

Gemeinsam stark für Familien –  
Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz

Workshop 1: Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit  
den Frühen Hilfen. Die Sicht des Kinder- und Jugendarztes

**Die pädiatrische Grundversorgung und die Frühen Hilfen:  
Von der gegenseitigen Wahrnehmung zur  
strukturierten Zusammenarbeit**

Ulrich Fegeler, Berlin

Kooperationstagung der BAG Gesundheit und Frühe Hilfen und des  
Nationalen Zentrums Frühe Hilfen  
25. November 2016, Berlin

## Gliederung

1. Die Neue Morbidität
2. Die anregungsarme Familie
3. Eine wachsende Aufgabe und neue Rolle des Kinder- und Jugendarztes im Sozialraum:  
„Entwicklungsfürsorge“ (Chancengleichheit)
4. Transsektorale Kooperation

## Neue Morbidität

Im Sinne einer Zunahme von

- Auffälligkeiten und Störungen **der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung**
- Verhaltensauffälligkeiten u/o psychischen Problemen/Somatisierungen
- verhaltensabhängigen körperlichen Störungen (z.B. Adipositas)
- eines shiftings von akuten zu mehr chronischen Erkrankungen verschiedener Art

Soziogene Entwicklungsstörungen

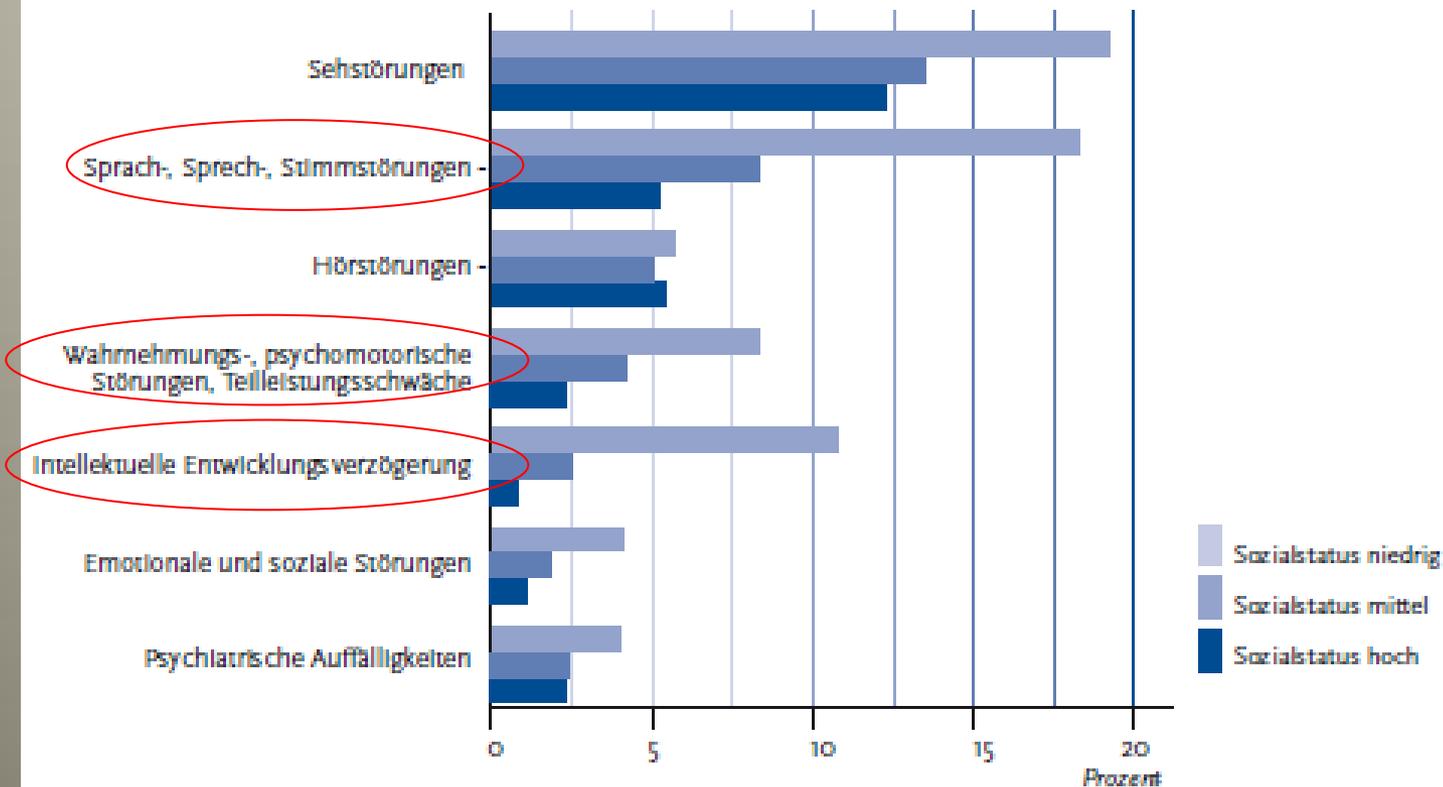
Neue Morbidität

# Entwicklungsstörungen

in starkem Bezug zum sozio-ökonomischen Status

Entwicklungsstörungen bei Einschülern und Einschülerinnen nach sozialem Status

Datenquelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005



Thomas Lampert, Christine Hagen, Boris Heizmann Robert Koch-Institut, Berlin 2010

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

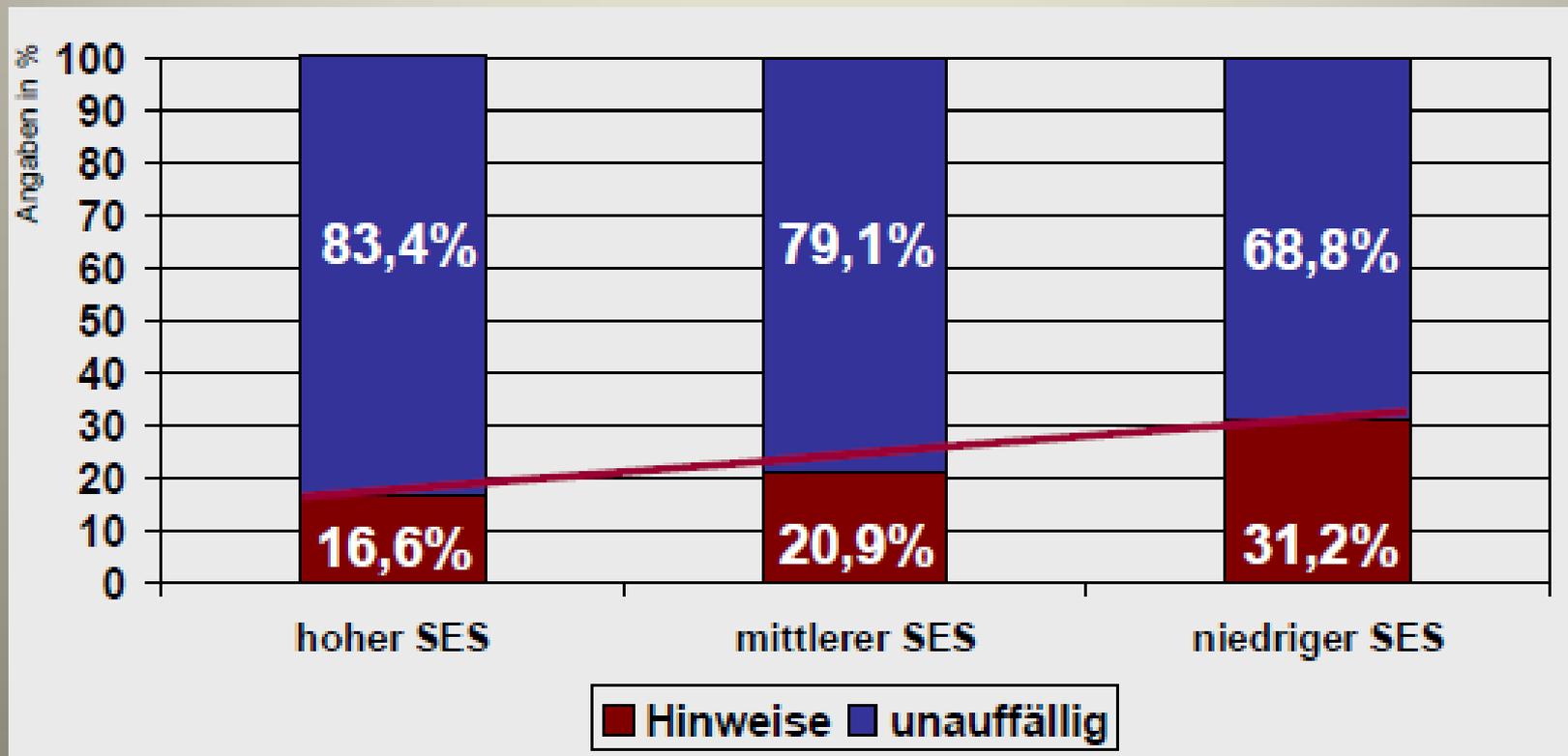
Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Soziogene Entwicklungsstörungen

Neue Morbidität

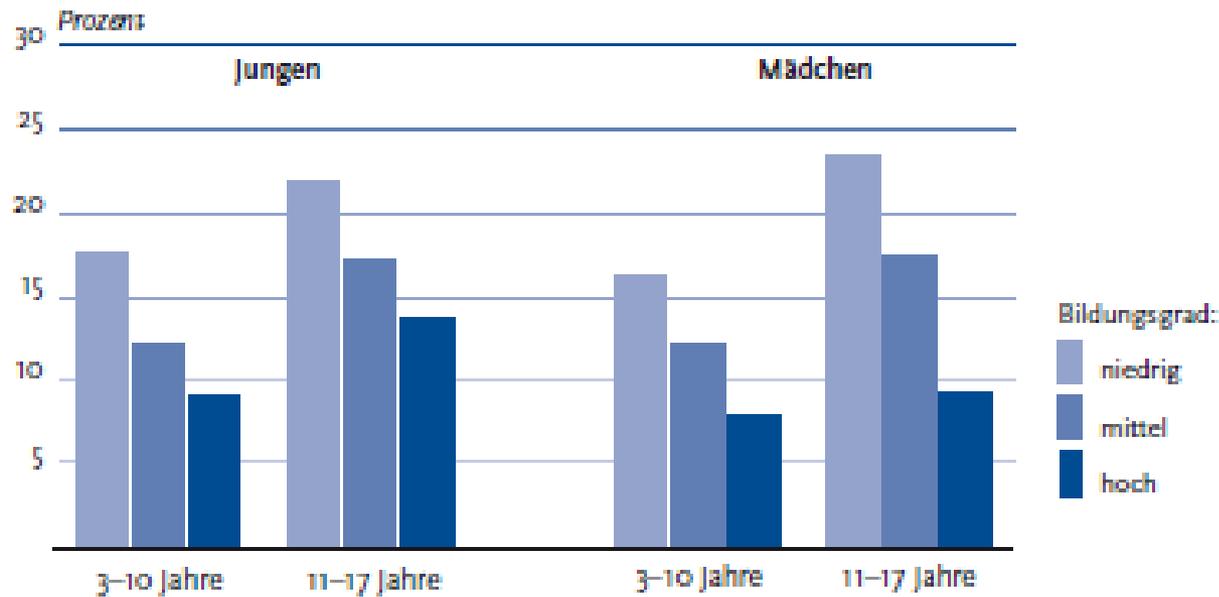
## Psychische Auffälligkeit

in starkem Bezug zum sozio-ökonomischen Status



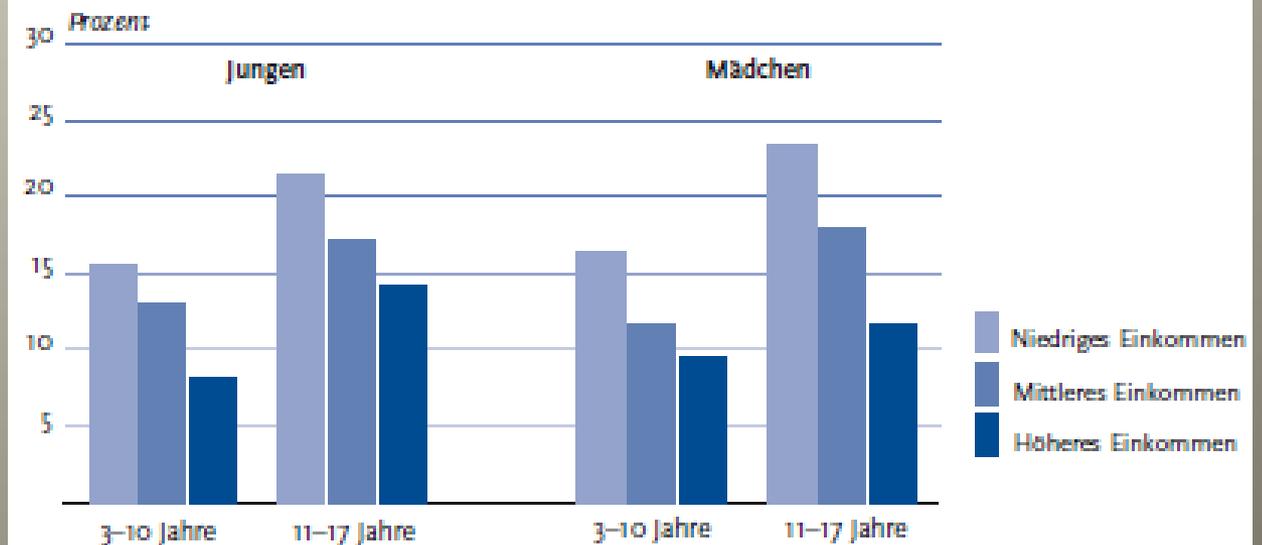
# Übergewicht

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern



Thomas Lampert, Christine Hagen, Boris Heizmann Robert Koch-Institut, Berlin 2010  
 Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung  
 des Bundes  
**Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern  
 und Jugendlichen in Deutschland**

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen



## Soziogene Entwicklungsstörungen

Wir halten fest (1):

Außer den chronischen Erkrankungen weisen Krankheiten aus dem Formenkreis der „Neuen Morbidität“ einen **extrem starken Bezug zum „sozioökonomischen Status“** auf. Sie sind deshalb **zu einem großen Teil** – wenn nicht größtenteils – **„soziogen“**, d.h. sozial verursacht.

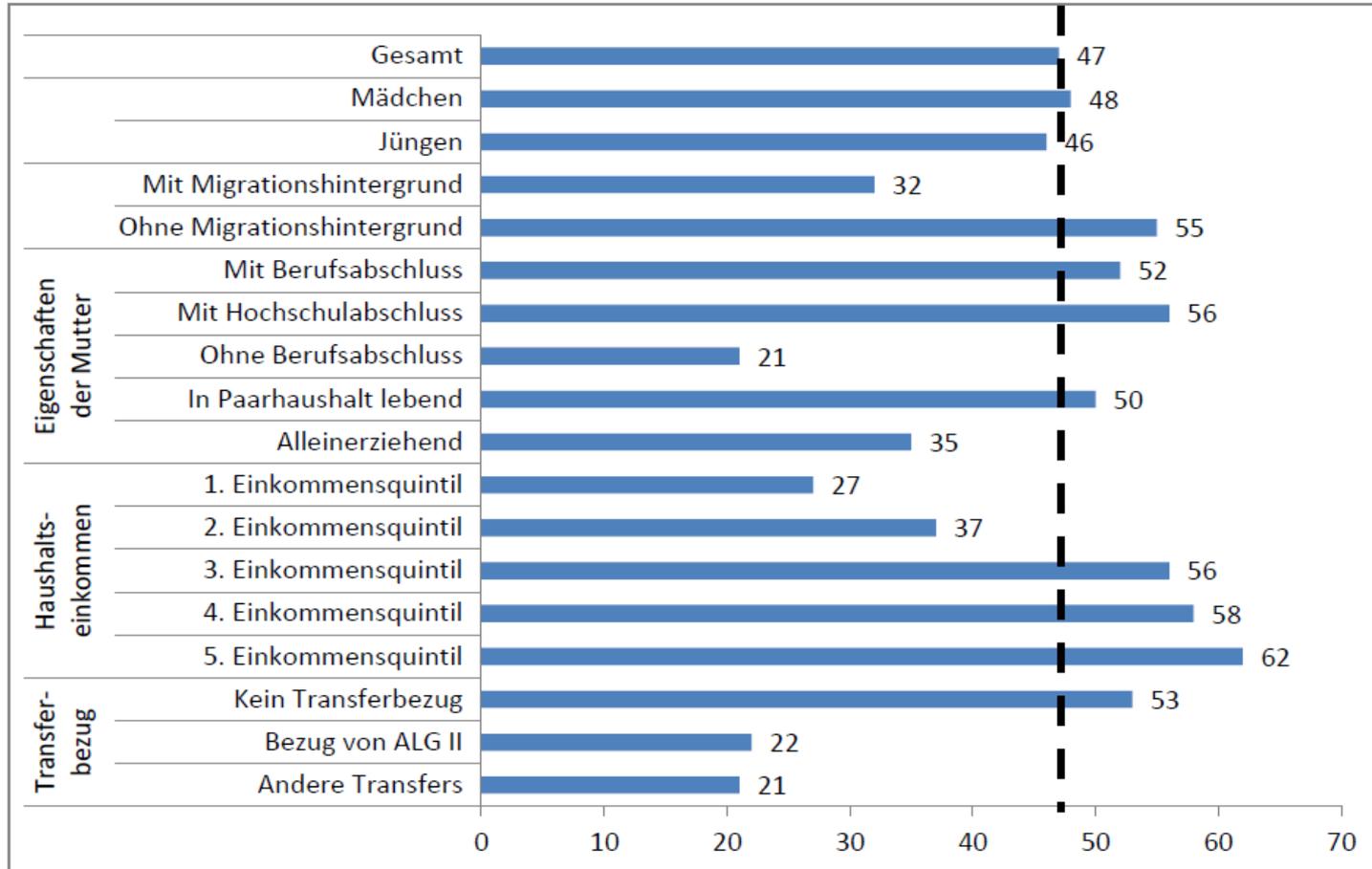
	ja	meist	meist nicht	nein
<b>Strukturierte Tagesabläufe</b>				
<b>Wenigstens eine gemeinsame Mahlzeit, geplante Mahlzeiten</b>				
<b>Vorlesen</b>				
<b>Begleitete Schularbeiten</b>				
<b>Gemeinsame Freizeitaktivitäten ( z.B. Sport; Ausflüge; Kultur)</b>				
<b>Sportverein</b>				
<b>Instrument spielen</b>				

# Die anregungsarme Familie

	ja	meist	meist nicht	nein
Strukturierte Tagesabläufe			X	XX
Wenigstens eine gemeinsame Mahlzeit, geplante Mahlzeiten			X	X
Vorlesen				XX
Begleitete Schularbeiten			(X)	XX
Gemeinsame Freizeitaktivitäten ( z.B. Sport; Ausflüge; Kultur)			X	X
Sportverein			X	
Instrument spielen				XX
Medienkonsum	XXX			

# Die anregungsarme Familie

Teilnahme von Kindern unter sechs Jahren an außerhäuslichen Aktivitäten nach verschiedenen soziodemografischen und persönlichen Merkmalen



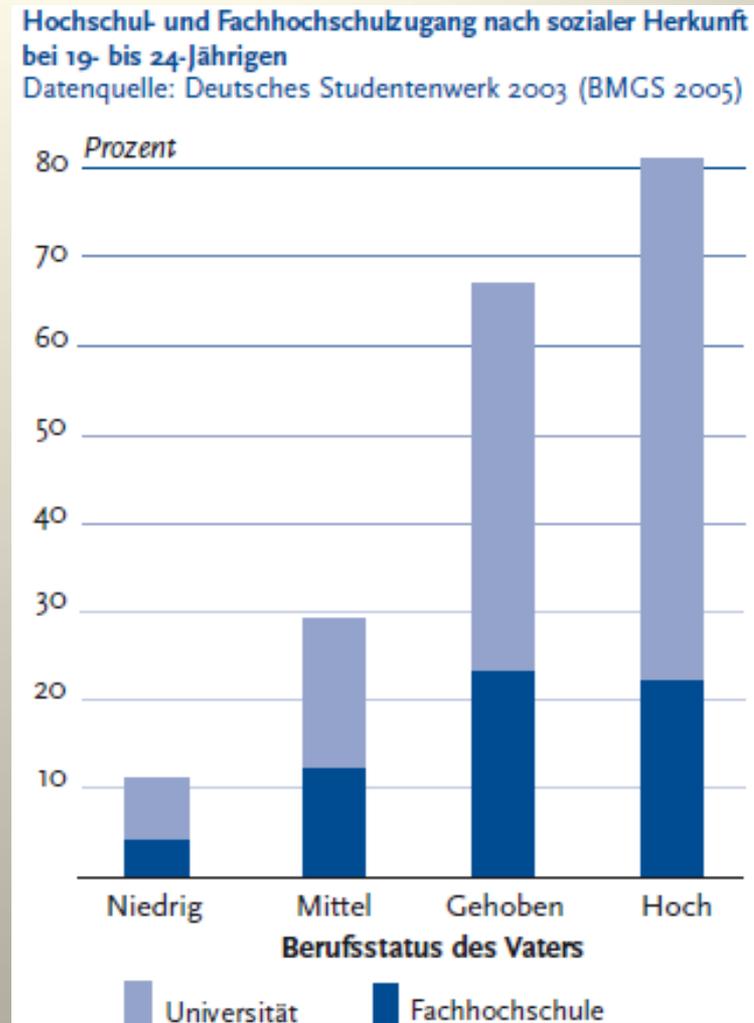
Quelle: Darstellung nach Schmiade, N./Spieß, C. K. (2010): Einkommen und Bildung beeinflussen die Nutzung frühkindlicher Angebote außer Haus, in: DIW Wochenbericht 45/2010, S. 17.

Wir halten fest (2):

Außer den chronischen Erkrankungen weisen Krankheiten aus dem Formenkreis der „Neuen Morbidität“ einen **extrem starken Bezug zum „sozioökonomischen Status“** auf. Sie sind deshalb **zu einem großen Teil** – wenn nicht größtenteils – **„soziogen“**, d.h. sozial verursacht.

**Einwirkende Ursache sind wesentlich die soziokulturellen, oligoresponsiven, anregungsarmen Lebensbedingungen**

# Exkurs: Folgen Schulbesuch



Thomas Lampert, Christine Hagen, Boris Heizmann Robert Koch-Institut, Berlin 2010  
Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes  
**Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland**

# Exkurs: Folgen

## Schulversagen

### Schulabbrecherquote nimmt (geringfügig) ab

Deutschland gesamt

Jahr	%	
2000	14,6	
2008	11,8	(7,9% o.H.)
2011	11,1	(6,5% o.H.)
2013	10,6	(5,9% o.H.)

→ schlechte Ausbildungs- und Sozialprognose

# Wie kommt der Kinder- und Jugendarzt ins Spiel?

Der Erstkontakt von Eltern mit Kindern, die Störungsbilder aus dem Bereich der NM zeigen, findet in der Regel **in der pädiatrischen ambulanten Grundversorgung** statt.

Die NM - ein überwiegend soziogenes Störungsbild mit weitreichenden Konsequenzen – „schlägt auf“ im Medizinsystem.

# Was tut der Kinder- und Jugendarzt?

## 1. individualtherapeutischer, medizinischer Ansatz (Kind)

(das Problem wird im Medizinsystem gelöst („geheilt“))

### I. Primäre Prävention

- Prophylaxen, Impfungen, Vorsorgen
- Vorausschauende Beratungen (u.a. Ernährung, Unfallverhütung, Bewegung, Sprache, Vorlesen etc.)

### II. Therapie

- Heilmittelverordnungen  
aber: nur zum Teil streng medizinisch begründbare Indikationen, vielfach versteckte Entwicklungsanregungen/Förderungen („es gibt ja sonst nichts“)  
→ **Medikalisierung eines soziogenen Störungsbildes**

# Was tut der Kinder- und Jugendarzt?

## Entwicklung der Logopädieverordnungen seit 2006

Medikalisierung eines häufig soziogenen Störungsbildes

Jahr	Logo	
	Jungen	Mädchen
2006	21,0 %	14,0 %
2007	21,2 %	14,7 %
2009	23,4 %	16,0 %
2010	23,9%	16,2%
2011	23,9%	16,2%
2012	24,9%	16,8%
2013	24,9%	16,8%
2014	24,6%	16,7%
2015	24,1%	16,7%

# Was tut der Kinder- und Jugendarzt?

## Häufigkeit von Spracherwerbsstörungen

• Umschriebene Entwicklungsstörung	4 - 5 %
• Intelligenzminderung	2 - 3 %
• Schwerhörigkeit (milde/mäßig)	1 %
• (schwer)	0,3%
• Stottern	1 %
• Autismus	0,1%
• Dysarthrie (neurogene Sprechstörung)	0,1%
• <b>Gesamt</b>	<b>8-10 %</b>

# Was tut der Kinder- und Jugendarzt?

## Individualtherapeutischer medizinischer Ansatz

### Es bleiben Fragen

1. Ist das Medizinsystem in der Lage, das Massenphänomen sozial verursachter Störungsbilder oder Auffälligkeiten mit dem ihm eigenen individual-therapeutischen Ansatz zu behandeln?
2. Was wissen wir um die Nachhaltigkeit unserer primärpräventiven Beratungstätigkeit und therapeutischen Heilmittelverordnungen?

Sätze nachsprechen<sup>1</sup>  
nachhaltig?

n =	unauffällig	grenzwertig	auffällig
23.270	77,6	11,5	10,9
22.687	74,5	12,7	12,8
22.404	75,2	12,3	12,5
22.976	75,3	12,1	12,6
23.055	75,9	12,4	11,6
23.802	76,2	12,9	10,9

**Gibt's für den Arzt nichts anderes als Therapie?**

# Doch, gibt es!

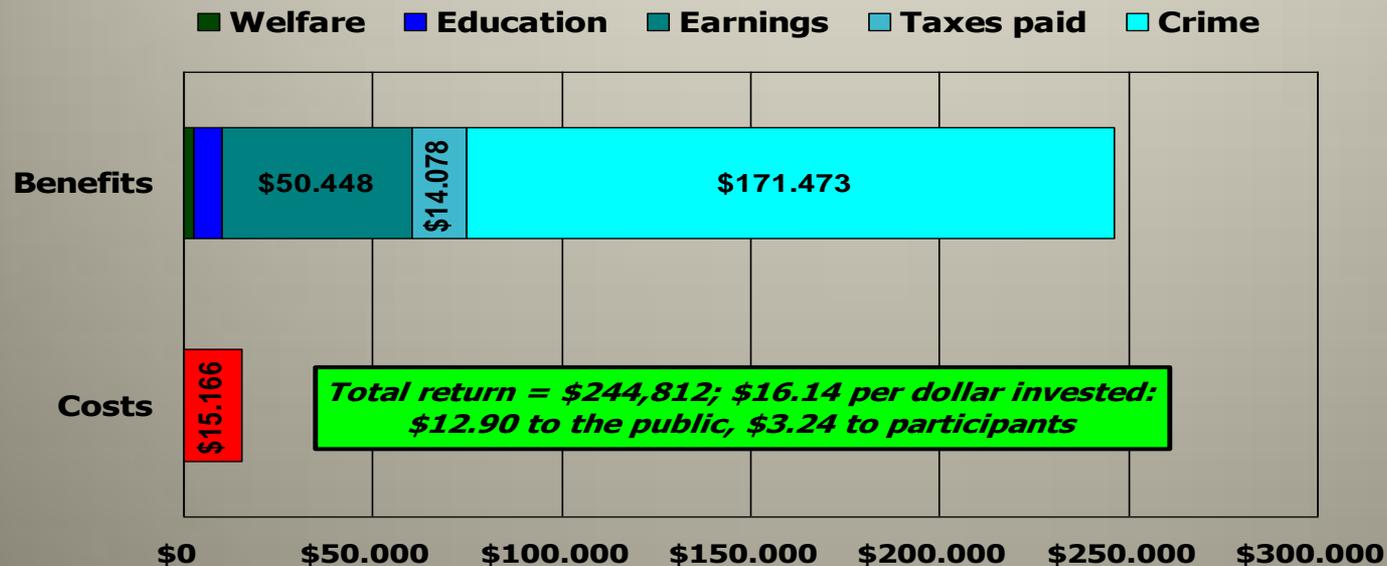
## Exkurs Frühe Förderung:

### Das “Perry Preschool Project”

(Frühe Förderung von Kindern im Alter zwischen 2 und 5 Jahren, lifelong impact)

### Large return on investment

(Per participant in 2000 constant dollars discounted 3% annually)



**Doch, gibt es!**

## Frühe Förderung und Entwicklungsanregung

(sozialkompensatorisch und so früh wie möglich) **in nicht- medizinischen sozialräumlichen Strukturen**

**a) ausschließlich Kind:**

**U3-Tageseinrichtungen, Kita**

**b) Kind + soziale/edukative Hilfen für Familie/Mütter**

(Verbundstruktur der großen Hilfesysteme):

**Frühe Hilfen**

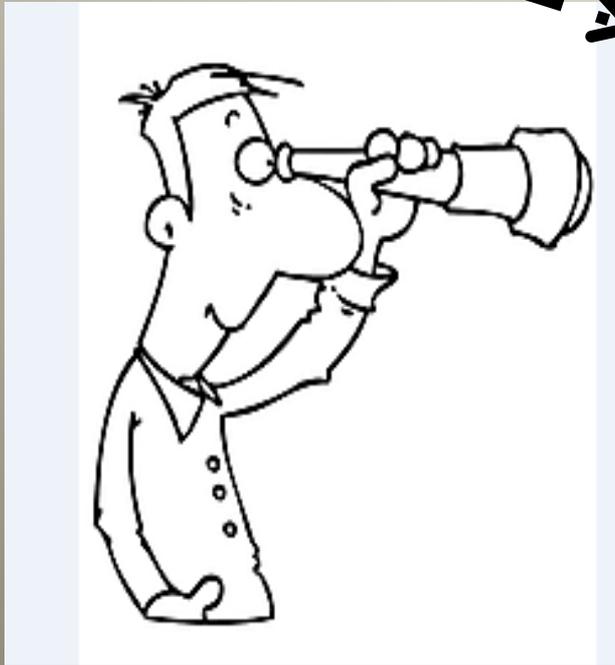
**Familienzentren**

# Exkurs:

## die bisherige Sicht des KJA auf den Sozialraum

### Gesundheitsumfeld

- Ki/Ju-Arzt
- ÖGD



Familie

Kind

### Physikalische Umwelt

- Wohnen
- Parks
- Spielplätze

### Soziales Umfeld

- Peers; Freunde
- Sportverein
- Familienzentrum  
(Frühe Hilfen)
- Angebote  
(Kind/Familie)
- Kita

### Bildungsumfeld

- Kita (Erzieher/Innen)
- Schule  
(Lehrer/Innen)

# Frühe Förderung und Entwicklungsanregung

in nicht-medizinischen, sozialräumlichen Strukturen

**setzt beim KJA voraus:**

- **Sozialraumorientierung**

**Kenntnis der Lebenswelt des Kindes (Sozialraum) mit ihren Fördermöglichkeiten und -angeboten (soziale Hilfen, edukative Hilfen) und der entsprechenden Einrichtungen/Strukturen**

- **Neues Rollenverständnis**

Der KJA bzw. der Arzt in der pädiatrischen Grundversorgung erhält zunehmend die **Rolle eines Wegweisers in der Prävention einer ungünstigen Sozialprognose (Anregungsfürsorge)**

- **Transsektoraler Kooperationspartner**

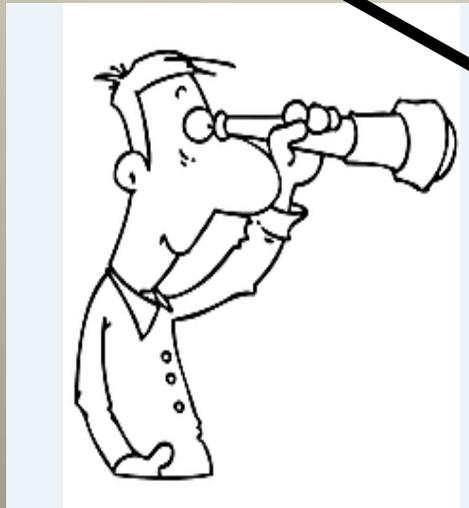
Der KJA bzw. der Arzt in der pädiatrischen Grundversorgung wird **Teil des sozial fürsorgenden Netzes der großen gesellschaftlichen Hilfesysteme** im Sozialraum.

## Exkurs:

# Der KJA nimmt teil an transsektoralen Förderstrukturen

### Gesundheitsumfeld

- Ki/Ju-Arzt
- ÖGD
- Spezialambulanzen
- FÄ
- Kliniken



Familie



Kind

### Physikalische Umwelt

- Wohnen
- Parks
- Spielplätze

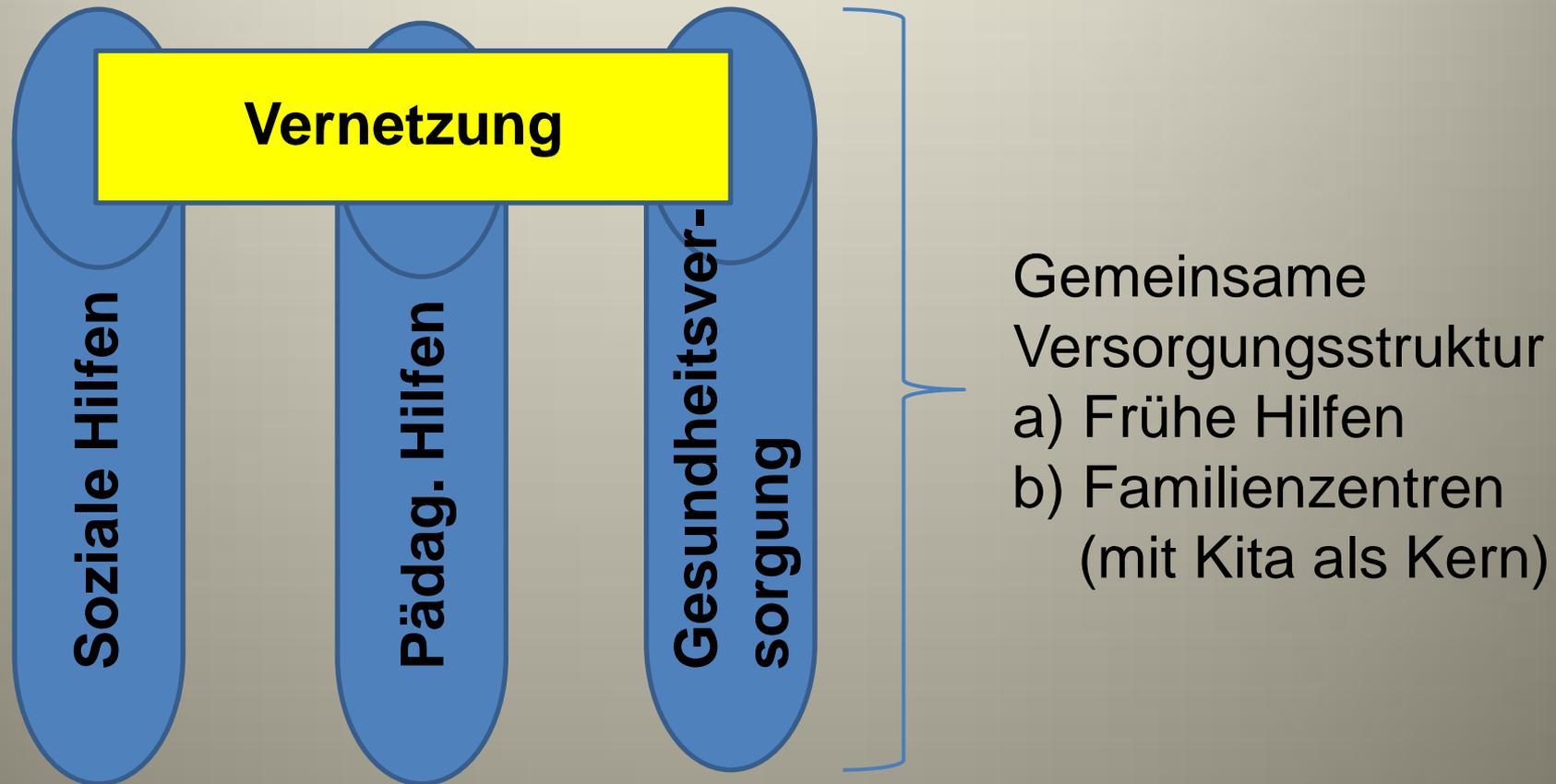
### Soziales Umfeld

- Peers; Freunde
- Sportverein
- **Familienzentrum**
- **Frühe Hilfen**  
(Kind/Familie)
- Kita

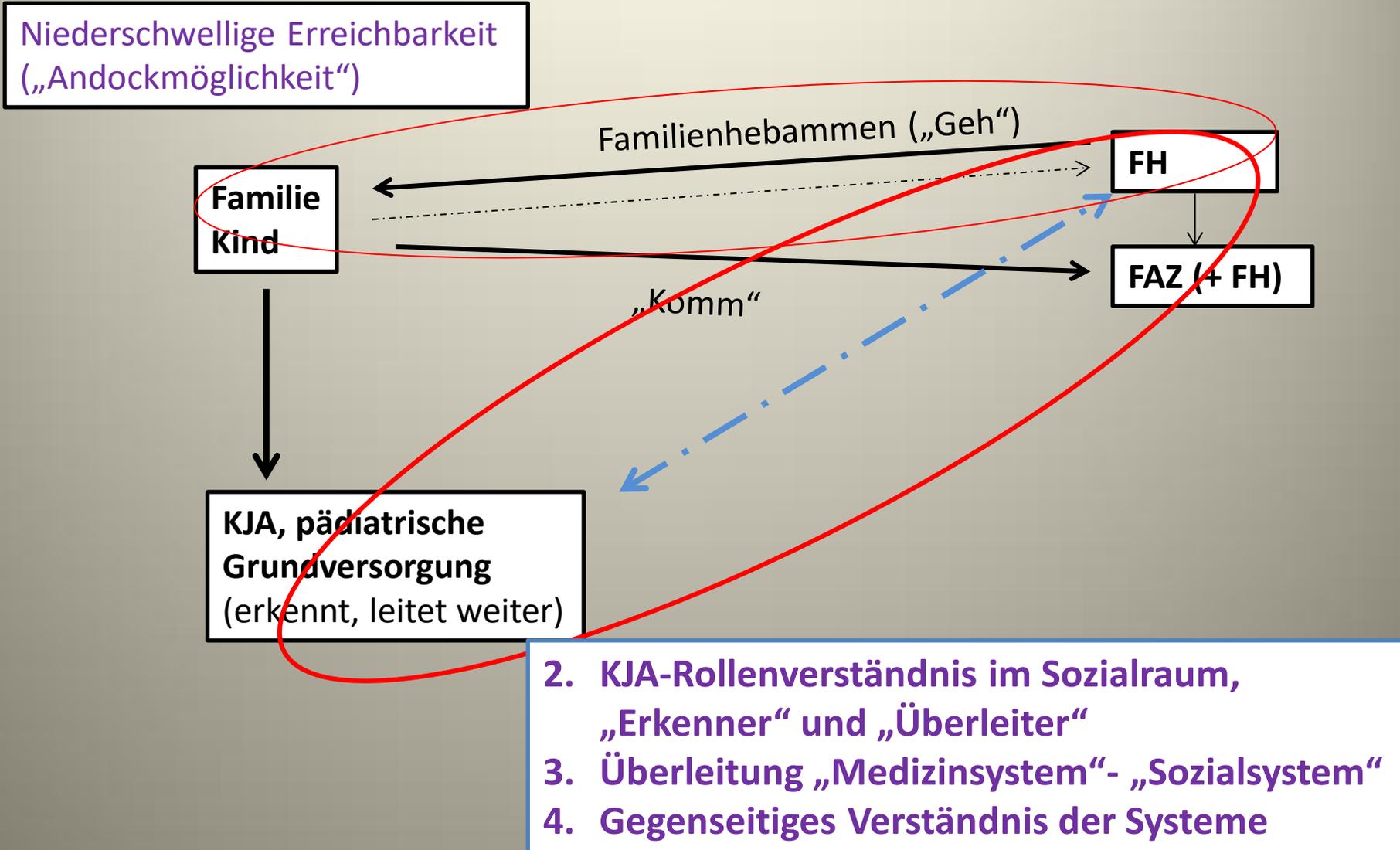
### Bildungsumfeld

- Kita (Erzieher/Innen)
- Schule  
(Lehrer/Innen)

**Kinder- und Jugendarzt ist Teil der im Verbund strukturierten großen gesellschaftlichen Hilfesysteme im Sozialraum**



# Kooperationsstruktur der KJA mit FH/FAZ im Sozialraum



## Thesen

1. Eine sichtbare, für die Familien **niederschwellig erreichbare** und für die Ärzte adressierbare kommunale Struktur, die **Hilfen für die Familie und Entwicklungsanregung für Kinder** anbietet, ist unabdingbar
2. Das **Präventionsgesetz** bietet in diesem Sinne gute **Ansatzpunkte zur Zusammenarbeit der KJA/Ärzte in der pädiatrischen Grundversorgung mit lokalen Angeboten der Frühen Hilfen**, aber auch anderer, die großen gesellschaftlichen Hilfesysteme integrierenden Strukturen (Familienzentren).

3. Aufbauend auf einem **gegenseitigen Verständnis** zwischen den Frühen Hilfen, KJA/Ärzten in der pädiatrischen Grundversorgung und der Kinder- und Jugendhilfe **muss eine enge und strukturierte Kooperation geschaffen werden**

4. Im Dreieck von Eltern, Ärztinnen/Ärzten sowie Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe müssen die Angebote und die **Überleitung von einem System in das andere adressaten- und bedarfsgerecht gestaltet** sein. Der Kinder- und Jugendarzt wirkt interprofessionell als Zuweiser und Mitgestalter

**Vielen Dank für Ihre Geduld und  
Aufmerksamkeit**