



Das pädiatrische Elterngespräch und Frühe Hilfen

Eine Übersicht über Grenzen der Belastungsansprache in Früherkennungsuntersuchungen

Praxispädiatrie und Frühen Hilfen

Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt¹ ist eine der ersten Anlaufstellen für Eltern, wenn es um die Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder geht. Insbesondere in der frühen Kindheit kommt es unabhängig von eventuellen Beschwerden oder Erkrankungen eines Kindes durch Impftermine und Früherkennungsuntersuchungen (sog. U-Untersuchungen) zu häufigen Kontakten. Zu den Kernaufgaben der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte zählen:

- die gesundheitliche Versorgung eines Kindes,
- die Förderung eines gesunden Aufwachsens und
- das Erkennen von Frühsymptomen für riskante Entwicklungen [1, 2].

Ein wichtiges Instrumentarium für entwicklungsdiagnostische Verlaufsbeobachtungen sind die in regelmäßigen Zeitabständen durchzuführenden Früherkennungsuntersuchungen der Kinder. Bei diesen U-Untersuchungen (U-en) beurteilen die Ärzte die altersgemäße Entwicklung und erhalten Einblicke in die unmittelbare Umwelt eines Kindes [1]. Diese Informationen sowie das Vertrauen der Eltern zum Arzt ihres Kindes ermöglichen den Ärzten mit den Eltern über anstehende Entwicklungsaufgaben und über die Auswirkungen

von Umgebungseinflüssen auf die kindliche Entwicklung zu sprechen [3]. Bei Hinweisen auf familiäre Belastungen, die sich nachteilig auf die kindliche Entwicklung auswirken, können die Kinder- und Jugendärzte die Eltern beratend unterstützen und falls erforderlich ihnen konkrete Wege in entsprechende Hilfesysteme aufzeigen [4].

Mit acht U-en in den ersten drei Jahren und einer niederschweligen Ansprache von Familien mit Hilfebedarfen ist die Praxispädiatrie strukturell einer der wichtigsten Zugangswege in die Frühen Hilfen [4–6]. Aber ungeachtet des gemeinsamen Kernanliegens von Frühen Hilfen und Praxispädiatrie, psychosozialen Entwicklungsrisiken frühzeitig entgegenwirken zu wollen [7, 8], gelangen über die Kinder- und Jugendärzte bisher kaum psychosozial besonders belastete Familien in die frühen Hilfen [9]. An diesem Befund hat bspw. auch die Anwendung des „Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf“² [10] bisher wenig geändert [11, 12]. Mit diesem auf Initiative des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen (NZFH) und mit Beteiligung von Kinder- und Jugendärzten entwickelten Beobachtungsraster werden Auffälligkeiten dokumentiert und die ärztliche Exploration von psychosozialen Belastungen und Hilfebedarfen unterstützt [10, 12]. Wie die bei

der Entwicklung und der Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens durchgeführten quantitativen und qualitativen Beobachtungsstudien zeigen, bestimmt in erster Linie der konkrete Gesprächsverlauf, inwieweit psychosoziale Themen zu verhandelbaren Sachverhalten in U-en werden [12–14]. Eine Fallfindung von Familien mit einem Bedarf an Frühen Hilfen ist demnach das Ergebnis einer situativen Verständigung von Arzt und Eltern über das Vorliegen und die prinzipielle Veränderbarkeit einer für die kindliche Entwicklung relevanten familiären Belastungssituation [12]. Die Voraussetzung für eine solche Verständigung ist, dass Arzt und Eltern bei einer auf das Kind bezogenen Untersuchung zeitweise den gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus vom Kind auf die Eltern und die familiäre Lebenswelt richten.

Damit psychosoziale Belastungen entscheidungsrelevant bearbeitet werden können, müssen Ärzte und Eltern diese zunächst zu einem relevanten und verhandelbaren Sachverhalt in U-en machen [14, 15]. Die den Akteuren hierfür zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten werden durch verschiedene Rahmenbedingungen der U-en beeinflusst (Abb. 1). Die Mehrfachrahmung der Arzt-Eltern-Interaktion in U-en lenkt die Aufmerksamkeit der Akteure primär auf den Körper und das in der Untersuchung beobachtbare Verhalten des Kindes und weist den Ärzten und Eltern spezifische Aufgaben zu. Die Eltern haben die Aufgabe, vorrangig den Kinder- und Jugendarzt über die

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird durchgängig die männliche Form verwendet.

² Download unter: www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/einzelansicht-publikationen-anhaltsbogen/.

Entwicklung des Kindes zu informieren und durch Unterstützung des Kindes zum Gelingen der Untersuchung beizutragen [16]. Die Ärzte nehmen neben einer medizinischen häufig auch eine pädagogische Position ein, um über die Beratung der Eltern eine altersgemäße Entwicklung des Kindes positiv zu beeinflussen [2, 15, 17]. Zusätzlich haben die Ärzte eine organisatorische Aufgabe. Sie müssen dafür Sorge tragen, dass die U-en in dem vorgesehenen Zeitrahmen und entsprechend den in der Praxis festgelegten Arbeitsschritten durchgeführt werden [18, 19]. Hierfür müssen u. U. manchmal einzelne Arbeitsschritte dynamisiert, verdichtet oder abgekürzt werden. Solche organisatorisch bedingten Schwerpunktsetzungen werden vor allem in den Gesprächsabschnitten mit den Eltern wirksam [13, 15, 20] und zeigen sich bspw. an einer reduzierten Anzahl von sog. W-Fragen („wer“, „wie“, „was“, „warum“ etc.) und einer häufigeren Verwendung von Deklarativsatzfragen („Es ist ein Schreikind?“), die den Eltern eine Bestätigung der in den ärztlichen Fragen enthaltenen Annahmen nahelegen [20, 21]. Beide kommunikativen Mittel stärken die Expertenposition des Arztes. Wenige W-Fragen signalisieren den Eltern, dass der Kinder- und Jugendarzt bereits über hinreichend relevantes Fallwissen verfügt und Deklarativsatzfragen zeigen ihn als guten klinischen Beobachter und Experten für die kindliche Entwicklung [21]. Eine Folge dieser Gesprächsführung ist, dass Somatogramme und körperliche Befunde in der Arzt-Eltern-Interaktion einen hohen Stellenwert erhalten und Eltern vorrangig die Rolle des Auskunftgebers einnehmen [22]. Allerdings besteht bei dieser asymmetrischen Konstellation das Risiko, dass relevante sozialanamnestische Informationen, wenn sie vom Arzt nicht explizit erfragt werden, auch nicht zur Sprache kommen [20].

Der äußere, formale Rahmen wird durch die sog. Kinderrichtlinien zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen gesetzt [18]. Diese vom gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) vorgelegten Richtlinien legen Zielsetzung, Art, Umfang und Inhalt der U-en fest und

formulieren Sollnormen zur elterlichen Mitwirkung [16]. Die Untersuchungsdurchführung ist mit Ausnahme des Neugeborenen Screenings (U1) nicht geregelt und erfolgt in den einzelnen Praxen nach einem hoch routinierten Ablaufschema [15]. Die U-en werden durch den von den Krankenkassen vergüteten Zeitrahmen von durchschnittlich 20 min begrenzt [19] und durch die in der jeweiligen Praxis etablierten Durchführungsmodi strukturiert [15].

Die äußeren Rahmenvorgaben präformieren die Früherkennungsuntersuchung, ohne sie in ihrer konkreten Durchführung zu determinieren. Bei der Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung müssen die Akteure bezüglich der zu bewerkstellenden Vor- und Aufgaben (Beurteilung der kindlichen Wachstums- und Entwicklungsparameter, ärztliche Aufgaben, Elternrollen, rechtliche Vorgaben etc.) zu einem funktionalen Arrangement finden. An diesen Arrangements lässt sich erkennen, wie die Aufgaben bezüglich einer Thematisierung von Aspekten familiärer Lebenswelten von den Akteuren bearbeitet und beurteilt werden [17, 20].

Zielsetzung

Die Zielsetzung des Beitrags ist es, anhand von Ergebnissen aus qualitativen Studien zu zeigen, wie Ärzte und Eltern psychosoziale Belastungen in U-en verhandeln und welche Konsequenzen sich für Anschlüsse zu den Frühen Hilfen ergeben. Hierfür werden erstens die institutionellen Rahmenbedingungen mit den daraus resultierenden ärztlichen Unsicherheiten im Umgang mit psychosozialen Entwicklungsauffälligkeiten beschrieben. Im zweiten Schritt wird die „Dramaturgie“ von U-en mit ihren Tendenzen zur Normalisierung der kindlichen Entwicklung skizziert. Zur Illustration der präformierten Handlungen wird an authentischen Dokumenten exemplarisch gezeigt, wo und wie psychosoziale Belastungen und Elternaufgaben in U-en aufscheinen und wie die Akteure mit diesen Hinweisen verfahren. Abschließend werden Optionen aufgezeigt, wie Kontexte der Frühen Hilfen in den gemeinsamen Aufmerksamkeits-

fokus von Ärzten und Eltern rücken können und das Hilfeannahmeverhalten unterstützt werden kann.

Die Methodik rekonstruktiver Sozialforschung

Die dem Aufsatz zugrunde liegenden Studien teilen die Grundannahme, dass die Interaktionstriade Arzt-Kind-Eltern mit ihren sequenziell aufeinander bezogenen Aktivitäten und Handlungen situativ die Bedingungen herstellt, die darüber entscheiden, ob und welche psychosozialen Sachverhalte zum Gegenstand in der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung werden und welche Konsequenzen sich für die Familien ergeben [20]. Die Analysen basieren auf aufgezeichneten authentischen Früherkennungsuntersuchungen und werden gesprächsanalytisch und ethnomethodologisch ausgewertet [17, 21, 24]. Hierbei werden die einzelnen Äußerungen im Kontext ihrer ursprünglichen Abfolge betrachtet und die von den Akteuren erarbeiteten Sichtweisen von psychosozialen Belastungen einschließlich der daraus resultierenden Rollen- und Aufgabenzuschreibungen rekonstruiert. Ergänzend werden klinische Beobachtungen von Untersuchungsabläufen, der Rezeption von Dokumenten sowie Kommentierungen von Ärzten und Eltern zum Verlauf einer Früherkennungsuntersuchung hinzugezogen [13, 15, 17]. Die praktische Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland wurde jüngst in zwei Projekten breit untersucht [13–17, 22]. Diese Studienergebnisse bilden das Gerüst der nachfolgenden Übersicht. Die berichteten Transkripte³ stammen aus einem Textkorpus von 33 Familien, die mit ihrem Kind zu einer Früherkennungsuntersuchung (U3–U7) bei einem von acht an der Studie teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten waren.

³ Die Beobachtungsstudie wurde im Rahmen der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) geförderten Studie „Entwicklung eines Erhebungsverfahrens zum Bedarf an Frühen Hilfen im Rahmen pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen“ durchgeführt [12].

M. Barth

Das pädiatrische Elterngespräch und Frühe Hilfen. Eine Übersicht über Grenzen der Belastungsansprache in Früherkennungsuntersuchungen

Zusammenfassung

Hintergrund. Hinweise in Früherkennungsuntersuchungen auf belastende familiäre Lebensumstände führen selten zu Weiterleitungen von Familien in die Frühen Hilfen.

Ziel. Eine Zusammenschau von Studienergebnissen, die beschreiben, wie die Akteure innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen psychosoziale Belastungen verhandeln, mit welchen Herausforderungen und Schwierigkeiten sie dabei konfrontiert sind und welche Optionen sich für Zugänge in die Frühen Hilfen zeigen.

Methodik. Es werden die Ergebnisse aus Studien zusammengefasst, die das praktische Handeln und die Gespräche der Akteure in Früherkennungsuntersuchungen authentisch

aufgezeichnet haben und gesprächsanalytisch und ethnomethodologisch ausgewertet haben.

Ergebnisse. Früherkennungsuntersuchungen folgen einem hoch routinierten Ablaufschema, das durch institutionelle Rahmenbedingungen stark beeinflusst ist. Psychosoziale Belastungen und entwicklungsrelevante Aspekte familialer Lebenswelten werden von Ärzten als auch von Eltern vereinzelt, meist indirekt und vage angesprochen und in Bezug auf Frühe-Hilfen-Kontexte kaum entscheidungsrelevant vertieft. Die häufig von Pädiatern initiierten Beratungen orientieren sich weniger an konkreten Beratungsbedarfen der Eltern als an normativen Orientierungen über anstehende Entwicklungsaufgaben.

Fazit. Die Praxisanalysen zeigen, dass es in den Früherkennungsuntersuchungen derzeit keinen „Slot“ gibt, der den Akteuren anzeigt, zu welchem Zeitpunkt welche psychosozialen Themen auf welche Art und Weise und zu welchem Zweck besprochen werden können. Für dessen Generierung bedarf es einer transparenten strukturierten Elternbefragung, einer motivierenden Gesprächsführung und eines Lotsens in die Frühen Hilfen.

Schlüsselwörter

Frühe Hilfen · Arzt-Eltern-Gespräch · Pädiatrische Früherkennungsuntersuchung · Ethnomethodologie · Gesprächsanalyse

Pediatrician-parent interaction and early prevention. A review about the limits in addressing psychosocial risks during well-child visits

Abstract

Background. Pediatricians can be a door opener to early prevention for families at risk. The German well-child program is well-established, but there is a gap between the structural possibilities and the observed placements.

Objective. The aim of this review is to show how pediatricians and parents talk about psychosocial risks under the very structured conditions of well-child visits. The challenges and traps of the framed interactions will be described and options for early prevention will be shown.

Methods. The review is primarily based on the work of conversational and ethnomethodological studies reconstructing the pediatrician's discussion with parents about psychosocial issues in the family.

Results. Well-child visits are a highly routinized practice. Talking about family issues for both partners is a difficult task. Discussions about psychosocial issues are seldom and vague. Predominantly, they work cooperatively on reciprocal normalization of the child's development. Based on this shared orientation, pediatricians make an early, mostly general, prescription of parental tasks, supporting the child in the next developmental step. This kind of routine anticipatory counselling puts some pressure on the parents. Parents under unknown stress could be overburdened with this advice.

Conclusion. In the script of well-child visits, there are no slots that indicate to pediatricians and parents when, which, how and for what purpose psychosocial issues can be discussed and negotiated. For implementing such slots in well-child visits, three steps are necessary: a structured and regular assessment of psychosocial issues, a trained pediatrician in motivational interviewing and a social worker guiding the family in the network of early prevention.

Keywords

Early prevention · Pediatrician-parent interaction · Well-child visits · Ethnomethodology · Conversational analysis

Einflüsse institutioneller Rahmenbedingungen

Die vom gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) vorgelegten Kinderrichtlinien benennen als primäre Zielsetzung der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen „die Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden“ [18, S. 2]. Die zu die-

sem Zwecke zu erhebenden Befunde sind für jede Früherkennungsuntersuchung im Kinderuntersuchungsheft (U-Heft) des G-BA [24] bzw. alternativ hierzu im erweiterten Vorsorgeheft für Kinder und Jugendliche des Bundesverbandes der

Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) [25]⁴ spezifiziert. Die Eltern sind zu einer zeitgerechten Inanspruchnahme der jeweiligen Untersuchungstermine und zu einer gewissenhaften Aufbewahrung des ihnen bei Geburt des Kindes ausgehändigten Vorsorgeheftes verpflichtet [16].

⁴ Zur Handlungs- und wahrnehmungsleitenden Funktion dieser Version liegen derzeit noch keine empirischen Studien vor. Die elterliche Rollendefinition und Ansprache sind in beiden Versionen ähnlich.

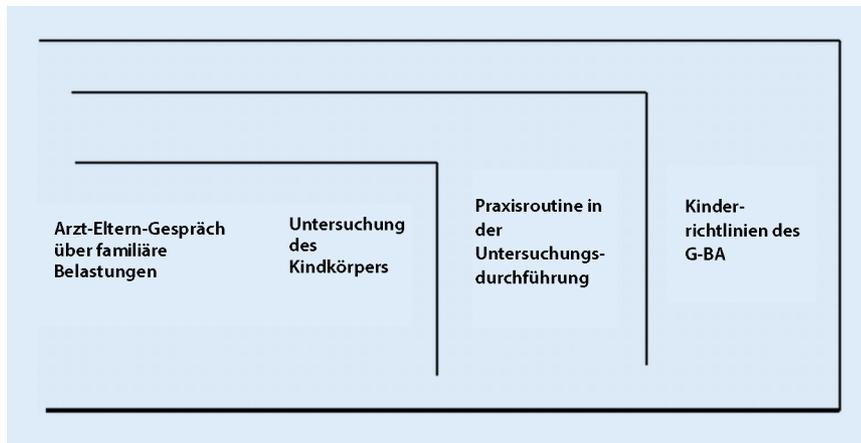


Abb. 1 ▲ Die Mehrfachrahmung ärztlicher Gespräche im Kontext Früher Hilfen

Sie haben bei jedem Untersuchungstermin die Aufgabe, das medizinische Personal über „entwicklungsrelevante Gewohnheiten und Fähigkeiten des Kindes“ [16, S. 85] zu informieren. Die primäre Aufgabe des Arztes ist es, das Vorliegen von kindlichen Auffälligkeiten zu prüfen, diagnostizierte Befunde im U-Heft zu dokumentieren und notwendige Maßnahmen in die Wege zu leiten. Hierzu gibt das U-Heft ein detailliertes, stark krankheitszentriertes Befundschema vor [16, 26]. Dessen Transparenz gewährt den Eltern einen Einblick in die bei dem jeweiligen Termin anstehenden Befundabklärungen und führt ihnen vor Augen, welche Vielfalt an Auffälligkeiten und Krankheiten bei der anstehenden Untersuchung bei ihrem Kind entdeckt werden könnte [16].

Eine systematische Erhebung von entwicklungsgefährdenden Umweltbedingungen ist in den U-en derzeit nicht vorgesehen [18, 26]. Der G-BA geht davon aus, dass Kinder- und Jugendärzte „infolge der regelmäßigen Untersuchungen frühzeitig kindliche Gefährdungen durch die unmittelbare Umwelt und durch veränderte Lebensstile erkennen und entsprechend intervenieren [können]“ [24, S. 5]. Nach dieser Auffassung werden negative lebensweltliche Einflüsse auf eine kindliche Entwicklung quasi automatisch zu einem Gesprächsthema mit den Eltern, wenn ein die U-en regelmäßig durchführender Kinder- und Jugendarzt bei einem Kind entsprechende Auffälligkeiten beobachtet. Bei einer solchen Registrierung von situativ be-

obachtbaren Belastungen sieht sich aber ein Kinder- und Jugendarzt mit drei Unsicherheiten konfrontiert:

1. Wie repräsentativ und zuverlässig sind die ärztlichen Beobachtungen?
2. Wie transparent und glaubwürdig kann ein Kinder- und Jugendarzt seine Schlussfolgerung gegenüber den Eltern begründen und rechtfertigen? Hierbei besteht ein Risiko, einerseits die Eltern zu stigmatisieren und andererseits von diesen verantwortlich gemacht zu werden, sie nicht früher auf entwicklungsgefährdende Bedingungen in der familialen Umgebung hingewiesen zu haben.
3. An wen und wohin kann ein Kinder- und Jugendarzt die Familie für eine gute Weiterbetreuung weiterleiten (Netzunsicherheit)?

Strategien zum Management von Unsicherheiten

Die fortgesetzten Beobachtungen der kindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Interaktion entlang der regelmäßig erfolgenden U-en eröffnet den Kinder- und Jugendärzten Entscheidungsspielräume im Umgang mit auffälligen Befunden. Auf diesem Weg kann ein Arzt bei unsicheren Befunden oder subklinischen Symptomausprägungen erst einmal beobachtend den weiteren Verlauf abwarten [17]. Gleichzeitig ermöglicht ihm das zeitweilige Offenlassen einer Entscheidung, lange bevor ein Kind in erheblichem Maße auffällig geworden ist, auf das Elternverhalten in präventiver

Absicht einzuwirken [7, 14, 17]. Diese Präventionslogik zeigt sich auch im aktuellen Beschluss des G-BA, zukünftig vermehrt die Interaktion des Kindes mit den Eltern zu beobachten und bereits bei subklinischen Symptomen die Eltern zu beraten [18]. Die für die sekundärpräventive Klassifikation [17, 23] der kindlichen Entwicklung zentralen Kategorien „auffällig/altersunangemessen“ und „unauffällig/altersangemessen“ treten hier in den Hintergrund und werden durch pädagogische Praktiken der Elternberatung [27] ersetzt. Mit diesem Registerwechsel werden die Eltern aber auch moralisch in die Pflicht genommen, „Compliance“ gegenüber den ärztlichen Empfehlungen zu zeigen [15, 23]. Die Eltern sehen sich hier mit dem Risiko konfrontiert, zukünftig eine mögliche Entwicklungsgefährdung ihres Kindes verantworten zu müssen, wenn sie jetzt eine von ihrem Kinder- und Jugendarzt empfohlene Vermeidungsoption zurückweisen oder nicht umsetzen [27]. Eine an der zukünftigen Entwicklung des Kindes orientierte Verantwortlichkeit gilt jedoch nicht nur bei auffälligen Befunden, sondern verpflichtet auch zur weiteren Mitwirkung bei der Fortschreibung eines bisher unauffälligen Entwicklungsverlaufs [14]. So ist eine ärztliche Bestätigung einer bis dato altersgerechten Entwicklung nicht nur eine Anerkennung der elterlichen Fürsorge und Erziehungsleistung, sondern zugleich auch eine Aufforderung an die Eltern, dafür Sorge zu tragen, dass das Kind sich auch weiterhin altersgerecht entwickelt [14, 15].

Damit eine ärztliche Beratungsintention in der familialen Lebenswelt wirksam werden kann, müssen die Eltern im Gesprächsverlauf ihre Problemsicht und einen Beratungswunsch darlegen und an die ärztliche Empfehlung anschließen können [28]. Wie **Abb. 2** zeigt, wird dieser Abstimmungsprozess vom Gesprächsstil des Pädiaters, dem Problemfokus (Kind vs. Eltern) und dem kommunikativen Elternverhalten [13] beeinflusst. Kinder- und Jugendärzte explorieren Hinweise auf psychosoziale Eltern- oder Familienbelastungen zurückhaltend, wenn Eltern sich im Untersuchungskontext reserviert und distan-

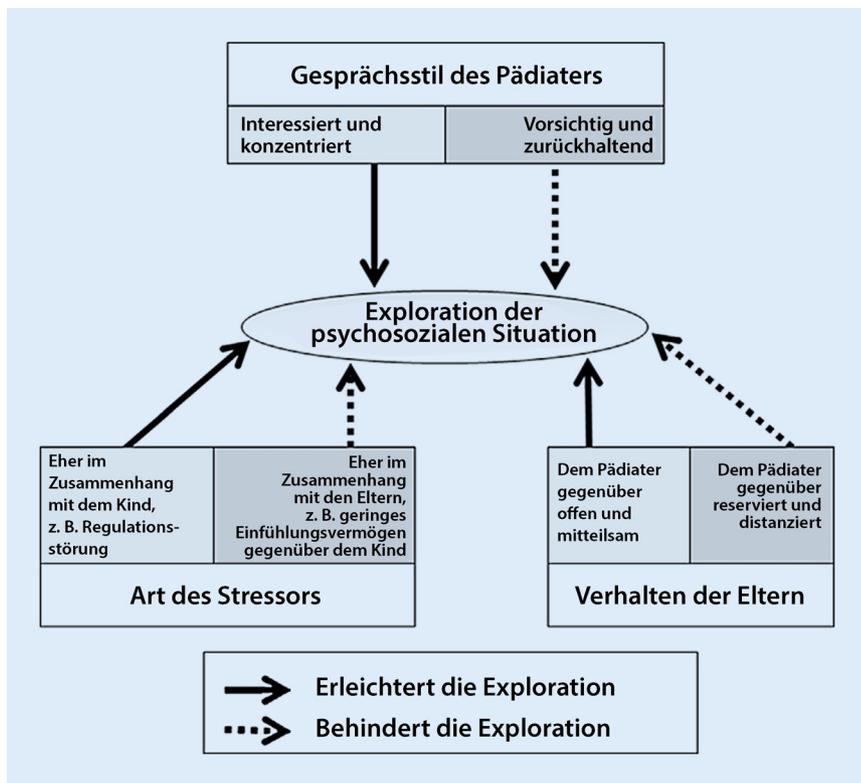


Abb. 2 ▲ Die wechselseitige Beeinflussung der Akteure bei der Exploration psychosozialer Sachverhalte in Früherkennungsuntersuchungen (entnommen aus [13], S. 192. Mit freundl. Genehmigung von © Elsevier)

ziert zeigen. Diese Konstellation findet sich insbesondere bei sozial benachteiligten Familien. Diese Familien zeigen sich bei Anamnesen und familienbezogenen Explorations oft wortkarg [13] und bevorzugen eine rein auf das Kind bezogene medizinische Untersuchung [26, 29]. Eine in präventiver Absicht geäußerte ärztliche Empfehlung ist häufig mit einer konkreten Verhaltensaufforderung an die Eltern verknüpft [14, 15, 27]. Eine solche Beratung riskiert insbesondere bei wenigen anamnestischen Kenntnissen sozial benachteiligte Familien zusätzlich zu belasten [29]. Die mit einer vorausschauenden Beratung auch angesprochene moralische Dimension kann zusätzlich zu Scham- und Schuldgefühlen führen, was die Zurückhaltung dieser Familien bei der Schilderung ihrer Lebenslagen noch verstärken kann [26]. Besprechen die Kinder- und Jugendärzte hingegen anstehende Entwicklungsaufgaben oder Auffälligkeiten des Kindes mit Eltern, die bereitwillig und ausführlich über ihr Kind Auskunft geben [13], stellen sie mehr offen fokussierende Fra-

gen [30] und schildern den Eltern ihre Eindrücke ausführlicher [31].

Sprechen Eltern von sich aus eine eltern- oder familienbezogene Belastung in den U-en an, so unterbinden Kinder- und Jugendärzte in ihren Antworten oder Kommentierungen diese Elterninitiativen sehr häufig. Wissow et al. [31] fanden in 167 authentischen Gesprächsaufzeichnungen von 55 Kinder- und Jugendärzten mit 100 Müttern, dass ca. ¼ der von Müttern begonnenen Belastungsschilderungen ärztlicherseits direkt unterbunden wurden. Typische kommunikative Mittel der Ärzte waren Ignorieren, Themenwechsel, Refokussierung der Aufmerksamkeit auf das Kind, paternalistische Ratschläge oder Beratungen über anstehende Elternaufgaben. Diese Reaktionen zeigten sich signifikant häufiger, wenn die Mütter ihre Anliegen explizit als eigene Belastung oder als ein Familienproblem benannt haben [31].

Aber nicht nur die Kinder- und Jugendärzte tendieren in U-en dazu, Darstellungen und Erörterungen von besonderen psychosozialen Belastun-

gen in den Familien ihrer Patienten zu unterbinden. Auch Eltern ignorieren Fragen von Ärzten zur eigenen oder familiären Situation, antworten vage oder lenken die Aufmerksamkeit wieder auf das zu untersuchende Kind [14]. Die sowohl bei Ärzten als auch bei Eltern beobachteten Vermeidungstendenzen, psychosoziale familiäre Belastungen in U-en zu erörtern, sind auch auf die hochroutinierten Funktionsabläufe von U-en zurückzuführen [15, 20, 23].

Die Dramaturgie der U-Untersuchungen

Die U-en laufen mehrheitlich nach einem festen Schema ab [14–17, 31]. Die überwiegende Zeit ist die Arzt-Kind-Eltern-Triade bei Kindern unter 12 Monaten um die „Babyliege“ gruppiert (Abb. 3). Während der Arzt und die Eltern miteinander sprechen, blicken sie die meiste Zeit auf das vor ihnen liegende Kind oder sind mit dem Kind beschäftigt.

In der Regel begrüßt das medizinische Fachpersonal die Familie, misst die Wachstumsparameter (Körperlänge, Kopfumfang, Gewicht) des Kindes und überträgt die Werte in die Somatogramme (Normbereich 3.–97. Perzentile) des U-Heftes und des praxiseigenen Dokumentationssystems. Nach einer Wartezeit, in der die Eltern das Kind im Untersuchungszimmer versuchen bei Laune zu halten, erfolgt die Begrüßung durch den Kinder- und Jugendarzt. Mit der ärztlichen Begrüßung erhalten die Eltern meist eine erste positive Rückmeldung zum bisherigen Entwicklungsverlauf [14]. Die ärztliche Einschätzung beruht auf den dokumentierten Wachstumskurven und einem ersten klinischen Gesamteindruck des Kindes [15, 22]. Im Anschluss werden die Eltern nach ihrer Einschätzung gefragt, wobei hier häufig – etwa durch die Verwendung von Verberststellungsfragen [21] (z. B. „Erzählen Sie doch mal, was er alles schon spielt ...“ [14, S. 43]) – eine positive Elternantwort präferiert wird. Am Ende der Eröffnungssequenz stehen eine Liste von Entwicklungsschritten und eine erste positive Entwicklungsbilanz [14]. Eine frühe, wenn auch noch vorläufige gemeinsame Einschätzung über



Abb. 3 ◀ Die bevorzugte Anordnung der Arzt-Kind-Eltern-Triade in pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen. © Renate Frommherz. Mit freundlicher Genehmigung.

eine im Großen und Ganzen normale Entwicklung wirkt beruhigend auf Eltern, insbesondere wenn sie besorgt oder verunsichert sind [22].

Eine frühe Aufmerksamkeitslenkung auf positive Entwicklungsschritte kann in diesem Kontext jedoch die Achtsamkeit und die Bereitschaft von Eltern reduzieren, eigene Beobachtungen und Anliegen gegenüber dem Arzt anzusprechen. So antwortet beispielsweise eine Mutter auf die ärztliche Eröffnungsfrage: „Ziehen Sie doch mal Bilanz[.] Wie war das letzte halbe Jahr?“, kurz und knapp mit „gut“. Mit einem markierten „Ja[?]“ versucht der Arzt eine ausführlichere Antwort zu bekommen, worauf die Mutter erneut mit „gut“ antwortet. Die mütterliche Aufmerksamkeit ist hier ausschließlich auf den bereits in den Somatogrammen als normal beschriebenen Kindkörper gerichtet. Eine solche durch die Dramaturgie der U-en mit induzierte Fokussierung auf den Kindkörper [17, 26] erschwert den Aufbau einer gemeinsamen situativen Wissensbasis über ggf. außerhalb des Untersuchungskontextes bestehende und die Entwicklung des Kindes belastende familiäre Einflüsse.

Eine zu Beginn gemeinsam generierte positive Bestätigung einer normalen Entwicklung kann auch die ärztliche Aufmerksamkeit gegenüber vage angedeuteten familialen Belastungen [14] beeinträchtigen. Während ein Kinder- und Jugendarzt einen vier Wochen alten Säugling (U3) körperlich untersucht, fragt er gleichzeitig die Mutter nach dem Beruf des Vaters. Die Mutter antwortet: „im

Moment macht er noch die Weiterbildung zum Sanitäter [-] da ist er grad viel nicht da“. Mit „ja, wegen der Ausbildung muss er Lehrgänge machen“, plausibilisiert der Arzt die väterliche Abwesenheit und schließt das Thema ab. Der in der mütterlichen Antwort enthaltene Hinweis auf einen möglichen Unterstützungsbedarf wird nicht weiter exploriert.

Ein wesentliches Element in der Dramaturgie der U-en sind die Beratung und die Anleitung von Eltern für die anstehenden Entwicklungsaufgaben ihres Kindes. Hierfür greifen Kinder- und Jugendärzte bevorzugt auf Fragmente lebensweltlicher Elternschilderungen zurück oder lenken mithilfe rhetorischer Fragen die elterliche Aufmerksamkeit auf die angestrebten Beratungsthemen. Das folgende Transkript 1 (entnommen aus [14]) zeigt exemplarisch, wie ein lebensweltlich relevanter Sachverhalt zuerst in den Aufmerksamkeitsfokus einer Mutter gerückt wird und dann aber für eine Entwicklungsberatung genutzt wird. Dieses Interaktionsmuster demonstriert, dass die Dramaturgie nicht eine personalisierte Belastungsexploration und Beratung, sondern den Vollzug einer normativen Absicht präferiert [20].

Transkript 1

- A1: Hatten sie denn Fragen oder Sorgen mitgebracht ...
 M1: Nee eigentlich nicht
 A2: ... schläft er schön in der Nacht auch?
 M2: Nee (.) er schläft sehr schlecht

A3: Möchte er jedes Mal gestillt werden?

M3: Ja er lässt sich dann eigentlich nur so beruhigen oder wenn ich ihn dann auf mich nehme

Gegen Ende einer U5 bei einem altersgemäß entwickelten und noch voll gestillten sechs Monate alten Säugling fragt der Arzt die Mutter nach noch offenen Fragen oder Sorgen. Obwohl die Arztfrage (A1) eine Bestätigung präferiert, hat die Mutter keine Frage an ihn (M1). Der Arzt stellt daraufhin eine für das Alter des Kindes rhetorische Frage zum Durchschlafen. Die Antwort der Mutter bestätigt nicht nur die ärztliche Vermutung, sondern bewertet den kindlichen Schlaf zusätzlich als schlecht. Der Arzt (A3) exploriert die maternale Bewertung nicht weiter, sondern fokussiert das nächtliche Stillbedürfnis des Kindes. Im Anschluss (Transkript 2) nutzt er den „schlechten“ kindlichen Schlaf, um die zuvor bereits von ihm empfohlene „Nahrungsumstellung“ noch einmal aufzugreifen („auch dafür sprechen“). Hierzu entfaltet er ein normatives Schema, wonach bei einem 6 Monate alten Säugling mit Beikost begonnen werden sollte, und endet mit einer an die Mutter gerichteten Empfehlung.

Transkript 2

A4: Ok... das würde natürlich auch dafür sprechen, dass man den Übergang macht zur Familienkost, also... jetzt so am Tag noch drei Mal stillen zum Beispiel (M: hm =) und zur Nacht dann so'n Milch-Fertigbrei (M: hm =)

Die Gesprächssequenz zeigt typische Abstimmungsschwierigkeiten, mit denen die Akteure beim Ansprechen und Vertiefen von psychosozialen Sachverhalten konfrontiert sind. Es zeigt sich, dass in der aktuellen Dramaturgie keine explizite Stelle („Slot“) ausgewiesen ist, die für beide Akteure erkennbar das An- und Besprechen von entwicklungsrelevanten psychosozialen Belastungen markiert. Überlässt man diese Thematik ausschließlich den einzelnen Akteuren, ist es in dem mehrfach gerahmten, zeit-

lich eng bemessenen und auf das Kind bezogenen Untersuchungskontext [15] eher wenig wahrscheinlich, dass beide Akteure gleichzeitig ihre Aufmerksamkeit auf diese Thematik richten und sie miteinander erörtern. Eine Folge hiervon ist, dass das gemeinsame Wissen über entwicklungsrelevante Aspekte der familialen Lebenswelt oftmals fragmentarisch bleibt und durch normative Zuschreibungen und den Vollzug von Elternaufgaben teilweise ersetzt wird. Dabei bleibt offen, inwieweit die ärztlichen Beratungsintentionen von den Eltern anerkannt und im Erziehungsaltag umgesetzt werden [15, 28].

Fazit

Die U-en sind strukturell ein wichtiger Zugangsweg in die Frühen Hilfen [4, 6]. Infolge ihrer Expertise und der häufigen Kontakte nehmen viele Kinder- und Jugendärzte intuitiv psychosoziale Belastungen bei ihren Familien wahr [11, 12]. Allerdings werden diese Themen kaum mit den Eltern besprochen. Wie die Ergebnisse der qualitativen Beobachtungsstudien zeigen, finden die Akteure in den hoch routinierten Untersuchungsabläufen selten zu einem funktionalen Arrangement, das ihnen eine fokussierte Erörterung von entwicklungsrelevanten psychosozialen Familienbelastungen ermöglicht. Die vorliegenden Praxisanalysen zeigen, dass es in den U-en derzeit keinen „Slot“ gibt, der den Akteuren anzeigt, zu welchem Zeitpunkt welche psychosozialen Themen auf welche Art und Weise und zu welchem Zweck besprochen werden können. Um solch einen Slot für die Akteure in den U-en zu positionieren, bedarf es dreier „Investitionen“ [33]:

1. Eine regelmäßige Elternbefragung zu entwicklungsrelevanten psychosozialen Familienbelastungen.
2. Eine offene und motivierende Gesprächsführung der Ärzte.
3. Einen Lotsen zur Weitervermittlung der Familien in die Frühen Hilfen.

Für die Eltern sollten der Grund und der Nutzen einer solchen Befragung transparent und nachvollziehbar sein (Prinzip der Freiwilligkeit [34]). Aus Zeitgründen empfiehlt es sich, die Eltern einen

Kurzfragebogen mit wenigen evidenzbasierten Fragen zu entwicklungsrelevanten Belastungen im Wartezimmer ausfüllen zu lassen [33]. Der primäre Zweck dieser Fragen ist kein Screening von belasteten Familien [35], sondern eine von den Eltern selbst vorgenommene Belastungsauswahl, die sie mit ihrem Kinder- und Jugendarzt besprechen wollen [32]. Hierfür empfiehlt sich eine Fortbildung der Ärzte in der Methode der motivierenden Gesprächsführung. Diese Gesprächshaltung fokussiert die Aufmerksamkeit der Akteure auf wenige relevante Sachverhalte, fördert eine offen fokussierende Problemexploration und eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu Frühen Hilfen [33]. Eine motivierende Gesprächsführung erleichtert auch das Ansprechen von auffälligen klinischen Beobachtungen, bspw. eines wenig feinfühliges Elternverhaltens [36]. Für eine ggf. anstehende Weiterleitung von Familien in Frühe Hilfen ist für die Ärzte, die lokal noch wenig mit Frühen Hilfen vernetzt sind, für eine gewisse Zeitspanne ein ihnen bekannter „Frühe-Hilfen-Lotse“ hilfreich, der die regionalen Angebote gut kennt, die Familie übernimmt und dem Arzt eine Rückmeldung über eingeleitete Hilfen gibt [33, 37]. Ein mit diesen drei Elementen bestimmter „Slot“ lässt sich in die zeitlich eng bemessenen U-en integrieren, reduziert nachweislich die mit einer Fallfindung von belasteten Familien assoziierten ärztlichen Unsicherheiten und verbessert das Hilfeannahmeverhalten von Eltern [33].

Korrespondenzadresse

Dr. M. Barth

Klinik für Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
Mathildenstr. 1, 79106 Freiburg, Deutschland
michael.barth@uniklinik-freiburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Barth gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen unter <http://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-j1/untersuchungen-u1-bis-u9/?query=Frueherkennungsuntersuchung> (Zugriff: 8. Okt. 2015)
2. Grundhewer H (2012) Kinderschutz im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. In: Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (Hrsg) Früherkennungsuntersuchungen – Schwerpunktthema 2012, S22–27
3. Ziegenhain U (2008) Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungs Kompetenzen – Chancen für präventive Hilfen im Kinderschutz. In: Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Reinhardt, München, S 119–127
4. Renner I (2010) Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53:1048–1055
5. Lohmann A, Lenzmann V, Bastian P, Böttcher W, Ziegler H (2010) Zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bei Frühen Hilfen – ein empirische Analyse der Akteurskonstellationen. In: Renner I, Sann A (Hrsg) Forschung und Praxisentwicklung Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln, S 182–201
6. Merk PK (2014) 4KKG – Professionelle Kooperation im Kinderschutz? KJug 59:8–10
7. Fegeler U (2012) Der Stellenwert der Früherkennungsuntersuchungen im Aufgabenwandel der allgemeinpädiatrischen Grundversorgung. In: In Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (Hrsg) Früherkennungsuntersuchungen – Schwerpunktthema 2012, S 16–20
8. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014) Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Publikationen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
9. Sann A, Küster EU (2013) Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen. Datenreport Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln, S 36–45
10. Martens-Le Bouar H, Renner I, Belzer F et al (2013) Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. Kinderarzt Prax 84:94–99
11. Belzer F, Kleinert L, Buchholz A et al (2015) Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf. Der pädiatrische Anhaltbogen im Praxistest. Prävention Gesundheitsförderung 10:314–319
12. Barth M, Renner I (2014) Kindermedizin und Frühe Hilfen. Entwicklung und Evaluation des pädiatrischen Anhaltbogens. Publikationen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
13. Krippel L, Belzer Martens-Le Bouar F et al (2014) Communicating psychosocial problems in German well-child visits. What facilitates, what impedes pediatric exploration? A qualitative study. Patient Educ Couns 97:188–194
14. Barth M (2015) Die rekursive Herstellung von Normalität als handlungsleitende Rahmung der Arzt-Eltern-Interaktion in den ersten pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen. ZSE 35:39–52
15. Bollig S, Teervooren A (2009) Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schu-

- leingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. ZSE 29:157–173
16. Kelle H, Seehaus R (2010) Die Konzeption elterlicher Aufgaben in pädiatrischen Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz. In: Kelle H (Hrsg) Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik. Budrich, Opladen, S 41–94
 17. Kelle H (2010) Theoretische und methodologische Grundlagen einer Praxis- und Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik. In: Kelle H (Hrsg) Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik. Budrich, Opladen, S 23–39
 18. Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) (2015) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung). https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung.pdf. Zugegriffen: 18 Jun 2015
 19. Meysen T, Schönecker L (2009) Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen. In: Meysen T, Schönecker L, Kindler H (Hrsg) Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Juventa, Weinheim, S 23–172
 20. Vogd W (2013) Arzt-Patient-Interaktion aus medizinsoziologischer Perspektive. In: Nittel D, Seltrecht A (Hrsg) Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Springer, Berlin, S 456–467
 21. Spranz-Fogasy T (2010) Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann A, Reitemeier U, Schmitt R, Spranz-Fogasy T (Hrsg) Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Narr, Tübingen, S 27–116
 22. Kelle H (2007) „Ganz Normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. ZfS 36:197–216
 23. Vogd W (2011) Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung – eine Brücke, 2. Aufl. Budrich, Opladen
 24. Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) (2005) Kinder-Untersuchungsheft. Siegburg
 25. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) (2013) Erweitertes Vorsorgeheft Paed.Plus. (Hrsg) Barmer GEK. www.kinderaerzte-im-netz.de
 26. Thyen U (2014) Sekundäre Prävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Früherkennungsuntersuchungen U1–J2. Monatsschr Kinderheilkd 162:518–526
 27. Fuchs P (2008) Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuverlässigkeit. In: Saake I, Vogd W (Hrsg) Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 363–378
 28. Nothdurft W, Reitemeier U, Schröder P (1997) Beratungsgespräche. Barr, Tübingen
 29. Geene R, Wolf-Kühn N (2012) Kinderärztliche Vorsorge und Frühe Hilfen – eine Lehrforschungsstudie. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg) Dokumentation 17 Kongress Armut und Gesundheit, Berlin.
 30. Nunes C, Ayala M (2010) Communication techniques used by pediatricians during well-child program visits: A pilot Study. Patient Educ Couns 78:79–84
 31. Wissow LS, Larson S, Anderson J et al (2005) Pediatric resident's responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. Pediatrics 115:1569–1578
 32. Heneghan AM, Mercer MB, NID (2004) Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician? Pediatrics 113:460–467
 33. Dubowitz H, Leventhal JM (2014) The pediatrician and child maltreatment: principles and pointers for practice. Pediatr Clin North Am 61:865–871
 34. Paul M (2012) Was sind Frühe Hilfen? In: Resch F, Maywald J (Hrsg) Frühe Kindheit: Die ersten sechs Jahre (Sonderausgabe: Frühe Hilfen: Gesundes Aufwachsen ermöglichen). Deutsche Liga für das Kind, Berlin, S 6–8
 35. Kindler H (2010) Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53(2010):1073–1079
 36. Barth M, Belzer F (2016) Fallfindung im Netzwerk Frühe Hilfen – eine Heuristik für die ambulante Versorgung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. doi:10.1007/s00103-016-2348-1
 37. Belzer F, Ebel K, Hugenschmidt B et al (2015) Frühe Hilfen in der Kinderarztpraxis – ein Freiburger Modellprojekt. Kinderarztl Prax 86:362–368