



Unsere Zukunft. Unsere Verantwortung.

**Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V.
(Bündnis KJG)
(vormals DAKJ e. V.)**

Chausseestraße 128 / 129 • 10115 Berlin
T 030 4000 588-0 • F 030 4000 588-8
kontakt@buendnis-kjg.de • www.buendnis-kjg.de

Stellungnahme zum Referentenentwurf KiTa-Startchancen- und Qualitäts- entwicklungsgesetz

Stellungnahme der Kommission für frühe Betreuung und Kindergesundheit im Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. (Bündnis KJG)

Das Bündnis KJG e.V. bedankt sich für die Gelegenheit, im Rahmen der Verbändeanhörung Stellung nehmen zu können zum *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Startchancen von Kindern und zur Qualitätsentwicklung in der Kindertagesbetreuung (SCQEG, Bearbeitungsstand 14.07.2026)*.

Präambel:

Grundsätzlich begrüßen wir die Gesetzesinitiative. Im gesamten Entwurf kommen allerdings die Begriffe „Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“, „Sozialpädiatrisches Zentrum“ und „Logopädie“ kein einziges Mal vor; „pädiatrisch“ fällt genau einmal – ausschließlich in der Begründung zu § 22c Abs. 1, nicht im Gesetzestext selbst. „Frühe Hilfen“ und „öffentlicher Gesundheitsdienst“ werden nur in der Begründung zu § 22d als Beispiele für Sozialraum-Vernetzung genannt, ohne Entsprechung im verbindlichen Normtext.

Es bleibt zunächst bei einer Erhebung des Sprach- und Entwicklungsstands durch pädagogisches Personal mit unklarer Qualifikation und uneinheitlichen Instrumentarien. Die bereits heute mit dieser Aufgabe befassten Strukturen – vor allem die Kinder- und Jugendärzt:innen mit ihren im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen kontinuierlich erhobenen Entwicklungsdaten, der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), die Frühen Hilfen, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sowie auch die Schuleingangsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (SEU/KJGD) – werden nicht nachvollziehbar nicht eingebunden. Die Ressourcen für die auf die Feststellung folgenden anregungspädagogischen und – wenn notwendig -therapeutischen Angebote werden nicht adressiert.

Aus entwicklungspsychologischer, neuroanatomischer und pädiatrischer Sicht sind die frühen Lebensjahre, insbesondere die ersten 1.000 Tage für die kindliche Entwicklung prägend. Eine erstmalige Erhebung des Sprach- und Entwicklungsstands erst im Alter von vier bis fünf Jahren setzt damit zu spät an, um frühzeitig wirksam entwicklungsstimulierende (verbindliche Platzzusage in U3-Kitas) und ggf. therapeutische Maßnahmen gegensteuern zu können. Eine Möglichkeit, deutlich früher anzusetzen, wäre die verbindliche, bundesweite Einführung der bislang nicht verpflichtenden kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeuntersuchung U7a, spätestens U8 (46.–48. Lebensmonat, Toleranzgrenze 43.–50. Monat) als der Kita-Erhebung vorgelagerte Untersuchung: Ein bereits im dritten oder vierten Lebensjahr erhobener U7a- bzw. U8-Befund sollte von der Kindertageseinrichtung anerkannt und in die Erhebung nach §

22c einbezogen werden, statt ihn ein bis zwei Jahre später erneut zu erheben. Die U9 (60.–64. Lebensmonat) könnte ergänzend als gemeinsamer, mit der Kita abgestimmter Prüfzeitpunkt kurz vor Schuleintritt dienen.

Dabei müssen Doppelstrukturen zwischen der Kita-internen Erhebung nach § 22c und den kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeuntersuchungen unbedingt vermieden werden: Vorliegende U7a- bzw. U8-Befunde sollten die Erhebung nach § 22c ersetzen oder zumindest vollständig anrechenbar sein, statt Kinder und Fachkräfte in Kita und Praxis doppelt zu belasten. Die folgenden Vorschläge zielen darauf, die beschriebenen Lücken paragrafenscharf zu schließen.

Formulierungsvorschläge nach Paragraphen

§ 22b Abs. 1 und 3 – Personelle Ausstattung / Fachkraft-Kind-Schlüssel

Ist-Zustand: Die Begründung zitiert selbst die wissenschaftlich empfohlenen Personal-Kind-Schlüssel der Arbeitsgruppe Frühe Bildung (1:2,9 für Kinder bis 3 Jahre, 1:6,52 für Kinder ab 3 Jahren bis Schuleintritt) sowie konkrete Zeitanteile (18 % mittelbare pädagogische Arbeit, 20 % Ausfallzeiten, 44 % VZÄ für Leitung). Im Gesetzestext selbst werden diese Werte jedoch nicht kodifiziert – § 22b Abs. 3 überlässt „das Nähere“ vollständig dem Landesrecht.

Ergänzungsvorschlag: Aufnahme der in der Begründung selbst genannten Personal-Kind-Relationen als bundesrechtliche Mindeststandards in § 22b Abs. 1, z. B. als neuer Satz: „Die Fachkraft-Kind-Relation soll rechnerisch eine pädagogische Fachkraft für bis zu vier Kinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres und für bis zu neun Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt nicht unterschreiten.“ Landesrecht regelt dann nur noch die Umsetzung, nicht mehr die Höhe des Schlüssels.

§ 22c Abs. 1 – Qualifikation und Anschluss an medizinische Diagnostik

Ist-Zustand: Die Begründung stellt klar: „Sollte eine über die Sprach- und Entwicklungsstandsfeststellung hinausgehende differenzierte Diagnostik notwendig sein, [...] sollte diese durch pädiatrisches oder therapeutisches Fachpersonal erfolgen.“ Dieser Grundsatz taucht im eigentlichen Gesetzestext von § 22c Abs. 1 nicht auf – er ist rechtlich unverbindlich.

Ergänzungsvorschlag: Ergänzung von § 22c Absatz 1 Satz 1 um eine neue Nummer: „Besteht Anhalt für eine über den festgestellten Förderbedarf hinausgehende Entwicklungsstörung, wirkt die Tageseinrichtung auf eine vertiefte Abklärung durch pädiatrisches oder therapeutisches Fachpersonal hin.“ Ergänzend: bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Qualifikation der feststellenden Fachkräfte (aktuell nur „hierfür qualifizierte Fachkräfte“, näher konkretisiert allein über Landesrecht nach Abs. 7).

§ 22c Abs. 2 – Datenweitergabe an die Grundschule

Ist-Zustand: Positiv: Eine Löschfrist von max. einem Jahr nach Schuleintritt ist vorgesehen (Art. 17 DSGVO). Die Personensorgeberechtigten werden jedoch nur informiert, nicht um Einwilligung gebeten; die Übermittlungspflicht der Kita entsteht automatisch, sobald Landesrecht der Schule ein Anforderungsrecht einräumt.

Ergänzungsvorschlag: Einführung eines ausdrücklichen Widerspruchsrechts der Personensorgeberechtigten gegen die Datenübermittlung nach Abs. 2, verbunden mit einer Pflicht der Kita, hierüber gesondert (nicht nur im Rahmen der allgemeinen Information nach Abs. 1) aufzuklären. Ergänzend: optionale, einwilligungsbasierte Übermittlungsmöglichkeit an die behandelnde Kinder- und Jugendarztpraxis bzw. den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Sicherung der Anschlussversorgung.

§ 22c Abs. 5 – Kinder ohne Kitabesuch

Ist-Zustand: Formuliert deutlich schwächer als Abs. 1: Feststellung „soll“ erfolgen, Förderung „soll mindestens angeboten werden“ – im Gegensatz zur verbindlichen Pflicht für Kita-Kinder. Gerade diese Gruppe gilt fachlich als besonders vulnerabel und schwer erreichbar.

Ergänzungsvorschlag: Angleichung der Verbindlichkeit an Abs. 1, ergänzt um eine ausdrückliche Möglichkeit, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als zuständige Stelle zu benennen, da diese Kindergruppe über die bestehenden Schuleingangsuntersuchungs-Strukturen der Gesundheitsämter ohnehin bekannt sein kann.

§ 22c Abs. 6 – Länderöffnungsklausel „zuständige Stelle“

Ist-Zustand: Länder können abweichend von der Kita auch andere Stellen (laut Begründung z. B. die Grundschule) mit Feststellung und Förderung betrauen, um „bereits etablierte Strukturen“ zu nutzen. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wird als Option nicht ausdrücklich genannt, obwohl er in vielen Ländern die etablierteste Struktur mit einschlägiger Erfahrung ist (vgl. Schuleingangsuntersuchungen).

Ergänzungsvorschlag: Ausdrückliche Klarstellung in Abs. 6, dass Länder den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als zuständige Stelle bestimmen können, sowie eine Pflicht zur verbindlichen Rückkopplung der Ergebnisse an die weiterhin fördernde Kindertageseinrichtung (aktuell nur als „Austausch mit den dafür zuständigen Stellen“ in der Begründung erwähnt, nicht im Normtext).

§ 22a Abs. 2 – Zusammenarbeit

Ist-Zustand: Die Zusammenarbeitspflicht nennt Erziehungsberechtigte/Kindertagespflegepersonen, kinder- und familienbezogene Institutionen sowie Schulen – der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bzw. niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen sind weder hier noch an anderer Stelle im Gesetzestext als Kooperationspartner benannt.

Ergänzungsvorschlag: Ergänzung einer weiteren Nummer: „mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sowie mit Kinder- und Jugendärzt:innen, insbesondere zur Abstimmung der Sprach- und Entwicklungsstandsfeststellung nach § 22c und zur Sicherstellung einer Anschlussversorgung bei festgestelltem erheblichen Förderbedarf.“

§ 22a Abs. 3 – Fachberatung (zeitliche Lücke)

Ist-Zustand: Die verbindlichen Fachberatungs-Mindestzeiten (80/120/240 Min./Woche) treten laut Begründung bewusst erst 2032 (Artikel 3) in Kraft, während die Diagnostikpflicht nach § 22c und die Grundpflichten zur Personalausstattung nach § 22b bereits 2029 (Artikel

2) gelten. Kitas müssten damit drei Jahre lang Sprach-/Entwicklungsstände feststellen und fördern, ohne dass die dafür vorgesehene Fachberatungsstruktur rechtlich abgesichert ist.

Ergänzungsvorschlag: Vorziehen der Fachberatungs-Mindestzeiten auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens von § 22c (2029), zumindest für Einrichtungen, die bereits zur Sprach- und Entwicklungsstandsfeststellung verpflichtet sind.

§ 22d – Kitas mit erhöhtem Anteil an Kindern in herausfordernden Lebenslagen

Ist-Zustand: Die Begründung nennt „Frühe Hilfen“, den „öffentlichen Gesundheitsdienst“ und Familienberatungsstellen als Beispiele relevanter Vernetzungspartner der zusätzlichen Kita-Sozialarbeits-Fachkraft – dies ist jedoch nur illustrativ, nicht im Gesetzestext verankert. Die Kriterien zur Identifikation der Einrichtungen (Abs. 2) nennen finanzielle Bedürftigkeit, Familiensprache und sprachliche Entwicklung als Pflichtkriterien; ein Sozialindex auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen wird in der Begründung nur als mögliches Zusatzkriterium erwähnt, nicht vorgeschrieben.

Ergänzungsvorschlag: 1) Aufnahme der Vernetzung mit Frühen Hilfen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst als ausdrückliche Aufgabe der zusätzlichen Fachkraft in § 22d Abs. 1. im Sinne einer Kooperationsgebotes 2) Verpflichtende (statt optionale) Einbeziehung der Förderbedarfsquote aus den Schuleingangsuntersuchungen als Kriterium zur Identifikation der Einrichtungen nach Abs. 2 – entspricht der langjährigen BVKJ-Forderung, SEU-Daten zur Ressourcensteuerung zu nutzen.

§ 24 Abs. 6 – Hinwirken auf Inanspruchnahme

Ist-Zustand: Die Norm verpflichtet Träger der öffentlichen Jugendhilfe, durch geeignete Maßnahmen auf die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuung hinzuwirken – ohne Bezug zu bestehenden Zugangswegen über das Gesundheitssystem.

Ergänzungsvorschlag: Ausdrückliche Nennung der Kooperation mit dem Netzwerk Frühe Hilfen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst als geeignete Maßnahme, da Familien mit besonders geringer Kita-Inanspruchnahme dort häufig bereits Anknüpfungspunkte haben.

§ 24b Abs. 1 – Monitoring

Ist-Zustand: Die bundesweite Beobachtung der Sprach- und Entwicklungsstände (Nr. 2) ist als eigenständige neue Erhebung konzipiert, ohne Bezug zu den bereits bestehenden, gesetzlich verpflichtenden Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter.

Ergänzungsvorschlag: Verpflichtung zum Abgleich der Monitoring-Ergebnisse mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen zur Qualitätssicherung und Vermeidung von Doppelstrukturen, sowie Auswertung nach Sozialindex/Einrichtungstyp für eine zielgerichtete Ressourcensteuerung.

§ 74a Satz 2 – Finanzierungsvoraussetzung

Ist-Zustand: Die Einhaltung der §§ 22–22d wird zur Voraussetzung der Trägerfinanzierung – ein wirksamer, aber scharfer Vollzugsmechanismus, der bei Nichteinhaltung aufgrund von

Fachkräftemangel (statt Trägerversagen) zu Einrichtungsschließungen und damit zu einer Verschärfung der Unterversorgung führen könnte.

Ergänzungsvorschlag: Klarstellung, dass bei nachweislich strukturellem Personalmangel Übergangsregelungen statt Finanzierungsentzug greifen, verbunden mit einem Unterstützungsangebot statt einer reinen Sanktion.

Artikel 4 – Änderung des FAG

Ist-Zustand: Der Bundesanteil sinkt bereits ab 2029 (auf 1.243 Mio. €) und ab 2030 weiter (auf 993 Mio. €), obwohl die volle Verpflichtungsstufe (Artikel 3) erst 2032 greift.

Ergänzungsvorschlag: Kopplung der Bundesmittelverteilung an das tatsächliche Inkrafttreten der jeweiligen Verpflichtungsstufe (Artikel 1/2/3) statt an einen starren Kalenderplan, um eine Unterfinanzierung in der Hochlaufphase zu vermeiden.

Artikel 6 – Evaluierung

Ist-Zustand: Evaluationskriterien fokussieren auf Bildungsergebnisse und Kosten; gesundheitsbezogene Anschlussindikatoren (Wartezeiten SPZ/Logopädie, Erreichbarkeit KJGD, Überweisungsquoten) sind nicht vorgesehen. Erster Bericht erst nach sechs Jahren.

Ergänzungsvorschlag: Aufnahme gesundheitsbezogener Anschlussversorgungs-Indikatoren in den Evaluationsauftrag sowie ein Zwischenbericht nach drei Jahren, um frühzeitig nachsteuern zu können.

Kontakt:

Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V.
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin
Tel: 030 4000 588-0
Mail: kontakt@buendnis-kjg.de