit mit Jugendämtern im Rahmen des Meldeverfahrens wird unterschiedlich erlebt. Neben sehr gutem Kontakt und Austausch im Falle von Benachrichtigungen, wo die Beteiligten bemüht sind, die Angelegenheit im Sinne der Eltern zu regeln, findet andernorts der Austausch rein formal anhand der Bearbeitung der Vordrucke statt. Es sind Ärzte in der Stichprobe vertreten, die angeben keinen Kontakt mit Mitarbeitern des Jugendamtes zu haben.

Von einigen der befragten Ärzte wird die Hoffnung formuliert, dass sich begleitend zum Verfahren und darüber hinaus eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärzten und dem Jugendamt im Kinderschutz ergebe. Neben dem unmittelbaren gesundheitlichen Nutzen wird seitens der Ärzte ein Hauptzweck des Meldeverfahrens für die Jugendäm-

ter darin gesehen, Problemfamilien identifizieren zu können. Allgemein wird für eine Zusammenarbeit im Kinderschutz Verlässlichkeit gefordert, beispielsweise wie mit Hinweisen umgegangen wird; dass die Verdachtsäußerung eines Arztes auch offensiv gegenüber Familien benutzt wird, mache die Zusammenarbeit nicht leichter. Einige Ärzte benennen das Manko, direkt Hinweise geben zu können, wenn eine Familie bzw. ein Elternteil Untersuchungstermine mehrfach ausfallen lasse. Ein weiteres Defizit sei eine Wechselseitigkeit des Informationsflusses. Der Arzt erhalte keine Rückmeldung, was nach einer Verdachtsäußerung passiert und welche Wirkung sein Handeln habe.

5.4 Bewertung der Umsetzungsqualität in den Jugendämtern und Wahrnehmung und Bewertung des Meldeverfahrens durch die Jugendämter (Modul 8)

5.4.1 Arbeitshilfen des LWL-Landesjugendamt Westfalen

Die Jugendämter in Nordrhein-Westfalen haben sich zur Sicherung der Umsetzung des Verfahrens frühzeitig organisiert. Den Jugendämtern kam zu Gute, dass die im Rahmen der Verordnung geregelte Übermittlung der Daten an den örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe erst gut ein Jahr später erfolgte als ursprünglich vorgesehen war.

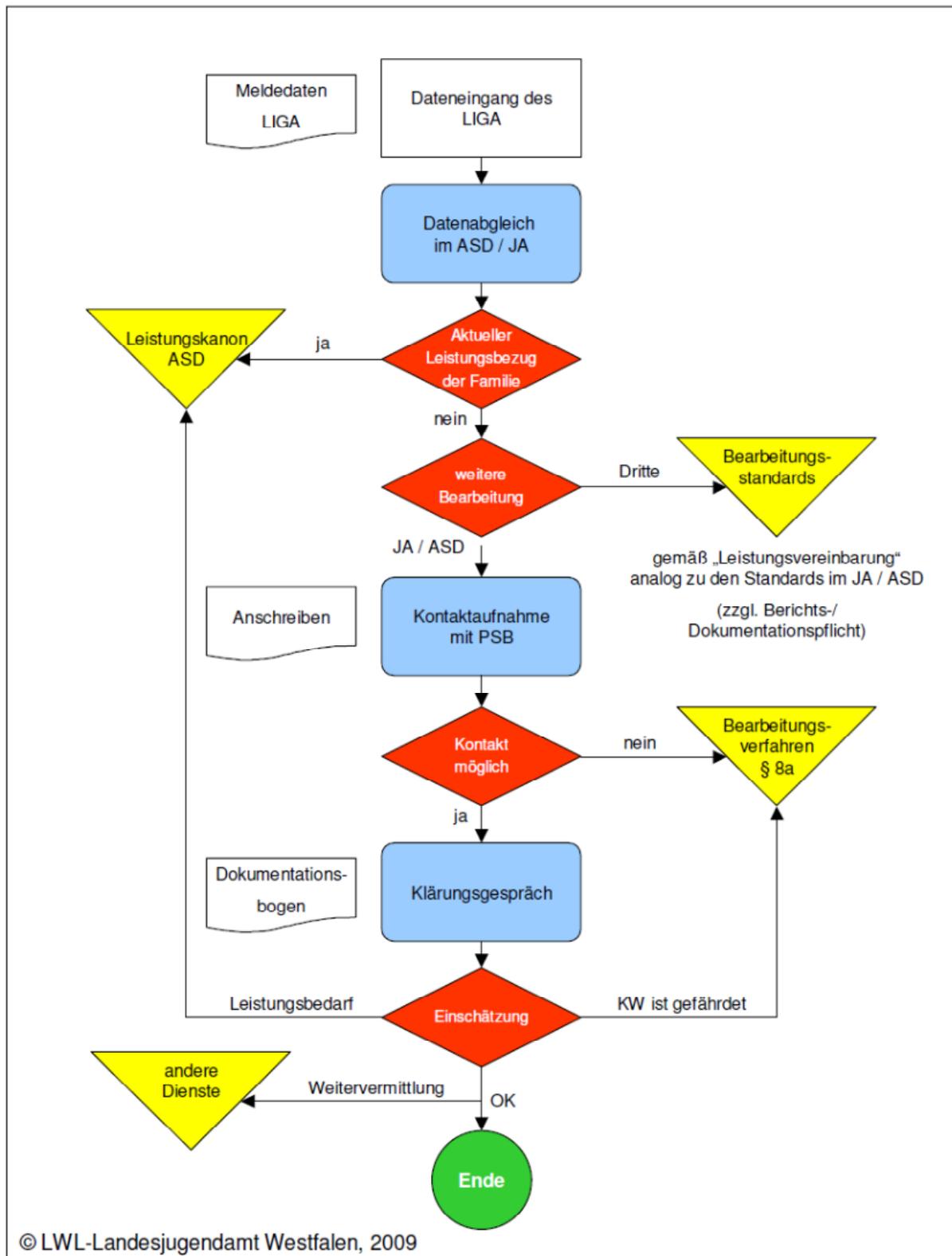
Eine von LIGA organisierte Informationsveranstaltung im April 2009 brachte erste wichtige Informationen über das Verfahren und die Rolle und die Aufgaben der Jugendämter.

Das LWL-Landesjugendamt Westfalen hat in Kooperation mit 23 westfälisch-lippischen Jugendämtern bereits im März 2009 eine Arbeitshilfe entwickelt und im April des gleichen Jahres herausgegeben, um den Jugendämtern vor Ort bei der Umsetzung der UTeilnahme DatVO mehr Handlungssicherheit zu vermitteln. Die Arbeitshilfe wurde von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus 23 Vertretern unterschiedlicher Bereiche und Hierarchieebenen aus den Bereichen Jugendamtsleitung, ASD-Leitung, ASD-Fachkraft und Jugendhilfeplanung, erstellt.

Zu Beginn des Papiers zur Arbeitshilfe werden zwei unterschiedliche Haltungen gegenüber der Rolle des Jugendamts im Verfahren UTeilnahmeDatVO vorangestellt, aus denen heraus gänzlich unterschiedliche Wirkungen erzielt werden können: Wird die Aufgabe der Jugendämter darin gesehen Eltern sanft darauf hinweisen, dass es doch gut wäre, das Kind untersuchen zu lassen, agiert das Jugendamt in der Rolle der freundlichen Hilfeinstitution, die fürsorglich Unterstützungsmöglichkeiten bietet. Besteht die Einstellung, dass bei entsprechender Versäumnis grundsätzlich ein Prüfverfahren zur Kindeswohlgefährdung auf der Grundlage des § 8a SGB VIII durchzuführen ist, tritt das Jugendamt als Wächter des Kindeswohls in Erscheinung. Diese beiden Pole hinterlegen die aktuelle Diskussion in den Jugendämtern.

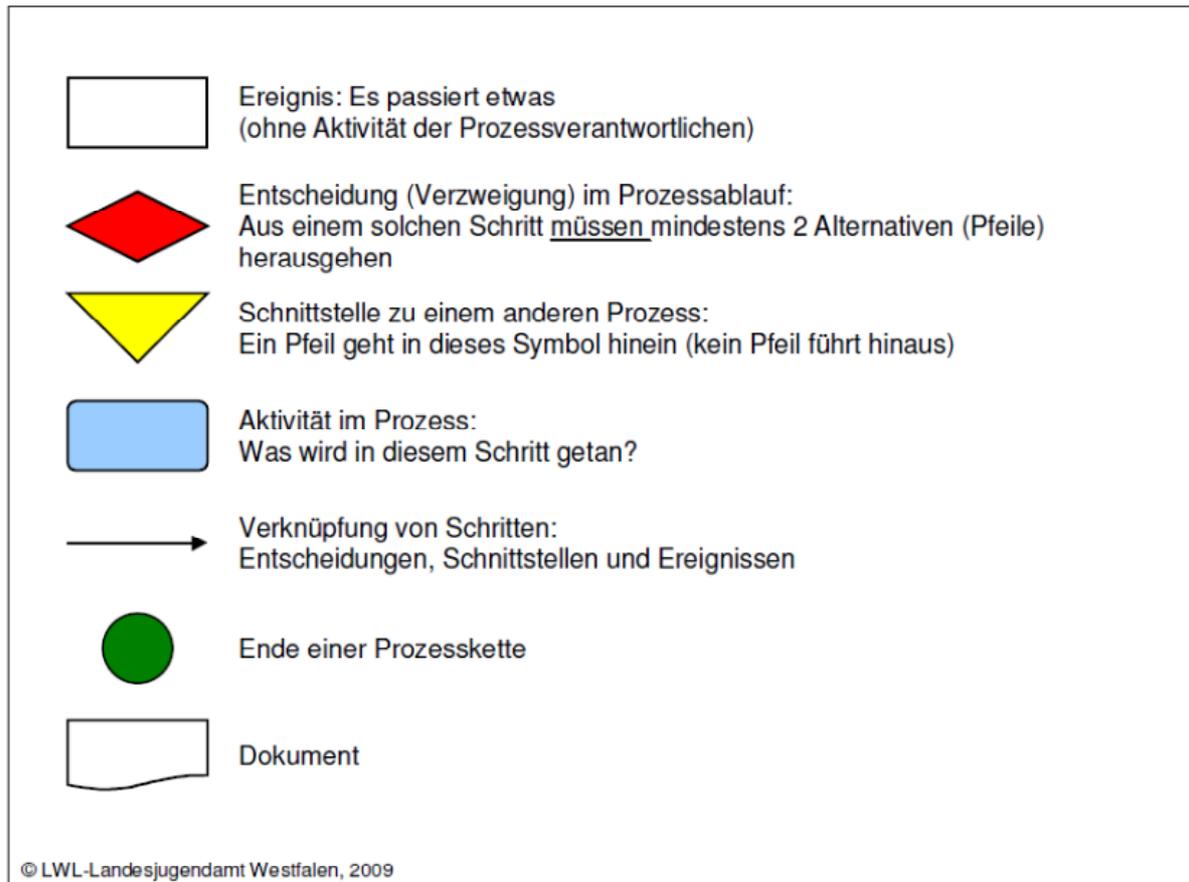
Einig ist sich die Arbeitsgruppe darüber, dass die Fachkräfte des Jugendamtes oder die Fachkräfte einer vom Jugendamt beauftragten (Jugendhilfe-)Institution mit hoher Verbindlichkeit auf die Familien zugehen sollten. Die Jugendämter sollten den Eltern deutlich machen, dass sie klären müssen, wie es dem Kind geht.

Abbildung 36: Das Bearbeitungsverfahren – konsensuales Ergebnis der ad-hoc-Arbeitsgruppe des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe



Quelle: Arbeitshilfe zur kommunalen Umsetzung der UTeilnahmeDatVO, Herausgeber Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Münster, April 2009, Abbildung 4, S. 9.

Abbildung 37: Erklärung der verwendeten Symbole



Quelle: Arbeitshilfe zur kommunalen Umsetzung der UTeilnahmeDatVO, Herausgeber Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Münster, April 2009, Abbildung 3, S. 8.

Die Nichtteilnahme an der Früherkennungsuntersuchung stellt für sich genommen keinen gewichtigen Anhaltspunkt für Kindeswohlgefährdung dar. Erst wenn *weitere* gewichtige Anhaltspunkte hinzukommen, sollte ein Verfahren gem. § 8a SGB VIII durchgeführt werden.

Aus diesen und weiteren Diskussionspunkten wird eine Arbeitsschritttabelle entwickelt, wobei deutlich gemacht wird, dass es nicht die Aufgabe der Jugendhilfe ist, dafür zu sorgen, dass alle Eltern bzw. Sorgeberechtigten tatsächlich mit ihrem Kind zur Früherkennungsuntersuchung gehen.

Im weiteren Verlauf sind die verschiedenen Bearbeitungsprozesse beschrieben, Zuständigkeiten, Kontaktaufnahmen mit den Eltern geregelt und die Bearbeitungszeiträume aufgeführt. Deutlich wird der Versuch, Qualitätssicherung durch Formalisierung und Standardisierung zu erzielen. Gleichzeitig wird aber auch erkennbar, dass an den entscheidenden Stellen, die die Frage des Übergangs in ein § 8a SGB VIII Verfahren betreffen, weiterhin Handlungsspielräume bestehen.

In der Arbeitshilfe findet sich ein Standardanschreiben an bis dato säumige bzw. als säumig registrierte Eltern mit Fristsetzung. In dem Anschreiben selbst ist die Möglichkeit enthalten, sich eine nachgeholt Untersuchung von der entsprechenden Arztpraxis im Anschreiben bestätigen zu lassen.

Ein Dokumentationsbogen ist ebenfalls als Vorlage entwickelt worden. Es besteht aus einer übersichtlichen Zahl an zentralen Fragen über den Verlauf der an die Jugendämter gemeldeten Fälle versäumter Teilnahmen. Die Dokumentation ermöglicht die Sicherstellung – und im Zweifelsfall auch die Überprüfung – des fachgerechten Handelns.

Die Arbeitshilfen wurden nach ihrer Erstellung an die Jugendämter weitergegeben. Laut Auskunft des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe sind die Arbeitsmaterialien auf große Resonanz gestoßen und finden in der Praxis vielfache Verwendung.

Neben der beschriebenen Arbeitshilfe wurden ab Juli 2009 die Fachkräfte im E-Mail-Verfahren (E-Mail-Verteiler des LWL-Landesjugendamt Westfalen) über aktuelle Fragen zur Umsetzung der Verordnung informiert.

Der Geschäftsanfall wurde für den Zeitraum 1. Oktober bis 31. Dezember 2009 erstmals erhoben, eine zweite Berichtslegung erfolgte für den Zeitraum 1. Februar bis 31. Oktober 2010. An dieser Statistik haben allerdings nicht alle Jugendämter teilgenommen. Für den Zeitraum Februar bis Oktober 2010 haben 87 Jugendämter aus ganz Nordrhein-Westfalen an der Dokumentation mitgewirkt (zu den Ergebnissen vgl. Modul 2: Gesundheitsökonomie).

5.4.2 Öffentlichkeitsarbeit

Mit Blick auf die Familien, für die Früherkennungsuntersuchungen anstehen, wurde zu Beginn der Umsetzung ein Flyer erstellt, der in erster Linie die Eltern über die Arbeitsweise des Jugendamtes im Rahmen der UTeilnahmeDatVO informiert. Die Flyer wurden entsprechend ausgelegt, und auch auf den Internetseiten vieler Jugendämter wurde über die Aufgaben der Jugendämter informiert. Auf den meisten Internetseiten sind weiterhin die Kontakte von Ansprechpartnern zu finden, an die sich die jeweiligen Sorgeberechtigten bei Fragen wenden können. Neben der Öffentlichkeitsarbeit für die Zielgruppe Eltern, gibt es eine Reihe von medienwirksamen Äußerungen zum Meldeverfahren. Diese fallen in der Regel meist kritisch aus. Damit ist die Wahrnehmung und Bewertung der „Aktion Gesunde Kindheit“ angesprochen, die nachfolgend erläutert wird.

5.4.3 Wahrnehmung der UTeilnahmeDatVO

Die nachfolgenden Erfahrungen mit der Umsetzung der UTeilnahmeDatVO basieren auf einer standardisierten Kurzbefragung von 132 der 182 Jugendämter, die der Landschaftsverband Rheinland und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe mit Unterstützung des Städtetages, des Städte- und Gemeindebundes sowie des Landkreistages Nordrhein-Westfalen zwischen März und Mai 2011 durchgeführt haben.

Die Befragung kommt zu dem Ergebnis, dass die UTeilnahmeDatVO von der Mehrheit, d.h. 82 % der befragten Jugendamtsleitungen, nicht für ein probates Mittel zur frühzeitigen Aufdeckung der Kindeswohlgefährdung eingeschätzt wird. Ebenfalls kritisch fällt die Einschätzung darüber aus, dass die Verordnung einen wichtigen Baustein im Rahmen der „Frühen Hilfen“ darstellt und einen frühen Zugang zu Familien mit kleinen Kindern sichert. Auch die

Kooperationsmöglichkeiten mit den Institutionen des Gesundheitswesens haben sich nach Ansicht der überwiegenden Mehrheit der Befragten (d.h. 78 %) nicht deutlich verbessert.

Die Einbettung der Aufgaben der Jugendämter im Rahmen des Meldeverfahrens in die Netzwerkarbeit zum Kinderschutz kann bisher nicht genauer eingeschätzt werden. Gerade wenn es um die Gesamtbeurteilung eines Falls geht erscheint dies jedoch notwendig. Auch was die Erreichbarkeit von vermeintlich schwierigen Zielgruppen angeht, erscheint eine Stärkung der lokalen Netzwerke (insbesondere was die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendämtern angeht) durch das Einladungs- und Erinnerungswesen sinnvoll, wird aber laut der genannten Umfrage nur von sehr wenigen Akteuren der Jugendämter erwartet.

In Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung der Jugendämter zeigt sich bei einer Reihe der Jugendämter die Sorge, dass sich durch ihre Funktion im Rahmen der UTeilnahmeDatVO die öffentliche Wahrnehmung gegenüber dem Jugendamt als staatliches Wächteramt sogar verstärkt hat. Immerhin 30 % der befragten Jugendämter stimmen der Aussage voll oder überwiegend zu, dass die Umsetzung der UTeilnahmeDatVO in der Bevölkerung die Wahrnehmung des Jugendamtes spürbar beschädigt hat.

Inwieweit die Jugendämter die UTeilnahmeDatVO für ein geeignetes Mittel zur Gesundheitsförderung halten, wurde nicht abgefragt.

Der Aufwand der Jugendhilfe im Rahmen der Verordnung und der damit verbundene Ertrag, gemessen an der Sicherstellung des Kinderschutzes, wird von der Mehrheit der Befragten als unverhältnismäßig eingeschätzt. 82 % der Jugendämter gehen sogar von einem Missverhältnis aus.

Insgesamt fallen die Akzeptanz und der Nutzen der „Aktion Gesunde Kindheit“ mit Blick auf die Identifikation von Kindeswohlgefährdung innerhalb der Jugendämter sehr kritisch aus.

Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach einer verpflichtenden Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen mit Blick auf mehr Handlungssicherheit der Jugendämter als weniger relevant anzusehen wie in anderen Bundesländern (z.B. in Sachsen).

Die kritische Haltung lässt sich durch die erhöhte Ressourcenbelastung in den Jugendämtern nachvollziehen. In einer Erhebung des LWL für den Zeitraum 1. Februar bis 31. Oktober 2010 wurde nicht nur das Fallaufkommen erfasst (siehe Abschnitt: vgl. Modul 2: Gesundheitsökonomie), sondern auch der Aufwand für die Bearbeitung eines an das Jugendamt gemeldeten Falles erhoben. Den Ergebnissen der Befragung von 87 Jugendämtern zufolge, dauert die Bearbeitung eines Falles im Durchschnitt 40 Minuten. Der durchschnittliche Wert geht sogar auf 60 Minuten hoch, wenn ein persönlicher Hausbesuch stattfindet. In „Die Zeit“ vom 9. Juni 2011 berichtet Thomas Fink vom LWL – Landesjugendamt Westfalen darüber, dass durch die Umsetzung der Verordnung auf der Ebene der Jugendämter rund 30 Vollzeitstellen von Sozialarbeitern beansprucht werden.

5.5 Wahrnehmung und Bewertung der „Aktion Gesunde Kindheit“ durch Eltern bzw. Sorgeberechtigte (Modul 9)

5.5.1 Ziel des Moduls

Die Eltern nehmen eine Schlüsselposition bei der Frage ein, ob das Kind an einer Früherkennungsuntersuchung teilnimmt oder nicht. Der Erfolg des Meldeverfahrens zur Steigerung der Teilnahmequote hängt nicht zuletzt entscheidend davon ab, wie sehr Eltern ein solches Verfahren als gewinnbringend einschätzen und akzeptieren. Im Folgenden soll die Wahrnehmung und Bewertung der „Aktion Gesunde Kindheit“ durch die Eltern untersucht werden. Anhand der Einstellungen der Eltern zur Früherkennungsuntersuchung sollen mögliche hinderliche und förderliche Faktoren für die Teilnahme identifiziert werden.

Für diesen Zweck wurden in Nordrhein-Westfalen wohnende Mütter und Väter, die ihr Kind seit Beginn der „Aktion Gesunde Kindheit“ zu einer Früherkennungsuntersuchung geschickt haben, qualitativ und quantitativ befragt. Insgesamt wurden 203 Elternteile standardisiert im Rahmen eines telefonischen Interviews und elf Elternteile mittels eines Leitfadens qualitativ befragt.

5.5.2 Ergebnisse der quantitativen Elternbefragung

5.5.2.1 Methode und Stichprobe

Auswahl der Stichprobe

Für die quantitative Befragung wurden Eltern befragt, deren Kinder sich im relevanten Alter für die Untersuchungen U5 bis U9 befinden. Als Grundgesamtheit definiert wurden alle in der Datenbank verzeichneten Eltern, deren Kind in den letzten zwölf Monaten zu einer U-Untersuchung bei einem Arzt in Nordrhein-Westfalen vorstellig wurde, sowie diejenigen, die erinnert wurden und ihr Kind später zur U-Untersuchung gebracht haben. Der Adressdatenbestand basiert auf einem aktuellen Auszug aus der Datenbank des LIGA.NRW (Stand Juni 2011). Aus der Stichprobenziehung wurden Adressen von Kindern herausgenommen, für die ein Sperrvermerk gilt (z.B. Adoptionspflegeverhältnis) oder ein Sterbedatum vermerkt ist.

Insgesamt wurden 8.370 Adressen an die Firma TeleResearch GmbH geliefert, wovon 3.100 Adressen mit Telefonnummern angereichert werden konnten. Der Ausfall begründet sich im Wesentlichen dadurch, dass der Adressat keine Festnetznummer besitzt oder die Nummer in keinem öffentlichen Telefonverzeichnis gespeichert ist. Nach den bisherigen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass im Übermaß mehr Menschen mit Migrationshintergrund keine Festnetznummer besitzen bzw. die Nummern seltener in den öffentlichen Telefonbüchern gespeichert sind und somit häufiger durch ein solches Auswahlverfahren aus der Ausgangsstichprobe fallen. Da jedoch keine Zufallsstichprobe angestrebt wird, sondern die Auswahl der Interviews primär nach erinnerten und nicht erinnerten Eltern quotiert wurde, ist ein solcher Ausfall weniger relevant. Bei der späteren Feldarbeit erwies sich der höhere Ausfall an Familien mit Migrationshintergrund bei der Zuspiegelung von Adresse und Telefonnummer als weniger gravierend. So konnten 57 Elternteile mit Migrationshintergrund befragt werden.

Von den Adressen waren 12,4 % nicht verwertbar, weil entweder kein Kind unter sechs Jahren im Haushalt lebte, die Adressen nicht aktuell oder fehlerbehaftet waren oder eine Firma bezeichnet wurde.

Die erste Teilstichprobe von 483 Adressen mit Telefonnummern konnte bereits die angestrebte Zahl von 200 Interviews realisieren. Die Ausschöpfungsquote beträgt 42 %, was verglichen mit anderen Sozialstudien einem sehr hohen Rücklauf entspricht. Insgesamt haben 203 Elternteile an der Befragung teilgenommen.

Davon lagen von 101 Elternteilen laut Datenbank Arztbelege vor und sie wurden nicht an eine Teilnahme erinnert. Für diese Gruppe ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie ihr Kind regulär zur betreffenden U-Untersuchung vorgestellt haben. Allerdings kann die Familie dennoch Erfahrungen mit dem Erinnerungsverfahren gemacht haben, wenn etwa ein anderes Kind der Familie einmal eine Früherkennungsuntersuchung versäumt hat oder das gleiche Kind bei einer anderen U-Untersuchung nicht vorstellig wurde oder das Meldesystem fehlerbehaftet ist. Immerhin 8 % der regulär Teilnehmenden gaben an, dass sie einmal eine U-Untersuchung versäumt hatten.

Weiterhin wurden Interviews mit 102 Elternteilen geführt, die laut Datenbank innerhalb der Teilnahmefrist einschließlich des Toleranzzeitraumes nicht an der Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Zu dieser Gruppe können Nachzügler gehören, die ihr Kind erst durch die schriftliche Erinnerung der „Aktion Gesunde Kindheit“ zur U-Untersuchung gebracht haben und jene Familien, die erst durch Kontakt mit dem Jugendamt teilgenommen haben. Es können auch Eltern zu dieser Gruppe gehören, die trotz Erinnerungsschreibens durch die Zentrale Stelle (und eventuelle Intervention durch das Jugendamt) nicht teilgenommen haben. Die Gruppe kann aber auch aus Familie bestehen, die fälschlicherweise an die U-Untersuchung erinnert wurden, obwohl sie bereits (innerhalb des Toleranzzeitraumes) an einer U-Untersuchung teilgenommen haben, weil die Belege nicht vorlagen oder das Meldesystem fehlerbehaftet ist. Ein gänzlicher Ausfall an U-Untersuchungen stellt die Ausnahme dar: In der Befragung nannten 75 % der erinnerten Elternteile, dass sie keine U-Untersuchung versäumt haben.

Stichprobe

102 befragte Elternteile (50,2 %) sind im Meldeverfahren bezugnehmend auf das betreffende Kind als schriftlich erinnerte registriert, 101 Elternteile (48,8 %) gelten als regulär Teilnehmende.

80,8 % der Befragten sind Mutter, 19,2 % sind Vater des Kindes.

Bei der Auswahl des Elternteiles wurde darauf geachtet, dass das für die Gesundheit des Kindes (wie z.B. die Besuche beim Kinderarzt und die Früherkennungsuntersuchung) zuständige Elternteil interviewt wurde.

47 % der 203 Interviewteilerinnen und -teilnehmer stammen aus einem Wohnort mit weniger als 25.000 Einwohnern, 22 % leben in einem Wohnort mit 25.000 bis 100.000 Ein-

wohnern und 21 % leben in Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern. Eine Auswertung nach den genannten Wohnortsgrößen ist dadurch gegeben.

Der Anteil an befragten Eltern mit Migrationshintergrund beträgt 28 %. Es wird ein erweiterter Migrationsbegriff verwendet, demzufolge als Migranten gelten, wer entweder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, selbst oder seine Eltern im Ausland geboren wurden. Mit einer Zahl von 57 befragten Müttern oder Vätern mit Migrationshintergrund sind gruppenspezifische Auswertungen möglich. Mit einer Rate von 33 % leben mehr Eltern mit Migrationshintergrund in Städten mit über 100.000 Einwohnern als es ihrem Anteil in dieser Stichprobe entspricht.

Eltern mit zwei und mehr Kindern sind als Erinnerterte (49 %) etwa genauso oft gemeldet wie als regulär Teilnehmende (51 %). Ihre Anteile entsprechen in etwa den Anteilen von Familien mit einem Kind (erinnert: 51,5 %/nicht erinnert: 48,5 %). In der Befragung geben 14 % der Eltern mit einem oder zwei und mehr Kindern an, dass sie einmal eine Früherkennungsuntersuchung ausgelassen haben.

Befragungsmodus: Telefoninterview

Die Elternbefragung wurde telefonisch durch die Firma TeleResearch GmbH in Mannheim durchgeführt. Es handelte sich dabei um ein computergestütztes Telefoninterview (CATI), bei dem die gesamte Ablauflogik des Fragebogens durch das Computerprogramm geregelt wird. Zunächst wurde beim Erstkontakt ein Befragungstermin vereinbart. In Großteilen konnte das Interview bereits beim Erstkontakt durchgeführt werden.

5.5.2.2 Deskriptive Analyse

5.5.2.3 Früherkennungsuntersuchung

Hohe Akzeptanz bei den Eltern, aber keine 100-prozentige Zustimmung

87 % der befragten Eltern halten die Früherkennungsuntersuchung für sinnvoll, um die gesundheitliche Entwicklung ihres Kindes zu prüfen. 10 % stimmen einer solchen Aussage eher zu und gerade einmal 3 % der befragten Eltern sehen durch die U-Untersuchungen keine Sicherstellung der gesundheitlichen Entwicklung ihres Kindes.

In der Tendenz ist der Zustimmungsgrad bei der Gruppe der Erinnerterten etwas geringer, aber auch hier erfährt die Früherkennungsuntersuchung von 83 % eine starke Zustimmung (Nicht Erinnerterte: 90 %).

Die hohe Akzeptanz bei Eltern gegenüber den U-Untersuchungen zeigt sich auch darin, dass die wenigsten Sorgeberechtigten der Aussage zustimmen, dass Früherkennungsuntersuchungen nicht helfen, um Gesundheitsdefizite beim Kind aufzudecken (9,8 %).

Insgesamt wird die hohe Akzeptanz bei den Eltern deutlich, wenngleich keine 100-prozentige Zustimmung vorliegt. Eine kritische Haltung gegenüber dem Meldeverfahren führt nicht

zwangsläufig zu einer Nichtteilnahme, da Kritik auch von denjenigen geübt wird, die bisher nicht erinnert wurden.

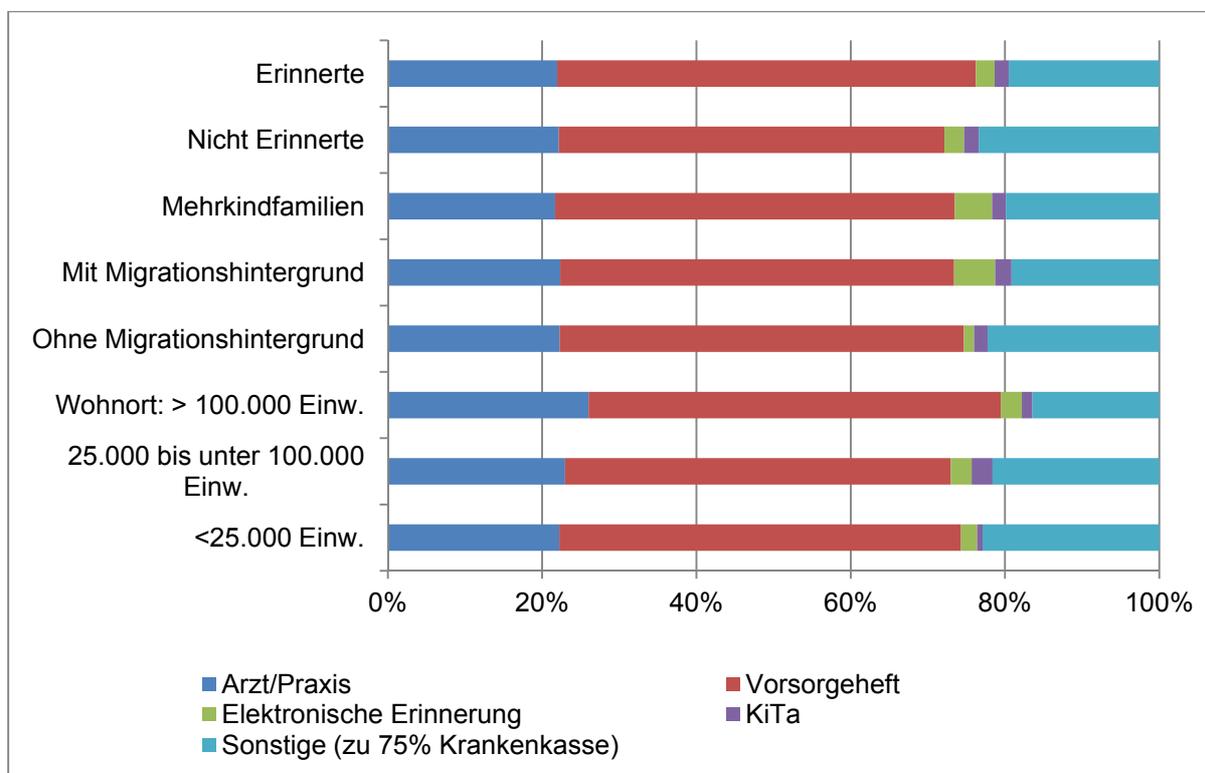
Teilnahme an U-Untersuchung von der Mehrheit gut zu organisieren – Vorsorgeheft als primäre Erinnerungsstütze

Was die Organisation im Vorfeld der Untersuchung angeht, so berichtet nur eine Minderheit von Problemen, die die Teilnahme an einer U-Untersuchung erschweren könnten.

Das Vorsorgeheft bildet die größte Erinnerungsstütze, wenn es um die nächste Früherkennungsuntersuchung geht. In 50 % aller Nennungen wurde auf das Vorsorgeheft verwiesen. Es folgen Erinnerungen über die Arztpraxis, wobei unklar ist, ob zusätzlich zur Setzung eines nächsten Untersuchungstermins nach Abschluss einer Früherkennungsuntersuchung ein aktives Erinnern durch die Praxis erfolgt. Die Krankenkasse wird am dritthäufigsten genannt. Die elektronische Erinnerung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung spielt keine besondere Rolle. Zwischen Familien, die eine Früherkennungsuntersuchung laut Meldesystem mindestens einmal nicht rechtzeitig durchgeführt haben (hier Erinnerte) und den nicht Erinnerten bestehen hierzu keine nennenswerten Unterschiede, ebenso sind Unterschiede nach Migrationshintergrund, Wohnortgröße und Kinderanzahl statistisch nicht signifikant (Abbildung 38).

Abbildung 38: Erinnerungsstütze für Früherkennungsuntersuchungen

Dargestellt: Angaben in %



Anmerkung: Mehrfachantworten wurden auf 100 % gesetzt, angegeben sind alle Antwortmöglichkeiten. Die Frage lautet: Woher wissen Sie, wann Ihr Kind zur nächsten Früherkennungsuntersuchung gehen sollte (Mehrfachantworten waren möglich).

Die Mehrheit fühlt sich gut über die medizinischen Untersuchungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung informiert

Die Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchung dürfte nicht zuletzt auch vom Wissen der Eltern abhängen, welche medizinischen Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung stattfinden. Die Auswertungen zeigen, dass sich 87 % der befragten Elternteile gut darüber informiert fühlt. Mit einem Anteil von über 91 % fühlen sich Eltern mit mehr als einem Kind besonders gut darüber informiert.

22 % der Sorgeberechtigten stimmen der Aussage zu (bzw. eher zu), dass es lange dauert, um einen Untersuchungstermin zu erhalten. Säumigkeit, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad des Wohngebiets, in dem die befragten Eltern leben, bringen keine signifikanten Unterschiede hervor. Auch für die Mehrheit der Familien, die mehr als ein Kind im Alter unter sechs Jahren haben, stellt die Terminfindung kein wesentliches Problem dar. Noch weniger als die Terminfindung wird ein langer Anfahrtsweg zum betreffenden Arzt moniert. Lediglich 7 % der Befragten nehmen ein solches Problem stärker wahr. Gerade einmal 3 % der Sorgeberechtigten stimmen der Aussage eher zu, dass der Anfahrtsweg bis zum Kinderarzt bzw. Allgemeinarzt, der die Früherkennungsuntersuchung durchführt, sehr weit ist.

Bezüglich der eigentlichen Durchführung der Früherkennungsuntersuchung stimmt etwas mehr als jeder Zehnte der Aussage zu, dass die Zeitdauer, die sie mit dem Kind beim Arzt für die Durchführung verbringen, lange ist. Mit einem Anteil von 18 % an kritischen Stimmen, nehmen die Nachzügler die Untersuchungsdauer insgesamt etwas stärker als Problem wahr. Erfahrungen mit langen Untersuchungszeiten könnten ein Grund sein, warum die Eltern eine weitere Untersuchung ausgelassen haben.

5.5.2.4 „Aktion Gesunde Kindheit“

5.5.2.4.1 Informiertheit

Geringe Kenntnis der Bezeichnung „Aktion Gesunde Kindheit“, aber die Mehrheit kennt die Einzelmaßnahmen der Aktion

Hinsichtlich des Kenntnisstandes der „Aktion Gesunde Kindheit“ zeigt sich ein überraschend großes Defizit: Gesunde Kindheit als Gesamtkonzept ist gerade einmal einem Viertel der Befragten bekannt. Auch diejenigen, die nicht pünktlich an der U-Untersuchung teilgenommen haben und dadurch vom LIGA.NRW an die Teilnahme erinnert wurden, kannten die „Aktion Gesunde Kindheit“ größtenteils nicht. Gar 87 % der Befragten verneinen die Aussage, dass sie schon einmal etwas von der „Aktion Gesunde Kindheit“ gehört hätten oder ihnen diese Aktion bekannt ist. In den Großstädten über 100.000 Einwohner kennen sogar 93 % der befragten Eltern das Konzept nicht.

Rund drei Viertel der befragten Elternteile wissen nicht, dass im Rahmen der Aktion an die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung erinnert wird. Auch diejenigen, die an die Früherkennungsuntersuchung erinnert wurden, bringen die schriftliche Erinnerung nicht mit der „Aktion Gesunde Kindheit“ in einen Zusammenhang.

Weitere im Rahmen des Verfahrens durchgeführte Maßnahmen sind der Mehrheit allerdings bekannt: So wissen drei Viertel der Befragten (74 %), dass das Jugendamt informiert wird, wenn das Kind auch nach Erinnerung durch die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit nicht an den U5- bis U9-Untersuchungen teilnimmt. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den nicht erinnerten und erinnerten Eltern. 62 % der nicht Erinnerten gegenüber 86 % der erinnerten Elternteile wissen, dass das Jugendamt eingeschaltet werden kann. Zwischen Eltern mit und ohne Migrationshintergrund gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

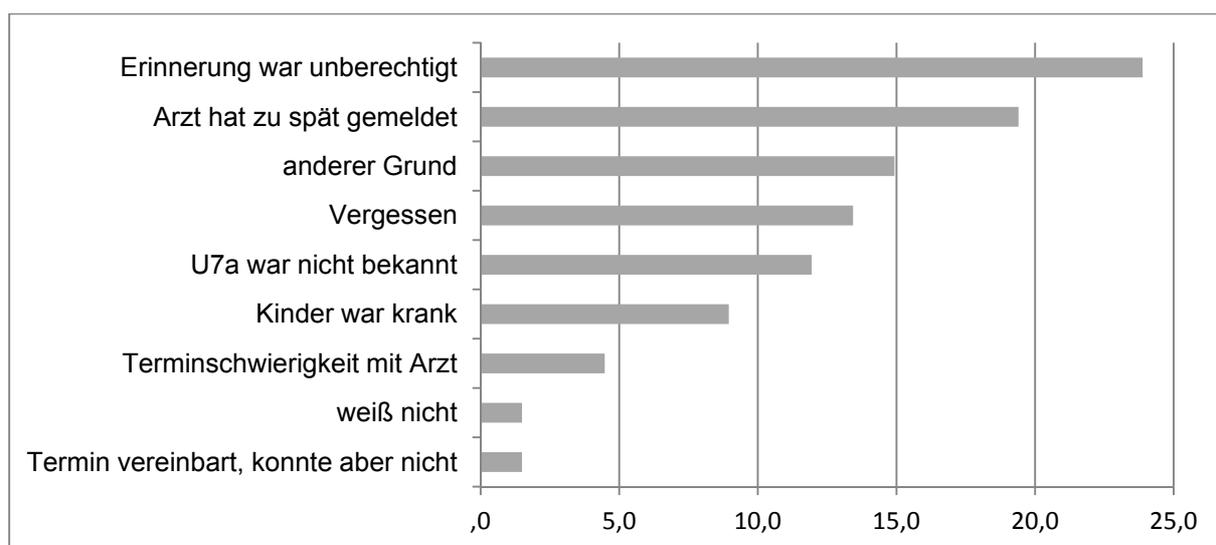
Erinnerung – zu späte Meldung der Ärzte die Hauptursache

Fragt man die erinnerten Elternteile nach dem Hauptgrund für die zu späte oder ausbleibende Früherkennungsuntersuchung, so wird der hohe Anteil an unberechtigten Erinnerungen und die geringe Bedeutung von Eigenverschulden deutlich.

24 % waren laut Auskunft der befragten (und erinnerten) Elternteile regulär zur Untersuchung gegangen und wurden dennoch erinnert, 19 % waren regulär zur Untersuchung gegangen, aber der Arzt hat die Untersuchung zu spät gemeldet (vgl. Abbildung 39). Aus den genannten anderen Gründen ragt die U7a-Untersuchung hervor, die den Erinnerten unbekannt war. Gerade einmal in 13 % aller Fälle war die Früherkennungsuntersuchung vergessen worden. Zwar ist die Zahl von 22 erinnerten Elternteilen mit Migrationshintergrund zu gering für aussagekräftige Einzelanalysen. Es fällt aber der überdurchschnittliche Anteil von 27 % auf (gegenüber 4 % der Elternteile ohne Migrationshintergrund), die die U7a-Untersuchung nicht kannten und deshalb nicht teilnahmen. Es besteht dringend Handlungsbedarf, Migrantenfamilien mit Kleinkindern, für die die U7a-Untersuchung ansteht, rechtzeitig und verstärkt über die bevorstehende Untersuchung zu informieren.

Abbildung 39: Gründe für eine zu späte oder ausbleibende Früherkennungsuntersuchung

Dargestellt: Angaben in %



Fallzahl: 67

Frage: Was war der Grund dafür, dass Sie zu spät oder überhaupt nicht mit dem Kind zur Früherkennung gegangen sind?

Erinnerungsschreiben: sachlich, fordernd und leicht verständlich

Das Erinnerungsschreiben durch die Zentrale Stelle wird von den Elternteilen sachlich (26 %), und in Abstrichen auch fordernd (20 %) erlebt. 24 % der Menschen mit und 23 % der Familien ohne Migrationshintergrund haben das Anschreiben zudem als leicht verständlich in Erinnerung.

5.5.2.4.2 Kontakt mit Mitarbeitern überwiegend positiv

Der direkte Kontakt zur Zentralen Stelle der Aktion scheint für die meisten Eltern die erhofften Klärungen und Informationen zu bringen. In der Elternbefragung wurden danach gefragt, ob die Eltern in Kontakt mit Mitarbeitern der „Aktion Gesunde Kindheit“ standen und wie sie den Kontakte bewerten. So sind die meisten der 22 Elternteile sehr zufrieden (18 %) oder zufrieden (41 %). Zwei Elternteile waren mit dem Kontakt eher unzufrieden.

5.5.2.4.3 Wahrnehmung der Wirksamkeit der „Aktion Gesunde Kindheit“

Mehrheit von der Teilnahmesteigerung durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ überzeugt, Großstädter sind kritischer eingestellt

Ein zentraler Indikator für die Akzeptanz des Meldeverfahrens ist der Nutzen, den die Eltern im Meldeverfahren sehen (Abbildung 40). In der quantitativen Befragung wurden die 203 befragten Eltern um eine allgemeine Beurteilung des Nutzens gebeten. Im Einklang mit dem relativ hohen Anteil an Personen (87 %) die die Aktion zunächst in ihrer Bezeichnung nicht kannten, enthalten sich 27 % der Befragten (n=55) einer Bewertung. Auffallend ist der mit 61 % überproportional hohe Anteil von Eltern mit Migrationshintergrund, die keine Angaben hierzu abgeben.

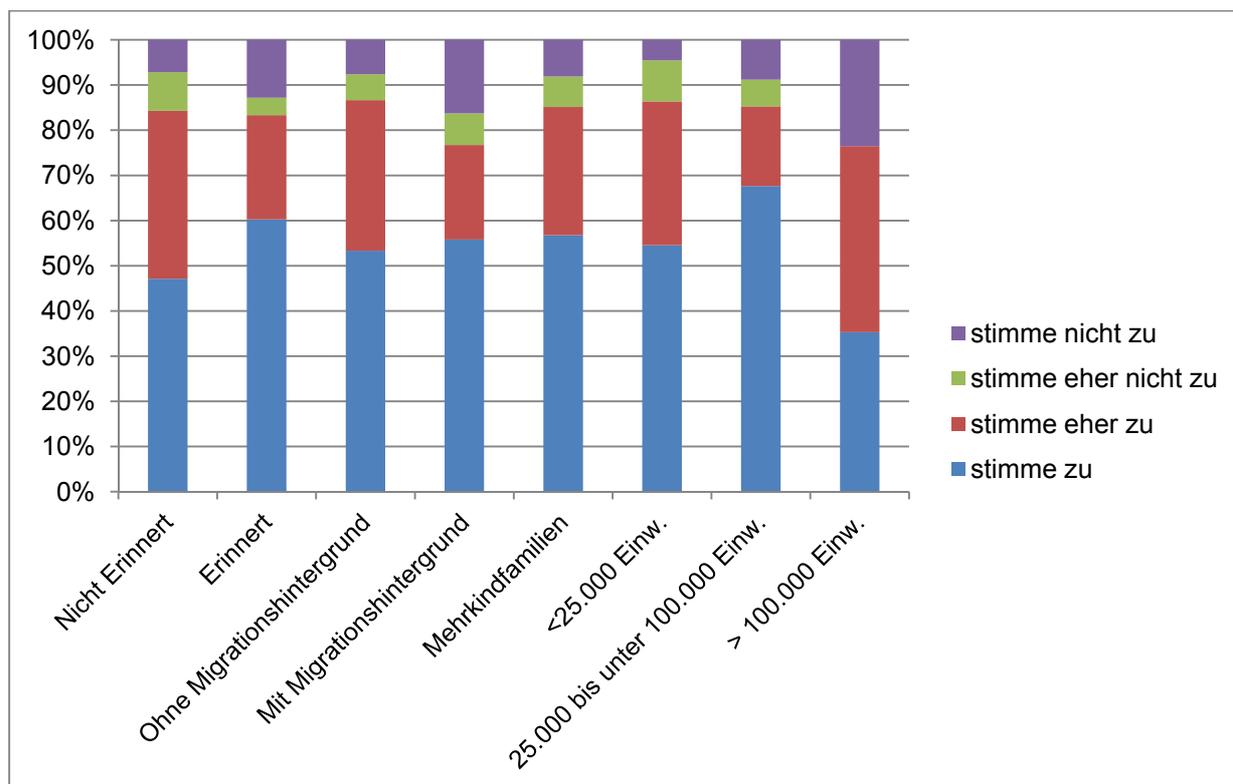
Ohne Berücksichtigung der Befragten ohne Angaben stimmen rund 54 % absolut und knapp 30 % der Eltern der Aussage eher zu, dass durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ mehr Eltern ihre Kinder zur U5- bis U9-Untersuchung schicken.

Die Erinnerung an die Früherkennungsuntersuchung scheint die Wirksamkeitserwartung deutlich zu erhöhen, denn mit einem Anteil von 60 % sind die Erinnernten von der Teilnahmesteigerung signifikant mehr davon (absolut) überzeugt als die nicht Erinnernten (47 %).

Eltern, die in Großstädten leben, nehmen die „Aktion Gesunde Kindheit“ etwas kritischer wahr. So glaubt knapp fast jeder Vierte (24 %) nicht daran, dass es durch die Aktion zu einer Teilnahmesteigerung kommt. Diejenigen Eltern mit Migrationshintergrund, die eine Bewertung der Aktion abgaben, waren mit einem Anteil von 23 % ebenfalls etwas weniger von der Wirksamkeit der Aktion überzeugt. Mit einer Fallzahl von 22 auswertbaren Fällen steht die kritischere Bewertung von Familien mit Migrationshintergrund aus statistischen Gesichtspunkten in diesem Fall allerdings unter Vorbehalten.

Abbildung 40: Zustimmung der Teilnahmesteigerung an Früherkennungsuntersuchungen durch die Aktion Gesunde Kindheit

Dargestellt: %angaben



Frage: Durch die Aktion Gesunde Kindheit schicken mehr Eltern ihre Kinder zur U5 bis U9-Untersuchung
 Gesamt N=148, Nicht berücksichtigt: weiß nicht (N=55)

Die Mehrheit der 203 befragten Eltern ist zudem davon überzeugt, dass es durch die Aktion seltener zu verspäteten Früherkennungsuntersuchungen kommt. 72 % stimmen der Aussage absolut oder eher zu, dass Eltern durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ frühzeitig darauf achten, dass ihr Kind an einer U5- bis U9-Untersuchung teilnimmt. Eltern, die im kleinstädtischen oder ländlichen Gebieten leben, sind diesbezüglich weniger von der Wirksamkeit des Verfahrens überzeugt. 24 % glauben nicht, dass die Aktion zu einer pünktlicheren Teilnahme führt.

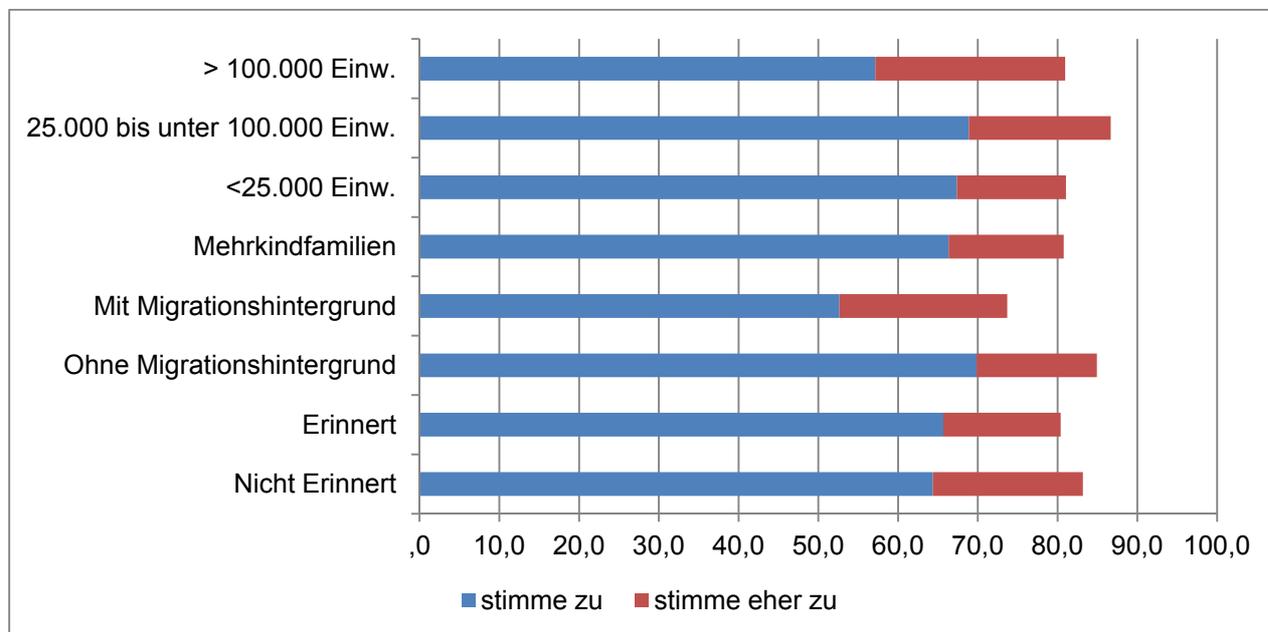
Mit Abstrichen wird das schriftliche Erinnerungsverfahren als gewinnbringende Maßnahme für die individuelle Gesundheitsfürsorge wahrgenommen. 37 % der Elternteile stimmen der Aussage absolut und 11 % eher zu, dass die schriftliche Erinnerung der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit sie in der Gesundheitsfürsorge unterstützt. Elternteile mit mindestens zwei Kindern sind mit einem Anteil von 43 % noch stärker von der schriftlichen Erinnerung absolut überzeugt.

Im Zusammenhang mit dem Nutzen wurden die Eltern danach gefragt, inwieweit Kinder aus sozial schwächeren Familien durch die Aktion besser medizinisch betreut werden können. Die Auswertungen zeigen, dass rund 82 % davon überzeugt sind. Während 85 % der Eltern ohne Migrationshintergrund der Aussage zustimmen, dass durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ die Kinder aus sozial schwächeren Familien besser medizinisch betreut werden, sind es

mit einem Anteil von 74 % etwas weniger Eltern mit Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 41).

Abbildung 41: Nutzen des Meldeverfahren – Bessere medizinische Betreuung von Sozialschwächeren

Dargestellt: Zustimmung in %



N=203; Nicht dargestellt: stimme eher nicht, stimme nicht zu, weiß nicht (ca. 10 %)

5.5.2.5 Jugendamt

Allgemein hohe Akzeptanz gegenüber den Interventionsmöglichkeiten durch das Jugendamt, Einschreiten wegen Nichtteilnahme wird von Säumigen und Migranten stärker kritisiert

Die Rolle des Jugendamtes im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“, wird von der großen Mehrheit der Eltern unterstützt. 84 % finden es prinzipiell absolut richtig und 11 % der Befragten finden es vom Grundsatz eher richtig, dass im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“ die Jugendämter zum Wohl des Kindes eingeschaltet werden können. Familien mit mindestens zwei Kindern sind vom Eingebundensein des Jugendamtes im Meldeverfahren signifikant mehr überzeugt als Familien mit einem Kind.

Zwar mit Abstrichen, aber doch von der Mehrheit wird das Ausbleiben einer Früherkennungsuntersuchung als Anlass des Einschreitens des Jugendamtes akzeptiert. 28 % der Elternteile fänden es übertrieben, wenn das Jugendamt sie wegen einer Nichtteilnahme aufsucht. Mit einem Anteil von 38 % wird der Anlass des Einschreitens durch das Jugendamt von den erinnerten Eltern signifikant häufiger kritisiert, auch unter den Vätern und Müttern mit Migrationshintergrund wird die Nichtteilnahme als Anlass für das Einschreiten von Jugendämtern überdurchschnittlich häufig (35 %) kritisiert.

5.5.2.6 Arzt-Patienten-Verhältnis

Geringe Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisse durch das Meldeverfahren, wenig Interesse an eigenverantwortlicher Meldung

Die von einem Fünftel der Ärzte befürchtete Belastung des Verhältnisses zum Patienten (siehe Ärztebefragung in dieser Studie) wird von den wenigsten Eltern geteilt. In der durchgeführten Ärztebefragung äußerten immerhin 20 % die Befürchtung, dass die Beziehung zum Patienten durch das Meldeverfahren eingeschränkt ist. In der vorliegenden Elternbefragung stimmten 93 % der Befragten jedoch nicht der Aussage zu, dass das Erinnerungsverfahren das eigene Verhältnis zum Arzt belastet. Erinnernte Sorgeberechtigte sind zwar auch mehrheitlich der Auffassung, dass das Verhältnis zum Arzt nicht belastet ist. Mit einem Anteil von 89 % sind jedoch signifikant weniger davon überzeugt, als nicht erinnerte Elternteile (96 %).

Ebenfalls die Eltern mit zwei und mehr Kindern sind mit einem Anteil von 96 % signifikant häufiger davon überzeugt, dass die Maßnahme keine besondere Belastung für das Verhältnis zum Arzt darstellt.

Da die Ärzte in der Regel die Meldung an die Zentrale Stelle vornehmen, ist ein Blick auf die Frage nach alternativen Meldewegen an dieser Stelle angebracht. Hier zeigt sich, dass nicht einmal jeder zehnte Sorgeberechtigte (9 %) selbst melden möchten, dass das Kind an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hat. Höher sind allerdings die Anteile an kritischen Stimmen bei den Eltern mit Migrationshintergrund (16 %).

5.5.2.7 Weiterführende Analysen

Bivariate Zusammenhangsanalysen bestätigen die meisten, der hier dargelegten deskriptiven Befunde: Deutlich wird, dass Familien, für die laut Meldesystem eine Früherkennungsuntersuchung im dafür vorgesehenen Zeitraum nicht dokumentiert wurde, keineswegs häufiger an der Früherkennungsuntersuchung zweifeln. Lediglich was die „Aktion Gesunde Kindheit“ und hier den Anlass des Einschreitens durch das Jugendamt und das Arzt-Patientenverhältnis angeht, sind die Stimmen bei den Erinnernten etwas kritischer. Allerdings kann dies sowohl als Ursache wie auch als Folge eines solchen Versäumnisses gewertet werden.

Die Ergebnisse von Zusammenhangsanalysen zum Einstellungsbarometer verdeutlichen: Wer den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen in der Regel hoch einschätzt,

- ist überzeugt davon, dass Früherkennungsuntersuchungen dem Kind helfen, um Gesundheitsdefizite aufzudecken,
- fühlt sich darüber hinaus gut über die medizinischen Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung informiert.

Wer Früherkennungsuntersuchungen für sinnvoll hält, ist signifikant häufiger von der „Aktion Gesunde Kindheit“ überzeugt, d.h.:

- Diese Eltern fühlen sich durch eine schriftliche Erinnerung der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit in der Gesundheitsfürsorge besser unterstützt.
- Sie sind zudem mit der prinzipiellen Intervention von Jugendämtern bei der Nichtteilnahme signifikant häufiger einverstanden.
- Sie sind zudem häufiger der Auffassung, dass durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ die Kinder aus sozial schwächeren Familien besser medizinisch betreut werden.
- Zudem gehen ihrer Auffassung nach durch das Meldeverfahren seltener Schwierigkeiten im Verhältnis zwischen Arzt und Patienten hervor.

5.5.3 Ergebnisse der qualitativen Elternbefragung

Zum Abschluss der standardisierten Befragung von Eltern wurde die Bereitschaft erfragt, an einem vertiefenden Gespräch teilzunehmen. Es konnten elf Sorgeberechtigte kontaktiert werden. Sieben der Familien stammen aus der Teilstichprobe der durch die Zentrale Stelle erinnerten Eltern, die übrigen sind zu den regulär Teilnehmenden zu zählen. Mit der vertiefenden Befragung wurden überwiegend Mütter, aber auch zwei Väter erreicht, die sich für die Gesundheitsvorsorge verantwortlich nannten. Etwa die Hälfte der kontaktierten Eltern hat zwei und mehr Kinder.

Wie in der quantitativen Erhebung wird die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen hoch bis sehr hoch angesiedelt. Begründet wird dies mit der Sicherheit, die sich die Eltern verschaffen können, dass die Entwicklung der Kinder gut verläuft und nichts versäumt wird, was dem Wohl des Kindes dienen kann. Geschätzt wird die Möglichkeit, unabhängig von einer Erkrankung mit dem Arzt über die Entwicklung des Kindes sprechen und Fragen stellen zu können. Doch wird diese Erwartung nach Aussage der Eltern nicht immer erfüllt. Der Nutzen, der einer Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung zugesprochen wird, ist oft verknüpft mit einem Eindruck von Ernsthaftigkeit, der die Durchführung der Untersuchung begleitet. Die Erfahrung, dass Untersuchungen sehr unterschiedlich durchgeführt werden, oder eine teilweise Delegation an medizinische Fachangestellte werden diesbezüglich als Irritationen angeführt. Ebenso stellen der Austausch mit anderen Eltern und die Haltung des persönlichen Umfeldes zu den U-Untersuchungen einen wichtigen Bezugspunkt dar.

Wissen über die Früherkennungsuntersuchungen wird in der Regel zunächst damit verbunden, dass man weiß, wann Untersuchungen anstehen, und auch um die Bedeutung für die gesundheitliche Entwicklung weiß. Das nehmen alle Eltern für sich in Anspruch. Als Ausnahme wird die U7a genannt, die vielen bislang unbekannt war. Über die Inhalte der Untersuchungen geben die meisten an nur grob informiert zu sein. Mehr Information wäre für Einzelne erwünscht, sie wird aber nicht als notwendig bezeichnet oder angemahnt. Detailliertes Wissen ist für den Stellenwert der Untersuchungen nicht entscheidend.

Aufmerksamkeit verdient der Aspekt, wie mit Auffälligkeiten bei einer Früherkennungsuntersuchung umgegangen wird. Immerhin in einem von elf Interviews wird dies zum Thema. Von Seiten der Eltern sind das Befürchtungen, geprüft zu werden und durchzufallen einerseits

und zum anderen der Stigmatisierung des Kindes beispielweise durch Eintragungen in das gelbe Untersuchungsheft oder auch das Fehlen von solchen.

Die Terminvereinbarung mit der Arztpraxis wird nicht generell problematisiert. Die Eltern haben sich meist auf den Usus der Praxis eingestellt. Es ist bekannt, ob es spezielle Untersuchungstage gibt oder beispielsweise nur vormittags die Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt werden und entsprechend fragt man frühzeitig Termine nach. Wenn es mehr als zwei Monate Vorlaufzeit bedarf, wird das jedoch eher als schwierig empfunden. Mit dem Umfang der Erwerbstätigkeit werden mehr Probleme erwartet. Als schwierig wird erfahren, wenn man den anstehenden Besuch vergessen hat und kurzfristig z.B. innerhalb drei Wochen einen Termin haben möchte. Vor diesem Hintergrund ist die Äußerung zu sehen, dass die Fristen bis zur Einschaltung des Jugendamtes zu kurz bemessen seien.

In der Bewertung des Erinnerungsverfahrens spielt das Umfeld eine tragende Rolle. Die eigene positive Haltung wird meist untermauert mit Erfahrungen, wie im Bekanntenkreis darüber geredet wird, als Rekurs auf eine geteilte positive oder zumindest nicht negative Grundhaltung.

Als positiver Nutzen des Meldewesens wird in erster Linie die individuelle Erinnerung benannt. Die meisten Eltern akzeptieren und unterstützen auch eine Kontrolle der Teilnahme zum Wohl der Kinder generell. Zu der Frage des richtigen Zeitpunktes zeigt sich bereits in der überschaubaren Gruppe der Befragten eine Auffächerung. Ein Teil, auch der bereits einmal angeschriebenen Eltern, befürwortet die aktuelle Praxis erst zu erinnern, wenn der Untersuchungszeitraum nicht genutzt wurde. Gegen eine frühere Erinnerung werden unterschiedliche Argumente angeführt. Den einen scheint der Nutzen für die eigene Planung eher zweifelhaft, vor allem wenn „zu früh“ erinnert wird. Daneben wird der bürokratische Aufwand ins Spiel gebracht. Eine zweite Argumentationslinie würde in einer frühen Erinnerung ein falsches Signal für die Verantwortung der Eltern „als Eltern“ sehen. Zum Beispiel wurde ein Vater mit Migrationshintergrund befragt, der die Eigenverantwortung der Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder besonders betonte. Generell stand dieser den Früherkennungsuntersuchungen eher skeptisch gegenüber, da ihm diese weniger geläufig bzw. stärker fremd waren als den deutschen Befragten. Durch längere Aufenthalte im Heimatland seien diese auch schwierig immer pünktlich wahrzunehmen.

Eltern, die Probleme mit der Terminvereinbarung nennen, halten eine Erinnerung vor Ablauf der Untersuchungszeit für wünschenswert. Auch unter jenen, die bisher keine Probleme mit der Kinderarztpraxis hatten, wünschen sich einige ein Schreiben vorab: das wird speziell für die späteren U-Untersuchungen, die weiter auseinander liegen genannt. Als Alternative wäre ein Erinnerungsdienst aller Krankenkassen gewünscht. Wie in der quantitativen Befragung war den kontaktierten Eltern der Erinnerungsdienst der BZgA nicht bekannt.

Selbst eine Erinnerung durch die Zentrale Stelle zu bekommen, wird durchaus im Elternkreis oder unter Bekannten angesprochen. Die Mütter und Väter, die bereits einmal erinnert worden waren, gaben meist als Grund eine Versäumnis des Arztes an. Darüber hinaus wird nicht ein singulärer Grund angeführt. Verschiedene Umstände führten meist zusammen zu dem Ergebnis, dass man ein Schreiben erhielt.

Der Inhalt des Erinnerungsschreibens wurde bei sieben Betroffenen in einem Fall negativ erlebt. Die anderen erinnern sich an das Schreiben als freundlich. Der Aufforderungscharakter der Erinnerung wird durchaus vermittelt. Die Eltern erwarten bei Betroffenen eine schnelle Reaktion, und jene, die noch nicht bei einer Untersuchung gewesen waren, schildern, selbst schnell reagiert zu haben. Auch der Verweis auf das Jugendamt wird so bewertet, dass Betroffene eher bereit sind werden, die Untersuchung nachzuholen. Für beides, die Einladung zur Untersuchung und der Kontakt durch das Jugendamt spielt die Umsetzung eine entscheidende Rolle. Wenn falsche Tatbestände oder ein Überschneiden unkompliziert geklärt werden können, ist die Erfahrung auch nicht negativ. Die meisten, auch bereits durch die Erinnerung in das Verfahren gelangten Eltern, sehen eine Berechtigung, dass das Jugendamt eingeschaltet wird. Die Frist, bis dieses tätig wird und in welcher Form der Kontakt erfolgt, spielt eine bedeutende Rolle, ob das Einschalten des Jugendamtes als unverhältnismäßig erlebt wird oder eher akzeptiert wird. Die schnelle Ankündigung eines Hausbesuchs wird als übertrieben bis unverschämt wahrgenommen. Je weniger bürokratisch die Angelegenheit zu regeln ist, desto eher findet das Verfahren nach Aussage der Eltern Akzeptanz. Unter den Befragten war allerdings kein Elternteil, das selbst einen Kontakt mit dem Jugendamt hatte, sie kannten das Vorgehen nur vom „Hörensagen“.

In Bezug auf den Datenschutz werden keine großen Bedenken geäußert. Einige Kriterien, die dabei eine Rolle spielen, werden angeführt: Es sind nicht viele Angaben, die benötigt werden, es sind keine persönlichen Daten und es werden keine Ergebnisse weitergegeben. Allerdings trifft man selten auf vertieftes Wissen, häufiger war die Nachfrage, welche Daten denn gesammelt würden. Oder Eltern vergewisserten sich, dass keine Untersuchungsergebnisse weitergegeben werden. Eine Sammlung der Daten, dass man weiß „wer anzusprechen ist“ wird in Kauf genommen unter der Prämisse, dass die Überprüfung dem Wohl der Kinder dient. Die breite Akzeptanz ist verknüpft mit einer hohen Erwartungshaltung gegenüber dem Nutzen des Meldeverfahrens.

6 Empfehlungen

Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse sind im Folgenden Entscheidungshilfen und Vorschläge zur weiteren Durchführung der Aktion aufgeführt, die getrennt die Steigerung der Teilnahme an den U5- bis U9-Früherkennungsuntersuchungen und die Verbesserung des Kinderschutzes betrachten und sich dabei sowohl auf die Verbesserung der Ergebnis- als auch auf die Umsetzungsqualität beziehen.

6.1 Steigerung der Teilnahmequoten

Problemidentifikation

In Bezug auf das Ziel der *Steigerung der Teilnahmequote* bestehen gegenwärtig folgende Problembereiche: Die Daten, die einem solchen Verfahren zu Grunde liegen, sind von großer Komplexität gekennzeichnet. Durch Korrekturen und sich ständig verändernde Grundgesamtheiten, z.B. durch Weg- und Zuzüge, verändern sich die Datensätze permanent. Die Teilnahmequote hängt von der Festlegung der Grundgesamtheit und der Art der Bereinigung der Datensätze ab. Die berechneten Teilnahmequoten sind aus diesen Gründen mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Fehlerquote in dem Verfahren zwar reduziert werden konnte. Es besteht jedoch noch immer eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Fehlmeldungen: So werden sowohl noch eine Reihe unberechtigter Erinnerungsschreiben versandt als auch eine hohe Zahl an Fehlmeldungen an die Jugendämter getätigt.

Maßgeblich für die Zuverlässigkeit der Teilnahmequoten ist die Datenqualität. Diese ist einerseits abhängig von der Datenqualität der Meldeämter sowie der Übermittlungsfrequenz dieser Daten. Andererseits von der Qualität der gemeldeten Daten durch die Ärzte und deren Übermittlungsfrequenz.

Zwar wurde die Meldefrequenz und -qualität der zuständigen Meldeämter im Laufe des Verfahrens erhöht. Es gibt jedoch trotz der Novelle der Verordnung vom 13. Juli 2010 noch immer Kommunen, die erst in großen Zeitabständen Daten zur Verfügung stellen als andere. Die Qualität, die auch von dem Meldeverhalten der Bevölkerung abhängt, ist weiterhin eingeschränkt. Die Heterogenität der Softwaresysteme der Kommunen verkompliziert dabei den Datenfluss der Meldedaten.

Zusätzlich besteht auch eine Fehlerquelle durch die Schnittstellen zwischen LIGA.NRW sowie den Meldeämtern und Ärzten, wodurch sowohl zeitliche Verzögerungen als auch Übertragungsfehler passieren.

Die Zielgruppe der Eltern ist nach den durchgeführten Befragungen noch nicht ausreichend über das Gesamtverfahren informiert, sondern nur über Teile des Verfahrens (z.B. über die mögliche Weitermeldung an die Jugendämter). Dadurch werden die übergeordneten Ziele der „Aktion Gesunde Kindheit“ für die Zielgruppe nicht deutlich, was zu einer geringeren Akzeptanz der Intervention selbst führen kann.

Empfehlungen

Aufgrund von Fehlern bei der Ummeldung in der Bevölkerung und bei der Datenweitergabe durch die Meldeämter wird eine gewisse Fehlerquote erhalten bleiben. Dennoch ist es empfehlenswert die Bevölkerung zu sensibilisieren, dass bei einem Umzug eine sofortige Ummeldung erfolgen und die Krankenkasse ebenfalls unverzüglich über die Änderung informiert werden sollte, damit auch die Bescheinigung durch die Ärzte zuordenbar ist. Eine Verbesserung der Meldedaten wäre nicht nur für die „Aktion Gesunde Kindheit“ ein wichtiger Schritt, sondern kann einen positiven Effekt für das Gesamtsystem bewirken (z.B. für die Bildungs- und Sozialberichterstattung würden zuverlässigere Daten zur Verfügung stehen, entsprechende Bedarfslagen wären besser bestimmbar).

Zur zuverlässigeren und schnelleren Übermittlung der Ärztemeldungen wurden die Voraussetzungen für ein elektronisches Meldesystem geschaffen. Es ist zentral hier eine intensive Öffentlichkeitsarbeit zu initiieren, um die Ärzte auf die Vorteile der elektronischen Meldungen aufmerksam zu machen. Eventuell wäre eine finanzielle Unterstützung bzw. Übernahme der Kosten, der durch den Einsatz neuer Software entsteht, sinnvoll.

Empfehlenswert ist auch die Änderung des Zeitpunktes der Datenweitergabe an die Jugendämter auf einen späteren Zeitpunkt, um Überschneidungen zu vermeiden. Die Terminierung einer Untersuchung innerhalb von drei Wochen kann in bestimmten Kommunen problematisch sein. Dies wurde anhand der qualitativen Interviews deutlich.

Ein Good-Practice-Beispiel bezüglich dem Ärztemeldesystem ist das Meldeverfahren in Berlin: Hier wird für die Vorsorgehefte (bei Geburt) eine anonymisierte Screening-ID vergeben. Ärzte können die Etikette aus dem Untersuchungsheft ablösen und an die Zentrale Stelle schicken. Dadurch würden Fehler bei Datenabgleichen minimiert. Diese Maßnahme wäre zumindest langfristig gesehen sinnvoll, da die Kinder erst nach und nach mit Untersuchungsheften ausgestattet werden können.

Da in Nordrhein-Westfalen keine Einladungen vor dem Untersuchungszeitraum versandt werden, sind weitere Maßnahmen der Motivation zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen sinnvoll, wie z.B. die stärkere Einbindung von Hebammen.

Die Steigerung der Teilnahmequote könnte auch durch ein „Belohnungssystem“ für die gesetzlichen Vertreter erreicht werden. Zum Beispiel werden in der Stadt Monheim am Rhein im Rahmen eines „Begrüßungsordners“ für Neugeborene, Gutscheine für ein kleines Geschenk ausgegeben, die bei Vorlage des Untersuchungsheftes nach den erfolgten Untersuchungen abgeholt werden können. Im Gegensatz zu einem System, das vor allem auf der Kontrolle der Eltern beruht, könnten von einem Anreizsystem besonders benachteiligte Familien profitieren und die Untersuchungen entsprechend nutzen. Es gilt ein abgestimmtes Auflegen von Anreiz-Systemen zu entwickeln, damit es zu keiner Informationsüberflutung der Eltern kommt. Zum Beispiel setzen einige Krankenkassen ebenfalls die Maßnahme der Einladungsschreiben ein oder haben ein Bonussystem entwickelt, in dessen Rahmen für die Teilnahme an den Untersuchungen Punkte vergeben werden. Eine stärkere Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren wäre hier sinnvoll.

Dadurch könnten sowohl Kosten durch mehrfach versandte Informationsmaterialien gespart und einer Verwirrung der Bürger entgegengewirkt werden.

Im Rahmen einer besseren Kommunikation des Verfahrens sollte die Einbindung und Stärkung der lokalen Netzwerke in Betracht gezogen werden. Ebenfalls könnten im Rahmen von Quartiersmanagement (Stadtteilprojekten) Angebote zu den Früherkennungsuntersuchungen (wie z.B. ein mobiler Dienst) genutzt werden, um benachteiligte Familien zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu motivieren.

Wie an anderer Stelle bereits erwähnt wurde, kann die Öffentlichkeitsarbeit der Zentralen Stelle des LIGA.NRW verbessert werden mit Blick auf

- einen einheitlichen Absender in den Produkten zur „Aktion Gesunde Kindheit“, um mehr Transparenz zu schaffen,
- eine Pressearbeit, die aktiv an die Endzielgruppe herantritt,
- eine kontinuierliche Weiterführung der Öffentlichkeitsarbeit und eine Ausweitung bis hinunter auf die kommunale Ebene, gerade weil sich die Zielgruppe stetig erneuert,
- eine Erschließung anderer Bereiche der Verbreitung (z.B. im Bereich von Stadtteilarbeit) und weiterer Multiplikatoren (Quartiersmanagern),
- eine Weiterentwicklung der Streumедien mithilfe der Multiplikatoren.

Grundsätzlich ist die Einführung einer verpflichtenden Teilnahme zur Früherkennungsuntersuchung überlegenswert. Da die Teilnahme an den Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen auf Freiwilligkeit beruht, können die gleichzeitige Kontrolle und der mögliche Besuch des Jugendamtes leicht auf Unverständnis stoßen. Eine Verpflichtung zur Teilnahme könnte dem entgegenwirken und der Zentralen Stelle zudem einen eindeutigeren Arbeitsauftrag vermitteln. Allerdings bestehen aber auch Gegenargumente für den verpflichtenden Charakter dieser Maßnahme aufgrund der damit einhergehenden Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Eltern und einer möglichen Stigmatisierung von Eltern, die auch das Vertrauensverhältnis z.B. zu Ärzten oder zu Akteuren der Jugendhilfe belasten könnten.

6.2 Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung

Problemidentifikation

In Bezug auf die Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ stellen sich folgende Probleme:

Zwar gibt es das Instrument der Arbeitshilfen des LWL für die Jugendämter, die von den Fachkräften als sehr hilfreich angesehen werden und eine deutliche Verbesserung der Abläufe gewährleisten. Es gibt jedoch noch keinen flächendeckenden und einheitlichen Einsatz. Zudem gibt es kein einheitliches Dokumentationssystem in den Jugendämtern in Nordrhein-Westfalen, in dem genau aufgeführt ist, wann und von wem die Meldung eingeht, welche Maßnahmen initiiert wurden und was aus der Meldung geworden ist. Dadurch ist die Frage, inwieweit aufgedeckte Fälle von Kindeswohlgefährdung auf die Intervention zurückzuführen

sind, für Nordrhein-Westfalen derzeit nicht genau zu beantworten. Ferner ist es nicht möglich zusätzliche Fälle zu identifizieren, die im Rahmen der Untersuchungen bei den Ärzten aufgedeckt wurden.

Trotz des von der Zentralen Stelle zur Verfügung gestellten Tools, das den Jugendämtern einen fallbezogenen Überblick ermöglicht, für welche Kinder bereits eine Untersuchung stattfand, besteht noch immer eine hohe Anzahl an Fehlmeldungen an die Jugendämter. In der Konsequenz werden Jugendämter tätig, obwohl die betreffenden Familien die Untersuchung bereits in Anspruch genommen haben. Sowohl auf Seiten der Jugendämter, als auch auf Seiten der Eltern sinkt dadurch die Akzeptanz gegenüber der Intervention.

Eine geringe Akzeptanz der Jugendämter gegenüber dem Meldeverfahren kann dazu führen, dass diese die Meldungen weniger ernst nehmen und den im Rahmen des Verfahrens gemeldeten Fällen (auch aus zeitlichen Gründen) weniger nachgehen.

Eine implizite Vorabverdächtigung, das eigene Kind zu vernachlässigen oder zu missbrauchen, kann das Vertrauen der Eltern gegenüber den Jugendämtern massiv stören. Das Dienstleistungsverhältnis der Jugendämter wird möglicherweise in Frage gestellt und aus eigener Initiative fragen Eltern in der Folge weniger nach.

Insgesamt wird die Geeignetheit eines solchen Verfahrens zur Entdeckung von Kindeswohlgefährdung angezweifelt. So zeigen auch Ergebnisse aus anderen Bundesländern, dass eine Kontrolle des Teilnahmeverhaltens an den Früherkennungsuntersuchungen nur bedingt geeignet sind, um gravierende Fälle von Kindeswohlgefährdung zu identifizieren (vgl. Thaiss et al. 2010).

Zusätzlich ist bekannt, dass die Nichtteilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht zwangsläufig ein Indiz für Kindeswohlgefährdung darstellt (vgl. Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag 2010).

Die Art und der Umfang, in denen die Untersuchungen durch die Ärzte durchgeführt werden, unterliegen keiner systematischen Kontrolle. Zudem sind die möglichen Untersuchungszeiträume recht groß, so dass durch die gesetzlichen Vertreter gesteuert werden kann, wann sie die Kinder einem Arzt vorführen. Häufigere Wechsel der Ärzte machen es für diese auch schwer, Verhaltensauffälligkeiten eindeutig zu erkennen, da die Entwicklung des Kindes dann nicht beobachtet werden kann.

Empfehlungen

Zentral zur Beurteilung der Ergebnisqualität im Hinblick auf die Entdeckung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung ist ein einheitliches und eindeutiges Dokumentationssystem bei den Jugendämtern.

Eine funktionierende Kommunikation zwischen Systemen, z.B. zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfesystem, und innerhalb von Systemen, wie es durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (BMFSFJ 2009) gefordert wird, ist eine zentrale Voraussetzung, auch um die Ergebnisse und Befunde der Aktion besser zu verwerten. Mehr jedoch als für die Aufde-

ckung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung, kann die Aktion „Gesunde Kindheit“ auf der Ebene der Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag leisten.

Zur Identifikation und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung ist und bleiben die Einrichtungen, die im Rahmen ihrer Aufgaben die Risiken für das Kindeswohl feststellen und zu wirksamer Hilfe beitragen sowie die lokalen Netzwerksysteme „Frühe Hilfen“ die zentralen Anlaufstationen. Die Qualitätssicherung – mit Blick auf die Zusammensetzung von qualifiziertem Personal sowie die Mitwirkung und die Gestaltung dieser Netzwerke – ist eine zentrale Voraussetzung, um Kindeswohlgefährdung präventiv zu begegnen.

Schwerpunktsetzung: Gesundheitsförderung

Insgesamt wird empfohlen den Fokus der Aktion „Gesunde Kindheit“ auf das Ziel der Kindergesundheitsförderung zu legen, da die Früherkennungsuntersuchungen als solche auch darauf ausgerichtet sind.

Für die Schwerpunktsetzung der Aktion auf Gesundheitsförderung sprechen aktuelle Ergebnisse anderer Bundesländer (z.B. von Rheinland-Pfalz und Hessen)¹⁰¹. So ist auch für Nordrhein-Westfalen davon auszugehen, dass die Intervention andere gesundheitsrelevante Aspekte, wie z.B. die Impfquoten, positiv beeinflussen.

Ferner wurden auch durch die Kostenübernahme von Untersuchungen für nicht Versicherte, diese identifiziert und konnten in der Folge zum Teil in das gesetzliche Versicherungssystem integriert werden.

Die stärkere Einbindung des Gesundheitswesens (z.B. des Gesundheitsamtes) als beratende Instanz im Rahmen der Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen wäre sinnvoll. Niedrigschwellige Beratungsangebote könnten zu einer größeren Vertrauensbasis bei den Eltern führen, deren Gesundheitsbewusstsein erhöhen und in der Folge die Risiken von Kindesvernachlässigung verringern.

Eine abschließende allgemeine Empfehlung, nicht nur in Bezug auf die „Aktion Gesunde Kindheit“ ist, dass die Bundesländer in Bezug auf die verschiedenen Verfahren zur Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen noch stärker zusammenarbeiten. Durch einen stetigen Austausch der Erfahrungswerte, könnten diese gegenseitig voneinander profitieren (durch Best-Practice), miteinander kooperieren und die Programme gemeinsam evaluieren. Dies gilt gerade auch im Hinblick auf Grenzproblematiken bei den Ärztemeldungen.

Ein Austausch der verschiedenen Befunde, die sich aus Evaluationsstudien wie die vorliegende Studie zum Meldewesen in Nordrhein-Westfalen ergeben, könnte zu einer Verbesserung der Meldesysteme insgesamt führen.

101 Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2010b); Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag (2010).

Grundsätzlich ist es empfehlenswert zu einem späteren Zeitpunkt eine weitere externe Evaluation der „Aktion Gesunde Kindheit“ durchzuführen. Die Ergebnisqualität kann dann durch ein größeres Beobachtungsfenster und eine im Prozess verbesserte Datenlage zuverlässiger bestimmt werden. Zusätzlich wird ein kontinuierliches Selbstmonitoring empfohlen. Nicht nur die Entwicklung der Teilnahmequoten sollte stetig beobachtet werden, sondern auch in Bezug auf die Jugendämter stellt ein stetiges und standardisiertes Monitoring eine zentrale Maßnahme dar.

7 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Aktiver Kinderschutz – Entwicklung und Perspektiven. Berlin.
- Collatz, J., Malzahn, P. und Schmidt, E. (1979): Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppen? In: Das Öffentliche Gesundheitswesen 41: 173–190.
- Die Zeit (2011): Nutzlose Rasterfahndung. <http://www.zeit.de/2011/24/Familie-Kindervorsorgeuntersuchungen>. Ausgabedatum: 09.06.2011
- Felitti, Vincent J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. In: American Journal of Preventive Medicine 14 (4): 245–258.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013 in Kraft getreten am 12. März 2011 (http://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf).
- Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag (2010): Hessisches Kindergesundheitsschutzgesetz: Evaluation durch die Jugendämter. In: JAmt 03: 115-117.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. und Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zentrale Stelle Gesunde Kindheit, Vorabauswertung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen, Düsseldorf 13.09.2011.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe – Landesjugendamt Westfalen (Hrsg.) (2009): Arbeitshilfe zur kommunalen Umsetzung der UTeilnahmeDatVO. Münster.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2010a): Bericht der Landesregierung über die Umsetzung, die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz (LKindSchuG) festgelegten Maßnahmen. Mainz.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2010b): Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG). Mainz.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2009): Sozialberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Prekäre Lebenslage von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2009.
- Ministerpräsidentenkonferenz (2007): Vorläufiges Ergebnisprotokoll der Ministerpräsidentenkonferenz vom 19.12.07 in Berlin. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/ergebnisprotokoll-mpk.pdf – Stand: 21.09.2011.
- Müller, Heinz; Andrea Michel-Schilling; Jennifer Lamberty, unter Mitarbeit von Stephan Baas (2010): Kinderschutz und Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit für das Berichtsjahr 2009 (ism-Monitoringbericht). Mainz.

- Moisl, Dominique (2011): Die Handlungsrelevanzmatrix als methodischer Baustein für die steuerungs- und entwicklungsorientierte Evaluation sozialer Dienstleistungen. In: Zeitschrift für Evaluation 1: 69-97.
- Nothhafft, Susanne (2008): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. München.
- Thaiss, H; Klein R. Schumann, E.C; Ellsäßer, G; Breitkopf, H.; Reinecke, H; Zimmermann; E. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Bundesgesundheitsblatt 53: 1029-1047.
- Wabnitz, Reinhard J. (2010): Landeskinderschutzgesetze. Ein Überblick. In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2: 49-52.

8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Untersuchungszeiträume nach den GBA-Richtlinien	28
Tabelle 2:	Rückrechnung auf die beobachteten Geburtskohorten	29
Tabelle 3:	Fallzahlen in den Abgleich einbezogener Kinder bis März 2011	29
Tabelle 4:	Vergleich einer Monatsquote zu Beginn des Verfahrens und 1 Jahr später	37
Tabelle 5:	Anteil der erinnerten Kinder an allen Teilnahmeberechtigten im Verlauf (%)	37
Tabelle 6:	Anteil der erinnerten Kinder, die an das Jugendamt gemeldet wurden, im Verlauf (%)	38
Tabelle 7:	Bestimmung der Effektivitäts- und Kostenparameter	52
Tabelle 8:	Wiederholte Nichtzuordnung in den Schuleingangsuntersuchungen 2008	56
Tabelle 9:	Wiederholte Nichtzuordnung zwischen April 2010 und März 2011 nach Daten des LIGA.NRW	57
Tabelle 10:	Rückmeldungen der Jugendämter zum Verlauf der Fälle mit Übergang in §8a SGB VIII aufgrund fehlender Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung	60
Tabelle 11:	Beschreibung der Jugendamtstypen	61
Tabelle 12:	Anteil nach Jugendamtstypen über alle Jugendämter und über den an der Evaluation der UTeilnahmeDatVO beteiligten Jugendämter	61
Tabelle 13:	Laufende Kosten ohne Ärzte und Jugendämter	68
Tabelle 14:	Einführungskosten	69
Tabelle 15:	Zeitliche Belastung und Gesamtkosten: Nichtärztliches Personal	71
Tabelle 16:	Berechnung der Kosten Jugendamt	73
Tabelle 17:	Laufende Kosten gesamt	73
Tabelle 18:	Aufwandsentschädigung pro Meldung	76
Tabelle 19:	Durchschnittliche geforderte Vergütung in Euro	76
Tabelle 20:	Bearbeitete Fälle im Jahreszeitraum April 2010 bis März 2011	142
Tabelle 21:	Entwicklung in den Mahnläufen, absolut (%)	143
Tabelle 22:	Entwicklung des Anteils der Weiterleitungen an die Jugendämter an der Gesamtpopulation (%)	143
Tabelle 23:	Weiterleitung an das zuständige Jugendamt bei durchgeführter Untersuchung zwischen Januar und März 2011	156

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Errechnete Teilnahmequote je Untersuchungsstufe im Jahreszeitraum (bis Ende März 2011)	32
Abbildung 2:	Entwicklung der Teilnahmequoten innerhalb eines Jahreszeitraumes	33
Abbildung 3:	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen	34
Abbildung 4:	Differenzierung der Teilnahmequote nach fristgerechten und nachgeholten Teilnahmen pro Untersuchungsstufe	36
Abbildung 5:	Erfolgsquote berechtigter Erinnerung pro Untersuchungsstufe	39
Abbildung 6:	Teilnahme an der U6- Untersuchung differenziert nach Vorgeschichte der U5	40
Abbildung 7:	Teilnahmequoten pro Untersuchungsstufe nach Gebietstyp	41
Abbildung 8:	Weitermeldungen an die Jugendämter pro Untersuchungsstufe nach Gebietstyp	42
Abbildung 9:	Teilnahme in Kreisen und kreisfreien Städten im Vergleich zum Durchschnitt (Abweichung in %punkten)	44
Abbildung 10:	Erinnerungsschreiben im Vergleich zum Durchschnitt (Abweichung in Prozentpunkten)	45
Abbildung 11:	Weiterleitungen an das zuständige Jugendamt in % der potentiellen Untersuchungen	45
Abbildung 12:	Teilnahmequoten je Untersuchungsstufe der im Vergleich zum Landesdurchschnitt am besten abschneidenden Kreise	46
Abbildung 13:	Teilnahmequoten je Untersuchungsstufe der im Vergleich zum Landesdurchschnitt am schlechtesten abschneidenden Kreise	47
Abbildung 14:	Zusammenhang der Arbeitslosenquoten (nach SGB II) nach Kreisen 2010 und Weiterleitungen an die zuständigen Jugendämter	49
Abbildung 15:	Zusammenhang des Ausländeranteils nach Kreisen 2010 und Weiterleitungen an die zuständigen Jugendämter	50
Abbildung 16:	Teilnehmerquoten U5 bis U9 2008 (Daten aus Schuleingangsuntersuchungen) und 2010 (Daten des LIGA.NRW)	54
Abbildung 17:	Entwicklung der WNZ zu U5 und U6 aus den Daten des LIGA.NRW zwischen 1. April 2010 und dem 31. März 2011	58
Abbildung 18:	Gesonderte Fragen zur Präzisierung der Einordnung in einen „§ 8a Fall“ aufgrund mangelnder Mitwirkung der Eltern bei der Risikoeinschätzung	62
Abbildung 19:	Teilnahmesteigerung in der ärztlichen Praxis	63
Abbildung 20:	Einschätzung der Teilnahmesteigerung allgemein	64
Abbildung 21:	Praxiswechsel	65
Abbildung 22:	Kostenanalyse	66
Abbildung 23:	Nutzen Ärzte (Patientenbindung): Belastung des Verhältnisses zwischen Arzt und Eltern	74
Abbildung 24:	Notwendigkeit einer zusätzlichen Vergütung	75
Abbildung 25:	Komponenten eines Kommunikationskonzeptes	126
Abbildung 26:	Zeitschema zur Implementierung der „Aktion Gesunde Kindheit“	136

Abbildung 27:	Akteure im Gesamtverfahren	138
Abbildung 28:	Unberechtigte Erinnerungsschreiben im Verlauf (%)	152
Abbildung 29:	Anteil eines Zeitraum zwischen Untersuchungsdatum und Bestätigungsdatum von mehr als 10 Tagen an allen bestätigten Belegen	153
Abbildung 30:	Entwicklung unberechtigter Weiterleitungen an das zuständige Jugendamt je U-Untersuchung (%)	155
Abbildung 31:	Organisation des Meldeverfahrens und deren Integrierbarkeit in den Praxisalltag aus Sicht der Ärzteschaft	162
Abbildung 32:	Zustimmung in der Ärzteschaft zu verschiedenen Aspekten des Informationsflusses und der Informationsqualität	163
Abbildung 33:	Bewertung des Informationsflusses und der Informationsqualität und der Informiertheit der Eltern durch die Ärzteschaft	165
Abbildung 34:	Folgen des Meldeverfahrens für das Verhältnis zwischen Arzt und Eltern	167
Abbildung 35:	Handlungsrelevanzmatrix zur Gesamtzufriedenheit der Ärzte mit dem Meldeverfahren	172
Abbildung 36:	Das Bearbeitungsverfahren – konsensuales Ergebnis der ad-hoc-Arbeitsgruppe des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe	184
Abbildung 37:	Erklärung der verwendeten Symbole	185
Abbildung 38:	Erinnerungstütze für Früherkennungsuntersuchungen	191
Abbildung 39:	Gründe für eine zu späte oder ausbleibende Früherkennungsuntersuchung	193
Abbildung 40:	Zustimmung der Teilnahmesteigerung an Früherkennungsuntersuchungen durch die „Aktion Gesunde Kindheit“	195
Abbildung 41:	Nutzen des Meldeverfahren – Bessere medizinische Betreuung von Sozialschwächeren	196

9 Anhang

9.1 Tabellenanhang

9.1.1 Auswertungstabellen zur Ärztebefragung

Tabelle: Zufriedenheit mit dem Meldeverfahren U5-U9

Frage 3: Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit dem gesamten Meldeverfahren U5-U9?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
sehr zufrieden	3,0	2,0	3,5	2,1	3,9	2,4	3,0	37,0	6,8
zufrieden	44,8	56,0	40,0	56,3	35,5	48,8	47,8	25,9	50,0
eher zufrieden	21,2	22,0	20,9	27,1	18,4	19,5	23,9	22,2	11,4
eher unzufrieden	18,8	12,0	21,7	10,4	23,7	19,5	14,9	13,0	20,5
unzufrieden	11,5	8,0	13,0	4,2	18,4	7,3	10,4	1,9	11,4
weder zufrieden noch unzufrieden	0,6		0,9			2,4			
Anzahl der Befragten	165	50	115	48	76	41	67	54	44

Antwortkategorien: sehr zufrieden, zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden, unzufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Bewertung der Umsetzungsqualität des Meldeverfahrens

Frage 4: Wie beurteilen Sie insgesamt die praktische Umsetzung des Meldeverfahrens, mit dem Sie die Beteiligung der Kinder an den U-Untersuchungen an das LIGA.NRW bzw. an die dafür beauftragte Firma AvP melden?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
sehr gut	3,1	2	3,5	2,1	3,9	2,5	3		7,0
gut	40,5	55,1	34,2	57,4	35,5	30,0	48,5	33,3	37,2
eher gut	30,1	20,4	34,2	19,1	30,3	42,5	22,7	38,9	30,2
eher schlecht	17,8	18,4	17,5	19,1	17,1	17,5	19,7	18,5	14,0
schlecht	8,0	4,1	9,6	2,1	11,8	7,5	6,1	7,4	11,6
weder gut noch schlecht	0,6		0,9		1,3	2,4		1,9	
Anzahl der Befragten	113	49	114	47	76	40	66	54	43

Antwortkategorien: sehr gut, gut, eher gut, eher schlecht, schlecht, weder gut noch schlecht
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Beurteilung der Zusammenarbeit mit LIGA.NRW

Frage 5: Alles in allem, wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit beim LIGA.NRW?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
sehr gut	4,0	7,3	2,8	22,4	15,1	20,5	3,5	3,8	4,9
gut	35,3	41,5	33	38,8	35,8	43,2	36,8	32,7	36,6
eher gut	23,3	14,6	26,6	22,4	28,3	25	15,8	32,7	22
eher schlecht	18,0	17,1	18,3	13,4	20,8	2,3	15,8	19,2	19,5
schlecht	9,3	4,9	11	3		9,1	10,5	5,8	12,2
weder gut noch schlecht	10,0	14,6	8,3				17,5	5,8	4,9
Anzahl der Befragten	150	41	109	57	52	41	38	73	39

Antwortkategorien: sehr gut, gut, eher gut, eher schlecht, schlecht, weder gut noch schlecht
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Beurteilung des Nutzens des Meldeverfahrens U5-U9

Frage 6: Wie beurteilen Sie den Nutzen des Meldeverfahrens U5-U9 allgemein?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemein- arzt	Kinder- /Jugend- arzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
sehr großer Nutzen	19,5	20,4	19,1	17	21,1	19,5	22,4	15,1	20,5
großer Nutzen	39,0	42,9	37,4	44,7	34,2	41,5	38,8	35,8	43,2
gewisser Nutzen	25,0	20,4	27	23,4	27,6	22	22,4	28,3	25
geringer Nutzen	12,8	14,3	12,2	14,9	11,8	12,2	13,4	20,8	2,3
kein Nutzen	3,7	2	4,3		5,3	4,9	3		9,1
Anzahl der Befragten	164	49	115	67	53	44	47	76	41

Antwortkategorien: sehr großer Nutzen, großer Nutzen, gewisser Nutzen, geringer Nutzen, kein Nutzen

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren

Frage 7: Wir haben Aussagen zum Meldeverfahren U5-U9 gesammelt. Uns interessiert, wie Sie darüber denken und ob dies für diese Arztpraxis zutrifft

Dargestellt: %-Anteil „Stimme zu“ oder „Stimme eher zu“

	Gesamt	Ärztegruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
Durch das Meldeverfahren ist die Teilnahme an U5 bis U9-Untersuchungen in dieser Praxis gestiegen	60,4	42,0	68,4	33,3	71,1	72,5	61,2	53,7	67,4
Eltern stellen ihre Kinder durch das Meldeverfahren U5-U9 fristgerechter zur U5 bis U9-Untersuchung in dieser Praxis vor	42,4	50,0	39,1	50,0	42,1	34,1	41,8	42,6	43,2
Durch das Meldeverfahren können Kinder, insbesondere aus Risikofamilien besser medizinisch betreut werden	73,0	71,4	73,7	71,7	75,0	70,7	72,7	73,6	72,7
Mir ist bekannt, wie U-Untersuchungen zu melden sind	97,6	94,0	99,1	95,8	98,7	100,0	97,0	96,3	100,0
Ich bin gut informiert über das gesamte Meldeverfahren, z.B. Ziele, Folgen der Nicht-Teilnahme an U-Untersuchungen	92,1	88,0	93,9	85,4	93,4	97,6	92,5	94,4	88,6
Die Informationsunterlagen vom LIGA.NRW für die Ärzte sind gut verständlich	91,6	87,2	93,3	91,9	91,4	91,7	92,9	95,9	84,2
Anzahl der Befragten	165	50	115	67	54	44	48	76	41

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren

Frage 7: Wir haben Aussagen zum Meldeverfahren U5-U9 gesammelt. Uns interessiert, wie Sie darüber denken und ob dies für diese Arztpraxis zutrifft.

Dargestellt: %-Anteil „Stimme zu“ oder „Stimme eher zu“

	Gesamt	Ärztegruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
Die Unterlagen vom LIGA.NRW für die Ärzte enthalten alle notwendigen Informationen	92,2	92,3	92,2	94,6	91,3	91,4	96,4	91,7	86,5
Die Informationsunterlagen vom LIGA.NRW für die Eltern sind gut verständlich	86,9	84,0	87,8	84,0	86,3	90,3	90,5	87,8	79,2
Die Unterlagen vom LIGA.NRW für die Eltern enthalten alle notwendigen Informationen	88,6	83,3	90,1	83,3	88,5	93,1	90,0	94,9	76,9
Die meisten Eltern sind gut über die U-Untersuchungen informiert	80,4	75,0	82,6	71,7	85,5	80,5	75,8	83,3	83,7
Die meisten Eltern kennen das schriftliche Erinnerungsverfahren vom LIGA.NRW	21,4	27,3	19,1	27,9	18,7	19,5	24,2	17,6	21,4
Die meisten Eltern wissen, dass nach Erinnerung durch das LIGA.NRW bei Nicht-Teilnahme an den U5- bis U9-Untersuchungen das Jugendamt informiert wird	42,9	43,8	42,5	43,5	48,0	32,5	52,2	40,4	31,0
Anzahl der Befragten	165	50	115	67	54	44	48	76	41

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren

Frage 7: Wir haben Aussagen zum Meldeverfahren U5-U9 gesammelt. Uns interessiert, wie Sie darüber denken und ob dies für diese Arztpraxis zutrifft

Dargestellt: %-Anteil „Stimme zu“ oder „Stimme eher zu“

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
Einige Eltern haben sich kritisch über die Meldepflicht geäußert	52,1	36,0	59,1	35,4	57,9	61,0	53,7	53,7	47,7
Das Meldeverfahren ist effizient organisiert	69,0	77,3	65,8	82,9	63,5	65,0	73,0	60,8	73,2
Die Lieferung von Meldeformularen funktioniert schnell	97,5	97,7	97,4	97,6	98,7	95,0	98,3	98,1	95,5
Die Nachlieferung der Unterlagen für das Meldeverfahren ist unkompliziert	96,1	97,6	95,6	97,4	96,0	95,0	96,6	96,1	95,5
Das Meldeverfahren lässt sich gut in unseren Praxisalltag integrieren	75,3	85,7	70,8	84,4	72,4	70,7	83,3	67,9	72,1
Eine elektronische Meldung würde das Verfahren für mich erleichtern	38,5	27,1	43,4	21,7	40,0	55,0	33,3	42,3	41,9
Durch das Meldeverfahren wechseln Eltern seltener die Praxis	6,3	12,5	3,9	10,5	4,3	5,6	7,1	4,3	7,3
Das Meldeverfahren belastet das Verhältnis zwischen Arzt und Eltern	19,6	20,4	19,3	19,1	21,3	17,1	24,2	22,6	9,1
Anzahl der Befragten	165	50	115	67	54	44	48	76	41

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren

Frage 7: Wir haben Aussagen zum Meldeverfahren U5-U9 gesammelt. Uns interessiert, wie Sie darüber denken und ob dies für diese Arztpraxis zutrifft

Dargestellt: %-Anteil „Stimme zu“ oder „Stimme eher zu“

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	<25.000 Einw.	<25.000 Einw.
In meiner Praxis laden wir in einem eigenen Verfahren zusätzlich zur U-Untersuchung ein	38,0	34,7	39,5	34,0	41,3	36,6	33,8	37,0	45,5
Der Aufwand des Meldeverfahrens, also Aufwand für Meldung, Material und Rückfragen, rechtfertigt eine zusätzliche Vergütung der Meldung	87,7	81,3	90,4	78,7	90,7	92,7	86,4	90,6	86,4
Die wöchentliche Meldefrist ist angemessen	90,9	84,0	93,9	85,4	96,1	87,8	92,5	88,9	90,9
Anzahl der Befragten	165	50	115	67	54	44	48	76	41

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Aufwandsentschädigung pro Meldung aus Sicht der Ärzte

Frage: 7A. Wie hoch sollte die Aufwandsentschädigung pro Meldung Ihrer Meinung nach sein?

Dargestellt: %-Anteil

Aufwand pro Meldung in Euro	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
1-2 Euro	23,0	22,6	23,2	21,4	22,2	25,7	12,5	34,6	17,6
>2-5	59,5	38,7	66,3	39,3	63,5	68,6	72,5	44,2	67,6
>5-10	13,5	22,6	10,5	21,4	14,3	5,7	15,0	11,5	14,7
>10	4,0	16,1		17,9				9,6	
Anzahl der Befragten	126	31	95	28	63	35	52	40	34

Für die Frage war eine offene Antwortkategorie vorgesehen

Nur Antworten konnte, wer eine zusätzliche Vergütung der Meldung gefordert hatte (Frage F7_22 im Fragebogen).

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Meldehäufigkeit aus Sicht der Ärzte

Frage: 7B. Wie oft sollte Ihrer Meinung nach gemeldet werden, z.B. alle zwei Wochen oder ähnliche Zeiträume?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt
alle 2 Wochen	40,0
alle 2 bis 4 Wochen	13,3
alle 4 Wochen	46,7
Anzahl der Befragten	15

Für die Frage war eine offene Antwortkategorie vorgesehen

Nur Antworten konnte, wer mit der Meldefrist nicht einverstanden war (Frage F7_23 im Fragebogen).

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Wahrgenommene Veränderung in der Zahl der U-Untersuchungen durch das Meldeverfahren

Frage 8a: Wenn Sie an die Situation vor Einführung des Meldeverfahrens U5-U9 denken, wie ist Ihre Einschätzung? Ganz allgemein ist die Zahl der U-Untersuchungen durch das Meldeverfahren...

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
deutlich gestiegen	3,8	2,1	4,5	2,2	6,8		5,8	7,1	
leicht gestiegen	61,4	46,8	67,6	46,7	65,8	70,0	65,6	66,7	
weder gestiegen noch gesunken	34,8	51,1	27,9	51,1	27,4	30,0	34,4	26,2	
leicht gesunken									
deutlich gesunken									
Anzahl der Befragten	158	47	111	45	73	40	64	52	42

Antwortkategorien: deutlich gestiegen, leicht gestiegen, weder gestiegen noch gesunken, leicht gesunken, deutlich gesunken

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Wahrgenommene Veränderung in der Zahl entdeckter Kindeswohlgefährdungen durch das Meldeverfahren

Frage 8b: Wenn Sie an die Situation vor Einführung des Meldeverfahrens U5-U9 denken, wie ist Ihre Einschätzung? Ganz allgemein ist die Zahl entdeckter Kindeswohlgefährdungen durch das Meldeverfahren ...

Dargestellt: %-Anteil „deutlich gestiegen“ oder „leicht gestiegen“

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemein- arzt	Kinder- /Jugend- arzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
deutlich ge- stiegen	2,6	2,2	2,8	2,3	1,4	5,0	1,7	13,2	7,1
leicht gestie- gen	18,3	26,7	14,8	25,0	17,4	12,5	22,4	84,9	19,0
weder gestie- gen noch gesunken	77,8	71,1	80,6	72,7	79,7	80,0	75,9	1,9	71,4
leicht gesun- ken	1,3				1,4	2,5			2,4
deutlich ge- sunken									
Anzahl der Befragten	153	45	108	44	69	40	58	53	42

Antwortkategorien: deutlich gestiegen, leicht gestiegen, weder gestiegen noch gesunken, leicht gesunken, deutlich gesunken
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Wahrgenommene Veränderung in der Zahl verspäteter U-Untersuchungen

Frage 8c: Wenn Sie an die Situation vor Einführung des Meldeverfahrens U5-U9 denken, wie ist Ihre Einschätzung? Durch das Meldeverfahren ist in dieser Praxis die Zahl verspäteter U-Untersuchungen, d.h. U-Untersuchungen nach dem Toleranzzeitraum ...

Dargestellt: %-Anteile

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemein- arzt	Kinder- /Jugend- arzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
deutlich ge- stiegen	18,9	10,4	22,5	8,7	20,5	27,5	18,8	23,1	14,0
leicht gestie- gen	48,4	45,8	49,5	39,1	49,3	57,5	50,0	48,1	46,5
weder gestie- gen noch gesunken	21,4	27,1	18,9	34,8	21,9	5,0	21,9	19,2	23,3
leicht gesun- ken	11,3	16,7	9,0	17,4	8,2	10,0	9,4	9,6	16,3
deutlich ge- sunken									
Anzahl der Befragten	159	48	111	46	73	40	64	52	43

Antwortkategorien: deutlich gestiegen, leicht gestiegen, weder gestiegen noch gesunken, leicht gesunken, deutlich gesunken
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Anzahl der Ärzte in dieser Praxis, die U5 bis U9-Untersuchungen durchführen

Frage 9: Wie viele Ärzte führen in dieser Praxis U5 bis U9-Untersuchungen durch? Zählen Sie sich selbst bitte auch mit!

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemein- arzt	Kinder- /Jugend- arzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
1 Arzt	63,4	73,5	59,1	72,9	73,3	34,1	65,2	64,8	59,1
2 Ärzte	28,0	24,5	29,6	25,0	22,7	41,5	27,3	31,5	25,0
3 und mehr Ärzte	8,5	2,0	11,3	2,1	4,0	24,4	7,6	3,7	15,9
Anzahl der Befragten	164	49	115	48	75	41	66	54	44

Für die Frage war eine offene Antwortkategorie vorgesehen
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Anzahl der durchgeführten U5 bis U9-Untersuchungen durch den befragten Arzt

Frage 10: Wie viele U5-U9-Untersuchungen führen Sie persönlich als Arzt / als Ärztin im Monat ungefähr durch?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztegruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
bis 5 Untersuchungen	14,6	48,8	0,9	52,4			22,0	16,3	2,3
6 bis 10	7,9	25,6	0,9	23,8	2,9		13,6	6,1	2,3
11 bis 20	6,0	7,0	5,6	11,9	4,3	2,6	8,5	2,0	7,0
21 bis 50	19,2	14,0	21,3	4,8	28,6	17,9	16,9	18,4	23,3
mehr als 50	52,3	4,7	71,3	7,1	64,3	79,5	39,0	57,1	65,1
Anzahl der Befragten	151	43	108	42	76	39	59	49	43

Für die Frage war eine offene Antwortkategorie vorgesehen
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Ergänzung vorherige Tabelle: Dargestellt: Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung

	Gesamt	Ärztegruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
Minimum	1	1	1	1	2	3	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Mittelwert	3,9	2,0	4,6	1,9	4,5	4,8	3,4	3,9	4,5
Standardabweichung	1,5	1,3	0,7	1,2	0,7	0,5	1,6	1,5	0,9
Anzahl der Befragten	151	43	108	42	76	39	59	49	43

Tabelle: Anzahl der durchgeführten U5 bis U9-Untersuchungen in der Praxis am Standort

Frage 11: Da in Ihrer Praxis mehrere Ärzte solche Untersuchungen durchführen: Wie viele U5-U9-Untersuchungen werden in dieser Praxis ungefähr im Monat durchgeführt

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztegruppe	
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt
bis 10 Untersuchungen	6,9		33,3
11 bis 50	13,8	2,2	58,3
51 bis 100	27,6	32,6	8,3
101 bis 200	31,0	39,1	
mehr als 200 Untersuchungen	20,7	26,1	
Anzahl der Befragten	58	46	12

Für die Frage war eine offene Antwortkategorie vorgesehen
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Ergänzung vorherige Tabelle: Dargestellt: Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum

	Gesamt	Ärztegruppe	
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt
Minimum	1,0	1,0	2,0
Maximum	5,0	3,0	5,0
Mittelwert	3,4	1,8	3,9
Standardabweichung	1,2	0,6	0,8
Anzahl der Befragten	151	43	108

Tabelle: Meldezeitpunkt der U5 bis U9-Untersuchungen

Frage 12: Zu welchem Zeitpunkt melden Sie bzw. meldet die Praxis die U-Untersuchungen an die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemein- arzt	Kinder- /Jugend- arzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
sofort nach der Untersuchung	19,8	48,9	7,8	52,2	8,0	4,9	27,7	13,0	16,3
einmal in der Woche	74,7	38,3	89,6	32,6	90,7	92,7	70,8	77,8	76,7
meist seltener, z.B. 14 Tage nach Durchführung der U-Untersuchung	5,6	12,8	2,6	15,2	1,3	2,4	1,5	9,3	7,0
Anzahl der Befragten	162	47	115	46	75	41	65	54	43

Antwortkategorien: sofort nach der Untersuchung, einmal in der Woche, meist seltener, z.B. 14 Tage nach Durchführung der U-Untersuchung

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Wochentag der Meldung

Frage 12: Zu welchem Zeitpunkt (Wochentag) melden Sie bzw. meldet die Praxis die U-Untersuchungen an die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit?

Dargestellt: %-Anteil – Wochentag

	Gesamt	Ärztgruppe		Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal			Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis		
		Allgemein- arzt	Kinder- /Jugend- arzt	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.
Montags	1,7		2,0			5,3			6,5
Dienstags	0,9		1,0			2,6			3,2
Donnerstags	0,9	6,3		7,1			2,3		
Freitags	80,9	68,8	82,8	71,4	87,3	73,7	72,1	90,2	80,6
Samstags	0,9		1,0		1,6		2,3		
Kein spezieller Tag	14,8	25,0	13,1	21,4	11,1	18,4	23,3	9,8	9,7
Anzahl der Befragten	115	16	99	14	63	38	43	41	31

Antwortkategorien: Montags, Dienstags, Donnerstags, Freitags, Samstags, Kein spezieller Tag

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Aufwand des Arztes für die Meldung

Frage 13: Wie hoch schätzen Sie Ihren durchschnittlichen Aufwand für Meldungen von U5 bis U9-Untersuchungen pro Woche ein?

Aufwand für Sie als Arzt persönlich

Dargestellt: Durchschnittlicher Aufwand in Minuten (Arithmetisches Mittel= \bar{x} / Standardabweichung=SA)

	Gesamt	Ärztgruppe		Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis			Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.
Für die Meldung an LIGA.NRW inklusive Materialbestellung je Woche	\bar{x} 11,9	\bar{x} 6,4	\bar{x} 14,3	\bar{x} 11,3	\bar{x} 10,9	\bar{x} 14,1	\bar{x} 6,0	\bar{x} 13,1	\bar{x} 16,6
	SA 22,2	SA 9,1	SA 23,2	SA 17,4	SA 14,7	SA 28,9	SA 9,0	SA 17,7	SA 30,4
Für Rückfragen durch LIGA.NRW je Woche	\bar{x} 3,3	\bar{x} 2,5	\bar{x} 3,6	\bar{x} 3,3	\bar{x} 2,2	\bar{x} 4,5	\bar{x} 2,4	\bar{x} 4,0	\bar{x} 2,8
	SA 8,7	SA 9,2	SA 8,5	SA 8,9	SA 5,2	SA 11,4	SA 9,2	SA 7,7	SA 83,4
Für Rückfragen durch das Jugendamt je Woche	\bar{x} 4,0	\bar{x} 1,9	\bar{x} 5,0	\bar{x} 3,3	\bar{x} 3,0	\bar{x} 6,5	\bar{x} 1,8	\bar{x} 5,7	\bar{x} 3,6
	SA 8,4	SA 6,3	SA 9,1	SA 7,1	SA 6,0	SA 12,6	SA 6,4	SA 10,0	SA 6,9
Für Rückfragen durch Eltern je Woche	\bar{x} 9,5	\bar{x} 5,9	\bar{x} 11,1	\bar{x} 8,9	\bar{x} 7,2	\bar{x} 13,2	\bar{x} 5,5	\bar{x} 12,1	\bar{x} 9,3
	SA 17,0	SA 10,9	SA 23,7	SA 17,9	SA 11,4	SA 20,7	SA 9,2	SA 22,2	SA 11,5
Anzahl der Befragten	mind 153	mind 45	mind 105	mind 58	mind 51	mind 40	mind 44	mind 68	mind 38

Antwortkategorien: Für die Frage war eine offene Antwortkategorie (in Minuten) vorgesehen
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Aufwand des nichtärztlichen Personals für die Meldung

Frage 13: Wie hoch schätzen Sie Ihren durchschnittlichen Aufwand für Meldungen von U5 bis U9-Untersuchungen pro Woche ein?

Aufwand für nichtärztliches Personal (z.B. MFA)

Dargestellt: Durchschnittlicher Aufwand in Minuten (Arithmetisches Mittel= \emptyset / Standardabweichung=SA)

	Gesamt	Ärztgruppe		Gemeindegröße (Einwohner) am Standort der Praxis			Anzahl der gemeldeten U-Untersuchungen in der Praxis pro Quartal		
		Allgemeinarzt	Kinder-/Jugendarzt	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	> 100.000 Einw.	Bis 50 Unters.	>50 bis 250 Unters.	> 250 Unters.
Für die Meldung an LIGA.NRW inklusive Materialbestellung je Woche	\emptyset 44,3	\emptyset 13,8	\emptyset 57,5	\emptyset 34,5	\emptyset 37,1	\emptyset 67,1	\emptyset 10,3	\emptyset 45,2	\emptyset 80,1
	SA 54,4	SA 15,5	SA 59,8	SA 37,4	SA 32,2	SA 84,0	SA 11,4	SA 33,1	SA 83,4
Für Rückfragen durch LIGA.NRW je Woche	\emptyset 8,3	\emptyset 1,7	\emptyset 11,2	\emptyset 8,4	\emptyset 9,0	\emptyset 7,2	\emptyset 1,6	\emptyset 10,0	\emptyset 13,1
	SA 16,2	SA 5,0	SA 18,3	SA 19,6	SA 13,1	SA 14,4	SA 4,9	SA 15,2	SA 22,9
Für Rückfragen durch das Jugendamt je Woche	\emptyset 6,1	\emptyset 3,1	\emptyset 7,5	\emptyset 2,8	\emptyset 6,4	\emptyset 10,8	\emptyset 3,3	\emptyset 7,6	\emptyset 6,8
	SA 11,4	SA 10,9	SA 11,4	SA 6,3	SA 11,7	SA 14,9	SA 11,1	SA 12,8	SA 8,5
Für Rückfragen durch Eltern je Woche	\emptyset 18,3	\emptyset 6,3	\emptyset 23,7	\emptyset 15,4	\emptyset 17,9	\emptyset 22,9	\emptyset 6,5	\emptyset 23,2	\emptyset 23,0
	SA 25,4	SA 11,7	SA 28,0	SA 24,9	SA 25,5	SA 25,9	SA 12,1	SA 31,4	SA 20,0
Anzahl der Befragten	mind 153	mind 45	mind 105	min 58	min 51	min 40	mind 44	mind 68	min 38

Antwortkategorien: Für die Frage war eine offene Antwortkategorie (in Minuten) vorgesehen
Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle a: Korrelationsmatrix 1 – Ärztebefragung

	Korrelation / gültige Fälle	Unzufriedenheit mit MV	praktische Umsetzung negativ	Zusammenarbeit mit Zentraler Stelle negativ	Nutzen negativ	Anstieg U5 bis U9-Unters. negativ	U5 bis U9-Unters. fristgerechter negativ	MV: Bessere medizinisch Betr. Risikofamilie negativ	bekannt, wie U-Untersuchungen melden negativ
Unzufriedenheit mit MV	Pearson Correlation	1	,693(**)	,616(**)	,574(**)	,178(*)	0,097	,423(**)	0,119
	N	164	161	134	163	163	164	162	164
praktische Umsetzung negativ	Pearson Correlation	,693(**)	1	,655(**)	,436(**)	,165(*)	,194(*)	,424(**)	0,009
	N	161	162	133	161	161	162	160	162
Zusammenarbeit mit Zentraler Stelle negativ	Pearson Correlation	,616(**)	,655(**)	1	,291(**)	0,082	,180(*)	,258(**)	0,031
	N	134	133	135	134	134	135	134	135
Nutzen negativ	Pearson Correlation	,574(**)	,436(**)	,291(**)	1	,335(**)	,329(**)	,585(**)	0,061
	N	163	161	134	164	163	164	162	164
Anstieg U5 bis U9-Unters. negativ	Pearson Correlation	,178(*)	,165(*)	0,082	,335(**)	1	,289(**)	,223(**)	0,117
	N	163	161	134	163	164	164	162	164
U5 bis U9-Unters. Fristgerechter negativ	Pearson Correlation	0,097	,194(*)	,180(*)	,329(**)	,289(**)	1	,385(**)	-0,005
	N	164	162	135	164	164	165	163	165
MV: Bessere medizinisch Betr. Risikofamilie negativ	Pearson Correlation	,423(**)	,424(**)	,258(**)	,585(**)	,223(**)	,385(**)	1	0,025
	N	162	160	134	162	162	163	163	163
Bekannt, wie U-Untersuchungen melden negativ	Pearson Correlation	0,119	0,009	0,031	0,061	0,117	-0,005	0,025	1
	N	164	162	135	164	164	165	163	165
Gut informiert über MV negativ	Pearson Correlation	0,031	0,046	0,116	-0,008	0,131	-0,033	-0,025	,398(**)
	N	164	162	135	164	164	165	163	165
Info LIGA.NRW für die Ärzte gut verständlich negativ	Pearson Correlation	,317(**)	,301(**)	,308(**)	,203(*)	0,152	0,1	,243(**)	,216(**)
	N	142	141	125	142	142	143	143	143
Unterlagen LI-GA.NRW für Ärzte vollständig negativ	Pearson Correlation	,365(**)	,344(**)	,236(**)	,206(*)	0,087	0,024	,203(*)	0,04
	N	140	139	122	141	141	141	141	141

MV =Meldeverfahren

(**)=signifikant auf dem 99 %-Niveau /(*)=signifikant auf dem 95 %-Niveau /N=Anzahl der gültigen Fälle / Pearson Correlation: Korrelationsmaß: Pearsons r

Tabelle b: Korrelationsmatrix 2 – Ärztebefragung

	Korrelation / gültige Fälle	gut informiert über MV negativ	Info LIGA.NRW für die Ärzte gut verständlich negativ	Unterlagen LIGA.NRW für Ärzte vollständig negativ	Info LIGA.NRW für Eltern verständlich negativ	Unterlagen LIGA.NRW für Eltern vollständig negativ	Eltern über die U-Unters. informiert negativ	Eltern: Erinnerungsverfahen vom bekannt negativ	Eltern wissen: Nicht-Teiln. Jugendamt informiert negativ	Eltern Kritik an MV negativ	MV effizient organisiert negativ	Lieferung Formulare schnell negativ
Unzufriedenheit mit MV	Pearson Correlation	0,031	,317(**)	,365(**)	,215(*)	0,142	0,098	-0,024	0,115	-,398(**)	,582(**)	,254(**)
	N	164	142	140	106	104	162	158	160	164	154	157
praktische Umsetzung negativ	Pearson Correlation	0,046	,301(**)	,344(**)	,353(**)	,368(**)	0,038	0,077	,164(*)	-,322(**)	,584(**)	,265(**)
	N	162	141	139	106	104	160	156	158	162	153	156
Zusammenarbeit mit Zentraler Stelle negativ	Pearson Correlation	0,116	,308(**)	,236(**)	,333(**)	,311(**)	-0,018	,193(*)	,221(*)	-,333(**)	,547(**)	,181(*)
	N	135	125	122	98	95	134	131	132	135	131	133
Nutzen negativ	Pearson Correlation	-0,008	,203(*)	,206(*)	,215(*)	0,093	0,047	-0,039	0,117	-,284(**)	,336(**)	,166(*)
	N	164	142	141	106	104	162	158	160	164	155	157
Anstieg U5 bis U9-Unters. negativ	Pearson Correlation	0,131	0,152	0,087	,216(*)	0,179	0,03	0,079	,168(*)	0,078	0,118	0,154
	N	164	142	141	107	105	162	158	160	164	154	157
U5 bis U9-Unters.fristgerechter negativ	Pearson Correlation	-0,033	0,1	0,024	0,143	0,061	0,019	,239(**)	,192(*)	-0,039	,204(*)	0,116
	N	165	143	141	107	105	163	159	161	165	155	158
MV: Bessere medizinisch Betr. Risikofamilie negativ	Pearson Correlation	-0,025	,243(**)	,203(*)	,265(**)	0,154	0,123	0,003	0,11	-,205(**)	,312(**)	,182(*)
	N	163	143	141	107	105	162	157	159	163	155	157
Bekannt, wie U-Untersuchungen melden negativ	Pearson Correlation	,398(**)	,216(**)	0,04	0,098	0,116	,231(**)	0,072	0,118	-0,027	-0,003	,313(**)
	N	165	143	141	107	105	163	159	161	165	155	158
Gut informiert über MV negativ	Pearson Correlation	1,425(**)	,283(**)	,252(**)	,364(**)	,204(**)	0,072	0,148	0,083	0,019	0,075	
	N	165	143	141	107	105	163	159	161	165	155	158
Info LIGA.NRW für die Ärzte gut verständlich negativ	Pearson Correlation	,425(**)	1,724(**)	,403(**)	,478(**)	,256(**)	0,13	,222(**)	-0,02	,268(**)	,433(**)	
	N	143	143	139	105	104	142	138	141	143	137	139
Unterlagen LIGA.NRW für Ärzte vollständig negativ	Pearson Correlation	,283(**)	,724(**)	1,394(**)	,461(**)	0,132	,171(*)	,202(*)	-0,144	,393(**)	,308(**)	
	N	141	139	141	105	104	140	136	138	141	136	137

MV =Meldeverfahren

(**)=signifikant auf dem 99 %-Niveau /(*)=signifikant auf dem 95 %-Niveau /N=Anzahl der gültigen Fälle / Pearson Correlation: Korrelationsmaß: Pearsons r

Tabelle c: Korrelationsmatrix 3 – Ärztebefragung

	Korrelation / gültige Fälle	Nachlieferung Unterlagen unkompliziert negativ	MV gut in Praxisalltag integrierbar negativ r	Elektronische Meldung erleichtert Verfahren negativ	MV Eltern wechseln seltener Praxis negativ	MV belastet Arzt-Eltern Beziehung negativ	eigenes Verfahren Untersuchung ein negativ	zusätzliche Vergütung der Meldung negativ	Wöchent. Meldefrist angemessen
Praktische Umsetzung negativ	N	,253(**)	,561(**)	-0,074	0,131	-,426(**)	-0,067	-0,151	,182(*)
	Pearson Correlation	153	161	160	142	162	162	162	164
Zusammenarbeit mit Zentraler Stelle negativ	N	,338(**)	,614(**)	-0,005	0,067	-,380(**)	-0,001	-,207(**)	,210(**)
	Pearson Correlation	152	159	158	141	161	160	160	162
Nutzen negativ	N	,226(**)	,416(**)	0,02	0,125	-,310(**)	-,184(*)	-0,092	0,139
	Pearson Correlation	130	133	133	119	133	133	134	135
Anstieg U5 – U9-Unters. negativ	N	,242(**)	,389(**)	0,022	0,044	-,326(**)	0,037	-0,125	0,148
	Pearson Correlation	153	161	160	142	162	162	162	164
U5 bis U9-Unters. fristgerecht negativ r	N	,181(*)	,158(*)	0,15	,234(**)	-0,108	-0,063	-0,014	,168(*)
	Pearson Correlation	153	161	160	143	162	162	162	164
MV: Bessere medizinisch Betr. Risikofamilie negativ	N	0,144	,254(**)	0,113	,302(**)	-0,098	-0,044	-,181(*)	0,072
	Pearson Correlation	154	162	161	143	163	163	163	165
Bekannt, wie U-Untersuchungen melden negativ	N	,285(**)	,346(**)	0,007	0,088	-,321(**)	0,028	-0,143	0,111
	Pearson Correlation	153	161	159	141	161	161	161	163
Gut informiert über MV negativ	N	,296(**)	0,079	-0,047	0,008	-0,109	0,026	-0,021	0,058
	Pearson Correlation	154	162	161	143	163	163	163	165
Info LIGA.NRW für die Ärzte gut verständlich negativ	N	0,093	-0,026	0,086	0,032	-0,018	0,043	0,143	0,12
	Pearson Correlation	154	162	161	143	163	163	163	165
Unterlagen LI-GA.NRW für Ärzte vollständig negativ	N	,472(**)	,245(**)	0,001	-0,017	-,229(**)	0,012	-0,041	,393(**)
	Pearson Correlation	134	142	140	126	141	141	142	143

MV =Meldeverfahren

(**)=signifikant auf dem 99 %-Niveau /(*)=signifikant auf dem 95 %-Niveau /N=Anzahl der gültigen Fälle / Pearson Correlation: Korrelationsmaß: Pearsons r

Tabelle d: Korrelationsmatrix 4 – Ärztebefragung

	Korrelation / gültige Fälle	Unzufriedenheit mit MV	praktische Umsetzung negativ	Zusammenarbeit mit Zentraler Stelle negativ	Nutzen negativ	Anstieg U5- bis U9-Unters. negativ	U5- bis U9-Unters. fristgerechter negativ	MV: Bessere medizinisch Betr. Risikofamilie negativ	bekannt, wie U-Untersuchungen melden negativ
Info LIGA.NRW für Eltern verständlich negativ	Pearson Correlation	,215(*)	,353(**)	,333(**)	,215(*)	,216(*)	0,143	,265(**)	0,098
	N	106	106	98	106	107	107	107	107
Unterlagen LI-GA.NRW für Eltern vollständig negativ	Pearson Correlation	0,142	,368(**)	,311(**)	0,093	0,179	0,061	0,154	0,116
	N	104	104	95	104	105	105	105	105
Eltern über die U-Unters. Informiert negativ	Pearson Correlation	0,098	0,038	-0,018	0,047	0,03	0,019	0,123	,231(**)
	N	162	160	134	162	162	163	162	163
Eltern: Erinnerungsverfahren vom bekannt negativ	Pearson Correlation	-0,024	0,077	,193(*)	-0,039	0,079	,239(**)	0,003	0,072
	N	158	156	131	158	158	159	157	159
Eltern wissen: Nicht-Teiln. Jugendamt informiert negativ	Pearson Correlation	0,115	,164(*)	,221(*)	0,117	,168(*)	,192(*)	0,11	0,118
	N	160	158	132	160	160	161	159	161
Eltern Kritik an MV negativ	Pearson Correlation	-,398(**)	-,322(**)	-,333(**)	-,284(**)	0,078	-0,039	-,205(**)	-0,027
	N	164	162	135	164	164	165	163	165
MV effizient organisiert negativ	Pearson Correlation	,582(**)	,584(**)	,547(**)	,336(**)	0,118	,204(*)	,312(**)	-0,003
	N	154	153	131	155	154	155	155	155
Lieferung Formulare schnell negativ	Pearson Correlation	,254(**)	,265(**)	,181(*)	,166(*)	0,154	0,116	,182(*)	,313(**)
	N	157	156	133	157	157	158	157	158
Nachlieferung Unterlagen unkompliziert negativ	Pearson Correlation	,253(**)	,338(**)	,226(**)	,242(**)	,181(*)	0,144	,285(**)	,296(**)
	N	153	152	130	153	153	154	153	154
MV gut in Praxisalltag integrierbar negativ	Pearson Correlation	,561(**)	,614(**)	,416(**)	,389(**)	,158(*)	,254(**)	,346(**)	0,079
	N	161	159	133	161	161	162	161	162
Elektronische Meldung erleichtert Verfahren negativ	Pearson Correlation	-0,074	-0,005	0,02	0,022	0,15	0,113	0,007	-0,047
	N	160	158	133	160	160	161	159	161

MV =Meldeverfahren

(**)=signifikant auf dem 99 %-Niveau /(*)=signifikant auf dem 95 %-Niveau /N=Anzahl der gültigen Fälle / Pearson Correlation: Korrelationsmaß: Pearsons r

Tabelle e: Korrelationsmatrix 5 – Ärztebefragung

	Korrelation / gültige Fälle	gut informiert über MV negativ	Info LIGA.NRW für die Ärzte gut verständlich negativ	Unterlagen LI-GA.NRW für Ärzte vollständig negativ	Info LIGA.NRW für Eltern verständlich negativ	Unterlagen LI-GA.NRW für Eltern vollständig negativ	Eltern über die U-Unters. informiert negativ	Eltern: Erinnerungsverfahren vom bekannt negativ	Eltern wissen: Nicht-Teiln. Jugendamt informiert negativ	Eltern Kritik an MV negativ	MV effizient organisiert negativ	Lieferung Formulare schnell negativ
Info LIGA.NRW für Eltern verständlich negativ	Pearson Correlation	,252(**)	,403(**)	,394(**)		1,762(**)	-0,036	,247(*)	,348(**)	-0,041	,284(**)	,370(**)
	N	107	105	105	107	102	107	106	106	107	103	105
Unterlagen LI-GA.NRW für Eltern vollständig negativ	Pearson Correlation	,364(**)	,478(**)	,461(**)	,762(**)	1	0,094	,272(**)	,292(**)	0,018	,236(*)	,339(**)
	N	105	104	104	102	105	105	104	104	105	101	103
Eltern über die U-Unters. informiert negativ	Pearson Correlation	,204(**)	,256(**)	0,132	-0,036	0,094	1	0,14	0,083	-0,015	0,139	0,098
	N	163	142	140	107	105	163	158	160	163	154	157
Eltern: Erinnerungsverfahren vom bekannt negativ	Pearson Correlation	0,072	0,13	,171(*)	,247(*)	,272(**)	0,14	1,476(**)	-0,083	,178(*)	0,08	
	N	159	138	136	106	104	158	159	157	159	151	153
Eltern wissen: Nicht-Teiln. Jugendamt informiert negativ	Pearson Correlation	0,148	,222(**)	,202(*)	,348(**)	,292(**)	0,083	,476(**)	1	-0,029	,171(*)	,238(**)
	N	161	141	138	106	104	160	157	161	161	151	154
Eltern Kritik an MV negativ	Pearson Correlation	0,083	-0,02	-0,144	-0,041	0,018	-0,015	-0,083	-0,029	1	-,311(**)	-0,14
	N	165	143	141	107	105	163	159	161	165	155	158
MV effizient organisiert negativ	Pearson Correlation	0,019	,268(**)	,393(**)	,284(**)	,236(*)	0,139	,178(*)	,171(*)	-,311(**)	1,261(**)	
	N	155	137	136	103	101	154	151	151	155	155	151
Lieferung Formulare schnell negativ	Pearson Correlation	0,075	,433(**)	,308(**)	,370(**)	,339(**)	0,098	0,08	,238(**)	-0,14	,261(**)	1
	N	158	139	137	105	103	157	153	154	158	151	158
Nachlieferung Unterlagen unkompliziert neg.	Pearson Correlation	0,093	,472(**)	,324(**)	,502(**)	,491(**)	0,09	0,063	,233(**)	-0,139	,269(**)	,891(**)
	N	154	134	132	104	103	153	149	150	154	147	152
MV gut in Praxisalltag integrierbar negativ	Pearson Correlation	-0,026	,245(**)	,251(**)	,226(*)	0,178	0,063	0,049	0,153	-,314(**)	,448(**)	,366(**)
	N	162	142	140	106	104	160	156	158	162	153	156
Elektronische Meldung erleichtert Verfahren negativ	Pearson Correlation	0,086	0,001	-0,098	,193(*)	,233(*)	-0,077	0,111	0,035	,190(*)	-0,02	-0,016
	N	161	140	138	105	103	159	156	157	161	151	155

MV =Meldeverfahren

(**)=signifikant auf dem 99 %-Niveau /(*)=signifikant auf dem 95 %-Niveau /N=Anzahl der gültigen Fälle / Pearson Correlation: Korrelationsmaß: Pearsons r

Tabelle f: Korrelationsmatrix 6 – Ärztebefragung

	Korrelation / gültige Fälle	Nachlieferung Unterlagen unkompliziert	MV gut in Praxisalltag integrierbar	Elektronische Meldung erleichtert Verfahren	MV Eltern wechseln seltener Praxis	MV belastet Arzt-Eltern Beziehung	eigenes Verfahren U-Untersuchung ein	zusätzliche Vergütung der Meldung	Wöchent. Meldefrist angemessen
Info LIGA.NRW für Eltern verständlich	Pearson Correlation	,502(**)	,226(*)	,193(*)	0,165	-,281(**)	-0,168	0,027	,324(**)
	N	104	106	105	97	106	105	107	107
Unterlagen LI-GA.NRW für Eltern vollständig	Pearson Correlation	,491(**)	0,178	,233(*)	0,197	-,209(*)	-0,102	-0,024	,358(**)
	N	103	104	103	94	104	103	105	105
Eltern über die U-Unters. informiert	Pearson Correlation	0,09	0,063	-0,077	0,053	-0,139	,212(**)	0,043	0,023
	N	153	160	159	141	161	161	161	163
Eltern: Erinnerungsverfahren vom bekannt	Pearson Correlation	0,063	0,049	0,111	,264(**)	-0,056	-0,079	0,025	0,009
	N	149	156	156	138	157	157	158	159
Eltern wissen: Nicht-Teiln. Jugendamt informiert	Pearson Correlation	,233(**)	0,153	0,035	0,004	-,223(**)	0,008	-0,091	,227(**)
	N	150	158	157	142	159	159	159	161
Eltern Kritik an MV	Pearson Correlation	-0,139	-,314(**)	,190(*)	-0,022	,385(**)	-0,011	0,088	-0,087
	N	154	162	161	143	163	163	163	165
MV effizient organisiert	Pearson Correlation	,269(**)	,448(**)	-0,02	0,116	-,361(**)	-0,132	-0,085	0,092
	N	147	153	151	133	153	153	154	155
Lieferung Formulare schnell	Pearson Correlation	,891(**)	,366(**)	-0,016	-0,048	-,275(**)	-0,031	0,015	,337(**)
	N	152	156	155	137	157	156	156	158
Nachlieferung Unterlagen unkompliziert	Pearson Correlation	1,357(**)	0,028	-0,01	-,328(**)	-0,05	-0,019	,345(**)	
	N	154	152	151	134	153	152	153	154
MV gut in Praxisalltag integrierbar	Pearson Correlation	,357(**)	1	-0,003	0,119	-,347(**)	-0,068	-,255(**)	,194(*)
	N	152	162	159	140	160	160	160	162
Elektronische Meldung erleichtert Verfahren	Pearson Correlation	0,028	-0,003	1,237(**)	0,065	0,012	,185(*)	-0,053	
	N	151	159	161	140	160	159	159	161
Wöchent. Meldefrist angemessen	Pearson Correlation	-0,01	0,119	,237(**)	1	-0,014	0,049	,178(*)	0,063
	N	134	140	140	143	143	142	141	143

MV =Meldeverfahren

(**)=signifikant auf dem 99 %-Niveau /(*)=signifikant auf dem 95 %-Niveau /N=Anzahl der gültigen Fälle / Pearson Correlation: Korrelationsmaß: Pearsons r

9.1.2 Auswertungstabellen zur Elternbefragung

Tabelle: Erinnerung an die Frühuntersuchung

Frage 6: Woher wissen Sie, wann Ihr Kind zur nächsten Früherkennungsuntersuchung gehen sollte (Mehrfachantworten möglich)?

Dargestellt: %-Anteil an allen Nennungen

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
Arzt/Praxis	22,0	22,2	22,0	22,3	22,3	21,7	22,2	23,0	26,0
Vorsorgeheft	52,0	50,0	54,3	52,4	51,1	51,8	52,1	50,0	53,4
Elektronische Erinnerung	2,5	2,5	2,4	1,3	5,3	4,8	2,1	2,7	2,7
KiTa	1,9	1,9	1,8	1,7	2,1	1,8	0,7	2,7	1,4
Sonstige	21,4	23,4	19,5	22,3	19,1	19,9	22,9	21,6	16,4
Anzahl Nen- nungen	323	158	164	229	94	100,0	144	74	73

Antwortkategorien: sehr zufrieden, zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden, unzufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden

Unter Sonstige wurde in 75 % aller Fälle die Krankenkasse genannt

Tabelle: Bekanntheit „Aktion Gesunde Kindheit“

Frage 7: Haben Sie schon einmal von der „Aktion Gesunde Kindheit“ gehört? Ist Ihnen diese Aktion bekannt?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
ja	12,3	7,9	16,7	13,0	10,5	15,4	12,6	17,8	4,8
nein	87,2	91,1	83,3	86,3	89,5	84,6	87,4	82,2	92,9
weiß nicht/ keine Angabe	0,5	1,0		,7					2,4
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: ja, nein, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Bekanntheit „Aktion Gesunde Kindheit“ erinnert an die Früherkennungsuntersuchung

Frage 9: Die „Aktion Gesunde Kindheit“ erinnert Sie an die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung. Ist Ihnen das bekannt?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
ja	23,2	16,8	29,4	27,4	12,3	15,4	26,3	28,9	16,7
nein	76,4	82,2	70,6	71,9	87,7	84,6	72,6	71,1	83,3
weiß nicht/ keine Angabe	0,5	1,0		0,7			1,1		
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: ja, nein, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Wissen, dass das Jugendamt eingeschaltet werden kann

Frage 10: Wissen Sie, dass das Jugendamt informiert wird, wenn Ihr Kind auch nach Erinnerung durch die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit nicht an den U5- bis U9-Untersuchungen teilnimmt?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
ja	74,4	62,4	86,3	75,3	71,9	78,8	75,8	77,8	76,2
nein	25,6	37,6	13,7	24,7	28,1	21,2	24,2	22,2	23,8
weiß nicht/ keine Angabe									
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: ja, nein, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Wissen, dass Jugendamt eingeschaltet werden kann

Frage 11: Sind Sie von der Zentralen Stelle der „Aktion Gesunde Kindheit“ (im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen) irgendwann einmal schriftlich an die Frühuntersuchung U5 bis U9 erinnert worden?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erinnert	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Mehrkindfam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
ja	33,0	11,9	53,9	75,3	71,9	78,8	75,8	77,8	76,2
nein	64,5	85,1	44,1	24,7	28,1	21,2	24,2	22,2	23,8
weiß nicht/ keine Angabe	2,5								
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: ja, nein, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: U5 bis U9-Untersuchung versäumt

Frage 11a: Und ist es irgendwann schon einmal vorgekommen, dass Sie eine der Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 für Ihr Kind / Ihre Kinder versäumt haben?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erinnert	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Mehrkindfam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
ja	14,0	7,9	25,5	6,9	34,3	14,3	14,1	3,7	10,3
nein	86,0	92,1	74,5	93,1	65,7	85,7	85,9	96,3	89,7
weiß nicht/ keine Angabe									
Anzahl der Befragten	136	89	47	101	35	63	64	27	29

Antwortkategorien: ja, nein, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Grund für Versäumung einer U5 bis U9-Untersuchung

Frage 12: Was war der Grund dafür, dass Sie zu spät oder überhaupt nicht mit dem Kind zur Frühuntersuchung gegangen sind?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
Kinder war krank	9,0	8,3	9,1	8,9	9,1	7,3	6,5	16,7	7,7
Termin- schwierigkeit mit Arzt	4,5	8,3	3,6	6,7		2,4	6,5	5,6	
Vergessen	13,4	8,3	14,5	11,1	18,2	12,2	6,5	22,2	15,4
Termin ver- einbart, konn- te nicht	1,5		1,8	2,2			3,2		23,1
Erinnerung war unberech- tigt	23,9	33,3	21,8	22,2	27,3	34,1	22,6	27,8	23,1
Anderer Grund gesamt	14,9	16,7	14,5	20,0	4,5	12,2	9,7	11,1	
Anderer Grund: darunter U7a nicht bekannt	11,9		14,5	4,4	27,3	7,3	16,1	11,1	7,7
Anderer Grund: Arzt hat zu spät gemeldet	19,4	25,0	18,2	24,4	9,1	24,4	29,0	5,6	23,1
Weiß nicht/ Keine Angabe	1,5		1,8		4,5				
Anzahl der Befragten	67	12	55	45	22	41	31	18	13

Tabelle: Wahrnehmung des Anschreibens der „Aktion Gesunde Kindheit“

Frage 13: Wie haben Sie das Anschreiben der Aktion „Gesunde Kindheit“ wahrgenommen?
(Mehrfachantworten möglich)

Dargestellt: Anzahl an Nennungen

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
freundlich einladend	26	5	21	18	8	19	12	7	4
leicht ver- ständlich	41	5	36	26	15	27	20	13	5
sachlich	47	9	38	31	16	20	18	17	9
fordernd	34	4	55	22	12	11	14	13	5
drohend	13	1	12	7	6	8	7	4	2
anders	16	4	12	11	5	5	8	4	4
weiß nicht/keine Angabe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Nennungen	177	28	174	115	62	90	79	58	29

Tabelle: Wahrgenommener Nutzen des Meldeverfahrens U5-U9

Frage 14: Wie bewerten Sie den gesundheitlichen Nutzen für Ihr Kind durch die Teilnahme
an den bisherigen U5- bis U9-Untersuchungen?

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
sehr großer Nutzen	35,5	41,6	29,4	36,3	33,3	38,5	40,0	28,9	31,0
großer Nutzen	42,4	41,6	43,1	43,2	40,4	47,1	37,9	53,3	45,2
gewisser Nutzen	15,8	12,9	18,6	15,8	15,8	13,5	16,8	15,6	11,9
geringer Nutzen	3,0	3,0	2,9	3,4	1,8	1,0	4,2	2,2	11,9
kein Nutzen	3,0	1,0	4,9	1,4	7,0		1,1		
weiß nicht/keine Angabe	,5		1,0		1,8				
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: sehr zufrieden, zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden, unzufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden

Nicht berücksichtigt wurde: weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Kontakt mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der „Aktion Gesunde Kindheit“

Frage 15: *Standen Sie irgendwann einmal in Kontakt mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Aktion „Gesunde Kindheit“?*

Dargestellt: %-Anteil an allen Nennungen

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
ja	10,8	3,0	18,6	12,3	7,0	15,4	9,5	15,6	9,5
nein	88,7	97,0	80,4	87,7	91,2	84,6	90,5	84,4	90,5
weiß nicht/ keine Angabe	0,5		1,0		1,8	1,0			
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: ja, nein, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Zufriedenheit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Aktion

Frage 16: *Alles in allem, wie bewerten Sie den Kontakt mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der „Aktion Gesunde Kindheit“? Sind Sie ...*

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
sehr zufrieden	18,2	66,7	10,5	16,7	25,0	25,0		28,6	25,0
zufrieden	40,9	33,3	42,1	38,9	50,0	43,8	44,4	57,1	25,0
eher zufrieden	31,8		36,8	38,9	25,0	31,3	55,6	14,3	
eher unzufrie- den	9,1		10,5	5,6					50,0
sehr unzufrie- den									
weder zufrie- den noch unzufrieden									
Anzahl der Befragten	22	3	19	18	4	16	9	7	4

Antwortkategorien: sehr zufrieden, zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden, unzufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden, weiß nicht, keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Früherkennungsuntersuchungen sinnvoll

F17 – Früherkennungsuntersuchungen sind für die Sicherstellung der gesundheitlichen Entwicklung meines Kindes sinnvoll

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	86,7	90,1	83,3	88,4	82,5	89,4	84,2	91,1	90,5
stimme eher zu	9,9	7,9	11,8	8,9	12,3	7,7	11,6	6,7	9,5
stimme eher nicht zu	,5	1,0		,7		1,0	1,1		
stimme nicht zu	2,5	1,0	3,9	2,1	3,5	1,9	3,2	2,2	
weiß nicht/ keine Angabe	,5		1,0		1,8				
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Terminerhalt für U-Untersuchung zu lange

F17 – Es dauert lange, bis wir für unser Kind einen Termin zur Früherkennungsuntersuchung erhalten

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	13,3	14,9	11,8	12,3	15,8	10,6	12,6	15,6	11,9
stimme eher zu	8,9	9,9	7,8	8,9	8,8	10,6	9,5	8,9	11,9
stimme eher nicht zu	11,3	9,9	12,7	13,0	7,0	11,5	9,5	8,9	14,3
stimme nicht zu	66,0	65,3	66,7	65,8	66,7	67,3	68,4	66,7	61,9
weiß nicht/ keine Angabe	,5		1,0		1,8				
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Anfahrtsweg Arzt sehr weit

F17 – Der Anfahrtsweg bis zu dem Kinderarzt bzw. Allgemeinarzt, der die Früherkennungsuntersuchung durchführt, ist sehr weit

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	6,4	5,0	7,8	5,5	8,8	6,7	8,4	4,4	2,4
stimme eher zu	3,4	4,0	2,9	3,4	3,5	3,8	6,3		
stimme eher nicht zu	6,9	7,9	5,9	8,2	3,5	6,7	10,5	2,2	4,8
stimme nicht zu	82,3	83,2	81,4	82,2	82,5	82,7	73,7	93,3	92,9
weiß nicht/ keine Angabe	1,0		2,0	0,7	1,8		1,1		
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Dauer für U-Untersuchung zu lang

F17 – Die Zeit, die wir mit dem Kind beim Arzt für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung verbringen, ist zu lange

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	5,9	5,0	6,9	6,2	3,5	5,8	8,4	4,4	2,4
stimme eher zu	8,4	5,9	10,8	4,8	3,5	6,7	6,3		
stimme eher nicht zu	11,8	10,9	12,7	12,3	14,0	11,5	10,5	2,2	4,8
stimme nicht zu	73,4	78,2	68,6	76,0	73,7	76,0	73,7	93,3	92,9
weiß nicht/ keine Angabe	0,5		1,0	0,7	5,3		1,1		
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Gesundheitsdefizite aufdecken durch U-Untersuchung

F17 – Früherkennungsuntersuchungen helfen dem Kind nicht, um Gesundheitsdefizite aufzudecken.

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	5,4	4,0	6,9	6,2	3,5	1,9	6,3	8,9	2,4
stimme eher zu	4,4	5,0	3,9	4,8	3,5	7,7	6,3	2,2	2,4
stimme eher nicht zu	12,8	9,9	15,7	12,3	14,0	9,6	12,6	17,8	7,1
stimme nicht zu	75,4	80,2	70,6	76,0	73,7	80,8	73,7	71,1	85,7
weiß nicht/ keine Angabe	2,0	1,0	2,9	0,7	5,3		1,1		2,4
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Teilnahmesteigerung durch „Aktion Gesunde Kindheit“

F17 – Durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ schicken mehr Eltern ihre Kinder zur U5 bis U9-Untersuchung

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	39,4	32,7	46,1	38,4	42,1	40,4	37,9	51,1	28,6
stimme eher zu	21,7	25,7	17,6	24,0	15,8	20,2	22,1	13,3	33,3
stimme eher nicht zu	4,4	5,9	2,9	4,1	5,3	4,8	6,3	4,4	19,0
stimme nicht zu	7,4	5,0	9,8	5,5	12,3	5,8	3,2	6,7	19,0
weiß nicht/ keine Angabe	27,1	30,7	23,5	28,1	24,6	28,8	30,5	24,4	
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Unterstützung in der Gesundheitsfürsorge durch Erinnerung

F17 – Die schriftliche Erinnerung der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit unterstützt mich in der Gesundheitsfürsorge

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	36,9	37,6	36,3	35,6	40,4	43,3	37,9	37,8	35,7
stimme eher zu	11,3	12,9	9,8	11,6	10,5	6,7	10,5	15,6	11,9
stimme eher nicht zu	6,4	6,9	5,9	7,5	3,5	9,6	7,4	35,6	11,9
stimme nicht zu	36,9	34,7	39,2	37,7	35,1	37,5	36,8	11,1	35,7
weiß nicht/ keine Angabe	8,4	7,9	8,8	7,5	10,5	2,9	7,4		4,8
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Eltern achten auf Teilnahme

F17 – Eltern achten durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ frühzeitig darauf, dass ihr Kind an einer U5 bis U9-Untersuchung teilnimmt

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	54,7	58,4	51,0	56,2	50,9	56,7	45,3	71,1	50,0
stimme eher zu	17,2	13,9	20,6	15,8	21,1	14,4	20,0	13,3	19,0
stimme eher nicht zu	7,4	4,0	10,8	7,5	7,0	7,7	9,5	6,7	4,8
stimme nicht zu	11,8	10,9	12,7	12,3	10,5	11,5	14,7	6,7	16,7
weiß nicht/ keine Angabe	8,9	12,9	4,9	8,2	10,5	9,6	10,5	2,2	9,5
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Bessere Betreuung sozial Schwächerer

F17 – Durch die „Aktion Gesunde Kindheit“ können Kinder aus sozial schwächeren Familien besser medizinisch betreut werden

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	65,0	64,4	65,7	69,9	52,6	66,3	67,4	68,9	57,1
stimme eher zu	16,7	18,8	14,7	15,1	21,1	14,4	13,7	17,8	23,8
stimme eher nicht zu	3,9	5,0	2,9	4,1	3,5	2,9	3,2	2,2	4,8
stimme nicht zu	4,4	5,0	3,9	3,4	7,0	6,7	5,3		7,1
weiß nicht/ keine Angabe	9,9	6,9	12,7	7,5	15,8	9,6	10,5	11,1	7,1
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Informiertheit – Teilnahmesteigerung an Früherkennungsuntersuchungen

F17 – Ich fühle mich gut informiert über die Aktion "Gesunde Kindheit" und weiß, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gefördert werden soll

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	40,4	39,6	41,2	37,7	47,4	43,3	41,1	48,9	28,6
stimme eher zu	8,9	8,9	8,8	11,6	1,8	7,7	11,6	6,7	9,5
stimme eher nicht zu	13,3	7,9	18,6	13,7	12,3	15,4	12,6	15,6	14,3
stimme nicht zu	33,5	41,6	25,5	34,2	31,6	31,7	32,6	24,4	42,9
weiß nicht/ keine Angabe	3,9	2,0	5,9	2,7	7,0	1,9	2,1	4,4	4,8
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Informiertheit über medizinische Untersuchung

F17 – Ich bin gut über die medizinischen Untersuchungen informiert, die mein Kind bei einer anstehenden Früherkennungsuntersuchung erhält

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	73,4	71,3	75,5	75,3	68,4	79,8	75,8	82,2	66,7
stimme eher zu	13,3	17,8	8,8	14,4	10,5	10,6	14,7	8,9	19,0
stimme eher nicht zu	6,9	6,9	6,9	5,5	10,5	7,7	7,4	2,2	9,5
stimme nicht zu	5,9	4,0	7,8	4,8	8,8	1,9	2,1	6,7	4,8
weiß nicht/ keine Angabe	0,5		1,0		1,8				
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Jugendamt einschalten (Allgemeinheit)

F17 – Ich finde es richtig, dass die „Aktion Gesunde Kindheit“ die Jugendämter zum Wohl des Kindes einschalten kann

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	83,7	85,1	82,4	87,7	73,7	87,5	84,2	86,7	81,0
stimme eher zu	10,8	10,9	10,8	8,9	15,8	7,7	12,6	11,1	9,5
stimme eher nicht zu	1,0	1,0	1,0	1,4	5,3	1,9	1,1		2,4
stimme nicht zu	2,5	1,0	3,9	1,4	5,3	2,9	1,1		7,1
weiß nicht/ keine Angabe	2,0	2,0	2,0	0,7			1,1	2,2	
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Jugendamt einschalten (persönlich)

F17 – Wenn mich das Jugendamt wegen einer Nichtteilnahme aufsucht, so ist das übertrieben

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	16,7	8,9	24,5	12,3	28,1	14,4	14,7	8,9	21,4
stimme eher zu	11,3	8,9	13,7	13,0	7,0	13,5	12,6	15,6	7,1
stimme eher nicht zu	15,3	19,8	10,8	16,4	12,3	13,5	22,1	11,1	9,5
stimme nicht zu	55,7	61,4	50,0	58,2	49,1	58,7	49,5	64,4	61,9
weiß nicht/ keine Angabe	1,0	1,0	1,0		3,5		1,1		
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Belastung Arzt-Patientenverhältnis

F17 – Das Erinnerungsverfahren belastet mein Verhältnis zum Arzt

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	1,0		2,0		3,5	1,0	6,3		4,8
stimme eher zu	3,4	2,0	4,9	2,7	5,3	1,9	14,7	4,4	14,3
stimme eher nicht zu	11,8	7,9	15,7	12,3	10,5	8,7	77,9	93,3	78,6
stimme nicht zu	80,8	88,1	73,5	83,6	73,7	87,5			
weiß nicht/ keine Angabe	3,0	2,0	3,9	1,4	7,0	1,0	1,1	2,2	2,4
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Selbstbestimmung über Mitteilung der Teilnahme

F17 – Statt des Arztes möchte ich gerne selbst der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit mitteilen, dass mein Kind an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hat

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	5,9	5,0	6,9	4,8	8,8	3,8	7,4	2,2	9,5
stimme eher zu	3,4	4,0	2,9	2,1	7,0	3,8	4,2	2,2	2,4
stimme eher nicht zu	11,8	12,9	10,8	13,7	7,0	9,6	7,4	24,4	11,9
stimme nicht zu	76,8	75,2	78,4	78,8	71,9	82,7	81,1	68,9	73,8
weiß nicht/ keine Angabe	2,0	3,0	1,0	0,7	5,3			2,2	2,4
Anzahl der Befragten	203	101	102	146	57	104	95	45	42

Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

Tabelle: Einstellungen zum Meldeverfahren: Zeit zum Nachholen der Untersuchung

Falls bereits schriftlich erinnert: Die Zeit zum Nachholen der Frühuntersuchung nach einer schriftlichen Erinnerung reicht vollkommen aus

Dargestellt: %-Anteil

	Gesamt	Elterngruppe		Soziodemografie			Gemeindegröße Wohnort		
		Nicht Erinnert	Erin- nert	Ohne Migra- tions- hinter- grund	Mit Migra- tions- hinter- grund	Mehr- kind- fam.	<25.000 Einw.	25.000 bis unter 100.000 Einw.	>100.000 Einw.
stimme zu	50,7	41,7	52,7	42,2	68,2	48,8	48,4	61,1	23,1
stimme eher zu	10,4	16,7	9,1	13,3	4,5	9,8	6,5	16,7	15,4
stimme eher nicht zu	11,9	16,7	10,9	15,6	4,5	14,6	22,6		7,7
stimme nicht zu	9,0		10,9	8,9	9,1	2,4	9,7	11,1	7,7
weiß nicht/ keine Angabe	17,9	25,0	16,4	20,0	13,6	24,4	12,9	11,1	46,2
Anzahl der Befragten	67	12	55	45	22	41	31	18	13

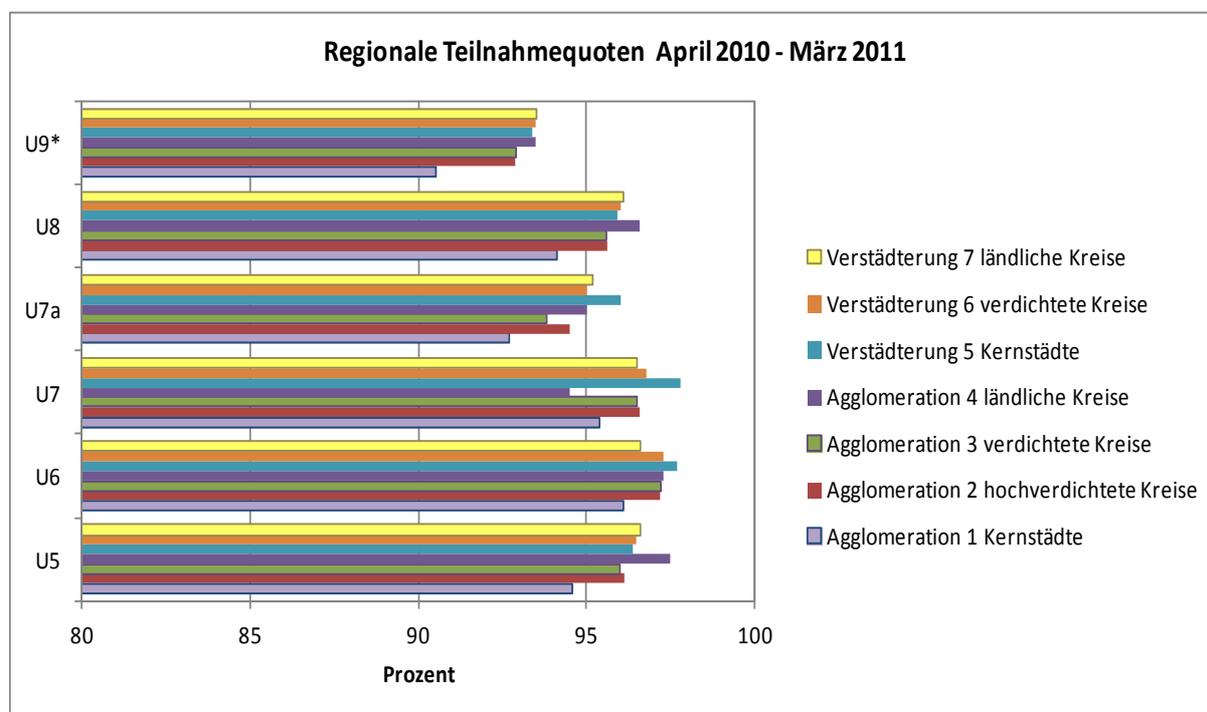
Antwortkategorien: stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, weiß nicht/keine Angabe

9.1.3 Tabellen zur Teilnahmestatistik (Modul 1)

Tabelle: Entwicklung des Anteils der Weiterleitungen an die Jugendämter an der Gesamtpopulation (%)

Untersuchung	gesamt	4/2009	1/2010	2/2010	3/2010
U 5	6,9	9,5	6,4	5,9	5,7
U 6	6,5	8,7	6,4	5,4	5,2
U 7	7,9		8,6	8,1	7,1
U 7a	20,4		23,0	19,9	18,4
U 8	14,6		15,0	14,2	14,6
U 9	13,4			14,1	12,6

Abbildung: Regionale Teilnahmequoten nach Regionstyp (April 2010 bis März 2011)



* U9 gültig für den Halbjahreszeitraum Oktober 2010 bis März 2011

Abbildung: Teilnahme nach Gemeindegrößenklasse (April 2010 bis März 2011)

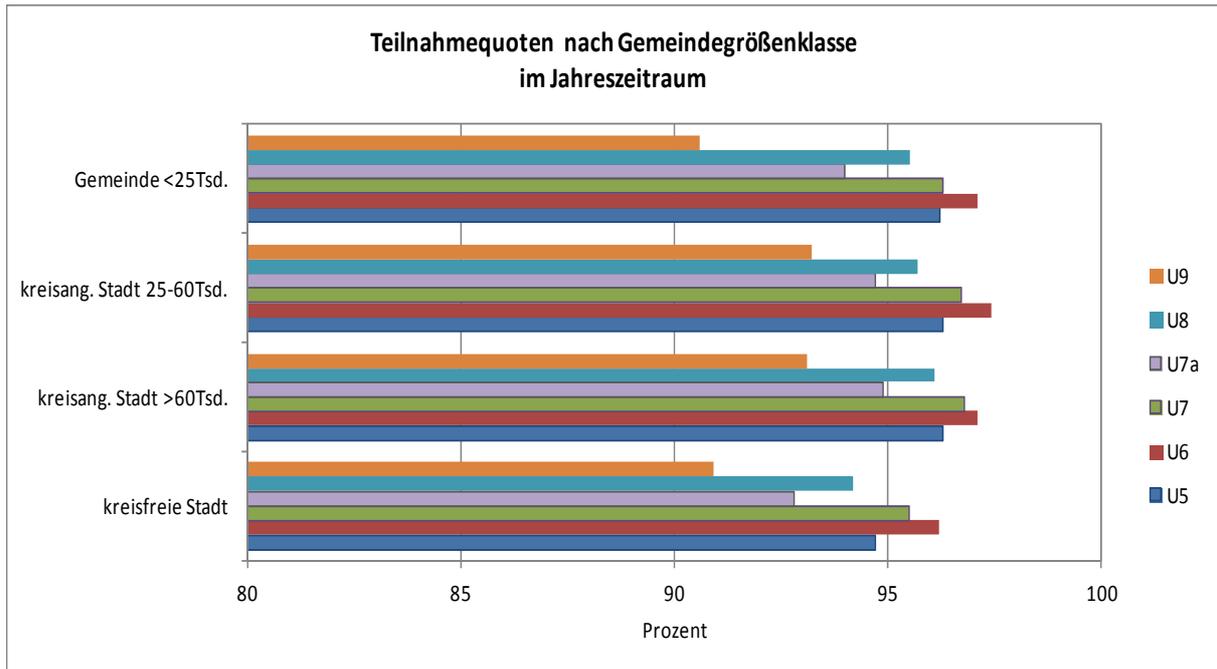


Tabelle: Entwicklung der Teilnahmequoten in den Gebietstypen je Untersuchungsstufe, quartalsweise (%)

	Gebietstyp	2/2010	3/2010	4/2010	1/2011
U5	Ballungskern	94,3	94,4	94,6	94,1
	Verdichtungsraum	94,9	95,8	96,2	95,8
	Ländlicher Raum	96,5	96,4	96,4	96,0
	durchschnittlich	95,5	95,7	95,8	95,4
U6	Ballungskern	95,7	96,1	96,2	95,5
	Verdichtungsraum	96,6	96,9	96,6	97,0
	Ländlicher Raum	97,2	97,3	97,3	97,5
	durchschnittlich	96,6	96,9	96,8	96,8
U7	Ballungskern	94,7	95,2	95,6	95,5
	Verdichtungsraum	95,8	95,8	96,3	96,6
	Ländlicher Raum	96,1	97,0	96,8	96,9
	durchschnittlich	95,6	96,2	96,4	96,4
U7a	Ballungskern	91,8	92,3	92,6	92,1
	Verdichtungsraum	93,8	93,7	94,4	94,5
	Ländlicher Raum	94,3	94,5	95,0	94,8
	durchschnittlich	93,5	93,7	94,2	94,0
U8	Ballungskern	93,6	94,3	94,1	93,1
	Verdichtungsraum	95,3	95,0	95,3	95,3
	Ländlicher Raum	95,5	95,6	96,1	96,0
	durchschnittlich	94,9	95,1	95,4	95,0
U9	Ballungskern		89,6	90,4	90,9
	Verdichtungsraum		90,8	92,1	93,0
	Ländlicher Raum	89,8	90,7	92,8	93,5
	durchschnittlich		90,6	92,0	92,7

Tabelle: Entwicklung der Weiterleitungen an das zuständige Jugendamt in den Gebietstypen je Untersuchungsstufe, quartalsweise (%)

	Gebietstyp	2/2010	3/2010	4/2010	1/2011
U5	Ballungskern	6,8	6,8	6,6	6,7
	Verdichtungsraum	7,0	6,1	4,9	5,1
	Ländlicher Raum	4,7	4,7	4,6	4,8
	durchschnittlich	5,8	5,6	5,3	5,5
U6	Ballungskern	6,6	6,2	6,2	6,9
	Verdichtungsraum	5,7	5,3	5,6	4,8
	Ländlicher Raum	4,6	4,9	4,6	4,2
	durchschnittlich	5,4	5,3	5,3	5,1
U7	Ballungskern	9,5	8,3	8,0	8,1
	Verdichtungsraum	8,0	7,5	7,1	6,3
	Ländlicher Raum	7,3	6,1	5,9	5,6
	durchschnittlich	8,1	7,1	6,8	6,5
U7a	Ballungskern	21,7	20,4	19,9	19,5
	Verdichtungsraum	19,9	19,2	18,0	17,0
	Ländlicher Raum	18,7	18,1	17,0	15,8
	durchschnittlich	19,8	19,0	18,0	17,2
U8	Ballungskern	16,9	16,8	16,7	16,2
	Verdichtungsraum	13,8	15,4	14,0	13,2
	Ländlicher Raum	12,8	13,5	12,5	11,5
	durchschnittlich	14,1	14,9	14,0	13,2
U9	Ballungskern		13,6	13,5	12,2
	Verdichtungsraum		12,4	11,2	9,8
	Ländlicher Raum	14,1	13,0	10,7	9,1
	durchschnittlich		13,0	11,6	10,1

9.2 Instrumente

9.2.1 Fragebogen der Ärztebefragung

TELEFONISCHE ÄRZTEBEFRAGUNG

Evaluation des Meldeverfahrens für U5 bis U9- Früherkennungsuntersuchungen (Aktion „Gesunde Kindheit“)

1. Zunächst einmal möchten wir von Ihnen gerne wissen: Sie sind...

Kinder-/Jugendarzt 1	Arzt für Allgemeinmedizin 2	Sonstiges_____ [F1S] 3	Nicht _____ vorlesen: w.n./k.A. 9
-------------------------	--------------------------------	---------------------------	---

2. Die Praxis an diesem Standort ist eine...

Einzelpraxis 1	Gemeinschaftspraxis 2	Sonstiges_____ [F2S] 3	Nicht _____ vorlesen: w.n./k.A. 9
-------------------	--------------------------	---------------------------	---

Wir kommen zum Meldeverfahren von Früherkennungsuntersuchungen U5-U9 des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW)

3. Alles in allem, wie **zufrieden** sind Sie mit dem gesamten Meldeverfahren U5-U9?

sehr zufriede- den 1	zufrieden 2	eher zufriede- den 3	eher unzu- frieden 4	unzufrieden 5	nicht vorlesen: weder zufrieden noch unzufrie- den 8	Nicht vorlesen: w.n./k.A. 9
----------------------------	----------------	----------------------------	----------------------------	------------------	--	-----------------------------------

4. Wie beurteilen Sie insgesamt die **praktische Umsetzung** des Meldeverfahrens, mit dem Sie die Beteiligung der Kinder an den U-Untersuchungen an das LIGA.NRW bzw. an die dafür beauftragte Firma AvP melden?

sehr gut	gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	nicht vorlesen: weder gut noch schlecht	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
1	2	3	4	5	8	9

5. Alles in allem, wie beurteilen Sie die **Zusammenarbeit** mit der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit beim LIGA.NRW?

sehr gut	gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	nicht vorlesen: weder gut noch schlecht	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
1	2	3	4	5	8	9

6. Wie beurteilen Sie den **Nutzen** des Meldeverfahrens U5-U9 allgemein?

sehr großer Nutzen	großer Nutzen	gewisser Nutzen	geringer Nutzen	kein Nutzen	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
1	2	3	4	5	9

7. Wir haben Aussagen zum Meldeverfahren U5-U9 gesammelt. Uns interessiert, wie Sie darüber denken und ob dies **für diese Arztpraxis** zutrifft.

[Programmierung: KEINE Rotation]	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
F7_1 Durch das Meldeverfahren ist die Teilnahme an U5 bis U9-Untersuchungen in dieser Praxis gestiegen	1	2	3	4	9
F7_2 Eltern stellen ihre Kinder durch das Meldeverfahren U5-U9 fristgerechter zur U5	1	2	3	4	9

[Programmierung: KEINE Rotation]	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
bis U9-Untersuchung in dieser Praxis vor					
F7_3 Durch das Meldeverfahren können Kinder, insbesondere aus Risikofamilien besser medizinisch betreut werden	1	2	3	4	9
F7_4 Mir ist bekannt, wie U-Untersuchungen zu melden sind	1	2	3	4	9
F7_5 Ich bin gut informiert über das gesamte Meldeverfahren, z.B. Ziele, Folgen der Nicht-Teilnahme an U-Untersuchungen etc.	1	2	3	4	9
F7_6 Die Informationsunterlagen vom LIGA.NRW für die Ärzte sind gut verständlich	1	2	3	4	9
F7_7 Die Unterlagen vom LIGA.NRW für die Ärzte enthalten alle notwendigen Informationen	1	2	3	4	9
F7_8 Die Informationsunterlagen vom LIGA.NRW für die Eltern sind gut verständlich	1	2	3	4	9
F7_9 Die Unterlagen vom LIGA.NRW für die Eltern enthalten alle notwendigen Informationen	1	2	3	4	9
F7_10 Die meisten Eltern sind gut über die U-Untersuchungen informiert	1	2	3	4	9

[Programmierung: KEINE Rotation]	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
F7_11 Die meisten Eltern kennen das schriftliche Erinnerungsverfahren vom LIGA.NRW	1	2	3	4	9
F7_12 Die meisten Eltern wissen, dass nach Erinnerung durch das LIGA.NRW bei Nicht-Teilnahme an den U5 bis U9-Untersuchungen das Jugendamt informiert wird	1	2	3	4	9
F7_13 Einige Eltern haben sich kritisch über die Meldepflicht geäußert	1	2	3	4	9
F7_14 Das Meldeverfahren ist effizient organisiert	1	2	3	4	9
F7_15 Die Lieferung von Meldeformularen funktioniert schnell	1	2	3	4	9
F7_16 Die Nachlieferung der Unterlagen für das Meldeverfahren ist unkompliziert	1	2	3	4	9
F7_17 Das Meldeverfahren lässt sich gut in unseren Praxisalltag integrieren	1	2	3	4	9
F7_18 Eine elektronische Meldung würde das Verfahren für mich erleichtern	1	2	3	4	9
F7_19 Durch das Meldeverfahren wechseln Eltern seltener die Praxis	1	2	3	4	9

[Programmierung: KEINE Rotation]	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
F7_20 Das Meldeverfahren belastet das Verhältnis zwischen Arzt und Eltern	1	2	3	4	9
F7_21 In meiner Praxis laden wir in einem eigenen Verfahren zusätzlich zur U-Untersuchung ein	1	2	3	4	9
F7_22 Der Aufwand des Meldeverfahrens, also Aufwand für Meldung, Material und Rückfragen, rechtfertigt eine zusätzliche Vergütung der Meldung	1	2	3	4	9

[Programmierung: Falls F7_22 = 1, 2, dann F7A.]

7A. Wie hoch sollte die Aufwandsentschädigung **pro Meldung** Ihrer Meinung nach sein? _____ **Euro**

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
F7_23 Die wöchentliche Meldefrist ist angemessen*	1	2	3	4	9

[Programmierung: Falls F7_23 = 3, 4, dann F7B.]

7B. Wie oft sollte Ihrer Meinung nach gemeldet werden, z.B. alle zwei Wochen oder ähnliche Zeiträume? _____

8. Wenn Sie an die Situation **vor Einführung** des Meldeverfahrens U5-U9 denken, wie ist Ihre Einschätzung?

	deutlich gestiegen	leicht gestiegen	weder gestiegen noch gesunken	leicht gesunken	deutlich gesunken	<u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A.
F8_1 Ganz allgemein ist die Zahl der U-Untersuchungen durch das Meldeverfahren ...	1	2	3	4	5	9
F8_2 Ganz allgemein ist die Zahl entdeckter Kindeswohlgefährdungen durch das Meldeverfahren	1	2	3	4	5	9
F8_3 Durch das Meldeverfahren ist in dieser Praxis die Zahl verspäteter U-Untersuchungen, d.h. U-Untersuchungen nach dem Toleranzzeitraum...	1	2	3	4	5	9

Die folgenden Fragen sind für die Evaluation sehr wichtig. Bitte versuchen Sie so gut es geht zu antworten.

9. Wie viele Ärzte führen in dieser Praxis U5 bis U9-Untersuchungen durch? Zählen Sie sich selbst bitte auch mit! _____

F9A 1 nicht vorlesen: weiß nicht/keine Angabe

10. Wie viele U5-U9-Untersuchungen führen **Sie persönlich** als Arzt / als Ärztin im Monat ungefähr durch? _____

F10A 1 nicht vorlesen: weiß nicht/keine Angabe

[Programmierung: Falls F9 > 1 und F9A = 0, dann F11.]

11. Da in Ihrer Praxis mehrere Ärzte solche Untersuchungen durchführen:

Wie viele U5-U9-Untersuchungen werden **in dieser Praxis** ungefähr im Monat durchgeführt?

F11A 1 nicht vorlesen: weiß nicht/keine Angabe

[Programmierung: Falls F10A = 1, dann F10B.]

[Falls F11A = 1, dann F11B.]

Wenn Sie Probleme mit Ihrer Einschätzung haben: Vielleicht können Sie sich einer der folgenden Kategorien zuordnen? Liegt die Anzahl der Untersuchungen pro Monat bei.....

	bei weniger als einer im Monat	etwa 1-5	etwa 6-10	etwa 11-20	etwa 21-50	höher, und zwar	<u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A.
F10B Ihnen persönlich	1	2	3	4	5	6 _____ F10B_S	9
F11B der Praxis insgesamt	1	2	3	4	5	6 _____ F11B_S	9

12. Zu welchem **Zeitpunkt** melden Sie bzw. meldet die Praxis die U-Untersuchungen an die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit?

1	sofort nach der Untersuchung	einmal in der Woche und zwar	meist seltener, z.B. 14 Tage nach Durchführung der U-Untersuchung	<u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A.
	2	<p>F12B</p> <p>Mo Di Mi Do Fr Sa So</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>kein spezieller Tag</p> <p>8</p> <p><u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A.</p> <p>9</p>	3	9

13. Wie hoch schätzen Sie Ihren durchschnittlichen Aufwand für Meldungen **von U5 bis U9-Untersuchungen** pro Woche ein?

	Aufwand für Sie als Arzt persönlich	Aufwand für nichtärztliches Personal (z.B. MFA)	<u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A.
Für die Meldung an LIGA.NRW inklusive Materialbestellung je Woche	F13_1A _____ Minuten	F13_1B _____ Minuten	F13_1_C
Für Rückfragen durch LIGA.NRW je Woche	F13_2A _____ Minuten	F13_2B _____ Minuten	F13_2_C
Für Rückfragen durch das Jugendamt je Woche	F13_3A _____ Minuten	F13_3B _____ Minuten	F13_3_C
Für Rückfragen durch Eltern je Woche	F13_4A _____ Minuten	F13_4B _____ Minuten	F13_4_C

Hinweis an Interviewer:

- Stunden bitte sofort in Minuten umrechnen

- Kommaangaben abrunden (2,5=2 Minuten)

14. Zum Abschluss würden wir gerne von Ihnen wissen: Liegt Ihre Praxis...

F14A

in einer Stadtregion 1	oder in einer ländlich oder kleinstädtisch geprägten Region 2	<u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A. 9
--------------------------------------	---	--

F14B

750.000 und mehr Einwohner	1	25.000 bis unter 50.000 Ew.	5
250.000 bis unter 750.000 Ew.	2	8.000 bis unter 25.000 Ew.	6
100.000 bis unter 250.000 Ew.	3	unter 8.000 Ew.	7
50.000 bis unter 100.000 Ew.	4		
		<u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A.	9

SIE HABEN ES GESCHAFFT. VIELEN DANK FÜR DIE ZEIT, DIE SIE SICH GENOMMEN HABEN!!!

15. Möchten Sie noch etwas im Zusammenhang mit dem Meldeverfahren U5-U9 hinzufügen?

9.2.2 Leitfaden Qualitatives Arztinterview

Eltern

- Welche Bereitschaft erleben Sie bei den Eltern, die Vorsorgeuntersuchungen zu nutzen?
- Informationsstand der Eltern
- Werden die Flyer zur „Aktion Gesunde Kindheit“ genutzt?
- Wie motivieren Sie weniger willige Eltern? Was wäre dafür hilfreich?
- Wie wirkt das Erinnerungsverfahren dabei?
- Aufklärung der Eltern (über Untersuchung, über Meldeverfahren)?
- Eigene Maßnahmen der Erinnerung

Implementierung in der Praxis

- Können sie kurz schildern wie das Verfahren bei Ihnen in den Praxisablauf integriert wurde? Wurden Anpassungen nötig?
- Wo entstehen bei Ihnen in der Praxis Probleme in der Umsetzung (Eltern/ Jugendamt/ Versand / Kartendaten / Nachfragen LIGA.NRW)
- Was verursacht den meisten Aufwand? Falls Anfangszeit: Gilt das heute noch?
- Was belastet am meisten?
- Ist (in Ihrer Praxis) eine Wirkung feststellbar? Werden bislang abstinente Familien erreicht?

Wirkung

- Sind die Untersuchungen von Nachzüglern/ neu erreichten Kindern anders?
- Wirkt sich das Meldeverfahren auf die Beziehung oder das Vertrauensverhältnis aus?
- Welchen Nutzen bringt das Verfahren aus ihrer Sicht ? Nachfrage: Kindeswohlgefährdung
- Informationswege und Datenschutz, Kontakte zum Jugendamt, Netzwerke
- Bei Auffälligkeiten nicht medizinischer Art: kennen Sie eine Ansprechperson?
- Schulungsbedarf Kindeswohlgefährdung?
- Alternative Vorgehensweisen, was wäre besser?

Basis der Einschätzung: Daten

- Wissen Sie, wie viele U-Untersuchungen pro Monat Sie machen? Wie stellen Sie das fest?

9.2.3 Fragebogen der Elternbefragung

TELEFONISCHE ELTERNBEFRAGUNG

Evaluation des Meldeverfahrens für U5 bis U9- Früherkennungsuntersuchungen (Aktion „Gesunde Kindheit“)

Screening / Kontaktphase (für EPC)

K1 Haben Sie Kinder im Alter bis zu sechs Jahren?

Ja

Nein (wenn nein: ENDE)

K2. Sind Sie für die Gesundheit ihres Kindes, wie z.B. die Besuche beim Kinderarzt und die Früherkennungsuntersuchungen, zuständig?

Ja

Nein (wenn nein: verantwortliche Person verlangen)

K3. Sind Sie Vater oder Mutter bzw. ein Erziehungsberechtigter des Kindes?

Mutter

Vater

Anderer Erziehungsberechtigter und zwar (Betreuerin des Kindes, Partner

(Wenn nicht, nach Zielperson fragen, Terminieren, Kontakt beenden)

1. Sind Sie für die Gesundheit ihres Kindes, wie z.B. die Besuche beim Kinderarzt und die Früherkennungsuntersuchungen, zuständig?

ja	1	
nein	2	→ verantwortliche Person verlangen
weiß nicht / keine Angabe	9	→ verantwortliche Person verlangen

2. Sind Sie Vater oder Mutter bzw. ein Erziehungsberechtigter des Kindes?

ja, Mutter	1	
ja, Vater	2	
ja, anderer Erziehungsberechtigter, und zwar	3	→ bitte eintragen
nein, kein Erziehungsberechtigter	4	→ nach Zielperson fragen, ggf. Termin vereinbaren, ansonsten ENDE
weiß nicht / keine Angabe	9	→ nach Zielperson fragen, ggf. Termin vereinbaren, ansonsten ENDE

3. Wie viele Kinder im Alter zwischen 0 und 6 Jahren haben Sie?

Anzahl:

4. Können Sie mir Geburtsjahr und Geburtsmonat des Kindes dieses Kindes / dieser Kinder nennen?

	4. Geburts-jahr	4. Geburts-monat	5. teilge-nommen	5. nicht teil-genom-men	5. keine Angabe
ältestes Kind zw. 0 u. 6 Jahren			1	2	9
zweit-ältestes Kind zw. 0 u. 6 Jahren			1	2	9
dritt-ältestes Kind zw. 0 u. 6 Jahren			1	2	9
viert-ältestes Kind zw. 0 u. 6 Jahren			1	2	9



5. Und hat dieses Kind im letzten Jahr an einer Früherkennungsuntersuchung U5 bis U9 teilgenommen?

6. Woher wissen Sie, wann Ihr Kind zur nächsten Früherkennungsuntersuchung gehen sollte? (Mehrfachantworten möglich)

Werde vom Arzt bzw. in der Praxis erinnert	1
Vorsorgeheft	2
Elektronischer Erinnerungsdienst durch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	3

Kindertagesstätte (KiTa)	4
Sonstiges, und zwar ... (<i>Int.: Bitte eintragen!</i>) <input type="text"/>	5
weiß nicht / keine Angabe	9

7. Haben Sie schon einmal von der „Aktion Gesunde Kindheit“ gehört? Ist Ihnen diese Aktion bekannt?

ja	1	→ Frage 8.
nein	2	→ Frage 9.
weiß nicht / keine Angabe	9	→ Frage 9.

8. Durch wen sind Sie auf die „Aktion Gesunde Kindheit“ aufmerksam geworden? (Mehrfachantworten möglich)

Zentrale Stelle Gesunde Kindheit im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit	1
Soziale Dienste	2
Kindertagesstätte	3
Gesundheitsdienst	4
Presse	5
Internet	6
Migrantenorganisation	7
Andere Quelle, und zwar	8
keine Angabe / weiß nicht	9

9. Die „Aktion Gesunde Kindheit“ erinnert Sie an die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung. Ist Ihnen das bekannt?

ja	1
nein	2
weiß nicht / keine Angabe	9

10. Wissen Sie, dass das Jugendamt informiert wird, wenn Ihr Kind auch nach Erinnerung durch die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit nicht an den U5- bis U9-Untersuchungen teilnimmt?

ja	1
nein	2
weiß nicht / keine Angabe	9

11. Sind Sie von der Zentralen Stelle der „Aktion Gesunde Kindheit“ (im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen) irgendwann einmal schriftlich an die Frühuntersuchung U5 bis U9 erinnert worden?

ja	1	→ weiter mit Frage 12
nein	2	→ weiter mit Frage 11a.
weiß nicht / keine Angabe	9	→ weiter mit Frage 11a.

11a. Und ist es irgendwann schon einmal vorgekommen, dass Sie eine der Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 für Ihr Kind / Ihre Kinder versäumt haben?

ja	1	→ weiter mit Frage 12
nein	2	→ weiter mit Frage 14
weiß nicht / keine Angabe	9	→ weiter mit Frage 14

12. Was war der Grund dafür, dass Sie zu spät oder überhaupt nicht mit dem Kind zur Frühuntersuchung gegangen sind?

Das Kind war krank	1
Ich habe keinen Termin bei dem Arzt bekommen	2
Ich habe die Früherkennungsuntersuchung vergessen	3
Ein Termin beim Arzt war vereinbart, ich konnte aber nicht	4
Die schriftliche Erinnerung war unberechtigt, da das Kind bereits untersucht wurde	5
Anderer Grund, und zwar: <i>Int.: Bitte notieren!</i> <input type="text"/>	6
keine Angabe / weiß nicht	9

Falls F11. = 2 oder 9 → F14.

**13. Wie haben Sie das Anschreiben der Aktion „Gesunde Kindheit“ wahrgenommen?
(Mehrfachantworten möglich)**

Freundlich, einladend	1
leicht verständlich	2
sachlich	3
fordernd	4
drohend	5
anders, und zwar ... <i>Int.: Bitte notieren!</i> <input type="text"/>	6
keine Angabe / weiß nicht	9

ALLE:

14. Wie bewerten Sie den gesundheitlichen Nutzen für Ihr Kind durch die Teilnahme an den bisherigen U5- bis U9-Untersuchungen?

sehr großer Nutzen <input type="checkbox"/> 1	großer Nutzen <input type="checkbox"/> 2	gewisser Nutzen <input type="checkbox"/> 3	geringer Nutzen <input type="checkbox"/> 4	kein Nutzen <input type="checkbox"/> 5
--	---	---	---	---

ALLE:

15. Standen Sie irgendwann einmal in Kontakt mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Aktion „Gesunde Kindheit“?

ja	1	→ weiter mit Frage 16
nein	2	→ weiter mit Frage 17
weiß nicht / keine Angabe	9	→ weiter mit Frage 17

ALLE:

16. Alles in allem, wie bewerten Sie den Kontakt mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der „Aktion Gesunde Kindheit“? Sind Sie ...

sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	nicht vorlesen: weder zufrieden noch unzufrieden	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
1	2	3	4	5	8	9

ALLE

17. Wir haben Aussagen zur Früherkennungsuntersuchung und zur „Aktion Gesunde Kindheit“ gesammelt. Uns interessiert, wie Sie darüber denken und ob dies für Sie zutrifft.

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
Frühuntersuchungen sind für die Sicherstellung der gesundheitlichen Entwicklung meines Kindes sinnvoll	1	2	3	4	9
Es dauert lange, bis wir für unser Kind einen Termin zur Frühuntersuchung erhalten	1	2	3	4	9
Der Anfahrtsweg bis zu dem Kinderarzt bzw. Allgemeinarzt, der die Frühuntersuchung durchführt, ist sehr weit	1	2	3	4	9
Die Zeit, die wir mit dem Kind beim Arzt für die Durchführung der Frühuntersuchung verbringen, ist zu lange	1	2	3	4	9
Frühuntersuchungen helfen dem Kind nicht , um Gesundheitsdefizite aufzudecken.	1	2	3	4	9
Durch die Aktion Gesunde Kindheit schicken mehr Eltern ihre Kinder zur U5 bis U9-Untersuchung	1	2	3	4	9
Die schriftliche Erinnerung der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit unterstützt mich in der Gesundheitsfürsorge	1	2	3	4	5
Eltern achten durch die Aktion Gesunde Kindheit frühzeitig darauf, dass ihr Kind an einer U5 bis U9-Untersuchung teilnimmt	1	2	3	4	9
Durch die Aktion Gesunde Kindheit können Kinder aus sozial schwächeren Fa-	1	2	3	4	9

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Nicht vorlesen: w.n./k.A.
milien besser medizinisch betreut werden					
Ich fühle mich gut informiert über die Aktion „Gesunde Kindheit“ und weiß, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gefördert werden soll	1	2	3	4	9
Ich bin gut über die medizinischen Untersuchungen informiert, die mein Kind bei einer anstehenden Frühuntersuchung erhält	1	2	3	4	9
Ich finde es richtig, dass die Aktion Gesunde Kindheit die Jugendämter zum Wohl des Kindes einschalten kann	1	2	3	4	9
Wenn mich das Jugendamt wegen einer Nichtteilnahme aufsucht, so ist das übertrieben	1	2	3	4	9
Das Erinnerungsverfahren belastet mein Verhältnis zum Arzt	1	2	3	4	9
Statt des Arztes möchte ich gerne selbst der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit mitteilen, dass mein Kind an einer Frühuntersuchung teilgenommen hat	1	2	3	4	9
Falls bereits schriftlich erinnert (F11. = 1):					
Die Zeit zum Nachholen der Frühuntersuchung nach einer schriftlichen Erinnerung reicht vollkommen aus	1	2	3	4	9

Vielen Dank für Ihre bisherigen Antworten. Sie wissen, dass wir das gesamte Interview nicht in Verbindung mit Ihrem Namen auswerten. Wichtig ist allerdings, wie einzelne Bevölkerungs-Gruppen denken und handeln. Deshalb habe ich zum Abschluss noch vier Fragen für die Statistik

ALLE

S1. Wie viele Einwohner hat Ihr Wohnort ungefähr?

750.000 und mehr Einwohner	1	25.000 bis unter 50.000 Ew.	5
250.000 bis unter 750.000 Ew.	2	8.000 bis unter 25.000 Ew.	6
100.000 bis unter 250.000 Ew.	3	unter 8.000 Ew.	7
50.000 bis unter 100.000 Ew.	4		
		<u>Nicht vorlesen:</u> w.n./k.A.	9

S2. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

ja	1
nein	2
weiß nicht / keine Angabe	9

S3. Sind Sie im Ausland geboren?

ja	1
nein	2
weiß nicht / keine Angabe	9

S4. Sind Ihre Eltern im Ausland geboren

ja	1
nein	2
weiß nicht / keine Angabe	9

SIE HABEN ES GESCHAFFT. VIELEN DANK FÜR DIE ZEIT, DIE SIE SICH GENOMMEN HABEN!!!

Möchten Sie noch etwas im Zusammenhang mit der Meldung und Erinnerung der U5-U9-Früherkennungsuntersuchungen hinzufügen?

ZUM SCHLUSS

Ergänzung

Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik ISS in Frankfurt am Main, das die „Aktion Gesunde Kindheit“ untersucht, möchte mit Müttern und Vätern aus Nordrhein-Westfalen gerne ein ausführlicheres telefonisches Gespräch zu Früherkennungsuntersuchungen führen. Hätten Sie prinzipiell Interesse an einem ca. halbstündigen telefonischen Gespräch?

Falls „ja“: Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik würde sich in den nächsten Tagen bei Ihnen zwecks Terminvereinbarung telefonisch melden. Dürfen wir Ihre Telefonnummer und Ihren Namen für diesen Zweck dem Institut weitergeben?

Falls Interesse: Um Ihren Namen und Ihre Telefonnummer an das Institut weitergeben zu dürfen, benötigen wir eine schriftliche Genehmigung von Ihnen. Ich schicke Ihnen hierzu eine E-Mail (Fax, Brief), die Sie bitte lesen und auf der Sie uns bitte bestätigen, dass Sie der Weitergabe Ihrer Daten an das ISS zum Zweck eines weiteren telefonischen Interviews zustimmen. Diese E-Mail (Fax, Brief) senden Sie dann bitte so schnell wie möglich wieder an uns zurück.

9.2.4 Leitfaden Qualitatives Elterninterview

Hinweis auf Anonymität, daher keine Kenntnis über die Beantwortung der Fragen im standardisierten Interview. Erlaubnis um Aufnahme.

- Wie viele Kinder haben Sie? Wie viele zwischen 0 und 6?
- Wie alt sind die Kinder?
- Hat für eines oder mehrere der Kinder in letzter Zeit eine Früherkennungsuntersuchung angestanden?
- Kennen Sie sich mit den Früherkennungsuntersuchungen aus? Was wissen Sie über die Früherkennungsuntersuchungen? Woher wissen Sie darüber?
- Kennen Sie das Meldeverfahren in Nordrhein-Westfalen, in dem Eltern an die Früherkennungsuntersuchungen erinnert werden? Woher haben Sie davon gehört?
- Sind Sie bis jetzt immer hingegangen zu den Frühuntersuchungen?
- Halten Sie die Früherkennungsuntersuchungen selbst für sinnvoll?
- Waren Sie schon einmal zu spät zu einem Termin? Warum?
- Zu welcher Art Arzt (Hausarzt/ Kinderarzt) gehen Sie? Gibt es einen bestimmten Grund dafür?
- Wie war das einen Termin zu bekommen (einfach – nicht so einfach- hat es länger gedauert)?
- Sind solche Termine mit ihrem Alltag leicht vereinbar (Berufstätigkeit)?
- Wurden Sie durch LIGA.NRW mal an die Teilnahme an einer U erinnert?
- Wie war das für Sie? Wie fanden Sie diesen Brief? Wie haben Sie sich dann gefühlt?
- Und wie ging es dann weiter? Was haben Sie dann gemacht?
- Wie stehen Sie dem Meldeverfahren gegenüber? Finden Sie es gut oder schlecht?
- Haben Sie irgendwelche Verbesserungsvorschläge – Hätten Sie zum Beispiel lieber eine Einladung vor Beginn des Untersuchungszeitraums?
- Wird das Thema „Meldeverfahren“ in Ihrem Bekanntenkreis thematisiert? Sprechen Sie mit anderen Eltern über das Verfahren?

9.2.5 Leitfaden Jugendämter

Organisatorische und konzeptionelle Einbindung

- Stand die Umsetzung jemals zur Disposition?
- Wo angesiedelt, wer ist alles involviert? (ASD, KSD, Erziehungshilfe, Frühe Hilfen etc.) und gab es Änderungen?
- Warum dort? Stellenwert bzw. Ziele?
- Verfahrensregeln entwickelt für die Umsetzung z.B. Arbeitshilfe des LWL
- Personelle Ressourcen: wurde Personal eingestellt und wie viel?
- Bedeutung für bestehende Netzwerke und Kooperationen (Kinderschutz, andere Programme Prävention)? Gibt es eine Verknüpfung (konzeptionell, fallweise)?
- Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren insbes. Ärztinnen und Ärzte; Gesundheitsamt? Gibt es durch das Verfahren eine Möglichkeit, Barrieren abzubauen?

Bearbeitung der LIGA.NRW Meldungen

- Erste Schritte z.B. Prüfen, Strukturieren?
- Alles in einer Hand oder Weiterleitung: wann wird weitergeleitet?
- Wie passiert die Kontaktaufnahme, auf welchen Wegen und wie oft Kontaktversuche? Hausbesuch eher früh oder spät?
- Unterschiede bei bekannten – nicht bekannten Familien?
- Informationseinholung
- Wann wird ein Fall abgeschlossen (mit welchem Eintragsmöglichkeiten)
- Was passiert, wenn Sorgeberechtigte Kind nicht einem Arzt vorstellen? Wird U-Teilnahme weiter verfolgt?
- Gibt es mangelnde Kooperationsbereitschaft und wie gehen Sie damit um?
- (Häufige) Bearbeitungsprobleme? An wen wenden Sie sich, Lösungen?

Reaktionen der Eltern

- Wie ist die Reaktion der Eltern?
- Informationsstand zum Verfahren, welche Fragen kommen?
- Falls verweigert wird, welche Gründe nennen die Eltern?

Effektivität bzw. Nutzen

- Fehlmeldungen, woran liegt das ihrer Meinung nach?
- Die Fälle, die sie bearbeiten, lassen die sich regional oder sozial beschreiben (bestimmte Merkmale/Milieus, bestimmter Sozialraum)?
- Trägt Verfahren bei, Kindeswohlgefährdung zu entdecken?

- Zugang zu bislang nicht bekannten Risikofamilien?
- Nebeneffekte positiv (oder negativ)? z.B. Beratung und Hilfeangebot an Familien, Fälle in denen man froh war Kontakt aufnehmen zu können?
- Hätte man diese Familien, Kinder auch auf anderem Wege erreichen oder in Kontakt hätten kommen können?
- Glauben Sie, dass die Umsetzung der TeilnahmeDatVO eine gute Ergänzung darstellt zu den bestehenden kommunalen Maßnahmen/Netzwerk zum Kinderschutz?
- Glauben Sie, dass durch die Umsetzung der TeilnahmeDatVO KWG präventiv entgegenwirkt werden kann?
- Was wären vor Ort Alternativen, was wäre besser?
- Image bzw. Selbstverständnis Jugendamt (vgl. Block 1)

Dokumentation / Daten

- Wie wird dokumentiert, zentrale Zusammenführung der Daten?
- Welche Daten werden im Rahmen der Bearbeitung gesammelt? (z.B. auch Soziodemografie, Migrationshintergrund, Quartier/Sozialraum, Ergebnis Gefährdungsbereiche, früherer Kontakt)
- Datennutzung: a. im Rahmen des Verfahrens (Gedächtnis)
b. Werden bestimmte Daten erfasst und weitergegeben für Fallarbeit, für hauseigene Statistik?
- Datenauswertung
- Vergleichbar mit den Daten, die im Rahmen des Schutzauftrags §8a gesammelt werden?
- § 8a-Statistik (Prüfbereich gesundheitliche Vorsorge) aggregiert auf Jugendamtsebene?
- Haben Sie Zahlen, in wie vielen Fällen nach §8a ermittelt wird mit welchem Ergebnis?

9.2.6 Leitfaden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter LIGA.NRW

- **Tätigkeitsbeschreibung**

Organigramm, Mitarbeiterzahl

Wie sieht die Tätigkeit genau aus?

Wie hoch ist ihr Arbeitsaufwand?

Wie wird mit Ausfällen (z.B. Krankheit, Urlaube) umgegangen?

- **Schnittstellen mit andere Bereichen**

Kontakt mit wem, in welcher Form

Bewertung und Potential Verbesserung

- **Bewertung**

Was läuft gut?

Wo gibt es Schwierigkeiten? (Organisation, Ablauf, Entscheidungen, Konzeption)

Wie wird mit Schwierigkeiten umgegangen?

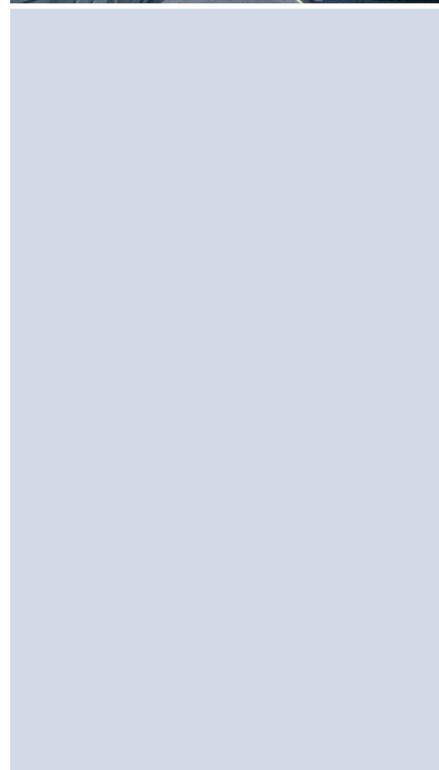
Was könnte man verbessern in ihrem Bereich / am Verfahren?

Kurzprofil

Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS-Frankfurt a. M.) wurde im Jahr 1974 vom Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt e.V. (AWO) gegründet und ist seit 1991 als rechtlich selbständiger gemeinnütziger Verein organisiert.

Das ISS-Frankfurt a. M. beobachtet, analysiert, begleitet und gestaltet Entwicklungsprozesse der Sozialen Arbeit und erbringt wissenschaftliche Dienstleistungen für Ministerien, Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Einrichtungsträger. Gefördert wird das Institut durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

- Das Leistungsprofil des ISS-Frankfurt a. M. steht als wissenschaftsbasiertes Fachinstitut für Praxisberatung, Praxisbegleitung und Praxisentwicklung an der Schnittstelle von Praxis, Politik und Wissenschaft der Sozialen Arbeit und gewährleistet damit einen optimalen Transfer.
- Zum Aufgabenspektrum gehören wissenschaftsbasierte Dienstleistungen und Beratung auf den Ebenen von Kommunen, Ländern, Bund und der Europäischen Union sowie der Transfer von Wissen in die Praxis der Sozialen Arbeit und in die Fachöffentlichkeit.
- Die Arbeitsstruktur ist geprägt von praxiserfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, häufig mit Doppelqualifikationen, die ein breites Spektrum von Themenfeldern in interdisziplinären Teams bearbeiten. Dadurch ist das Institut in der Lage, flexibel auf Veränderungen in Gesellschaft und Sozialer Arbeit sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanforderungen für Dienstleister, Verwaltung und Politik einzugehen.
- Auf der ISS-Website finden Sie u.a. Arbeitsberichte, Gutachten und Expertisen zum Download. Weitere Informationen zum ISS-Frankfurt a. M. und zu dessen Kooperationen erhalten Sie unter www.iss-ffm.de.





Institut für Sozialarbeit
und Sozialpädagogik e. V.
Zeilweg 42
60439 Frankfurt am Main

Telefon +49 (0) 69 / 95789-0
Telefax +49 (0) 69 / 95789-190
E-Mail info@iss-ffm.de
Internet www.iss-ffm.de

