

Bundesgesundheitsblatt



Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz

Indexed in Medline, SCIE and SCOPUS

Elektronischer Sonderdruck für U. Thyen

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:992–1001 · DOI 10.1007/s00103-010-1126-8

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

U. Thyen

Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin

Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin

Während der letzten Dekade ist eine breite Diskussion über die Bedürfnisse und Lebenswelten von Kindern und ihren Schutz geführt worden. Die übergreifenden Ziele politischer Entscheidungsträger wie der Bundesregierung, der staatlichen Institutionen, der Wohlfahrtsverbände und der ärztlichen Selbstverwaltung ähneln einander und orientieren sich am Recht jedes einzelnen Kindes auf ein gesundes Aufwachsen, die Erfüllung des individuellen Entwicklungspotenziales, auf Bildung und soziale Teilhabe. Beispielhaft seien das Programm der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit¹, das Aktionsprogramm Frühe Hilfen der Bundesregierung mit Schaffung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen² und die Initiative zu einem Bundeskinderschutzgesetz genannt, das sich derzeit in der Beratung befindet [1]. Im Gesundheitswesen entwickelt sich parallel eine Vielzahl von Initiativen zur Analyse und Verbesserung der Situation [2]. Weitgehende Einigung besteht auch darin, dass die Eltern sowohl das Recht als auch die Verpflichtung haben, für das Erreichen dieser Ziele zu sorgen – die staatliche Gemeinschaft soll sie darin in besonderer Weise unterstützen. Die Unterstützung der Eltern und die Förderung der Kinder sollten erfolgen, bevor gravierende Mängel im Erziehungsverhalten oder der Versorgung und Entwicklung des Kindes einge-

treten sind [3]. Die Forderung nach Prävention, die in allen drei gesellschaftlichen Bereichen des Gesundheits-, Sozial-, und Bildungswesens in den letzten Jahren artikuliert wird, verbindet sich in der Medizin mit den Begriffen der Gesundheitsförderung, der Früherkennung von Risiken und der Behandlung von frühen Symptomen, das heißt mit den Begriffen der primären und sekundären Prävention. Im Bereich der Jugendhilfe wird das Konzept als Frühwarnsystem oder Frühe Hilfen diskutiert, im pädagogischen Bereich als frühe Bildung und Frühförderung. Die vielfältigen Entwicklungsbedürfnisse und die komplexe Beeinflussung durch Kontextfaktoren machen es erforderlich, dass die genannten drei Bereiche ihre Angebote und Maßnahmen integrieren und jeweils auf die besonderen Bedürfnisse jedes einzelnen Kindes abstimmen. Kooperation auf dem Gebiet der Kindergesundheit bedeutet nicht nur Kooperation innerhalb des Gesundheitswesens, sondern darüber hinaus vor allem mit der Jugendhilfe und der Sozialhilfe und ihren Institutionen sowie mit den Einrichtungen des Bildungswesens. Insbesondere im Bereich der Gefährdung der seelischen Entwicklung müssen Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und Erwachsenenpsychiater und Psychotherapeuten, sozialpsychiatrische Versorgungsangebote und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe eng miteinander kooperieren (■ **Tab. 1**, [4]).

Der Notwendigkeit der Kooperation stehen in der Praxis noch viele Vorbehalte, berufsgruppenbezogene oder ressortspezifische Traditionen, Zeit- und Personalmangel und andere Hürden entgegen, ob-

wohl durchaus die Einsicht verbreitet ist, dass es sich bei der Gesundheitsversorgung um eine klassische Querschnittsaufgabe handelt. Das folgende Fallbeispiel kann die Wichtigkeit einer verbesserten Kooperation und Vernetzung deutlich machen.

Fallbeispiel

Ein neun Monate alter Säugling wird auf Überweisung eines Kinderarztes wegen einer Gedeihstörung und Verdacht auf Interaktionsstörung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) vorgestellt. Das Kind kommt in Begleitung einer sozialpädagogischen Familienhelferin (SPFH) und der Kindesmutter (KM); Letztere ist 19 Jahre alt und derzeit alleinerziehend. Sie wirkt verschlossen und stellt das Kind nicht freiwillig vor, sondern auf Druck der SPFH, die den Kinderarzt um eine Überweisung gebeten hatte. Folgende Sachverhalte können eruiert werden:

Im „Gelben Heft“ wurden durch den Geburtshelfer bei der U1 mehrere Risiko-Nummern notiert: 6 (besondere psychische Belastung), 7 (besondere soziale Belastung), 10 (Adipositas), 13 (Schwangere <18 Jahren) und 26 (andere Besonderheiten). Die Früherkennungsuntersuchungen beim Kinderarzt wurden durchgeführt, auffällige oder krankhafte Befunde sind im Untersuchungsheft nicht vermerkt.

Die Betreuung seitens des Jugendamts erfolgte, da die Mutter bei Geburt des Kindes noch minderjährig und dem Jugendamt außerdem schon aus ihrer eigenen Kindheit als Mitglied einer „Problemfamilie“ bekannt war. Es wurde eine SPFH

¹ Gesundheitsprogramm der Bundesregierung: (<http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf>).

² <http://www.nzfh.de>.

mit vier Stunden pro Woche bewilligt, die insbesondere der Einhaltung von Terminen diene.

Die KM lebte zunächst bei ihren Eltern, zog dann mit dem leiblichen Vater des Kindes zusammen. Nach der kürzlichen Trennung von diesem Partner sei sie wieder bei ihrer Mutter und deren Lebensgefährten eingezogen. Sie meint, vielleicht böte sich so eine Möglichkeit, wieder eine Ausbildung aufzunehmen. Allerdings sei die Großmutter des Kindes selbst noch berufstätig und könne das Baby nicht regelmäßig mitbetreuen. Der Vater des Kindes habe jetzt „eine andere“ (Freundin), er habe aber Interesse an dem Kind und wolle es sehen, das sei ihr (KM) aber nicht recht.

Da die KM keine Probleme benennen kann, bei denen das Team im SPZ helfen könnte, wird die Familienhelferin (SPFH) nach dem Anlass der Vorstellung gefragt: Sie äußert Sorge wegen einer Gedeihstörung, das Kind esse schlecht. Allerdings zeigen die aktuellen Maße des Kindes ein zwar mäßiges Wachstum, aber Gewicht und Länge liegen durchaus noch im unteren Normbereich und haben sich auch nicht wesentlich gegenüber früheren Untersuchungen verändert. Die KM fühlt sich bestätigt, dass der Verdacht der Familienhelferin, sie versorge das Kind nicht gut genug, ungerechtfertigt ist. Die Familienhelferin ist verunsichert und enttäuscht, dass ihr Anliegen nicht unterstützt wird.

Bei der Nachbesprechung im Team des SPZ zeigen sich unterschiedliche Reaktionen: Aus ärztlicher Sicht erscheint unverständlich, wieso eine SPFH-Mitarbeiterin nicht in der Lage ist, Gewicht und Länge eines Säuglings zu beurteilen. Die Überweisung durch den Kinderarzt und damit sein Anliegen bleiben unklar – war es ihm zu mühsam, sich selbst des Anliegens der SPFH anzunehmen, oder gab es andere Gründe?

Die Sozialpädagogin im Team erinnert jedoch noch einmal an die verschiedenen Problemlagen in der jungen Familie und benennt die vielen Risiken für die Entwicklung des Kindes; sie könne die Frustrationen der SPFH verstehen, die die Defizite sehe, aber in ihren Möglichkeiten begrenzt sei und offenbar auch kein gutes Bündnis mit der Mutter habe bilden können. Deshalb habe diese wohl den Weg

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:992–1001 DOI 10.1007/s00103-010-1126-8
© Springer-Verlag 2010

U. Thyen

Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin

Zusammenfassung

Im Gesundheits-, Sozial- wie auch Bildungswesen werden zunehmend Forderungen nach präventiven Strategien artikuliert, die der Verbesserung des Schutzes von Kindern und ihrer Entwicklungs- und Bildungschancen dienen sollen. Diese Forderungen verbinden sich in der Medizin mit den Begriffen der Gesundheitsförderung, der Früherkennung von Risiken und der Primär- und Sekundärprävention. Im Bereich der Jugendhilfe wird das Konzept als Frühwarnsystem oder Frühe Hilfen beschrieben, im pädagogischen Bereich als frühe Bildung und Frühförderung. Die vielfältigen Entwicklungsbedürfnisse von Kindern und die komplexe Beeinflussung durch Kontextfaktoren machen

es erforderlich, dass die genannten drei Bereiche ihre Angebote und Maßnahmen integrieren und jeweils auf die besonderen Bedürfnisse jedes einzelnen Kindes abstimmen. Anhand eines Fallbeispiels werden im vorliegenden Beitrag Probleme bei der Gestaltung von Schnittstellen aufgezeigt und analysiert. Eine systemische Sicht auf die Aufgaben und professionelle Selbstverständnisse von Hilfesystemen helfen, eine effiziente und nachhaltige gesundheits- und sozialpolitische Planung zu unterstützen.

Schlüsselwörter

Frühe Hilfen · Frühförderung · Gesundheitsförderung · Berufsethik · Hilfesysteme

Child protection from the perspective of child and adolescent medicine

Abstract

Demands for prevention in the areas of child protection, child development and early education are increasingly being discussed in the health care system, social services and the educational and school system. Concepts in health care include health promotion, risk assessment and primary and secondary prevention. Child protection promotes strategies such as early social support services and at-risk screening and educational systems advocate early intervention and concepts to enhance child development. The complexity of children's developmental needs and their living environments require a comprehensive

approach of all three systems and integration of services and interventions. Each child's needs must be individually analysed and services tailored appropriately. A case vignette demonstrates and analyses typical problems of interacting systems. A systemic view of systems of care allows planning of efficient and sustainable social and health care policies.

Keywords

Early intervention · Prevention · Health promotion · Professional ethics · Health care systems

Tab. 1 Institutionen und Dienste der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

<p>A. Medizinischer Bereich (SGB V, RVO, Landesgesetze über den ÖGD, Komplexleistungen anteilig nach SGB IX)</p>	<p>Niedergelassene Ärzte, insbesondere Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Ärzte für Allgemeinmedizin Kinder- und jugendmedizinische Kliniken und Polikliniken beziehungsweise Ambulanzen Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, Tageskliniken, Ambulanzen beziehungsweise Polikliniken Sozialpädiatrische Zentren Niedergelassene nichtärztliche Therapeuten (Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten = „Heilmittelerbringer“) Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Pädiatrische Vorsorge- und Rehabilitationskliniken Interdisziplinäre Frühförderung</p>
<p>B. Psychosozialer Bereich (SchKG, SGB VIII, SGB XII)</p>	<p>Schwangerenberatungsstellen Beratungsstellen für Familien-, Ehe-, Erziehungsberatung Niedergelassene nicht-ärztliche Psychotherapeuten Pädagogische Frühförderstellen Jugendämter Behindertenhilfe der Sozialämter Krisendienste (Frauenhäuser, Kinderschutzzentren)</p>
<p>C. Kinderbetreuungseinrichtungen (SGB VIII, SGB IX, XII)</p>	<p>Kindertagespflege Kinderkrippen und Kindertagesstätten, bei Bedarf mit Integrationshilfen und integrierter sonderpädagogischer Förderung bei drohender körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung</p>

der Überweisung gewählt, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden.

Aber besteht eine Kindeswohlgefährdung? Die körperliche Entwicklung ist unauffällig oder zumindest nicht besorgniserregend, es bestand allerdings eine leichte Entwicklungsverzögerung um zwei bis drei Monate. Es gab keine besonderen Aspekte in der Vorgeschichte, wie Frühgeburtlichkeit, angeborene Erkrankungen oder Hinweise auf Schädigungen, zum Beispiel durch Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft. Das Neugeborenen-Hörscreening war unauffällig verlaufen. Auf Nachfrage der Psychologin kann sich die Ärztin nicht erinnern, das Kind viel lautieren gehört zu haben, sie habe deshalb auf das Hörvermögen geachtet und fand dies nicht beeinträchtigt.

Das Team schlägt vor, der Mutter eine Betreuung durch die pädagogische Frühförderung vorzuschlagen. Die Ärztin ist nicht sicher, ob die Befunde für die Bewilligung einer Frühförderung ausreichen, aber man könne es ja versuchen. Sie bespricht dies telefonisch mit der Mutter, die einwilligt, das Kind bei der Frühförderstelle anzumelden. Wenn es dem Kind nütze, wolle sie das gerne machen. (In der Tat wird später die Eingliederungshilfe der Kommune zum Schluss kommen, dass es vermutlich ausreicht, wenn

der Kinderarzt wegen des leichten motorischen Entwicklungsrückstandes Physiotherapie verordne.)

Die Psychologin bietet an, das Mutter-Kind-Paar noch einmal zu sehen. Mutter und Familienhelferin werden noch einmal in das SPZ eingeladen und kommen auch etwa acht Wochen später. Die Psychologin sieht jetzt eine starr wirkende, deutlich übergewichtige, offensichtlich an depressiven Symptomen leidende junge Frau. Das Verhältnis zur SPFH hat sich weiter verschlechtert. Die KM klagt, man helfe ihr nicht ausreichend, wieder auszuweichen, sie verstehe sich nicht mehr mit ihrer Mutter. Um die Wiederaufnahme einer Ausbildung habe sie sich wegen des Babys nicht kümmern können. Die SPFH schätzt es als außerordentlich schwierig ein, zeitnah einen Krippenplatz für das Kind zu finden. Sie haben die Betreuung durch eine Tagesmutter angeboten, dies lehne die KM jedoch rundherum ab.

Während des Gespräches achtet die Psychologin auf das Verhalten des Kindes. Es schläft im Kinderwagen, wacht dann auf und wird etwas quengelig. Die Familienhelferin blickt auffordernd zur Mutter, die am Kinderwagen schaukelt und dem Kind einen Schnuller gibt, was dies auch vorübergehend beruhigt. Schließlich ermuntert die Psychologin

die Mutter, das Kind herauszunehmen, was diese auch tut. Sie wickelt das Kind und bietet anschließend eine Flasche mit gesüßtem Tee an, die das Kind auf ihrem Schoß sitzend trinkt. Während der Interaktion fanden trotz eines angemessenen Umgangs kein direkter Blickkontakt und keine sprachliche Interaktion zwischen Mutter und Kind statt. (Im Nachgespräch stellt sich heraus, dass die Familienhelferin zwar das Gefühl hatte, dass „da etwas nicht stimmt“, aber weder die depressive Verstimmung der Mutter noch die fehlende sprachliche Interaktion mit dem Kind in der Vergangenheit angesprochen hatte. Die Mutter habe immer sehr feindselig auf ihre „Vorwürfe“ reagiert.)

Die Psychologin macht der KM den Vorschlag, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen – deren Zustimmung zu dieser Idee steht aber auf unsicheren Füßen: Sie brauche keine Therapie, wenn sie endlich eine eigene Wohnung hätte und einen Krippenplatz für das Kind, könnte sie ihren Schulabschluss machen – dann würde es ihr bestimmt besser gehen. Auch solle der Vater des Kindes sie endlich in Ruhe lassen und das Kind nicht mehr besuchen dürfen, aber dabei bekomme man ja keine Unterstützung beim Jugendamt. Die Psychologin erklärt, dass es darum geht, jemanden zu finden, der sie unterstütze, auch mit der Trennung umzugehen, und der auf ihrer Seite stehe – sie könnte einen Kontakt zu einer Kollegin in der Erziehungs- und Familienberatungsstelle herstellen, die sich auf flexible Kontakte einlässt und unzuverlässiges Kommen tolerieren kann. Es bleibt offen, ob die junge Frau das Angebot annehmen wird.

Die Physiotherapeutin, die zwischenzeitlich die Behandlung der motorischen Entwicklungsverzögerung des Kindes übernommen hat, hat die Mutter-Kind-Problematik bereits erkannt und behandelt nach Prinzipien der sensomotorischen Integration und entwicklungsfördernden Anleitung der Mutter. Sie steht allerdings nicht im Kontakt zur SPFH, zu Kinderarzt oder SPZ. Der Kinderarzt wird in einem ausführlichen Telefongespräch durch die SPZ-Ärztin informiert – er ist mit dem Behandlungsplan einverstanden. Allerdings gibt er die Rückmeldung, dass das ja nun doch alles nicht so schlimm

sei. Das Baby mache doch Entwicklungsschritte, sei immer gut versorgt, und die KM mache doch alles den Umständen entsprechend recht gut. Er kenne sie ja schon lange und habe sie auch schon selbst als Kind betreut. Ihre eigene Mutter sei sehr schwierig und habe die Tochter (jetzige KM) auch schon mal in eine Pflegefamilie geben müssen. Angesichts dieser Belastungen beurteile er den Verlauf eigentlich als ganz positiv. Mit dem Jugendamt kooperiere er, wenn er eine Misshandlung oder schwere Vernachlässigung sehe und das Kind fremd untergebracht werden müsse, aber hier bestehe ja kein Erfordernis. Eine Hebamme sei anfangs dort gewesen, dann aber nicht mehr, als die KM zu ihrem Freund zog. Warum, sei ihm nicht bekannt, auch nicht, ob die Hebamme vielleicht die weitere Betreuung durch eine Familienhebamme vorgeschlagen hätte. Aber wenn, hätten die jungen Eltern das bestimmt nicht gewollt – sie wollten damals zeigen, dass sie allein zurechtkämen. Der Vater des Kindes sei einmal mit in der Praxis gewesen, zur Früherkennungsuntersuchung, da habe er eigentlich einen ganz ordentlichen Eindruck gemacht.

Eine (informelle) Rückfrage in der Geburtsklinik, die demselben Klinikum wie das SPZ angehört, ergibt, dass die Risikofaktoren, die im Rahmen der ersten Früherkennungsuntersuchung vom Geburtshelfer dokumentiert wurden, zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Geburtsklinik zu keiner besonderen Beratung oder Formulierung von Hilfsangeboten geführt hatten, die „Meldung“ der Geburt des Kindes an das Jugendamt erfolgte unabhängig erst im weiteren Verlauf lediglich aufgrund des Alters der Mutter. Von dort sei die Kontaktaufnahme erfolgt. Außer dem jungen Alter und dem Übergewicht der jungen Mutter erschien dort nichts auffällig.

Diskussion

Die Analyse dieses Fallbeispiels lässt einige recht typische Aspekte in der interdisziplinären und interinstitutionellen Kommunikation, der Vernetzung und der Kontinuität der Betreuung gefährdeter Kinder erkennen. Wenngleich in diesem Fall Art und Umfang der Betreuung besonders

vielfältig und vergleichsweise umfassend erscheinen, werden verschiedene Problembereiche deutlich, die im Weiteren diskutiert und bewertet werden sollen:

1. Zwischen den verschiedenen Institutionen (das heißt den sie vertretenden Akteuren) gibt es keine gemeinsame Problemdefinition.
2. Der Ansatz ist weitgehend risikoorientiert, mögliche Ressourcen kommen nur am Rande zur Sprache, insbesondere kann mit der „Leistungsempfängerin“ kein tragfähiges Bündnis erreicht werden.
3. Die enge Kooperation scheint unter konkurrierenden sozialrechtlichen Bestimmungen hinsichtlich der Leistungspflicht verschiedener Träger zu leiden.

Problemdefinition

Angesichts der unterschiedlichen Ausbildungen, Orientierungen, Verpflichtungen und Werthaltungen der beteiligten professionellen Helfer zeigen sich sowohl unterschiedliche Einschätzungen der Situationen, als auch – aufgrund unterschiedlicher Aufgaben und wahrgenommener Aufträge – unterschiedliche Handlungsorientierungen.

Geburtsklinik. Eine „Meldung“ der Geburtsklinik an das Jugendamt war lediglich aus quasi formalen Gründen (Alter der Mutter bei Geburt <18 Jahre) aufgrund einer entsprechenden Verabredung mit dem örtlichen Jugendamt erfolgt. Die übrigen psychosozialen Risikofaktoren wurden nicht erhoben, zumal es sich nach der unkomplizierten Entbindung um einen kurzen stationären Aufenthalt handelte. Informell wurde auch mitgeteilt, dass die in der Frauenklinik tätigen Ärzte der Auffassung seien, dass ihrer Meinung nach private (psychosoziale) Daten nicht routinemäßig erfragt werden sollten, sofern sie nicht von den Frauen selbst angesprochen würden. Bei selbst angegebenem Hilfebedarf würde die zuständige Sozialarbeiterin des Klinikums eingeschaltet, allerdings sei diese nur an Wochentagen und oft mit einer Verzögerung von ein bis zwei Tagen erreichbar, sodass die Frauen häufig bereits schon wieder entlassen seien. Mit Blick auf die Risikofaktoren

wird im Wesentlichen auf die Gesundheit von Mutter und Kind geachtet, zum Beispiel auf einen Substanzmittelmissbrauch der Mutter, auf sexuell übertragbare Krankheiten oder schwerwiegende Vorerkrankungen der Mutter, wenn diese aus dem Mutterpass hervorgingen.

Kinderarzt. Der weiter betreuende Kinderarzt sieht das Kind regelmäßig zu den Früherkennungsuntersuchungen, er erkennt keine „die Gesundheit in erheblichem Maße beeinträchtigenden“ Befunde. Er kennt das familiäre Umfeld schon lange, die junge Mutter hat offenbar Vertrauen zu ihm, er bespricht insbesondere Themen wie gesunde Ernährung, „Koliken“ und Einschlafstörungen mit ihr. Die gewünschte Überweisung zum SPZ stellt er aus, allerdings ohne wirklich vom Nutzen dieser Vorstellung überzeugt zu sein. Die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt erfolgt nur bei gravierenden Formen von Kindeswohlgefährdung, das heißt bei bereits eingetretener Kindesmisshandlung oder schwerer Vernachlässigung. Intuitiv wird diese Schwelle als notwendig für eine Fremdunterbringung wahrgenommen. Im Bereich Frühe Hilfen scheint dem Kinderarzt das Jugendamt hier kein Ansprechpartner zu sein. Die frühe Gesundheitsversorgung durch eine Hebamme wird als positive Maßnahme empfunden, allerdings erfolgt keine Rücksprache mit dieser, und es liegt im Ermessen der Familien, wie lange sie diese Hilfen in Anspruch nehmen möchten. Der Kinderarzt scheint weniger ein verbindliches Casemanagement zu übernehmen, er wirkt vielmehr als Anlaufstelle (als „sicherer Hafen“) für die Mutter bei auftretenden Problemen. Sie spricht dort Probleme an, die nach ihrem und dem Verständnis des Kinderarztes dort hingehören (zum Beispiel Koliken des Babys), aber nicht ihre eigenen Schwierigkeiten. Die gesundheitliche Betreuung des Kindes ist gut, stationäre Aufenthalte waren nicht erforderlich, die Impfungen waren vollständig durchgeführt, das Gedeihen ausreichend.

Sozialpädiatrisches Zentrum. Im Team des SPZ kommen verschiedene Sichtweisen zusammen. Der Fall kommt zweimalig in die Teambesprechung, die verschied-

denen Problemfelder können ausreichend reflektiert und teilweise Lösungsansätze erarbeitet werden. Dabei sind es insbesondere die Kooperationspartner/innen innerhalb des Gesundheitswesens, mit denen eine Kommunikation gut gelingt (Kinderarzt, Physiotherapeutin), weniger gut gelingt dies mit der SPFH oder dem Fachdienst der Eingliederungshilfe. Ein Bündnis mit der KM kann an dem Punkt gestaltet werden, an dem es um eine möglichst gute Entwicklung ihres Kindes geht, nicht aber dort, wo es um ihre psychischen Belastungen geht.

Jugendamt. Im Jugendamt stellt sich die Situation aufgrund des Vorliegens weiterer Informationen anders dar. Dort ist bekannt, dass die KM in der Kindheit wegen psychosozialer Probleme in der Familie und vorübergehender Erziehungsunfähigkeit ihrer Mutter fremduntergebracht war. Es bestand seit der Rückführung des Mädchens (der jetzigen KM) in die Familie im Alter von elf Jahren kein Kontakt des Jugendamtes zur Familie mehr. Die Schwangerschaft der KM im Alter von 17 Jahren und die Geburt des Kindes werden von der Geburtsklinik an das Jugendamt gemeldet. Ob eine Schwangerschaftsberatungsstelle während der Schwangerschaft in Anspruch genommen worden war, war nicht bekannt. Zumindest erfolgte nach der Entbindung keine Betreuung durch eine solche. Auch der leibliche Vater des Kindes ist dem Jugendamt bekannt (aus Gründen, die nicht näher ausgeführt werden), sodass insgesamt ein hohes Risiko wegen einer möglichen Kindeswohlgefährdung gesehen wird – allerdings nur aus der Zusammenschau der Risikofaktoren, nicht abgeleitet vom aktuellen Verhalten und Kompetenzen. Das Jugendamt schlägt der Mutter eine sozialpädagogische Familienhilfe vor, diese willigt (widerstrebend) ein. Sie nimmt die SPFH jedoch nicht als Unterstützung wahr, sondern als Kontrolle. Da, wo sie tatsächlich tatkräftige Hilfen bräuchte (Umzug, Loslösung von der Ursprungsfamilie, Krippenplatz, Fortsetzung der Ausbildung, Besuchsrecht des Kindesvaters), erhält sie aus ihrer Sicht diese nicht. Die Sichtweise der Familienhelferin ist kindzentriert und voller Sorge, dass das „nicht gut läuft“. Warum keine fachliche Zusam-

menarbeit zwischen der Familienhelferin und dem Beratungsangebot der Frühen Hilfen, wo die entsprechende Expertise bezüglich früher Bindungs- und Interaktionsstörungen vorhanden ist, erfolgt, wird nicht thematisiert. Ebenso erfolgt keine Kontaktaufnahme zum zuständigen Mitarbeiter im Jugendamt durch die Familienhelferin, als es um die Bewilligung der Frühförderung ging. Die institutionelle Vernetzung zwischen Jugendamt, der Eingliederungshilfe, dem Wohlfahrtsverband, bei dem die SPFH angestellt war, und der Beratungsstelle Frühe Hilfen, ist nicht verbindlich organisiert, im Übrigen spielten datenschutzrechtliche Bedenken in der Informationsübermittlung eine Rolle.

Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst war in den Fall lediglich involviert, als es um die Bewilligung der Frühfördermaßnahme ging. Das Kind wurde dort – gemeinsam mit der Mutter – von der zuständigen Kinderärztin gesehen. Sie stellte ebenfalls eine leichte motorische Entwicklungsverzögerung fest, die weiteren Problemlagen wurden nicht bekannt beziehungsweise im Gespräch mit der Mutter auch nicht benannt. Die Eingliederungshilfe geht davon aus, dass Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) vorrangig vor Leistungen der sozialen Sicherung zu behandeln seien. Daher schließt sie, dass eine Physiotherapie ausreiche, die vom Kinderarzt verordnet werden könne. Es erfolgte weder eine direkte Rücksprache mit dem Kinderarzt noch mit dem SPZ (der Bericht lag noch nicht vor, nur die Anmeldung durch die Ärztin) oder mit der Jugendhilfe (die dortige Betreuung war nicht bekannt). Die Ärztin im SPZ ist über die Stellungnahme der prüfenden Kollegin im Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst verärgert, da sie eine individuelle, kindzentrierte Heilmittelerordnung bei einem neurologisch nicht beeinträchtigten Kind für nicht indiziert hält. Die Kooperation zwischen dem SPZ als empfehlender und der Eingliederungshilfe als prüfender und bewilligender Einrichtung wird in Zeiten schwindender kommunaler Mittel als schwierig empfunden.

Partizipation der Hilfeempfänger

Besonders schwierig erscheint in diesem Beispiel, dass von der betreuten Mutter bei der Vorstellung im SPZ kein Hilfebedarf benannt wird – eine Situation, wie sie jedoch relativ häufig vorkommt. Der Hilfebedarf wird daher aus Sicht der Helfer mehr oder weniger implizit am vermeintlichen Hilfebedarf für den Säugling festgestellt. Es werden beobachtbare Aspekte in den Vordergrund gerückt: das vermeintlich schlechte Essverhalten des Kindes, die leichte motorische Entwicklungsverzögerung. Es gelingt jedoch nicht, diese Sorgen mit der Mutter zu teilen, da sie einerseits wenig gravierend und für Nicht-Fachleute schlecht nachvollziehbar sind und der Mutter gegenüber auch als Vorwurf formuliert erscheinen.

Eine Analyse der Entwicklungsbedürfnisse des Kindes macht deutlich, dass Risiken für eine optimale Ausschöpfung der Entwicklungschancen vorhanden sind. Die zentrale und auch gravierende Entwicklungsauffälligkeit, das heißt die fehlende Sprachentwicklung als Folge einer mangelnden Kommunikation zwischen Mutter und Kind, wird zwar wahrgenommen, aber nicht effektiv angesprochen. Eine Sprachentwicklungsverzögerung – und dazu kann schon ein eingeschränktes Lautieren im ersten Lebensjahr gehören – kann das Leitsymptom einer emotionalen Vernachlässigung sein [4, 5]. Allerdings ist eine mangelnde Sprachentwicklung als Folge einer unzureichenden Förderung in bildungsfernen Elternhäusern ein so häufiges Phänomen, dass es jenseits der Zuständigkeit der medizinischen Diagnostik und Therapie zu liegen scheint. Zutreffenderweise erscheint also die Frühförderung als geeignete Maßnahme – hier entsteht auch punktuell ein Bündnis mit der Mutter, allerdings kommt es nicht zur Bewilligung der Maßnahme. Erst die Psychologin erkennt in der depressiven Entwicklung der Mutter die Ursache für die Sprachentwicklungsverzögerung und vermutlich auch für die leichte motorische Entwicklungsverzögerung. Deren Behandlung erscheint in der bereits recht festgefahrenen und von Abwehr der Mutter geprägten Situation schwierig und wenig Erfolg versprechend.

Kostenträger und Leistungsbewilligung

Aufgrund der außerordentlich komplexen, unübersichtlichen und zum Teil konkurrierenden Sozialgesetzgebung zu den Leistungen für Kinder zur frühen (präventiven) Förderung und zur entsprechenden familiären Unterstützung kommt es in der Praxis nicht selten zu Frustrationen und gegenseitigen Schuldzuweisungen, wenn gewünschte Maßnahmen nicht bewilligt werden. In diesem Fallbeispiel waren sowohl das V., das VIII. und das IX. Sozialgesetzbuch relevant (■ **Abb. 1**).

Bei den sozialrechtlichen Bestimmungen handelt es sich zum Teil um Leistungen, die im Ermessen des Leistungsanbieters liegen, ein typisches Beispiel ist im Bereich der SGB VIII die Familienförderung (§ 16), die jedoch selten zur Gewährung individueller Hilfen eingesetzt wird. Einen Rechtsanspruch auf Hilfen nach SGB VIII haben Familien erst bei erheblichem Bedarf für „Hilfen zur Erziehung“ (§ 27). Im genannten Fallbeispiel erfolgte die Leistungsbewilligung als Hilfe zur Erziehung, damit war bereits (zumindest aus Sicht der Mutter) eine implizite Kritik an ihrem elterlichen Verhalten und ihrer Fürsorge geäußert worden, was ihren Widerstand erklärt.

Nach SGB V werden ohne Einschränkungen Leistungen zur Früherkennungsuntersuchungen (§ 26) gewährt, diese sind jedoch Krankheits- und nicht Kindeswohlorientiert. Psychosoziale Risiken sind in den Früherkennungsrichtlinien nicht aufgenommen, eine antizipatorische Beratung ist kein Leistungsbestandteil. Gleichermassen werden Leistungen zur Krankenbehandlung nach § 27 SGB V ohne Einschränkungen gewährt, aber auch sie sind Krankheits- und nicht Kindeswohlorientiert – Ähnliches gilt für die Hebammenhilfe nach § 196 der Reichsversicherungsordnung. Angebote der Frühen Hilfen sind derzeit an den verschiedenen Standorten durch Mittel der Kommunen, der Länder und zum Teil des Bundes (im Rahmen der Modellprojekte) sowie weitreichend durch Stiftungs- Wohltätigkeits- und Spendenmitteln gefördert, eine nachhaltige Finanzierung wird derzeit geprüft [6].

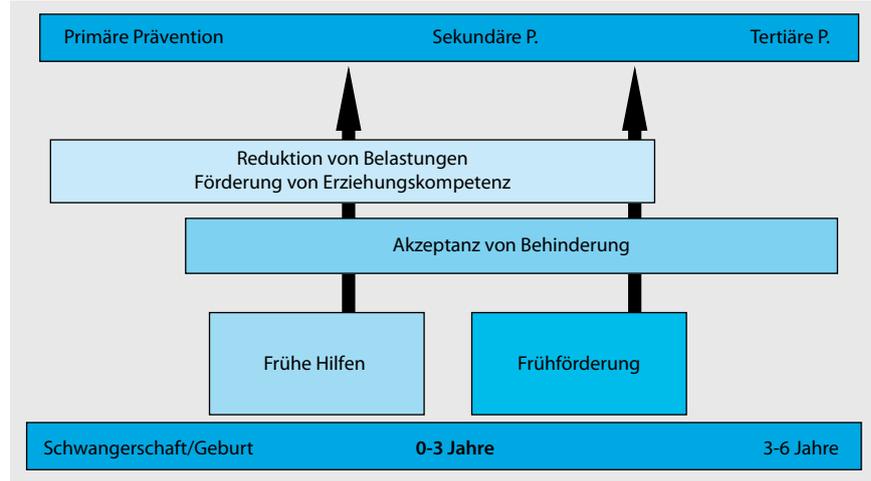


Abb. 1 ▲ Frühe Hilfen und Frühförderung

Kooperation und Schnittstellen

Neben diesen Problemen bei der Finanzierung ergeben sich aber auch Konflikte aufgrund der sehr unterschiedlichen, gesellschaftlich zugewiesenen und durch entsprechende Berufsbilder geprägten Aufgaben.

Kinderärzte gehören zu den wenigen außerfamiliären Kontaktpersonen, die Kinder im Säuglings- und Vorschulalter regelmäßig sehen. Sie werden in den öffentlichen Diskurs des Kinderschutzes vermehrt eingebunden und in die Verantwortung genommen [7, 8]. In der Praxis fehlen häufig sowohl zeitliche Ressourcen als auch Kompetenzen zur Erkennung insbesondere seelischer Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit. Diese Kompetenzen zur Wahrnehmung der frühen Deprivation eines Säuglings, einer Interaktionsstörung zwischen Eltern und Kindern und insbesondere zum Erkennen psychischer Erkrankungen der Eltern sind zweifelsohne bei Fachkolleg/innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in besonderem Maße vorhanden, allerdings werden dort nur sehr wenige Kinder zu einem so frühen Zeitpunkt vorgestellt. Auch im dargestellten Fallbeispiel werden sozialpsychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Dienste oder Praxen nicht in Anspruch genommen. Beim Zugang zu solchen Versorgungsangeboten bestehen Barrieren aufgrund fehlender interdisziplinärer Kooperationen, mangelnder Ressourcen in der Region und geringer elterlicher Akzeptanz einer solchen Überweisung [9].

Dem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt stehen keine *abgesicherten Netzwerke* für eine möglicherweise notwendige weitergehende Hilfe oder Intervention zur Seite [2, 10]. Noch finden Kinder- und Jugendärzte mit ihrem Wunsch nach frühen, nicht straforientierten, niedrigschwelligen Angeboten und Interventionen selten koordinierte Unterstützung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe: Interventionen werden weniger niedrigschwellig präventiv, sondern vielmehr im Sinne des oben beschriebenen Leistungsrechts bewilligt, wenn sich Defizite bereits manifestiert haben.

Eine Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, die Betreuung durch eine Hebamme, die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Kinder beim Kinderarzt, die erwähnte Empfehlung von Frühfördermaßnahmen oder die Verordnung von Heilmitteln sind finanziell und strukturell abgesicherte Leistungen, die, wenn vom Arzt empfohlen oder verordnet (und vom Patienten gewünscht), dann auch in erwarteter Weise und mit einer einschätzbaren Qualität erbracht werden. Die Empfehlung solcher Maßnahmen stellt daher auch für Kinder- und Jugendärzte kein Problem dar – allerdings werden sie oft am wenigsten von den Personen wahrgenommen, die sie am meisten bräuchten („Präventions-Paradox“) [11].

Es werden durch betreuende Ärzte darüber hinaus psychosoziale Hilfebedarfe bei Familien gesehen, die selbst nicht in der Lage sind, ambulante Angebote wie Erziehungsberatungsstellen, psychotherapeutische Praxen oder Elterngruppen in

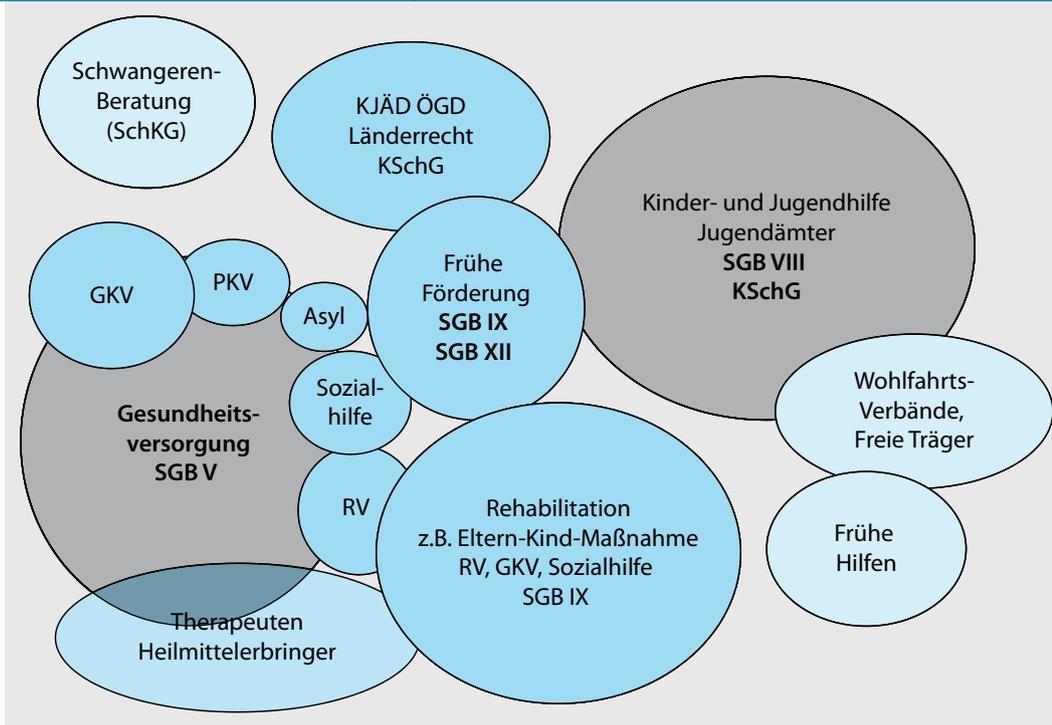


Abb. 2 ◀ Relevante Leistungserbringer und deren sozialrechtliche Grundlage bei Hilfen für Kinder und Familien. Asyl Leistungen über Asylbewerbergesetz; GKV Gesetzliche Krankenversicherung; KJÄD ÖGD Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Öffentlichen Gesundheitswesens; KSchG Kinderschutzgesetze der Länder; PKV Private Krankenversicherung; RV Rentenversicherung; SchKG Schwangerenkonfliktgesetz; SGB Sozialgesetzbuch; Sozialhilfe Leistungen für Krankenversicherung durch das Sozialamt, wenn keine gesetzliche Versicherung besteht; SPFH Sozialpädagogische Familienhilfe; SPZ Sozialpädiatrisches Zentrum

Anspruch zu nehmen. Dieses „Zwischenstück“ soll zumindest für die Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen konzeptuell von den Angeboten der Frühen Hilfen abgedeckt werden. Die Frühen Hilfen gehören derzeit (noch) nicht zu den genannten etablierten, allgemein zu empfehlenden Angeboten und müssen vom betreuenden Arzt besonders begründet werden. Es bedarf daher einer guten, am besten auch persönlichen Kenntnis über die Angebote in der Region, die daran beteiligten Berufsgruppen und deren Kompetenzen sowie über die Intensität und Dauer der Betreuung. Dieser Kenntnisstand ist häufig (noch) nicht vorhanden, was auch daran liegt, dass die derzeit vorhandenen Angebote sehr heterogen in ihrer Struktur und Ausrichtung sind. Oft handelt es sich um hochprofessionelle Angebote, die individuelles Interaktionstraining, Gruppenangebote, aufsuchende Hilfen und Casemanagement einschließen [12, 13]. Die Zahl der von solchen integrierten Angeboten erreichten Familien ist landesweit jedoch noch gering. In manchen Gegenden gibt es keine, in anderen kleine, zum Teil konkurrierende Projekte, deren Angebote und Kooperationsstrukturen von Außenstehenden nicht gut nachvollziehbar sind. Auch wenn die Frühen Hilfen im ärztlichen Bereich zunehmend bekannter werden, bestehen zum Teil Vorbehalte

hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeiter/innen (die ja in der Tat von ehrenamtlichen Helferinnen über mehr oder weniger fortgebildete Hebammen bis hin zu Sozialpädagoginnen aus der Jugendhilfe oder dem Gesundheitsamt reichen). Wenngleich das Konzept der Frühen Hilfen von der Ärzteschaft als zukunfts-fähig angesehen wird, machen sie im Alltag doch sehr unterschiedliche Erfahrungen. Ärzt/innen möchten ihren Patienten nur das empfehlen, wovon sie selbst überzeugt sind („eminence basiert“) und worüber möglichst Daten zur Wirksamkeit vorliegen („evidence basiert“). Unzufriedenheit mit der Betreuung wird von den Familien an den Arzt zurückgemeldet, ohne dass er oder sie die Möglichkeit hätte, diese Information zu überprüfen oder gemeinsam mit den Anbietern der Frühen Hilfen zu reflektieren. Direkte telefonische Kontakte bedürfen einer Entbindung von der Schweigepflicht und sind zum Teil von den Patienten nicht gewünscht, darüber hinaus von einer Praxis auch oft nur schwer zu realisieren. Die Teilnahme an Hilfesprächen, Hausbesuchen oder an anderen Formen des Austausches und der Kooperation bezogen auf den Einzelfall verbietet sich in der Regel aus zeitlichen und ökonomischen Gründen. Eine Vergütung solcher Leistungen, eine Kompensation für die Praxisausfallzeiten

oder eine entsprechende Dienstbefreiung für Krankenhausärzte sind nicht geregelt. An dieser unbefriedigenden Situation haben auch die in allen Bundesländern verabschiedeten Landeskinderschutzgesetze nichts geändert, da die Aufforderung zur verbesserten Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und den Jugendämtern meist nur appellativen Charakter hat und nicht durch strukturelle Maßnahmen und eine entsprechende Finanzierung abgesichert wurde.

Frühförderstellen und kinder- und jugendärztlicher Dienst des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (KJÄD-ÖGD) erfüllt eine wichtige Brückenfunktion zwischen der Jugend- und Sozialhilfe einerseits und dem Gesundheitswesen andererseits. Er ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt, was beträchtliche Unterschiede in der personellen Ausstattung und dem Umfang der tatsächlich wahrgenommenen Aufgaben zur Folge hat. Generell hat der KJÄD-ÖGD die Aufgabe, sozialkompensatorische Gesundheitsfürsorge mit dem Ziel zu leisten, sozial benachteiligte Kinder besser mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu

erreichen [14]. Er hat die Möglichkeit der nachgehenden und aufsuchenden Fürsorge – anders als der niedergelassene Arzt, der wegen des Werbungsverbot es keine nicht gewünschten Hausbesuche machen und nicht zum Besuch in der Praxis auffordern kann. Dieses „Zwischenstück“ KJÄD-ÖGD ist bei der Konzeption und Implementierung der Frühen Hilfen bisher wenig genutzt worden. Nachdem die frühe Betreuung von Mutter und Kind aus den Mütterberatungsstellen der Gesundheitsämter in den Bereich der niedergelassenen Ärzte verlagert wurde, verlor sie im KJÄD-ÖGD zunehmend an Bedeutung.

Für die Bewilligung der Leistungen aus der Sozialhilfe für die Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder ist ein befürwortendes Gutachten des KJÄD-ÖGD Voraussetzung. Dies gehört überwiegend zu den positiven Kontakten der Familien zum Gesundheitsamt und ist oft der Beginn einer längerfristigen kontinuierlichen Begleitung durch die Ärzte und Sozialpädagogen des Gesundheitsamtes. Leider sind in letzter Zeit bei wachsendem Förderbedarf, aber sinkenden finanziellen Ressourcen der Kommunen auch Frustrationen entstanden. Die Begutachtung wird zum Teil eines „Gatekeepings“, was die Bewilligung von Maßnahmen der Frühförderung und der Eingliederungshilfe angeht. Die derzeit zu beobachtende Tendenz, bei knappen Ressourcen der Kommunen Angebote zur frühen Förderung, Bildung, Tagesbetreuung und sozialen Unterstützung möglichst zu begrenzen, findet ihren Niederschlag auch in der Leistungsverschiebung in den Bereich der Krankenversicherungen, insbesondere bei der Heilmittelverordnung (Physio-, Ergo- und Logopädie). Allerdings wird bei dieser Argumentation übersehen, dass eine ganzheitliche, pädagogisch fundierte Anleitung der Eltern und Förderung des Kindes in der alltagstypischen Umgebung eine gänzlich andere Maßnahme darstellt als einzelne Therapieeinheiten in einer ambulanten Praxis.

Im beschriebenen Fall hätten bei großzügiger Auslegung des Anspruchs auf Frühförderung diese bewilligt werden können. Das Kind hat zwar keine Behinderung, ist aber durchaus von einer solchen im Bereich der geistig-seelischen

Entwicklung bedroht. Während die Frühförderung eine familienorientierte, aber kindzentrierte, überwiegend heilpädagogisch orientierte Maßnahme ist, sind die Frühen Hilfen eher elternzentrierte, sozialpädagogisch orientierte Maßnahmen [15, 16]. Die Frühförderung dient der Verbesserung der Teilhabe des betroffenen Kindes durch eine pädagogische Anleitung der Eltern und Förderung des Kindes, die Frühen Hilfen der Stärkung der Elternfunktion und damit Verbesserung der Entwicklungschancen und des Schutz des Kindes. Zwischen beiden Bereichen gibt es jedoch konzeptuell und auch in der Zielgruppe breite Überschneidungen (■ **Abb. 2**).

Vertrauensverhältnisse

Mit Blick auf das Vertrauensverhältnis zwischen Hilfesystemen und Klienten/Patienten spielen im geschilderten Fallbeispiel auch unterschiedliche, berufsspezifische Einstellungen und Verpflichtungen eine Rolle. Bei der „Ärztlichen Schweigepflicht“ handelt es sich um ein besonders geschütztes und zu schützendes Berufsgeheimnis nach § 203 StGB. Sie findet sich auch in den Vorschriften der Berufsordnungen der Landesärztekammern und -zahnärztekammern sowie in den Vorschriften zum Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Die ärztliche Schweigepflicht stellt zudem eine zivilrechtliche Nebenvertragspflicht zum eigentlichen Behandlungsvertrag dar. Der Hintergrund dieser Regelungen ist, dass ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis Voraussetzung für eine erfolgreiche ärztliche Behandlung und den entsprechenden Schutz darstellt. Dieses sensible Arzt-Patienten-Verhältnis gründet sich nicht nur auf das Vertrauen in die fachliche Qualifikation des Arztes, sondern auch oder gerade auf die Annahme, sich dem Arzt im Rahmen einer ärztlichen Behandlung anvertrauen zu können, ohne damit rechnen zu müssen, dass andere Personen oder Stellen hierüber unterrichtet werden. Eine Offenbarung von Informationen gegenüber Dritten ist für Ärzte immer dann zulässig, wenn der Patient oder die Sorgeberechtigten damit einverstanden sind, das heißt prinzipiell gilt, dass persönliche Daten an die Jugendhilfe oder an ande-

re Einrichtungen nur mit Einverständnis der Betroffenen weitergegeben werden können [17, 18]. Der Königsweg der Kooperation besteht darin, die Eltern in aller Regel als erste und wichtigste Kooperationspartner anzusehen. Durch den Wunsch der Eltern, gut für das Kind zu sorgen, es gesund, erfolgreich und glücklich zu sehen, kann ein Bündnis mit ihnen entstehen, das es erlaubt, auch weitere Betreuungssysteme wie Erzieher/innen, Lehrer/innen oder Sozialpädagogen hinzuzuziehen. Die Voraussetzungen hierfür sind vielfältig: Wichtig ist die Schulung der Bereitschaft, achtsam mit Beziehungsaspekten und dem seelischen Wohlbefinden von Kindern umzugehen und darüber mit den Eltern zu sprechen; Gesprächskompetenz, zeitliche Ressourcen und entsprechende Vergütung zur psychosozialen Versorgung, gute Kooperationserfahrungen mit anderen Institutionen, Reflexion der eigenen Werterhaltung und professionellen Rolle und vor allem auch verfügbare Hilfsangebote für Familien in der Region [14].

Ausblick

Neben den Praxismodellen und der professionellen Erfahrung müssen auch die theoretischen Konzepte zur Interaktion von Hilfesystemen fortentwickelt werden. Theorien zu den Hilfesystemen haben eine lange Tradition, sie kamen zunächst aus der sozialen Versorgung psychisch Kranker und fanden dann Eingang in die soziale Fürsorge. Die Entwicklung in der Medizin mit ihrer zunehmenden Spezialisierung und Orientierung an einem biomedizinischen Modell haben zu einer Fragmentierung der Versorgungssysteme geführt. Erst in letzter Zeit ist ein biopsychosoziales Modell von Gesundheit und Krankheit wieder vermehrt in der Diskussion, insbesondere seit der Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch die WHO [19, 20]. Damit rückte auch die integrative Versorgung insbesondere von Menschen mit chronischen oder komplexen Gesundheitsstörungen wieder in den Fokus des Interesses und begründete die rasch an Bedeutung gewinnende Versorgungsforschung.

Als allgemeine Definition von Hilfesystemen („Systems of Care“) kann gelten: Ein Hilfesystem ist ein organisierter Ablauf von miteinander verknüpften Aktivitäten durch verschiedene Berufsgruppen, um ein gemeinsames, spezifisches Ziel zu erreichen. Dabei können sich komplexe Systeme aus einer Gruppe verschiedener, miteinander verknüpfter Subsysteme zusammensetzen. Strukturen, Prozesse und Ziele sollten theoriegeleitet definiert werden, bevor praktische Umsetzungen und Finanzierungsmodelle entwickelt und gestaltet werden. Diese Praxismodelle müssen in ihrer Effizienz und Wirksamkeit zunächst in einem experimentellen Design und später in der realen Versorgungspraxis evaluiert und fortentwickelt werden.

Wichtig ist festzulegen, auf welchen Ebenen Ziele erreicht werden sollen. Im Bereich der Prävention ist zu unterscheiden, ob die gewünschten Ziele eher durch Verhältnisprävention oder Verhaltensprävention zu erreichen sind [21]. Bei Kindern und Jugendlichen bedeutet das Aufwachsen in Armutverhältnissen eine gravierende Beeinträchtigung der Chancen auf eine gesunde Entwicklung [22]. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sollte daher auf die Verhältnisprävention gesetzt werden. Dazu bedarf es einer Kinder- und Jugendhilfepolitik, gemeinwesenbezogenen Aktivitäten, zivilem Engagement und einer entsprechenden Gesetzgebung, die allgemein die Lebensbedingungen, Gesundheitsförderung und Bildung von Kindern und Jugendlichen verbessert. Nichtsdestotrotz sind individuelle Maßnahmen zur Verhaltensprävention weiter erforderlich. Diese Maßnahmen sind jedoch mit einem erheblichen personellen und finanziellen Aufwand verbunden. Individuelle Unterstützung einzelner Familien mit dem Ziel einer Verhaltensänderung im Sinne einer verbesserter Eltern-Kind-Interaktion und der Förderung und des Schutzes des Kindes bedürfen einer hohen Professionalität und müssen als zeitintensive Einzelmaßnahmen angesehen werden [23]. Begrenzte Kurzinterventionen führen in Familien mit multiplen Belastungen in der Regel nicht zu Erfolgen und können unter Umständen den psychosozialen Stress in einer Familie erhöhen. Wenn Maßnah-

men zur Verhaltensprävention gewählt werden, muss eine verbindliche, nachhaltige Finanzierung und ein funktionierendes, integriertes Hilfesystem bereitgehalten werden. Daneben sollten Ergebnisse der Langzeitauswirkungen von Lebenslagen („life course perspective“) eingebunden werden, die zeigen, dass eine soziale Benachteiligung in der Kindheit zu langfristigen, oft sehr viel später auftretenden Gesundheitsstörungen und zu Einschränkungen in der Teilhabe führt [25]. Gleichmaßen sollten die Auswirkungen der Interventionen langfristig evaluiert werden.

Auf der Systemebene ist weiterhin die Integration von allgemeiner Gesundheitsförderung und von neuen Konzepten der Inklusion zu bedenken, wie sie in der aktuell unterzeichneten UN-Behindertenrechtskonvention zum Ausdruck kommt. In diesem Sinn muss darüber nachgedacht werden, ob die Aufrechterhaltung zweier unterschiedlicher Systeme, das heißt der Frühförderung und der Frühen Hilfen, sinnvoll ist. Eine Systemanalyse könnte prüfen, ob ihre Gemeinsamkeiten nicht größer sind als ihre Unterschiede. Beide Systeme verfolgen Ähnliches, sofern die Ziele nicht im Sinne von Risikominimierung sondern im Sinne der Ressourcenstärkung verstanden werden: Salutogenese, Lebenskohärenz, Resilienz, Befähigung, Kompetenz, Stärkung von Schutzfaktoren [24] sind jedoch Konzepte, die nur durch eine Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention zu erreichen sind.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Thyen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
thyen@paedia.ukl.mu-luebeck.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Stötzl M (2009) Kinderschutz in Deutschland im Licht der „MPK“-Beschlüsse – was ist daraus geworden?. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 58:786–797

2. Oeder S, Thater A, Lehmann S et al (o J) Expertise „Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen?“ Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften Universität Bayreuth. Veröffentlicht durch die Bundesärztekammer, download über <http://www.baek.de/versorgungsforschung>

3. Thyen U (2009) Orientierung aus der UN Kinderrechtskonvention für den Bereich der Frühen Hilfen. *IzKK Nachrichten*. Deutsches Jugendinstitut, München, 2009–1, S30–34

4. Rees CA (2010) Understanding emotional abuse. *Arch Dis Child* 95:59–67

5. English DJ, Thompson R, Graham JC, Briggs EC (2005) Toward a definition of neglect in young children. *Child Maltreat* 10:190–206

6. Hinrichs K (2010) Expertise Frühe Hilfen und ihre Finanzierung. Information für den Wissenschaftlichen Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

7. Thyen U, Dörries A (2005) Ärztliches Handeln bei Kindesmisshandlung. *Z Med Ethik* 51:139–151

8. Webb E, Moynihan S (2010) An ethical approach to resolving value conflicts in child protection. *Arch Dis Child* 95:55–58

9. Reinhardt D, Petermann F (2010) Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wo sind die Schnittstellen? *Monatsschr Kinderheilkd* 158:15–21

10. Thyen U (2006) Lücken im Kooperationssystem aus kinderärztlicher Sicht. Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe. In: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg) Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 57:61–68

11. Franzkowiak P (2006) Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 9. Reinhardt, Uni-Taschenbücher, Stuttgart

12. Erickson MF, Egeland B (2006) Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP Programm. Klett-Cotta, Stuttgart

13. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009) Frühe Hilfen – Modellprojekte in den Ländern. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Deutsches Jugendinstitut, München. Download oder Bestellung über <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/>

14. Schlack HG (2009) Kooperation in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. In: Schlack HG, Thyen U, Kries R von (Hrsg) Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 449–460

15. Wissenschaftlicher Beirat des Nationalen Beirats Frühe Hilfen (NZFH) Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“, abgerufen 10.4.2010 unter <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/>

16. Naggl M, Thurmair M (2008) Kindeswohl und „Frühe Hilfen“: Der Beitrag der Frühförderung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 57:555–570

17. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 2. Aufl.. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

18. Thyen U, Meysen T, Dörries (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns. In: Suess G, Hammer W (Hrsg) Kinderschutz – Spannungsverhältnisse gestalten! Klett-Cotta, Stuttgart (im Druck)
19. Thyen U (2009) Vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. In: Schlack HG, Thyen U, Kries R von (Hrsg) Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 11–23
20. Leonardi M, Martinuzzi A (2009) ICF and ICF-CY for an innovative holistic approach to persons with chronic conditions. *Disabil Rehabil* 31(Suppl 1):S83–S87
21. Hodges FM, Svoboda JS, Van Howe RS (2002) Prophylactic interventions on children: balancing human rights with public health. *J Med Ethics* 28:10–16
22. Lampert T, Richter M, Klocke A (2006) Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. *Gesundheitswesen* 68:94–100
23. Beelmann A (2006) Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgswissenschaft. *Z Klin Psychol Psychother* 25:151–162
24. Braveman P, Barclay C (2009) Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. *Pediatrics* 124:S163–S175
25. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2004) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Aufl.. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz

Unberechenbare Grippe: Zeit für die Influenza-Schutzimpfung

Die vergangene Grippesaison hat mit der Verbreitung eines neuen Influenzavirus und dem Höhepunkt der pandemischen Influenza-Erkrankungswelle Mitte November 2009 wieder einmal gezeigt, wie unberechenbar Influenzaviren sind. Nach Schätzung der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Instituts (RKI) gab es zwischen 2,5 und 3,4 Millionen zusätzliche Arztbesuche aufgrund einer Influenza-Erkrankung. Der in diesem Sentinelsystem mögliche Vergleich mit Daten aus den Vorjahren zeigt, dass die Werte im Bereich einer mittelstarken saisonalen Influenzawelle liegen. Die Schwere einer Welle kann sehr unterschiedlich sein und lässt sich nicht vorhersagen, Todesfälle gibt es zudem auch bei moderaten Grippewellen. Doch mit einer Impfung kann man sich einfach vor einer Grippeerkrankung schützen.

Medizinisches Personal, ältere Menschen über 60 Jahre, chronisch Kranke jeden Alters sowie Schwangere sollten gegen Grippe geimpft sein. „Wer geimpft ist, schützt nicht nur sich selbst vor einer schweren Influenza-Erkrankung, sondern vermeidet auch eine Ansteckung anderer. Das ist in Arztpraxen, Kliniken und Pflegeeinrichtungen besonders wichtig“, betont Reinhard Burger, Präsident des RKI vor der beginnenden Influenza-Impfsaison bei einer gemeinsamen Pressekonferenz mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI).

Der neue saisonale Impfstoff setzt sich aus den Antigenen der aktuell weltweit vorkommenden Varianten der drei zirkulierenden Influenza-Virustypen (A/H1N1, A/H3N2, B) zusammen. „Der saisonale Impfstoff enthält das Antigen des pandemischen H1N1-Influenzavirus und schützt somit auch gegen die ‚Schweinegrippe‘. Nach der Impfung ist der Impfschutz in 10 bis 14 Tagen aufgebaut“, sagt Klaus Cichutek, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts. Bisher hat das Paul-Ehrlich-Institut die Chargenfreigabe für rund 20,5 Millionen Dosen Influenza-Impfstoff erteilt. Das Paul-Ehrlich-Institut veröffentlicht auf seiner Internetseite neben dieser regel-

mäßig aktualisierten Information auch eine Liste der zugelassenen Influenza-Impfstoffe.

Seit 2006 führen BZgA und RKI die gemeinsame Kampagne „Wir kommen der Grippe zuvor“ zur Steigerung der Impfquoten gegen Influenza durch. Zur Information werden in Kooperation mit der Bundesärztekammer im September 2010 aktualisierte Medienpakete an alle niedergelassenen impfenden Ärzte, an sozialpädiatrische Zentren und den öffentlichen Gesundheitsdienst verschickt. Die Medienpakete enthalten allgemeine Informationen zur Influenza-Impfung sowie ein Faltblatt für Schwangere. „Bei Schwangeren besteht aufgrund der neuen Impfpflichtung in der kommenden Grippesaison ein erhöhter Informations- und Aufklärungsbedarf“, erläutert Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA.

Zur Information des medizinischen Personals wird in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft außerdem eine Aussendung von Informationsmaterialien an alle Krankenhäuser und Alten-/Pflegeheime erfolgen. Sie umfasst eine ausführliche Informationsbroschüre zur Influenza-Impfung sowie eine Arbeitshilfe für Betriebsmediziner zur Durchführung von Impfaktionen bei medizinischem Personal. Die Impfquote bei der saisonalen Influenza liegt bei medizinischem Personal im Krankenhaus durchschnittlich bei rund 20 Prozent und ist damit sogar geringer als bei älteren Personen und chronisch Kranken.

Darüber hinaus hat die BZgA eine neue Internetseite zum Thema Impfen eingerichtet. Unter www.impfen-info.de können sich Bürgerinnen und Bürger umfassend über die verschiedenen Impfungen und deren Nutzen sowie über ergänzende Hygienemaßnahmen informieren.

Weitere Informationen:

www.rki.de/influenza

www.impfen-info.de

www.pei.de/influenza-impfstoffe