

Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems

Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen

Hintergrund

In den letzten Jahren haben Todesfälle von Kindern in der Folge von Misshandlung und Vernachlässigung in Politik und Öffentlichkeit Bestürzung ausgelöst. Die Notwendigkeit eines effektiveren Kinderschutzes rückte ins Zentrum der öffentlichen und politischen Diskussion. Als Reaktion darauf wurde im Koalitionsvertrag aus dem Jahre 2005 vereinbart, Strukturen zu entwickeln, um Risikosituationen frühzeitig zu erkennen und die Erziehungskompetenzen hoch belasteter Eltern zu stärken [1]. 2006 wurde daraufhin vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ auf den Weg gebracht. Dass die Verbesserung des Kinderschutzes mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) durch präventive Strategien weiter vorangebracht werden soll, wird auch im aktuellen Koalitionsvertrag 2009 hervorgehoben [2].

Um die an vielen Standorten bereits vorhandenen guten Ansätze Früher Hilfen weiterzuentwickeln, hat das BMFSFJ 2007 die Förderung von Modellprojekten bekannt gegeben. Im Rahmen des Aktionsprogramms haben Bund und Länder zehn Modellprojekte ausgewählt, die in allen 16 Bundesländern verortet sind (■ **Abb. 1**, [3]). Eine Finanzierung ge-

meinsam mit den beteiligten Ländern, Gebietskörperschaften und in einzelnen Fällen auch mit Verbänden, Stiftungen oder kirchlichen Einrichtungen soll die Initiativen auf eine breitere Basis stellen. Alle Projekte bestehen aus zwei Komponenten: dem Praxisangebot Früher Hilfen und seiner wissenschaftlichen Begleitung. Der Fokus des Bundes liegt auf der Förderung der wissenschaftlichen Begleitung, der Koordination des Austauschs und der zusammenfassenden Kommunikation der Ergebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse.

Die ausgewählten Modellprojekte orientieren sich an den Qualitätsdimensionen Früher Hilfen, wie sie im Aktionsprogramm formuliert wurden, und decken ein breites Spektrum ab hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung des Praxisangebots und der Methodik der wissenschaftlichen Begleitung. Inhaltlich konzentrieren sich mehrere Projekte auf die Evaluation der Arbeit von Familienhebammen, ein niedrigschwelliges Angebot früher Unterstützung, das von Familien in Belastungssituationen gut akzeptiert wird. Ein weiterer Schwerpunkt ist die wissenschaftliche Begleitung spezieller, nach Bedarf auch hoch dosierter Hilfeformen, wie zum Beispiel die STEEP-Beratung. Ein Modellprojekt analysiert die Aktivität bereits institutionalisierter Frühe-Hilfen-Systeme in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Ein weiteres Anliegen verfolgen nahezu alle Modellprojekte im Schwerpunkt: die Analyse von Vernetzungsaktivitäten. Dass der Auf- und Ausbau stabiler interdisziplinärer Kooperationsstrukturen die zentrale Herausforderung im Feld Früher Hilfen ist, zeigt auch das Ergebnis der Kurzevaluation Früher Hilfen durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI) aus dem Jahre 2007. Die Autorinnen und Autoren ziehen das Fazit, dass es in Deutschland bereits vielfältige Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten gibt, aber „einzelne Modelle für sich allein können keine gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten gewährleisten. Dies gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk Frühe Hilfen“ [4]. Eine Verbesserung der Situation hoch belasteter Familien erwarten die Fachleute insbesondere von einer stärkeren Verzahnung zwischen Leistungserbringern der Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem [5, 6]. Denn Akteure des Gesundheitssystems, insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Hebammen, gelten aus mehreren Gründen, die unten näher erläutert werden, als besonders geeignete Zugangswege zu hoch belasteten Familien.

Das NZFH [7] unterstützt die Kooperation der Modellprojekte durch die Förderung des Austauschs zwischen den Projekten, die Koordination von Forschungsfragen und die Projekt übergreifende Präsentation zentraler Ergeb-

nisse. Als Institution auf Bundesebene ist für das NZFH die Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse von besonderem Interesse, um nach Abschluss der Förderungsperiode auf wissenschaftlicher Grundlage gemeinsam mit den praktisch Tätigen Empfehlungen für die Praxis entwickeln zu können. Ziel ist die Unterstützung des wissenschaftlichen Auf- und Ausbaus Früher Hilfen bundesweit und der Initiierung einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der unterschiedlichen Unterstützungs- und Hilfesysteme.

Forschungsfragen

In einer 2007 verfassten Analyse des Forschungsstandes zu Frühen Hilfen wird festgestellt, dass es noch gravierende Wissenslücken gibt [8]. Ein Teil dieser Wissenslücken soll unter dem Dach des NZFH gemeinsam mit den Modellprojekten geschlossen werden. Im Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ wurden auf der Basis von Praxiserfahrungen Anforderungen an Frühe Hilfen formuliert. Analog zu diesen Anforderungen (auch als Qualitätsdimensionen bezeichnet) ergeben sich zentrale Fragestellungen für die wissenschaftliche Begleitung. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf eine der sechs Qualitätsdimensionen Früher Hilfen beziehungsweise auf einen Untersuchungsschwerpunkt: auf die Herstellung eines systematischen und umfassenden Zugangs zu Familien.

Systematische Zugänge zu Familien gibt es derzeit in Deutschland nur punktuell. Eine der Anforderungen an Frühe Hilfen ist der Ausbau von Zugängen zu allen, und damit auch zu hoch belasteten Familien, um ihnen frühzeitig Hilfeangebote unterbreiten zu können. Solche Zugänge erhoffen sich die Fachleute vor allem über das Gesundheitssystem. Dabei werden mehrere Leistungserbringer als potenzielle Vermittlungsinstanzen in den Blick genommen. Im Folgenden stehen drei Gesundheitsakteure im Fokus: niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und -ärzte und Hebammen.

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1048–1055 DOI 10.1007/s00103-010-1130-z
© Springer-Verlag 2010

I. Renner

Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen

Zusammenfassung

Voraussetzung für präventiven Kinderschutz ist ein frühzeitiger, systematischer und umfassender Zugang zu hoch belasteten Familien. Akteure des Gesundheitssystems – insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen – genießen eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung und bieten so die idealen Voraussetzungen, um diesen Zugang herzustellen. Deshalb wird im Kontext Früher Hilfen eine enge Zusammenarbeit der Jugendhilfe mit Ärzteschaft und Hebammen angestrebt. Inwieweit aber können diese Leistungserbringer des Gesundheitswesens die vonseiten der Frühen Hilfen an sie herangetragenen Hoffnungen erfüllen? Dieser Frage ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen mit Unterstützung der im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesfamilienministeriums bundesweit geförderten Modellprojekte nachgegangen. Die projektüber-

greifende Darstellung ausgewählter Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen zur Kooperation zwischen Akteuren der Jugendhilfe und niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten und Hebammen basiert auf einer explorativen schriftlichen Befragung der zehn Projekte. Die Auswertung zeigt, dass die Zusammenarbeit mit freiberuflichen Hebammen aus Sicht der Modellprojekte Erfolg versprechend ist. Demgegenüber entspricht die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten noch nicht den Hoffnungen und Erwartungen. Um hier eine Verbesserung der Situation zu erreichen, müssen Bedingungen unterstützt werden, die ein stärkeres Engagement der Ärzteschaft für Frühe Hilfen fördern.

Schlüsselwörter

Frühe Hilfen · Niedergelassene Ärzte · Hebammen · Zugangswege · Vernetzung

Access to high-risk families through selected actors of the health care system. Results of an explorative questioning of early childhood intervention pilot projects

Abstract

A requirement for preventive child protection is an early and systematic access to high-risk families. Actors of the health care system, in particular doctors in private practice and midwives, are highly accepted within the population and therefore offer perfect requirements to provide this access. For this reason the aim in the context of early childhood intervention is a close cooperation of the Child and Youth Services with doctors and midwives. To what extent can these service providers of the health care system fulfill these expectations? The National Centre on Early Prevention tried to find an answer to this question with the support of 10 pilot projects which were set up within the framework of the action program “Early Prevention and Intervention for Parents and Children and Social Warning Systems”. The comprehensive project presentation of selected

results, insights and experiences concerning cooperation between agents of the Child and Youth Services and doctors in private practice and midwives is based on explorative written questioning of the 10 projects. The study shows from the point of view of the pilot projects that the cooperation with freelance midwives is promising. In contrast, the cooperation with doctors in private practice does not yet meet the hopes and expectations. To achieve an improvement of this situation, conditions have to be supported which promote a stronger commitment of the medical profession to early childhood intervention.

Keywords

Early childhood intervention · Doctors in private practice · Midwives · Access to high risk families · Networking

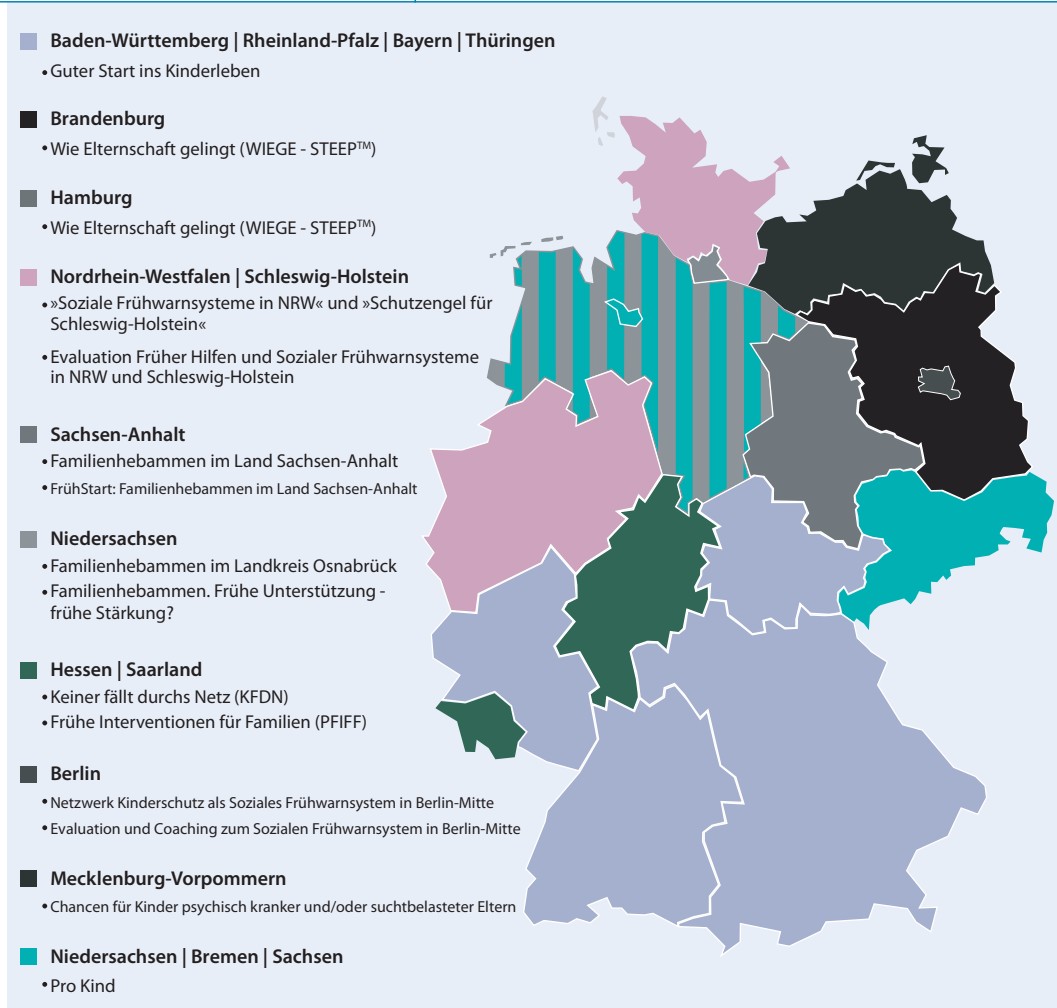


Abb. 1 ◀ Länderkarte. Die Abbildung zeigt, in welchen Bundesländern die einzelnen Modellprojekte arbeiten. Einige Modellprojekte sind in mehreren Ländern aktiv

Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen können bereits im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft vertrauliche Kontakte herstellen, medizinische und psychosoziale Risiken dokumentieren sowie die Schwangere und ihren Partner beraten beziehungsweise auf Beratungsangebote aufmerksam machen. Schon kurz nach der Geburt des Kindes können niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte über die Früherkennungsuntersuchungen den Kontakt zu belasteten jungen Familien herstellen. Die Hilfe von Hebammen wird von vielen Frauen auch vor und nach der Geburt des Kindes gerne in Anspruch genommen.

Insbesondere aus drei Gründen sind niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Hebammen als Zugangswege für Frühe Hilfen prädestiniert:

- Leistungen von mindestens einem der drei Gesundheitsakteure werden von

fast allen Frauen, darunter auch hoch belasteten, rund um die Geburt in Anspruch genommen.

- Bei jungen Eltern sind sowohl die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch die Hebammen hoch akzeptiert und werden von ihnen als unterstützend und nicht stigmatisierend erlebt.
- Ärztliche Leistungen und Hebammenhilfe werden frühzeitig in Anspruch genommen, oft bereits während der Schwangerschaft oder der Geburt des Kindes.

Ziel vieler Vernetzungsaktivitäten im Bereich Früher Hilfen ist aus diesen Gründen die systematische Kooperation mit freiberuflichen Hebammen sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, um eine frühzeitige Erreichbarkeit hoch belasteter Familien zu ermöglichen; ein Zugang der von den Eltern nicht als stigmatisierend erlebt wird.

Hebammen haben sich dem Thema Frühe Hilfen in den letzten Jahren zunehmend geöffnet: Seit 2006 gibt es auf Initiative des Deutschen Hebammenverbandes e.V. (DHV) eine geregelte und abgestimmte Fortbildung zur Familienhebamme, die auf sehr großes Interesse bei den Hebammen stößt [9]. Auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten trafen Fortbildungsangebote im Kontext Früher Hilfen auf positive Resonanz: So formulierten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte einen zunehmend hohen Problemdruck im Umgang mit hoch belasteten Familien, oft einhergehend mit einem Gefühl der Unsicherheit und Hilflosigkeit angesichts von Problematiken, die über den medizinischen Kompetenzbereich hinausweisen. In einem Pilotprojekt der KV-Baden-Württemberg zeigten die Teilnehmenden aus der Ärzteschaft deshalb eine große Bereitschaft, sich mit Fragen und Möglichkeiten einer erfolgreichen Zusammenar-

beit mit Anbietern Früher Hilfen auseinanderzusetzen [10].

Aber wie funktionieren diese Kooperationen in der Praxis? Inwieweit eignen sich Leistungserbringer des Gesundheitssystems – insbesondere freiberufliche Hebammen und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – als Zugangswege zu hoch belasteten Familien? Wie wird die Qualität der Zusammenarbeit von Anbietern Früher Hilfen beurteilt? Inwieweit lassen sich Hebammen und Ärzteschaft in Frühe Hilfen Netzwerke integrieren und welche Schwierigkeiten müssen dabei überwunden werden? Erste Antworten auf diese Fragen, die das NZFH gemeinsam mit den Modellprojekten zu finden versucht, werden im Folgenden dargestellt.

Methoden

Um Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen der Modellprojekte übergreifend zusammenzufassen, wendet das NZFH zwei Verfahren der Datenerhebung an: wiederholte standardisierte Befragungen der Projektleitungen und dokumentierte Ergebnisse der Austausch-Workshops.

Mehrmals wurden die Projektleitungen in der Förderphase vom NZFH um die Beantwortung von Fragebögen gebeten. Diese Erhebungen ermöglichen eine zusammenfassende Einschätzung der Erkenntnisse, Erfahrungen und Ergebnisse zu ausgewählten, gemeinsamen Forschungsthemen. Obwohl sich die Modellprojekte hinsichtlich des Forschungsdesigns, der Stichprobenauswahl und einzelner Untersuchungsschwerpunkte sehr stark voneinander unterscheiden, haben sie ein gemeinsames Anliegen: die Suche nach Erkenntnissen, Erfahrungen und Forschungsergebnissen zu den im Aktionsprogramm formulierten Qualitätsdimensionen Frühe Hilfen.

Die folgende Darstellung basiert auf der aktuellen schriftlichen Befragung der zehn Modellprojekte, in der gezielt nach Erkenntnissen entlang der Qualitätsdimensionen gefragt wurde. Das NZFH hat den Leitungen und Mitarbeitenden der Projekte im Februar 2010 einen umfangreichen Fragebogen mit der Bitte um Bearbeitung zugesandt. Neben Fragen zum Projektverlauf, zu den im

Rahmen des Projekts angebotenen Fortbildungsmaßnahmen und zur Beschreibung der Zielgruppe, wurden mit sechs Frageblöcken auch erste Einschätzungen im Zusammenhang mit den Qualitätsdimensionen erhoben. So haben die Projektleitungen und Mitarbeitenden auf Grundlage ihrer Forschungs- und Praxiserfahrungen ein erstes Urteil zum Beispiel über die Qualität unterschiedlicher Zugangswege, den Erfolg des Einsatzes standardisierter Instrumente zur Risikoerfassung oder über Strategien der Verankerung von Frühe-Hilfe-Angeboten im Regelsystem abgegeben. Da die meisten Projekte noch nicht abgeschlossen sind, handelt es sich um erste Einschätzungen, die jedoch einen guten Einblick in die Situation erlauben. Alle zehn Modellprojekte haben den Fragebogen zurückgesandt. Die Bögen wurden – je nach Zuständigkeit – zum Teil von der wissenschaftlichen Begleitung, zum Teil von Mitarbeitenden des Praxisteams beantwortet.

Die Interpretation der Befragungsergebnisse wird unterstützt durch Informationen, die den Protokollen der regelmäßigen Treffen der Modellprojekte entnommen werden können. In regelmäßigen Abständen finden gemeinsame Workshops der Projektbeteiligten statt, die vom NZFH organisiert und moderiert werden. Diese Workshops bieten eine Plattform für den internen Informationsaustausch. Hier werden Erfahrungen und Forschungsergebnisse kommuniziert, forschungspraktische Schwierigkeiten offen angesprochen, Lösungsmöglichkeiten diskutiert und Ideen für projektübergreifende Vorhaben entwickelt.

Ausgewählte Erfahrungen, Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Modellprojekten

Zunächst sollen Bedeutung und Qualität der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems, so wie sie sich aus Sicht der Modellprojekte darstellen, beschrieben werden. Anschließend werden zwei der Akteure genauer in den Blick genommen – niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Hebammen.

Zugangswege

Um zu ermitteln, welche Zugangswege aus Sicht der Modellprojekte im Kontext Früher Hilfen besonders relevant sind, wurden die Projektleitungen um eine Einschätzung der Bedeutung von 20 potenziellen Kooperationspartnern anhand einer fünfstufigen Skala gebeten (Von 1 „sehr wichtig“ bis 5 „unwichtig“). Von den 20 Akteuren besteht ein Drittel aus Leistungserbringern des Gesundheitssystems, zum Beispiel niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte oder Geburtskliniken, ein Drittel aus Institutionen der Jugendhilfe, zum Beispiel Jugendämter oder Erziehungsberatungsstellen und ein weiteres Drittel kann an anderen Unterstützungssystemen zugeordnet werden, wie zum Beispiel die Schwangerschaftsberatungsstellen, Kindertagesstätten oder ARGEN.

Die Auswertung der schriftlichen Befragung zeigt deutlich, dass Akteure des Gesundheitssystems hoch relevante Kooperationspartner im Feld Früher Hilfen sind: Unter den 20 Akteuren erhielten die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte (1,2), die Geburtskliniken (1,2) die niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte (1,3) und die freiberufliche Hebammen (1,3) neben dem Jugendamt (1,0) die insgesamt höchste Durchschnittsbewertung. Auffallend ist der hohe Konsens über die Bedeutung dieser Akteure: So wählten zum Beispiel jeweils acht von zehn Projekten vor dem Hintergrund ihrer praktischen Erfahrungen den Maximalwert „sehr wichtig“ zur Einschätzung der Bedeutung von Geburtskliniken und niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzten.

Akteure des Gesundheitssystems besitzen aufgrund ihres Potenzials als nicht stigmatisierend wirkender und von den Familien als unterstützend erlebter Zugangsweg eine besonders hohe Bedeutung im Feld Früher Hilfen. Inwieweit können sie diesen Erwartungen und Hoffnungen vonseiten der Frühen Hilfen gerecht werden? Im Fragebogen haben die Projekte die Qualität der Zusammenarbeit mit den einzelnen Akteuren vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen im Arbeitskontext anhand einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „gar nicht gut“

Tab. 1 Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit hinsichtlich der Zugangswege zu hoch belasteten Familien

Akteure/Institutionen	Antwortkategorie fünfstufig: sehr gut bis gar nicht gut
<i>Akteure/Institutionen des Gesundheitssystems</i>	
Niedergelassene Gynäkolog/-innen	4,4
Niedergelassene Kinderärzt/-innen	3,4
Geburtskliniken	2,7
Kinderkliniken	3,3
Hebammen	2,3
Gesundheitsamt	2,9
Andere (zum Beispiel Psychiatrie)	2,3
<i>Akteure/Institutionen der Jugendhilfe</i>	
Jugendamt, ASD/BSA	1,9
Clearingstelle	2,4
Andere öffentliche Träger der Jugendhilfe	2,0
Beratungsstellen	3,0
Kindertagesstätten	2,7
Andere freie Träger der Jugendhilfe	1,5
<i>Akteure/Institutionen weiterer Unterstützungssysteme</i>	
Schwangerschaftsberatungsstellen	2,2
Frauenhäuser	2,5
Frühförderung	3,0
Schulen	2,6
ARGEN, Jobcenter	3,0
Suchtberatungsstellen	2,9
Familiengerichte	4,2
Sonstige	2,5

Basis: N=10 Modellprojekte; Frage 6.1.2: Bitte bewerten Sie die Zusammenarbeit mit Blick auf die Zugänge für jeden Akteur/jede Institution – Allgemein: Qualität der Zusammenarbeit

bewertet. Die Ergebnisse sind ernüchternd: Die Kooperation mit Akteuren des Gesundheitssystems wird fast durchweg negativ beurteilt. So erhalten die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, denen gemeinsam mit den Geburtskliniken die zweithöchste Bedeutung im Frühe-Hilfen-Kontext zugemessen wird, bei der Beurteilung der tatsächlichen Qualität der Zusammenarbeit die schlechteste durchschnittliche Bewertung überhaupt (4,4 auf einer fünfstufigen Skala). Auch die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte können die hohen Erwartungen, die aufgrund ihrer poten-

ziellen Rolle als Türöffner für Frühe Hilfen in sie gesetzt werden, nicht erfüllen: Von 20 Akteuren erhalten sie die 3. und 4. schlechteste Bewertung (3,4) (■ Tab. 1).

Aus Sicht der Modellprojekte ist die Qualität der Kooperation mit Hebammen im Durchschnitt besser (2,3). Da sich die Rahmenbedingungen für die Hebammen stark von der Situation anderer Akteure des Gesundheitssystems unterscheiden, sollen zunächst weitere Ergebnisse zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorgestellt werden. Abschließend wird gesondert kurz auf die Hebammen eingegangen.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Als Ursache für die schlechte Qualität der Zusammenarbeit wird vonseiten der Modellprojekte ein geringes „Eigeninteresse“ vermutet. Der oftmals formulierte hohe Problemdruck der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die grundsätzliche Bereitschaft sich zum Wohle der Kinder in Frühe-Hilfen-Netzwerken zu engagieren, scheint unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns den Eigeninteressen als Niedergelassene entgegenzustehen.

Besonders gering wird das Interesse der Gynäkologinnen und Gynäkologen an einer Zusammenarbeit mit Frühen Hilfen eingeschätzt: auf einer fünfstufigen Einschätzungsskala mit einem Durchschnittswert zwischen vier und fünf (4,3). Auch das Eigeninteresse der niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte ist aus Sicht der Modellprojekte niedrig. Deshalb wird auch der Aufwand, der für die Pflege der Kooperationsbeziehungen mit diesen besonders wichtigen Partnern notwendig ist, als besonders hoch eingeschätzt. Die Aufrechterhaltung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen (4,5), Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie Geburtskliniken (4,2) erfordert deutlich höhere Anstrengungen als die Kooperation mit den anderen potenziellen Partnern. Da viele Ärztinnen und Ärzte einen Problemdruck spüren und den Frühen Hilfen zunächst sehr offen gegenüberstehen, stellt sich die Frage nach den Gründen für die faktisch beob-

achtete Zurückhaltung beim aktiven Engagement als Vermittlungsinstanz zwischen hoch belasteten Eltern und Frühe-Hilfen-Angeboten.

Im Rahmen eines thematisch fokussierten Austauschs während eines Workshops wurden die Ursachen des eher geringen Engagements der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Kontext Früher Hilfen vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in den Modellprojekten gesammelt wurden, diskutiert. In der Diskussion kristallisierten sich zwei vermutete Gründe dafür heraus, warum ein stärkeres Engagement dem Eigeninteresse entgegensteht: Zum einen sind Vernetzungsaktivitäten, zum Beispiel der Besuch von Veranstaltungen lokaler Frühe-Hilfe-Netzwerke, zeitaufwendig. Dies bedeutet für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Verdienstaufschläge. Auch die Feststellung von Hilfebedarf, die das Wissen über Verfahren der Belastungs- und Risikoerfassung voraussetzt, sowie die Vermittlung von Patientinnen und Patienten in Angebote Früher Hilfen kosten Zeit und können nicht speziell im Rahmen der Krankenkassenvergütung abgerechnet werden. Zum Zweiten müssen Ärztin oder Arzt die Entscheidung, ob sie eine Familie als hilfebedürftig einstufen und sie mit dem System der Jugendhilfe konfrontieren, selbstständig und oft auch ohne ausreichende Orientierungshilfen treffen. Dabei müssen sie damit rechnen, auf Befremden und teils massive Abwehr der Familien zu stoßen. Unsicherheiten aufseiten der Ärzteschaft resultieren oftmals aus befürchteten juristischen Problemen im Zusammenhang mit der ärztlichen Schweigepflicht. Schwerer wiegt jedoch häufig die Gefahr des Vertrauensverlusts der betroffenen Familien der Ärztin oder dem Arzt gegenüber, der zum Behandlungsabbruch führen kann [12]. Beides, sowohl der mit einem Engagement für Frühe Hilfen verbundene unentgeltliche zusätzliche Aufwand als auch begründete Vorbehalte hinsichtlich Datenschutz und Vertrauensbasis, erschwert eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Anbietern Früher Hilfen trotz einer grundsätzlich positiven Haltung.

Aus diesen Gründen erscheint den Modellprojekten auch die Möglichkeit

einer dauerhaften Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten unter den heutigen Bedingungen wenig realistisch: Eine dauerhafte Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen und Gynäkologen ist nach Einschätzung von vier Modellprojekten eher nicht zu erwarten. Bei dieser Berufsgruppe kommt hinzu, dass Frauenärztinnen und -ärzte die Schwangere sehr viel stärker im Blick haben als das Ungeborene. Ein stärkeres Engagement für Frühe Hilfen bedeutet oftmals, dass die Perspektive erweitert werden muss. Etwas besser als die Möglichkeiten einer dauerhaften Kooperation mit Gynäkologinnen und Gynäkologen wird die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten eingeschätzt.

Auffallend ist jedoch, dass die Möglichkeiten einer zukünftigen dauerhaften Kooperation – betrachtet man die Einzelbewertungen der Projekte im Durchschnitt – deutlich optimistischer eingeschätzt werden, als es die geringe Qualität der erfahrenen Zusammenarbeit in der Modellphase zunächst erwarten lässt: So erhielten die niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte mit einem Wert zwischen vier und fünf auf einer fünfstufigen Skala eine sehr negative Beurteilung der faktischen Zusammenarbeit im Frühe-Hilfen-Kontext (4,4). Die grundsätzliche Möglichkeit einer dauerhaften Kooperation in Zukunft wurde aber mit einem Wert im mittleren Bereich deutlich positiver beurteilt (2,9). Dasselbe gilt für die niedergelassenen Pädiaterinnen und Pädiater. Erkenntnisse und Erfahrungen in den Modellprojekten scheinen Anlass zu geben, die Möglichkeit zukünftiger Kooperationen besser einzuschätzen, als die Erfahrungen in der Vergangenheit zunächst nahelegen. Detailergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen in der praktischen Umsetzung von Vernetzungsiniciativen werden dazu beitragen, Fehler in der Zusammenarbeit künftig zu vermeiden, Lösungsmöglichkeiten zu finden und Hürden zu überwinden.

Hebammen

Vergleichbar mit der Bedeutung anderer Leistungserbringer des Gesundheitssys-

Tab. 2 Bewertung der Zusammenarbeit mit Hebammen hinsichtlich der Zugangswege zu hoch belasteten Familien

	Antwortkategorien 5-stufig	Durchschnittsbewertung
Bedeutung der Hebammen als Kooperationspartnerinnen	1 = sehr wichtig bis 5 = unwichtig	1,3
Allgemeine Qualität der Zusammenarbeit	1 = sehr gut bis 5 = gar nicht gut	2,3
Dauerhafte Kooperation realistisch?	1 = Ja, absolut bis 5 = nein, gar nicht	1,5
Einschätzung des Aufwandes zur Pflege der Kooperationsbeziehung	1 = sehr niedrig bis 5 = sehr hoch	2,5
Eigeninteresse der Akteure an einer Aufrechterhaltung der Kooperation	1 = sehr hoch bis 5 = sehr niedrig	2,2

Datenbasis: N=10 Modellprojekte.

tems wird auch die Relevanz der niedergelassenen Hebammen als Partnerinnen im Frühe-Hilfen-Kontext von den Modellprojekten sehr hoch eingeschätzt. Betrachtet man die Bewertung der Qualität der tatsächlichen Kooperation, zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied: Hebammen erzielen hier einen Wert im oberen Bereich (2,3). Dabei resultiert diese im Vergleich mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten deutlich bessere Durchschnittsbewertung nicht allein aus den Angaben der Projekte, die aufgrund ihres thematischen Schwerpunkts der Arbeit von (Familien-)Hebammen sehr positiv gegenüberstehen. Gute bis mittlere Bewertungen erhielten die Hebammen auch von den anderen Modellprojekten. Der Aufwand, der zur Pflege der Kooperation aus Sicht der Projekte notwendig ist, wird im Vergleich niedrig eingeschätzt, und von allen Akteuren des Gesundheitssystems vermuten die Modellprojekte auf Grundlage ihrer Erfahrungen in der Praxis bei den niedergelassenen Hebammen das höchste „Eigeninteresse“ an einem Engagement im Feld Frühe Hilfen. Eine dauerhafte Kooperation erscheint mit einem Wert zwischen 1 und 2 als „sehr realistisch“ (1,5) (■ **Tab. 2**).

Ein im Vergleich stärkeres „Eigeninteresse“ kann sich über Aspekte der Hebammentätigkeiten erklären, die leicht an die Praxis Früher Hilfen anschließen. Neben der medizinischen Betreuung in der Hebammenvorsorge und -nachsorge hat sich ein weiterer Schwerpunkt etabliert. Ein Teil der Arbeitsleistung von Hebammen besteht je nach Bedarf auch aus der psychosozialen Betreuung der Schwan-

geren beziehungsweise der jungen Mutter, was die Beratung über Hilfeangebote einschließen kann. Da die Hebamme oftmals Zugang zum häuslichen Umfeld der jungen Familie hat, sich etwas mehr Zeit für Gespräche mit offenen Inhalten nehmen kann und eher von den Familien ins Vertrauen gezogen wird als Ärztinnen und Ärzte, hat die Hebamme eine gute Ausgangsbasis zur Feststellung des Hilfebedarfs, und es gelingt ihr auch oftmals besonders gut die Familie zur Annahme weiterer Hilfen zu motivieren. Aus diesem Grund wurden vielerorts Hebammen zu Familienhebammen fortgebildet, um zusätzlich spezielles Wissen zu drohender Kindeswohlgefährdung und zu Hilfeangebote und -möglichkeiten zu erwerben. Familienhebammenleistungen können an einigen Standorten bis zum ersten Geburtstag des Kindes abgerechnet werden. In mehreren Projekten wird der Einsatz von Familienhebammen modellhaft erprobt.

Diskussion

Akteure des Gesundheitssystems haben höchste Bedeutung als Zugangswege zu hoch belasteten Familien. Die zusammengefassten Erfahrungen aus den Modellprojekten verdeutlichen jedoch, dass die Qualität der Zusammenarbeit noch nicht durchweg den Hoffnungen und Erwartungen entspricht. So wird insbesondere die Qualität der Kooperation zwischen Frühe-Hilfen-Anbietern auf der einen Seite und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf der anderen Seite noch als zu gering beurteilt.

Ein starkes Engagement im Feld Früher Hilfen scheint unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns den Eigeninteressen als selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte eher entgegenzustehen: Trotz grundsätzlicher Bereitschaft fürchten Ärztinnen und Ärzte Verdienstausschlag und beklagen Unsicherheiten mit Blick auf den Datenschutz sowie mögliche Vertrauensverluste ihrer Patientinnen und Patienten.

Erfahrungen, Ergebnisse und Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte zeigen hier dringenden Handlungsbedarf. Damit sich die generelle Offenheit der Ärzteschaft in einem aktiven Engagement im Frühe Hilfen Netzwerk niederschlägt, gilt es, Bedingungen ärztlichen Handelns zu modifizieren. Ein erster Schritt in diese Richtung ist das vom NZFH geplante Projekt zur Vernetzung lokaler Angebote Früher Hilfen mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln. Innerhalb der bereits etablierten Qualitätszirkel soll die Durchführung von „Familienfallkonferenzen“ erprobt werden, in denen konkrete Fälle mit erhöhtem Hilfebedarf zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung im multiprofessionellen Kreis analysiert werden. Um Ärztinnen und Ärzte zu unterstützen, werden zudem Informationen zu rechtlichen Grundlagen, Epidemiologie und Risikerkennung erarbeitet und den beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzten zur Verfügung gestellt.

Die Kooperation mit freiberuflichen Hebammen wird von den Modellprojekten vor dem Hintergrund der praktischen Erfahrung positiv beurteilt: Hebammen sind hoch relevant für den Zugang zu belasteten Familien, die Qualität der Zusammenarbeit ist gut, und eine dauerhafte Kooperation im Kontext Früher Hilfen erscheint realistisch; nicht zuletzt auch wegen des hohen „Eigeninteresses“, das bei dieser Berufsgruppe vermutet wird, und des eher gering eingeschätzten Aufwandes zur Pflege der Kooperationsbeziehungen. Zur Unterstützung der Hebammen als Teil des Frühe-Hilfen-Netzwerkes in Deutschland sollen zwei Impulse weiterverfolgt werden: die Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards bei der Fortbildung zur Fami-

lienhebamme und die Überführung von Familienhebammenleistungen in die Regelversorgung.

Die wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte ist noch nicht abgeschlossen. Detaillierte Ergebnisse – nicht nur zu Fragen nach den Zugangswegen zu hoch belasteten Familien, sondern auch zu einer Vielzahl weiterer Fragestellungen im Zusammenhang mit der Wirkungsweise Früher Hilfen – werden in Kürze erwartet. Die gezielte Förderung anwendungsorientierter Forschung schafft eine Wissensbasis, die erfolgreiche Strategien im präventiven Kinderschutz identifiziert, Defizite aufzeigt und Problemlösungsmöglichkeiten nahelegt. Ziel ist die schrittweise Optimierung der Praxis Früher Hilfen zum Wohle der Kinder.

Korrespondenzadresse

I. Renner

Nationales Zentrum Frühe Hilfen,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
liona.renner@nzfh.de

Danksagung. Mein Dank gilt den Leitungen und Mitarbeitenden der Modellprojekte, die nicht müde wurden, zahlreiche NZFH-Fragebögen zu beantworten und mit viel Engagement zu den spannenden Diskussionen auf den Austauschworkshops beizutragen. Die Veröffentlichung wurde sehr unterstützt durch Team und Leitung des NZFH und wäre ohne diese Hilfe nicht denkbar. Deshalb bedanke ich mich ganz besonders bei meinen Kolleginnen und Kollegen.

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

Literatur

1. Bundesregierung (2005) Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, S 115
2. Bundesregierung (2009) Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode, S 69
3. Dargestellt sind die Modellprojekte in: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008) Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Die Broschüre ist über die Homepage der BZgA kostenlos erhältlich
4. Helming E, Sandmeir G, Sann A, Walter M (2007) Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. DJI, München
5. Paul M, Backes J (2009) Kinderschutz durch Frühe Hilfen. In: Geene R, Gold C (Hrsg) Kinderarmut und Kindergesundheit. Huber, Bern Göttingen Toronto

6. Renner I (2010) Schutz von Kindern durch Frühe Hilfen und wirksame Vernetzung verbessern. In: Maier B, Braun C, Schuster D et al (Hrsg) Ver-Bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Mabuse, Frankfurt am Main, S 245–254
7. Sann A, Schäfer R (2008) Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis. In: Bastian P, Diepholz A, Lindner E (Hrsg) Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Waxmann, Münster, S 103–121
8. Kindler H (2007) Kinderschutz in Deutschland stärken. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis. DJI, München
9. Schücking B (2009) Qualifizierung von Familienhebammen. Vortrag auf der Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des NZFH am 06.11.2009
10. Mitteilung der Durchführenden eines Seminars zur Schulung von Qualitätszirkelmoderatorinnen und Moderatoren zum Thema „Dysfunktionale Familiensysteme und Kindeswohlgefährdung“ Frau Münzel und Prof. Dr. Siebolds
11. Kindler H, Lillig S, Blüml H et al (Hrsg) (2008): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). DJI, München
12. Knorr CC, Fangerau H, Ziegenhain U, Fegert J M (2009) „Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt“. Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, Frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/innen bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. In: Das Jugendamt. Z Jugendhilfe Familienrecht 07–08:352–357

Gesundheit und Gerechtigkeit

Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen. Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 30.4.2010

Am 30.4.2010 verabschiedete die Bioethikkommission Rheinland-Pfalz, die von der Mainzer Landesregierung eingesetzt ist und unter dem Vorsitz des Justizministers tagt, ihren Bericht zu Problemen der Gesundheitsgerechtigkeit. Er wurde am 1.7.2010 veröffentlicht und ist auch online abrufbar (über www.justiz.rlp.de). Frühere Voten der Kommission betrafen die Sterbehilfe, die humane embryonale Stammzellforschung oder die Präimplantationsdiagnostik. Der jetzige Text befasst sich mit Grundsatzfragen. Er empfiehlt, auch in der Bundesrepublik Deutschland dem Recht auf Schutz der Gesundheit Verfassungsrang zu verleihen, sodass Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes zu erweitern ist und folgenden Wortlaut erhält: „Jeder hat das Recht auf Leben, Gesundheit und körperliche Unversehrtheit.“ Ein Hintergrund für diesen Vorstoß besteht darin, dass in europäischen Dokumenten und in Menschenrechtserklärungen, zum Beispiel der UN-Kinderrechtskonvention, das Schutzgut der Gesundheit als Grund- und Menschenrecht bereits verankert ist. Es ist an der Zeit, dies im Grundgesetz nachzuholen. Dies käme nicht zuletzt den Interessen von Kindern und anderen vulnerablen Gruppen zugute.

Der Bericht geht sodann auf aktuelle Themen der Gesundheits-, Bildungs- und Forschungspolitik ein, die den Gesundheitsschutz und die Wahrung von Gesundheitsgerechtigkeit betreffen. Zur Gesundheitsfinanzierung drängt er auf Klarstellung, welche Gesundheitsleistungen von Seiten der Krankenkassen vorrangig abzusichern sind. Als unhaltbar wird es bezeichnet, dass die Begrenzung oder das Vorenthalten medizinischer Leistungen („Rationierung“; „Zweiklassenmedizin“) häufig stillschweigend und intransparent erfolgen. Hierdurch könnte letztlich die gesellschaftliche Akzeptanz des Gesundheitssystems sowie rechtsstaatlicher Regelungen ausgehöhlt werden. Damit die für das Gesundheitssys-

tem zur Verfügung stehenden Ressourcen effektiv genutzt werden, ist der Kommission zufolge auch die unabhängige Gesundheitsforschung zu stärken. Zu den aktuellen Problempunkten der Gesundheitsforschung gehören fehlende Wirksamkeits- und Sicherheitsprüfungen von Arzneimitteln nach der Zulassung oder Desiderate bei der Abschätzung von seltenen unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen und beim systematischen Vergleich neuer mit zugelassenen Arzneimitteln.

Auf der Grundsatzebene rückt die Bioethik-Kommission ein Leitbild ins Licht, das in der Bundesrepublik Deutschland noch immer zu wenig beachtet wird: die Partizipations- oder Befähigungsgerechtigkeit. Anknüpfungspunkte bieten die Ottawa-Charta der WHO von 1986 sowie Überlegungen des Ökonomen Amartya Sen, der Philosophin Martha Nussbaum oder des Gesundheitsethikers Norman Daniels. Demzufolge trägt der Staat Verantwortung für Rahmenbedingungen, die den einzelnen Bürger dazu befähigen, das ihm individuell mögliche Maß an Gesundheit tatsächlich erreichen zu können, damit er seine persönlichen Lebens-Chancen zu verwirklichen vermag (capability approach). Diese Idee der Partizipationsgerechtigkeit führt über klassische Gerechtigkeitsdebatten (Frage der Verteilungsgerechtigkeit) hinaus. Sie verknüpft Gerechtigkeit mit dem Grundrecht auf individuelle Selbstbestimmung.

Unter diesem Vorzeichen erörtert der Mainzer Bericht die gesundheitliche Situation verschiedener Bevölkerungsgruppen. Mit Blick auf Menschen mit Migrationshintergrund fordert er, dass Ärzten und dem Gesundheitspersonal in der Aus- und Fortbildung künftig interkulturelle Basiskenntnisse zu vermitteln sind. In einer ethnisch, lebens- und weltanschaulich pluralen Gesellschaft sollten Ärzte sprachliche, sachliche und kulturbedingte Zugangsprobleme ihrer Patienten angemessen einschätzen können. Gesondert geht der Bericht auf den schlechten Gesundheitsstatus von Kindern ein, die in Familien mit niedrigem Bildungsgrad und im Status sozioökonomischer Benachteiligung aufwachsen. Sie sind nicht nur aktuell, sondern auch in ihren gesundheitlichen Zukunftsaussichten beeinträch-

tigt. Bildungspolitisch liegt der Kommission daran, dass im Schulsystem die Vermittlung gesundheitsbezogener Kompetenzen zu verstärken ist (durch Projektförderung und durch die Verankerung von Gesundheit in verschiedenen Schulfächern). Darüber hinaus haben Kommissionsmitglieder vorgeschlagen, Gesundheitskunde in geeigneten Altersstufen als eigenes Schulfach einzurichten, damit gesundheitsbezogene Bildung in der Schule institutionell einen eindeutig identifizierbaren Ort erhält. - Insgesamt zeigt der Bericht auf, welcher hohen Stellenwert der Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung für unsere Gesellschaft besitzen, sodass sie als struktur-, rechts-, forschungs- und bildungspolitische Querschnittsthemen aufgearbeitet werden müssen. Hierbei kann die Leitidee der Partizipationsgerechtigkeit ein wichtiger Orientierungsmaßstab sein.

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Bonn