



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis

ABSCHLUSSBERICHT DES NRW-MODELLPROJEKTS DER DGKJ



Gefördert vom

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



EINFACH STARK
Beratung für Familien

Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis

ABSCHLUSSBERICHT DES NRW-MODELLPROJEKTS DER DGKJ

Impressum

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Geschäftsstelle:
Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
Tel. +49 303087779-0, Fax +49 303087779-99
E-Mail: info@dgkj.de, Internet: www.dgkj.de

Vereinsregister

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) ist im Vereinsregister des Amtsgerichts Berlin unter der Registernummer VR 26463 B eingetragen.
Vorstand i.S.d. § 26 BGB:
Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann, Präsidentin
c/o DGKJ, Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Schatzmeister
c/o DGKJ, Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin

Redaktion

Lena Marter, Dr. Gabriele Olbrisch, PD Dr. Burkhard Rodeck

Gestaltung

Bogun Dunkelau GbR, www.bogun-dunkelau.de

Druck

Königsdruck, www.koenigsdruck.de

Fotonachweis

© MAGS NRW: S. 4
© stock.adobe.com: U1 (New Africa) / S. 19 (Robert Kneschke) /
S. 23 (Elnur) / S. 25 (altanaka) / S. 36 (Oksana Kuzmina) / S. 71 (Christin Lola)
© photocase.com: S. 55 (Paulo Sousa)
© colourbox.de: S. 15 / S. 20 / S. 28 / S. 31 / S. 44 (Tatiana Morozova) /
S. 59 (Aleksandr) / S. 62 / S. 65 (praisaeng) / S. 69 (Tatiana Morozova)

Das Projekt wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert.

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



ISBN 978-3-00-063593-9

Elektronische Fassung unter: www.dgkj.de/sozialepraeventionabschlussbericht

© Berlin, 2020

Inhalt

Grußwort	4
Vorwort	6

1. Einführung

1.1 Motivation des Projektinitiators	8
1.2 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen: Kindergesundheit und soziale Determinanten	9
1.3 Rahmenbedingungen bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten	10

2. Projektdarstellung

2.1 Hintergrund	13
2.2 Ziele des Modellprojekts „Soziale Prävention“	14
2.3 Die Umsetzung vor Ort	14
2.4 Zeitlicher Ablauf und Projektphasen	16
2.5 Projektstruktur und Beteiligte	17

3. Die Projektkoordinierung – Erfahrungen und Gelingensfaktoren

3.1 Erfahrungsberichte der Modellstandorte ...	18
3.1.1 Modellstandort A	18
3.1.2 Modellstandort B	22
3.1.3 Modellstandort C	26
3.2 Gelingensfaktoren für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und kinder- und jugendmedizinischen Praxen aus Sicht der Prozessbegleitung	30
3.2.1 Hintergrund	30
3.2.2 Rolle und Aufgaben der Prozessbegleitung	31
3.2.3 Förderliche Bedingungen	32
3.2.4 Anliegen und Themen der Eltern	35
3.2.5 Das Sprechstundenangebot als Lotsen- angebot verstehen und konzipieren	36
Fazit I	37
Fazit II	39

4. Ergebnisse der Evaluation

4.1 Das Vorgehen in der Vor- und Hauptphase der Evaluation	40
4.2 Ablauf der Evaluation des Modellprojekts in den Kinder- und Jugendarztpraxen	42
4.3 Die Ergebnisse der Evaluation	45
4.4 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse	55
4.5 Fazit und Ausblick der Evaluation	56

5. Externe Expertise

5.1 Kinder- und Jugendmedizin	58
5.2 Kinder- und Jugendhilfe	60
5.3 Wissenschaft	62

6. Bezüge zu anderen Referenzprojekten

6.1 Lotsendienste in der stationären Geburtshilfe	64
6.2 SeeYou	68

7. Fazit und Ausblick

Fazit und Ausblick	70
Dank	72
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	73
Literatur	74
Anhang	76



Karl-Josef Laumann

*Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen*

Sehr geehrte Damen und Herren,

Kinder und Jugendliche sollen gesund aufwachsen können. Damit das gelingt, ist auch eine frühzeitige Erkennung von familiären Belastungen und die Überleitung in geeignete Unterstützungsangebote unerlässlich. Hierbei spielt die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe eine wichtige Rolle. Das Gesundheitssystem kann einen vertrauensvollen und niedrighschwelligigen Zugangsweg zu belasteten Familien schaffen.

In den letzten Jahren sind viele Kooperationen entstanden oder im Rahmen von Projekten erprobt worden. So auch im Modellprojekt „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“, das durch die Landesregierung Nordrhein-Westfalen gefördert wurde. Mit dem Ziel, belastete Familien zu beraten und zu unterstützen, wurden regelmäßige Sprechstunden der Kinder- und Jugendhilfe in Arztpraxen angeboten – immer in enger Zusammenarbeit mit einem multiprofessionell besetzten Team.

Ich bin davon überzeugt, dass von einer engen Verzahnung des Gesundheitswesens mit der Kinder- und

Jugendhilfe alle profitieren: nicht nur die betroffenen Familien selbst, sondern auch die Akteure beider Systeme, die erkennen, dass die Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern unterstützt und damit entlastet werden.

Deshalb freue ich mich, dass das Modellprojekt „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ so erfolgreich umgesetzt werden konnte. Dafür danke ich allen Beteiligten, die mit ihrem Engagement zum Gelingen des Projekts beigetragen haben. Der nun vorliegende Abschlussbericht bietet neben den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Evaluation auch ganz praxisnahe Einblicke in die Umsetzung des Projekts. Diese können künftigen Vorhaben als Beispiel und Hilfestellung zur Umsetzung dienen.

In Nordrhein-Westfalen gibt es inzwischen vergleichbare Projekte mit zum Teil unterschiedlichen Ansätzen. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wird deshalb 2020 ein Austauschtreffen initiieren. Ziel soll es sein, gemeinsame Gelingensbedingungen für die Zusammenarbeit im Setting der Kinder- und Jugendarztpraxis herauszuarbeiten.

Karl-Josef Laumann

*Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen*



Ineborg Krägeloh-Mann

*Präsidentin der Deutschen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)*

Die DGKJ ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Deutschland mit inzwischen 17.500 Mitgliedern, davon knapp 3.900 in NRW. Wir haben die Aufgabe, die wissenschaftlichen und fachlichen Belange der Kinder- und Jugendmedizin sowie die bestmögliche medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Seit einigen Jahrzehnten schon ist die Kinderheilkunde nicht nur kurativ tätig, sondern übernimmt zunehmend auch präventive Aufgaben.

Die DGKJ hat das NRW-Modellprojekt „Soziale Prävention“ initiiert, weil Gesundheit und die volle Entfaltung der Entwicklungsmöglichkeiten eines Kindes weit mehr bedeuten als nur das Fehlen von Krankheit. „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“, so die Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Erklärung von Alma-Ata 1978).

Die WHO belässt es nicht bei der einfachen Definition, sondern verknüpft damit einen Anspruch: Die Gesundheit sei ein grundlegendes Menschenrecht. Das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands sei ein äußerst wichtiges weltweites soziales Ziel, dessen Verwirklichung Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erfordere (vgl. ebd.).

Als Ärztinnen und Ärzte haben wir gelobt, unser Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen und unser ärztliches Handeln an der Gesundheit und dem Wohlergehen unserer Patientinnen und Patienten auszurichten (vgl. Weltärztebund 2017).

Allerdings sehen wir häufig, dass unsere Bemühungen, den Kindern ein möglichst gesundes Leben zu ermöglichen, an den Rahmenbedingungen, unter denen sie in ihren Familien leben, scheitern, weil die Umgebung sie krank macht oder das soziale Umfeld sie aus den verschiedensten Gründen hindert, sich gesund zu entwickeln. Es ist das Verdienst von Dr. Karl-Josef Eßer, diese zunächst etwas deprimierende Beobachtung in einen konstruktiven Präventionsansatz verwandelt zu haben. Diesen Präventionsansatz erläuterte er dem damals künftigen Präsidenten der DGKJ, Prof. Norbert Wagner. – Prof. Wagner berief Dr. Eßer im Frühjahr 2012 zum ersten Generalsekretär der DGKJ. Das Präventionsprojekt reifte, das Konzept wurde konkreter, an der Entwicklung wurden viele beteiligt.

In der Folge stellte Dr. Eßer seine Präventionsidee der damaligen NRW-Gesundheitsministerin in seiner Heimatstadt vor und setzte in der Folge den Dialog fort. Von den ersten Gesprächen im NRW-Gesundheitsministerium bis zum Zustandekommen des Projekts dauerte es noch eine Weile. Die Projektbewilligung erfolgte schließlich 2016. Bis dahin war das Konzept der

„Sozialen Prävention“ – dank des unermüdlichen Einsatzes des DGKJ-Generalsekretärs – bekannt; eine Kommune fand das Konzept so gut, dass sie es von sich aus umsetzte.

Kernpunkt des Projekts ist die Präsenz der Kinder- und Jugendhilfe in der Kinder- und Jugendarztpraxis, was an drei Modellstandorten in NRW erprobt wurde. Dieser Präventionsansatz versucht die Leistungen der verschiedenen Sozialgesetzbücher miteinander zu verknüpfen. Mit der Implementierung in den Modellpraxen wurde das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) beauftragt. Um festzustellen, ob die Kinder- und Jugendarztpraxis der richtige Anknüpfungsort ist, um möglichst viele Familien in das Kinder- und Jugendhilfesystem zu leiten, wurde das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit der Evaluation beauftragt. Der Versuch war erfolgreich. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin hoffen wir, dass dieser Präventionsansatz irgendwann Niederschlag in der Regelversorgung findet.

Wir danken dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen für die finanzielle Förderung des Modellprojekts „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ und unseren Projektpartnern für die Durchführung, den Jugendhilfe-Fachkräften und nicht zuletzt den Mitarbeitenden und den Ärztinnen und Ärzten in den beteiligten Praxen.

Ingeborg Krägeloh-Mann

*Präsidentin der Deutschen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)*

1. Einführung



Karl-Josef Eßer

1.1 Motivation des Projektinitiators

Karl-Josef Eßer

Seit 1975 bin ich Arzt, seit 1980 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, viele Jahre auch Leiter eines Sozialpädiatrischen Zentrums. In dieser Funktion habe ich viele Kinder und Jugendliche medizinisch betreut. Rückblickend kann ich sagen, dass die Entwicklung der medizinischen Versorgung enorm ist und wir inzwischen viele Krankheiten behandeln können, die wir in den frühen Jahren meiner Tätigkeit nicht oder nur schlechter behandeln konnten. Gleichzeitig sind neue Felder entstanden, mit denen Ärztinnen und Ärzte früher nicht konfrontiert wurden – Stichwort „Neue Morbiditäten“. Dadurch sind die Lebensqualität und die Gesundheit vieler Kinder und Jugendlicher erheblich beeinträchtigt. Viele Studien der letzten Jahre, die die Kindergesundheit in Deutschland untersucht haben, bestätigen das. Der Vorteil der Erfahrung eines langen Berufslebens liegt darin, verschiedene Entwicklungen persönlich mitverfolgt zu haben. Trotz vieler Errungenschaften gibt es immer wieder Bereiche, die verbessert werden müssen.

Meine eigenen Beobachtungen und die zu Beginn noch nicht ausgereiften Gedanken zu den zunehmenden neuen, von sozialen Faktoren verursachten Krankheitsbildern wurden durch Erfahrungsberichte konkretisiert.

Der folgende Fall war ein Schlüsselerlebnis:

Eine Patientinmutter wird beim Gang zum Kinderarzt durch eine Mitarbeiterin der Jugendhilfe begleitet. Mit drei Kindern warten beide, wie alle anderen auch, etwa eineinhalb Stunden, bis sie ins Sprechzimmer gerufen werden. Die Mutter ist bekannt, die Jugendamtsmitarbeiterin stellt sich vor. Der Arzt stellt Fragen an die Mutter, untersucht und schreibt ein Rezept. Es dauert etwa 10 Minuten. Die Patientinmutter und die Kinder werden verabschiedet, mit der Mitarbeiterin des Jugendamtes, deren Anwesenheitsgrund nicht erfragt wurde, spricht der Arzt kein Wort. Mit Begleitung von Haustür zu Haus-

tür dauert die Betreuung etwa drei Stunden. Der einzige Effekt für die Jugendamtsmitarbeiterin ist, dass die Familie sicher zum Arzt geleitet wurde. Weitere Optionen ergaben sich nicht.

Die Jugendamtsmitarbeiterin war meine Tochter, die dies abends erzählte. Wir haben überlegt, was falsch gelaufen ist. Und kamen zu dem Schluss: Gesundheitswesen und Jugendhilfe sprechen nicht miteinander.

Die heutigen Herausforderungen für die prinzipiell gute Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland werden wir allein mit den Möglichkeiten der versorgenden Kinder- und Jugendmedizin nicht bewältigen können.

Multiprofessionalität bildet darum das Fundament des NRW-Modellprojekts „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“. Dort, wo die medizinische Versorgung nicht mehr allen Problemen einer Familie gerecht werden kann, gibt es einen Austausch mit hierfür qualifizierten Berufsgruppen, wie Fachkräften der Jugendhilfe, Familienhebammen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Frühen Hilfen. Für die Familien in Problemlagen kann dies bedeuten, dass nicht nur die Symptome, die ein krankes Kind zeigt, behandelt werden, sondern dass auch den Ursachen begegnet werden kann.

Das übergeordnete Ziel des Projekts ist es, ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen unabhängig von der sozioökonomischen Lage der Eltern und durch die Stärkung der Elternkompetenz zu unterstützen. Im Projekt selbst wurde überprüft, ob die Kinder- und Jugendarztpraxis der richtige Ort ist, um die multiprofessionelle Betreuung der Kinder und ihrer Familien zu implementieren und von hier ausgehend, dem Kinder- und Jugendhilfesystem zu überweisen.

Ich wage zu hoffen, dass sich an die Erfahrungen aus den ersten Jahren meiner Tätigkeit als Generalsekretär der DGKJ nun die Beobachtung anschließen lässt, dass die Pädiatrie auch den neuen Herausforderungen der „Neuen Morbiditäten“ gewachsen ist und offen ist für eine Kooperation mit anderen Fachgruppen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen.

Die Gesundheitsfürsorge und -vorsorge unserer Kinder und Jugendlichen ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die von vielen Beteiligten verantwortet werden muss.

1.2 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen: Kindergesundheit und soziale Determinanten

Norbert Wagner
Gabriele Olbrisch

Der sozioökonomische Status von Kindern zeigt eine eindeutige Beziehung zur Häufigkeit von Erkrankungen und zur Frequenz stationärer Aufnahmen in Krankenhäusern. Arbeitslosigkeit eines Elternteils, Armut, Aufwachsen mit nur einem Elternteil, psychische Krankheit der Eltern und Alkohol- oder Drogenmissbrauch in der Familie sind weitere Risikofaktoren.

Bestätigt wurden diese langjährigen Eindrücke der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte von der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, deren Daten erstmals 2007 als KiGGS-Basiserhebung veröffentlicht wurden.¹

Insgesamt berichteten die Eltern von 93% der an der Studie teilnehmenden Kinder und Jugendlichen von einem guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand. Allerdings wiesen Kinder und Jugendliche aus der niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe „zweimal seltener einen sehr guten Gesundheitszustand auf als diejenigen aus der hohen Statusgruppe“ (Lampert und Kurth 2007: 2948). „Zudem sind sie häufiger von Unfallverletzungen, umweltbedingten Erkrankungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. In der Adoleszenz treten verstärkt psychosomatische Beschwerden sowie psychische und Verhaltensauffälligkeiten auf. Auch verhaltenskorrelierte Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht, die für einen Großteil des Krankheits- und vorzeitigen Sterbeschehens im mittleren und höheren Lebensalter verantwortlich zeichnen, kumulieren in den unteren Statusgruppen“ (ebd.: 2944).

Eine kleine Auswahl der Zahlen:

- Hinweise für psychische Probleme wurden bei 8,1% der Kinder und Jugendlichen mit hohem sozioökonomischen Status, bei 13,4% der mit mittlerem Status und 23,2% derjenigen mit niedrigem Sozialstatus registriert (vgl. Hölling et al 2007: 787).
- Eine ADHS-Diagnose erhielten die Kinder aus einem niedrigen sozioökonomischen Status doppelt so häufig wie diejenigen aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status (6,4% zu 3,2%) (vgl. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008: 58).
- Übergewicht und Adipositas waren bei den 3- bis 17-Jährigen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zu 20,7% verbreitet, bei denen mit hohem Sozialstatus lediglich zu 9,4%. Das Adipositas-Risiko lag dreimal so hoch bei ersteren gegenüber den letzteren (vgl. ebd.: 44, 46). Der Einfluss des Sozialgradienten bei der Adipositashäufigkeit verstärkte sich seit der KiGGS-Basiserhebung nochmals. In der Erhebung der KiGGS-Welle 2 wurde festgestellt, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen Status viermal so häufig adipös waren im Vergleich zu Mädchen und Jungen aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status – und dies obwohl die Zahlen für Übergewicht und Adipositas insgesamt nicht weiter angestiegen sind (vgl. Schienkiewitz 2018).

Der sozioökonomische Status, der sich aus der Schul-/Berufsbildung und dem beruflichen Status der Eltern sowie dem Haushaltsnettoeinkommen zusammensetzt, ist aber nicht der einzige Einflussfaktor, der sich ungünstig auf die kindliche gesundheitliche Entwicklung auswirkt. Daneben gibt es weitere Risikofaktoren, die bereits oben genannt wurden: Alkoholprobleme

¹ Wir legen hier die Daten von 2007 zu Grunde, da sie in die Genese des Projekts einfließen, auch wenn zwischenzeitlich bereits die Zahlen der KiGGS-Welle 2 vorliegen.

1.3 Rahmenbedingungen bei den Kinder- und Jugend- ärztinnen und -ärzten

Karl-Josef Eßer
Norbert Wagner

der Erziehungsberechtigten, psychische oder chronische somatische Erkrankungen der Eltern, ebenso partnerschaftliche Konflikte, eine schwierige Kindheit der Eltern oder auch ein Aufwachsen in Ein-Eltern-Familien. In der BELLA-Studie wurde festgestellt, dass diese Risikofaktoren für eine psychische Gesundheit kumulativ wirken, „dass mit der Anzahl der Risikofaktoren auch der Anteil der Kinder steigt, die Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen“ (Ravens-Sieberer et al 2007: 876).

Die Diskussion der KiGGS-Daten mündete in der Erkenntnis, dass Prävention und die Gesundheitsförderung gestärkt werden müssten. Die bis 2012/2013 veröffentlichten Daten flossen in die Entwicklung des Konzepts der Sozialen Prävention mit ein. Sie mündeten in Programme der Bundesregierung wie auch in die Gesundheitspolitik der Landesregierung NRW. Das Präventionsgesetz, das der Deutsche Bundestag 2015 verabschiedete, aktualisierte den § 26 SGB V, der die gesetzliche Grundlage für die Vorsorgeuntersuchungen, die sog. „Us“ bildet. Es ermöglichte die Einführung weiterer Früherkennungsuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr, nahm explizit auch die psychosoziale Entwicklung mit auf sowie eine „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken“, „eine präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind“ sowie eine „Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention“ (Sozialgesetzbuch V, § 26). Dies verdeutlicht, dass das Bundesministerium für Gesundheit, das für den Entwurf des Gesetzes verantwortlich zeichnete, einen deutlichen Akzent bei der Prävention setzte. Dafür hatte sich die DGKJ im Vorfeld auch politisch engagiert. Die Umsetzung dieser gesetzlichen Grundlage durch die Krankenkassen und den Gemeinsamen Bundesausschuss ist aus unserer Sicht aber noch nicht hinreichend erfolgt.

In den letzten Jahrzehnten beobachten wir eine Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu den sog. „Neuen Morbiditäten“, während z.B. Infektionen oder Mangelernährung, Haupttodesursachen im Kindesalter im letzten Jahrhundert, rückläufig sind. Wir verstehen hierunter häufige, komplexe chronische Störungen, die Symptome in mehreren Funktionsbereichen nach sich ziehen, wie z.B. Adipositas, Verhaltensstörungen, Essstörungen und Substanzmissbrauch. Diese Störungen gab es auch in der Vergangenheit, aber sie sind heute deutlich häufiger bzw. werden häufiger diagnostiziert, und gerade die genannten Krankheitsbilder korrelieren in ihrer Ausbreitung sehr stark mit dem sozioökonomischen Status.

Ärztinnen und Ärzte müssen die Auswirkungen der beschriebenen sozialen Auswirkungen in ihre Gedankenwelt einbeziehen, wenn sie sich um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bemühen. Die oben genannte „bestmögliche medizinische Versorgung“ geht also immer häufiger über die rein medizinischen Belange hinaus. Gleichzeitig fehlt es uns Ärztinnen und Ärzten an der Zeit, jeder geäußerten oder auch nur von uns vermuteten Belastung adäquat zu begegnen. Hier wirkt sich die zunehmende Ökonomisierung der Medizin, die auch die Praxen erreicht hat, sehr deutlich und nachteilig aus.

Zudem trägt ein gesellschaftlicher Wandel insbesondere bei jungen Ärztinnen und Ärzten (und nicht nur die vielfach angeführte ‚Feminisierung‘ der Medizin, zu einer veränderten Einstellung im Hinblick auf die Arbeitszeiten und die Arbeitsbelastung) bei. Im Rahmen einer Umfrage unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des DGKJ-Repetitoriums Ende 2012 antwortete die Hälfte (50,5%), dass sie eine Teilzeittätigkeit bevorzugen würde. Die Begrenzung der Arbeitszeit verkürzt aber die für Patientinnen und Patienten verfügbare Arzt-Arbeitszeit. Die Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen, die den „Neuen Morbiditäten“ zugeordnet werden können, und gerade die aus Familien mit sozialen Belastungsfaktoren würden aber mehr Versorgungszeit benötigen.

Gründe für das Projekt

Viele Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte haben das Gefühl, den krankmachenden Faktoren im Leben der Kinder und Jugendlichen nicht genug entgegenzusetzen zu können.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sehen wir unsere Verantwortung darin, hier im besten Sinne primärpräventiv für eine bessere Kindergesundheit zu wirken. Und da es ja die sozioökonomischen Faktoren sind, die sich ungünstig auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern auswirken, ist insbesondere ein interdisziplinärer Ansatz sinnvoll. Prävention sollte bereits während der Schwangerschaft und spätestens nach der Geburt einsetzen, indem frühzeitig Risikofaktoren identifiziert werden und Betroffene niedrigschwellige Hilfsangebote erhalten.

Eine besondere Rolle kommt den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten zu, da diese einen unmittelbaren und in aller Regel sehr vertrauten Zugang zu Familien haben, der durch die ärztliche Schweigepflicht in besonderer Weise geschützt ist. Eltern kommen mit ihren Kindern in die kinderärztliche Praxis und teilen aus Sorge um ihr Kind die o.g. Belastungsfaktoren häufig spontan der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt mit (siehe Abbildung 1).

Dieses besondere Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin oder Arzt und Eltern, welches zumeist über viele Jahre andauert, zeigte sich auch in einer weiteren Umfrage:

Abbildung 1: Wo würden Sie sich am ehesten in den ersten Jahren des Kindes beraten lassen?

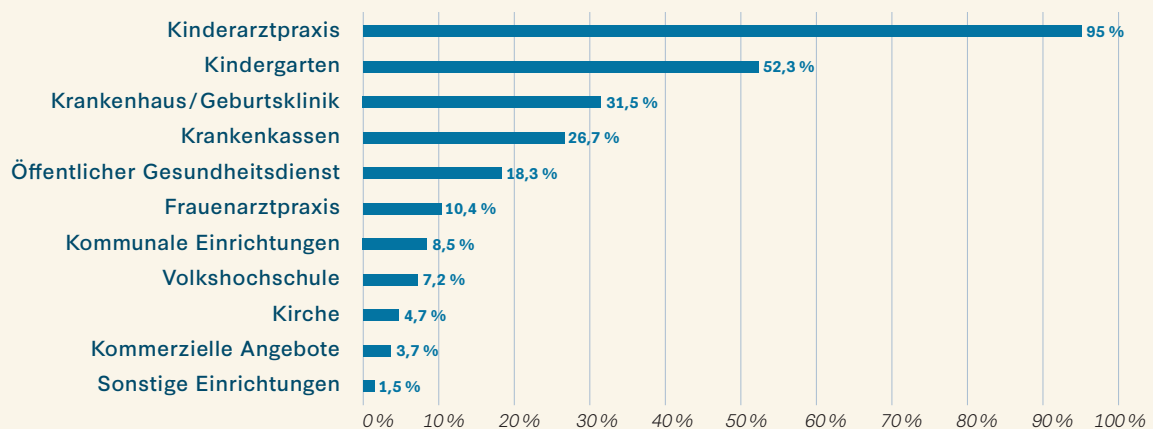
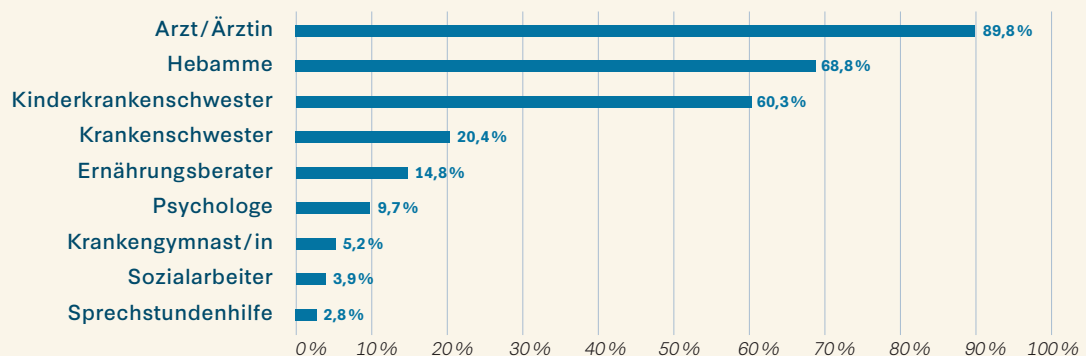


Abbildung 2: Von wem wollen Sie sich am liebsten beraten lassen?



Beide Abbildungen: Mehrfachnennung möglich n=5900, Quelle: Bergmann et al (2009): 713.

Demnach würden sich die weitaus meisten Eltern vor allem von einer Ärztin bzw. einem Arzt beraten lassen, wenn sie einen Bedarf hierfür haben (siehe Abbildung 2).

Auch die überaus hohe Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen, den sog. „Us“ spricht ebenso dafür, die Kinder- und Jugendarztpraxis als Setting für ein Präventionskonzept zu wählen:

Inanspruchnahme der „Us“

U3: 97,6%

U6: 96,5%

U9: 91,0%

Quelle: Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): 3



Mit dem Projektansatz wird aber auch eine Erwartung aus den Erfahrungen des Sozialwesens, den Frühen Hilfen, aufgegriffen, nämlich dass sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit den sozialen Hilfsangeboten vernetzen: „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.“ (Renner 2010: 1049). Grund hierfür ist die Annahme, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei jungen Eltern hoch akzeptiert seien und von ihnen als unterstützend und nicht stigmatisierend erlebt würden (vgl. ebd.).

Das Konzept der Sozialen Prävention griff Entwicklungen aus unterschiedlichen Bereichen auf – wie die Chancenungleichheit für eine gute Kindergesundheit, die Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft wie auch die Erwartungshaltung des Sozialwesens – und verknüpfte sie zu einem sinnvollen Präventionsansatz. Dieser mündete in dem NRW-Modellprojekt. Aus Sicht der DGKJ ging es in diesem Projekt darum, festzustellen, ob dieser Präventionsansatz, nämlich das Unterstützungsangebot der Kinder- und Jugendhilfe in der Kinder- und Jugendarztpraxis, praktikabel ist und die notwendige Zielgruppe erreicht.

Das Konzept bietet eine Chance, Hilfsangebote für Familien niedrigschwellig anzubieten, sodass diese auch angenommen werden können.

2. Projektdarstellung

Milena Bücken
Karl-Josef Eßer
Lena Marter
Julia Pudelko

2.1 Hintergrund – Frühzeitige Hilfen für Familien in belasteten Lebenslagen als Beitrag zur Förderung der Gesundheit und des gelingenden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche benötigen eine liebevolle Förderung, um sich optimal zu entwickeln. In der heutigen Zeit finden es viele Familien schwer, zusätzlich zu den Belastungen in Arbeit und Alltag noch die nötige Zeit und Kraft aufzubringen, um allen Bedürfnissen ihrer Kinder optimal gerecht zu werden. In einigen Familien beanspruchen besondere Belastungssituationen, wie Probleme am Arbeitsplatz, Stress und Überlastung eines Elternteils, Partnerschaftsprobleme oder auch finanzielle Engpässe die Aufmerksamkeit der Mütter und Väter in hohem Maß (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017: 10) und stehen den Ansprüchen von Eltern an sich selbst, ihre Partnerschaft und die Erziehung ihrer Kinder entgegen. Zudem wächst jedes vierte Kind in Deutschland in einer Familie auf, die einkommensarm ist und/oder Leistungen der Grundversicherung nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) bezieht (vgl. Tophoven et al. 2015: 17). Viele berufstätige Eltern sehen eine Herausforderung darin, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Belasten diese oder andere Lebensumstände die Familie, kann sich das nachhaltig auf das Wohlergehen und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken.

Präventive Angebote zielen vor diesem Hintergrund darauf ab, Eltern zu entlasten, sie in ihren Kompetenzen zu stärken und Familien zu unterstützen, bevor sich psychosoziale Belastungen negativ auf das Wohlergehen, die Entwicklung oder die Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen auswirken. Solche **frühen Hilfen** umfassen sowohl Angebote, die sich an alle Eltern richten (universelle/primäre Prävention), als auch Angebote und Hilfen für Familien, bei denen Belastungen erkennbar sind oder deren Bewältigungsressourcen geschwächt sind, zum Beispiel durch eine psychische oder chronische Erkrankung eines Elternteils oder Kindes, durch Erwerbslosigkeit, Konflikte zwischen den Eltern oder als Alleinerziehende (selektive/sekundäre Prävention). Diese Hilfen werden im Rahmen des Projekts insofern als „frühzeitige“ Hilfen verstanden, die sich an Eltern mit Kindern aller Altersgruppen richten. Ebenso wie die laut Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) vorrangig auf Familien mit Kindern in der Altersgruppe 0–3 Jahre ausgerichteten „Frühen Hilfen“ zielen auch frühzeitige Hilfen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Auch die frühzeitigen Hilfen wollen neben alltagspraktischer Unterstützung insbesondere „einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2009).

Um den negativen Effekt belastender Lebenslagen auf kindliche Entwicklungschancen und gesundes Aufwachsen abzumildern, sind **Maßnahmen und Konzepte sozialer Prävention** notwendig, die dazu beitragen, die Hürde für die Inanspruchnahme frühzeitiger und passgenauer Unterstützungsleistungen zu senken. In diesem Kontext ist die Kooperation von öffentlicher Jugendhilfe, freien Trägern und Akteuren des Gesundheitssystems von herausragender Bedeutung. Mit dem Ausbau der Frühen Hilfen hat es in vielen Kommunen bereits eine Auseinandersetzung und Verständigung zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Akteuren der kommunalen Jugendhilfe gegeben (teilweise auch mit stationären Einrichtungen wie Geburtskliniken etc.).

Weniger stark ausgeprägt waren und sind Kooperationen mit dem ambulanten medizinischen Bereich.

2.2

Ziele des Modellprojekts „Soziale Prävention“

Übergeordnetes Ziel des Projekts ist es, durch eine intensive Form der Zusammenarbeit von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, Jugendämtern und freien Trägern der Jugendhilfe die Erziehungskompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten von Eltern zu stärken und damit zu einem gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, unabhängig von der sozioökonomischen Lage der Eltern, beizutragen. Belastungssituationen in Familien sollen durch das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus Pädiaterinnen und Pädiatern, medizinischen Fachangestellten und Fachkräften der Jugendhilfe verlässlich erkannt werden. Eltern könnten frühzeitig über passgenaue präventive Angebote in ihrer Gegend informiert und zu deren Inanspruchnahme beraten und motiviert werden.

Mit dem Projekt „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ wurde ein Modell für ein systematisches Zugangsmanagement zwischen Praxen für Kinder- und Jugendmedizin und präventiv ausgerichteten Angeboten der Jugendhilfe auf kommunaler Ebene entwickelt. Aufgabe des Projekts war die Überprüfung, ob dieses spezielle Zugangsmanagement über die Kinder- und Jugendarztpraxis durchführbar ist und ob Familien, die Unterstützung seitens der Kinder- und Jugendhilfe benötigen, erreicht werden können.

2.3

Die Umsetzung vor Ort

Für die Mitwirkung am Modellprojekt wurden drei Standorte gewonnen, die alle in so genannten Stadtteilen mit besonderem Förderbedarf liegen, sich ansonsten aber in ihrer sozialräumlichen Struktur stark unterscheiden und jeweils in einer mittelgroßen Stadt, einer kreisangehörigen Stadt und einer Großstadt angesiedelt sind.

An den Modellstandorten wurden im Rahmen des Projekts regelmäßige Sprechstunden der Kinder- und Jugendhilfe in einer kinder- und jugendmedizinischen Praxis angeboten. Während der Projektlaufzeit konnten die beteiligten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte Eltern, bei denen Hinweise auf psychosoziale Belastungen vorlagen oder die einen Wunsch nach Entlastung äußerten, gezielt in ein Lotsenangebot der Kinder- und Jugendhilfe als Sprechstunde in den gleichen Praxisräumlichkeiten weitervermitteln.

Eltern, die mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern zu einer Früherkennungsuntersuchung in die Kinder- und Jugendarztpraxis kamen, erhielten hierzu vor der Untersuchung einen Familien-Fragebogen, der in acht verschiedenen Sprachen vorlag, zu ihrer Lebenssituation. Der Familien-Fragebogen diente der Ärztin oder dem Arzt als Anlass für ein nachfolgendes Gespräch und sollte das Erkennen und die Ansprache von Beratungsbedarfen und -wünschen der Eltern unterstützen. Die Inhalte des Bogens und das Gespräch mit den Eltern bildeten die Grundlage für die Weitervermittlung der jeweiligen Familie in das Sprechstundenangebot „Einfach stark für Familien“, wenn ein Bedarf festgestellt wurde.

Die Sprechstunde wurde je nach Standort von erfahrenen Mitarbeiterinnen des öffentlichen bzw. eines freien Trägers der Kinder- und Jugendhilfe durchgeführt und mindestens einmal in der Woche zu festen Zeiten innerhalb der Praxis angeboten. Die Terminabsprache mit den Eltern und die Koordination übernahmen die medizinischen Fachangestellten der Praxis, die auch Fragen der Eltern bezüglich des Projekts, des Familien-Fragebogens, der Abläufe und des Sprechstundenangebots beantworteten. Die Sprechstunde der Kinder- und Jugendhilfe war somit in die Abläufe der Praxis eingebunden, die den Eltern bekannt und vertraut waren.

Auf diesem Weg sollte die Schwelle für die Inanspruchnahme des Lotsenangebots möglichst niedrig gehalten werden. Die Kinder- und Jugendärztinnen und



-ärzte sollten durch die Weiterleitung an geschultes Beratungspersonal entlastet werden.

Die Sprechstunde fand zum Teil parallel zu den regulären Sprechstundenzeiten der Praxis oder zu festen Zeiten statt, die sich räumlich und organisatorisch gut in den Praxisalltag integrieren ließen. Innerhalb der Sprechstunde berieten die Fachkräfte der Jugendhilfe Familien, bei denen die Kinder in ihrer psychosozialen Entwicklung bedroht bzw. beeinträchtigt waren, anlassbezogen und zu den von den Eltern vorgebrachten Themen und Fragestellungen. Je nach Unterstützungsbedarf der Eltern informierten sie über und vermittelten in bestehende Angebote für Familien im Stadtteil, koordinierten Beratungsabläufe und Zugänge zu weiteren Hilfen sowie die Kooperation weiterer Netzwerkakteure. Auf Wunsch vereinbarten sie Termine für die Eltern und/oder begleiteten Familien zu weiteren Stellen oder Behörden.

Darüber, welche Informationen im Zuge der Weitervermittlung innerhalb der Praxis weitergegeben wurden, entschieden die Eltern. Anhand einer Einwilligung in die Datenweitergabe, die dem Familien-Fragebogen beigelegt war, konnten sie zustimmen, dass die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt vorab den Familien-Fragebogen an die Fachkraft der Jugendhilfe übermittelte oder sich mit ihr zum Beratungsanliegen der Familie austauschte. Auch eine Rückmeldung der Jugendhilfe-Fachkraft an

die Kinderärztin oder den Kinderarzt nach der Sprechstunde erfolgte nur, wenn die Eltern dieser ausdrücklich zugestimmt hatten. Die Einwilligung in die Datenweitergabe war jedoch keine Voraussetzung für die Nutzung des Sprechstundenangebots. In die Evaluation flossen nur Daten von Familien ein, die zusätzlich zu den genannten Einwilligungen noch eine Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Projektevaluation gaben.

Familien konnten zudem auch ohne Empfehlung der Pädia-terinnen und Pädia-ter eigenmotiviert einen Beratungstermin vereinbaren und auch Jugendliche hatten die Möglichkeit, unabhängig von den Eltern, im Rahmen der Sprechstunde über Fragen und Probleme zu sprechen.

Zur Umsetzung der mit der Sprechstunde verbundenen Aufgaben (Information der Eltern, Ausgabe und Erklärung der Fragebögen, Koordination etc.) wurde den drei ausgewählten Kinder- und Jugendarztpraxen für den Durchführungszeitraum eine anteilige Finanzierung für medizinische Fachangestellte zur Verfügung gestellt. Ebenso erhielten die örtlich zuständigen Jugendämter oder in ihrem Auftrag handelnde freie Träger mit Leistungsprofilen im Bereich Früher Hilfen bzw. Prävention eine anteilige Finanzierung einer Personalstelle im Umfang von anfangs zehn, später zwölf Stunden/Woche für ihre zusätzlichen Koordinations- und Beratungsleistungen.

2.4 Zeitlicher Ablauf und Projektphasen

Die Laufzeit des Modellprojekts betrug insgesamt 39 Monate. Projektbeginn war der 01. Oktober 2016. Das Projekt wurde in drei Phasen untergliedert (siehe Abbildung 1). Ab dem 01. Januar 2017 wurden die herkömmlichen Abläufe in den Praxen erfasst sowie passgenaue Materialien zur Evaluation entwickelt. In den ersten zwölf Monaten wurde zudem das Projekt aufgebaut sowie das Personal an den Standorten qualifiziert und auf das Modellvorhaben vorbereitet. Die Datenerhebung

erfolgte ab Oktober 2017 vorerst, um den Beratungsbedarf einschätzen zu können, ohne zu intervenieren. Von Januar 2018 bis Juni 2019 fand zusätzlich die Umsetzung des Modellprojekts vor Ort (Projektphase II) statt. In dieser Hauptphase wurde das Projektsetting implementiert und umgesetzt. Die letzte Phase, die bis zum 31. Dezember 2019 dauerte, diente der Aufbereitung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sowie dem Zusammentragen der Erfahrungen.

Abbildung 1: Projektphasen



2.5 Projektstruktur und Beteiligte

Das Projekt wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) gefördert.

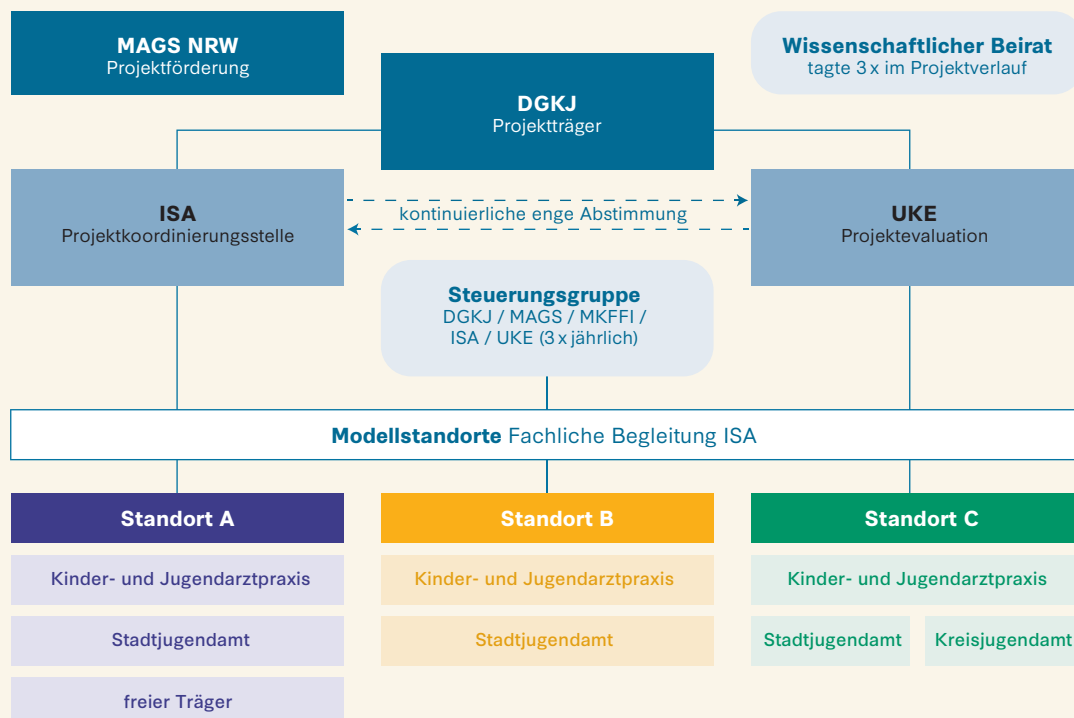
Initiator und Träger des Vorhabens war die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), die als Zuwendungsempfängerin hauptverantwortlich für die Umsetzung des Projekts zeichnete.

Für die Begleitung der operativen Ebene sowie die Durchführung der Modellstudie wurde eine Projektkoordinierungsstelle zur fachlichen Begleitung des Projekts (PKS) im Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) in Münster eingerichtet. Sie schloss darüber hinaus mit allen teilnehmenden Praxen und Jugendämtern Weiterleitungsverträge zur Finanzierung der projektbeteiligten Akteure ab und war für die Abwicklung der anteiligen Finanzierung von Stellen in den Kinder- und Jugendarztpraxen sowie der Jugendhilfe verantwortlich.

Mit der Evaluation wurde das Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) beauftragt.

Zur wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts wurde zudem ein Projektbeirat gebildet, der während des Projektverlaufs dreimal tagte. Strategische Zielsetzungen und Entscheidungen zum Projektverlauf wurden in einer Steuerungsgruppe abgestimmt. Diese setzte sich zusammen aus dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) als Projektförderer, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen des Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MKFFI NRW), der Projektkoordinierungsstelle des Instituts für soziale Arbeit e.V. (ISA) und der Evaluationsstelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE).

Abbildung 2: Projektstruktur



3. Die Projektkoordinierung – Erfahrungen und Gelingensfaktoren

3.1 Erfahrungsberichte der Modellstandorte

Milena Bücken
Julia Pudelko

Das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) war für die Projektkoordination und damit auch für die Begleitung der Umsetzung an den Standorten verantwortlich.

Die Grundlage der Erfahrungsberichte war die Dokumentation der Projektgespräche („Quartalsgespräche“), die im Projektverlauf regelmäßig an den Standorten stattfanden und an denen alle an der Umsetzung beteiligten Personen und Institutionen teilnahmen. Da die Modellstandorte zu Beginn des Projekts gezielt so ausgewählt wurden, dass sie sich in bestimmten Merkmalen ihrer Sozialstruktur voneinander unterscheiden (u.a. Art der Kommunen, Einwohnerzahl, Größe der kinder- und jugendmedizinischen Praxis und Anzahl der Patientinnen und Patienten, Jugendamtstyp), lassen sie sich nur bedingt miteinander vergleichen.

3.1.1 Modellstandort A

Der Modellstandort A auf einen Blick

STANDORT

- Umsetzung in einem Stadtbezirk einer Großstadt mit rund 590.000 EinwohnerInnen
- Einwohnerzahl im Stadtbezirk: ca. 46.000
- davon Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren: ca. 20%; ca. die Hälfte der unter 18-Jährigen mit Migrationshintergrund;
› entspricht dem stadtweit zweitgrößten Anteil an Kindern und Jugendlichen im Vergleich aller Stadtbezirke des Standorts A

PRAXIS

- Gemeinschaftspraxis mit drei ÄrztInnen, insgesamt zwei Sitze
- Praxisteam: sechs Medizinische Fachangestellte und zwei Auszubildende, alle MitarbeiterInnen an der Umsetzung beteiligt und im wochenweisen Wechsel bei der Sprechstunde anwesend

JUGENDHILFE

- Umsetzung der Sprechstunde durch einen freien Träger der Jugendhilfe
- Erziehungsberatungsstelle im Stadtteil
- durchführende Fachkraft: Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin

SPRECHSTUNDE

Mittwochs, 10.30–15.30 Uhr



Situation zu Beginn des Modellprojekts und die Vorbereitungsphase

Das Gesundheitswesen und die Jugendhilfe konnten bereits zu Beginn des Projekts auf umfangreiche Kooperationserfahrungen – unter anderem im Netzwerk „Frühe Hilfen“ – zurückblicken. Erste Erfahrungen zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Kinder- und Jugendarztpraxen und der Jugendhilfe beim frühzeitigen Erkennen und Bearbeiten von Belastungen in Familien wurden zudem in einem weiteren Modellprojekt gesammelt, das aus EU-Mitteln finanziert und in sechs Stadtteilen umgesetzt wurde.

Zwischen der Beratungsstelle und dem Jugendhilfedienst bestand zu Projektbeginn bereits eine langjährige und gut etablierte Kooperation. Die Kooperationsbeziehung zwischen der Kinder- und Jugendarztpraxis und der Beratungsstelle war zwar vorhanden, aber nicht institutionalisiert oder schriftlich vereinbart. Gleiches gilt für die Zusammenarbeit der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Jugendhilfedienst im Stadtteil. Zu Projektbeginn standen insofern zunächst das gegenseitige Kennenlernen der Institutionen und deren Arbeitsweisen im Vordergrund.

Über die Netzwerkkoordination „Frühe Hilfen“ sowie die Koordinatorin der Gesundheitsfachkräfte im Jugendamt wurden Informationen über das Modellprojekt in bestehende Netzwerke und Arbeitseinheiten eingebracht.

Zunächst war es notwendig, ein für beide Seiten passendes Zeitfenster zu finden. Es wurde so gewählt, dass sich die Jugendhilfe-Sprechstunde mit den Öffnungszeiten der Praxis für eine Stunde überschneidet. Die Arbeitszeit der Jugendhilfe unterteilt sich in Zeit für Beratungsgespräche (pro Gespräch 30 Minuten) und ein weiteres Zeitfenster für Arbeiten im Rahmen des Projekts (u.a. Recherchen nach geeigneten Anlaufstellen für Eltern und Kontakte mit Kooperationspartnern, Dokumentationen etc.).

Umsetzung und Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots

Das Sprechstundenangebot wurde von den Familien von Beginn an gut angenommen und die Abläufe in der Praxis funktionierten wie geplant. In der ersten Phase der Umsetzung nahmen pro Sprechstundentag drei bis vier Familien den Kontakt zur Jugendhilfe-Fachkraft auf. Die Sprechstundentermine kamen nicht nur über den Familien-Fragebogen und die Empfehlung der Kinderärztinnen bzw. des Kinderarztes zustande, sondern einige Familien sprachen die Mitarbeiterin der Jugendhilfe auch direkt auf dem Praxisflur an und vereinbarten Termine. Eltern stellten, anders als im Vorfeld erwartet, nur wenige Rückfragen zum Projekt und zu den auszufüllenden Bögen.

Verständigungsbarrieren konnten durch Verwandte oder Bekannte der Familien, die dolmetschten, überwunden werden.

Die Dokumentation von kurzen Notizen in einem gemeinsamen von den MFA angelegten Kalender ermöglichte einen Informationsaustausch zwischen Kinderarzt, Kinderärztinnen und der Jugendhilfe-Fachkraft. Die Einwilligung zur Datenweitergabe durch die Eltern war Voraussetzung. Die Jugendhilfe-Fachkraft vermerkte hier ebenfalls, ob der Termin mit der Familie wie geplant stattgefunden hatte und ggf. die Anzahl der vereinbarten bzw. bereits stattgefundenen Kontakte mit der Familie.

Im Schnitt fanden zu Beginn der Umsetzungsphase an jedem Mittwoch, an dem die Sprechstunde angeboten wurde, Kontakte mit drei Familien statt.

Viele bereits bestehende Angebote für Familien (auch der Familienbildung, Familienförderung oder der Frühen Hilfen) oder Zugangswege zu diesen waren den Eltern nicht bekannt.

„Viele Eltern wissen gar nicht, welche Angebote für Familien es in ihrem Stadtteil gibt oder sie trauen sich alleine einfach nicht, dort hinzugehen. Diesen Familien konnten wir in der Sprechstunde gewissermaßen ‚Wind in die Segel setzen‘, damit sie den Weg in ein passendes Angebot finden und dieses auch tatsächlich in Anspruch nehmen.“

(FACHKRAFT DER JUGENDHILFE)

In etwa einem Drittel der Fälle konnten die Anliegen der Familie in einem oder mehreren Terminen direkt in der Sprechstunde bearbeitet werden. In den verbleibenden zwei Dritteln der Gespräche wurde den Familien die Inanspruchnahme weiterer geeigneter Beratungs- oder Hilfeangebote empfohlen. Auf Wunsch der Eltern wurden direkt in der Sprechstunde Kontakte hergestellt oder Termine vereinbart. Bei Bedarf bot die Fachkraft auch an, die Familie zu Behörden und Angeboten zu begleiten. Dies wurde jedoch nur sehr selten in Anspruch genommen.

Um Familien zielgerichtet in geeignete Angebote vermitteln zu können und das Sprechstundenangebot bekannt zu machen, fanden Kontakte zu unterschiedlichen Kooperationspartnern und Netzwerken im Stadtteil bzw. in der Kommune statt und das Projekt wurde in Arbeitskreisen und Gremien sowie im Jugendhilfedienst-Team des Stadtteils vorgestellt. Ausgangspunkte waren hier fachliche und inhaltliche Schnittstellen sowie die Beratungsthemen und Anliegen der Familien, die das Sprechstundenangebot nutzten.

Der Jugendhilfedienst im Stadtteil konnte nicht beurteilen, wie viele Familien sich in Folge des Sprechstundenangebots hilfesuchend an den Jugendhilfedienst wandten. Häufig erfolgte keine direkte Weiterleitung in den Jugendhilfedienst, sondern an Beratungsstellen, die dann wiederum bei Bedarf in den Jugendhilfedienst vermittelten.



Erfahrungen und Einschätzungen der Beteiligten zum Ende des Modellprojekts

Angemessener Organisationsaufwand und fehlende Kommunikations-Infrastruktur

Der organisatorische Aufwand zur Umsetzung des Projekts wurde von allen Projektbeteiligten als angemessen betrachtet. So wurde das Ausfüllen der Bögen für die Familien im Projektverlauf selbstverständlich und die Abläufe in der Praxis spielten sich schnell ein. Allerdings musste den Familien in der Sprechstunde immer wieder erläutert werden, warum und in welcher Rolle eine Mitarbeiterin der Erziehungsberatungsstelle in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin anzutreffen war. Auch das Fehlen eines Telefons und Laptops mit Internetzugang für die Jugendhilfe-Sprechstunde war eine zusätzliche Herausforderung.

Fragen rund um die Schule bilden einen Schwerpunkt in der Beratung – die Eingrenzung auf klassische Zielgruppen der Frühen Hilfen erscheint daher zu eng

Die größte Gruppe unter den Familien mit Beratungsbedarf waren jene mit Schulkindern im Alter zwischen sieben und acht Jahren und mit Kindern im Übergang von der Kita in die Grundschule (ab dem fünften Lebensjahr). Neben einer größeren Gruppe an Eltern mit Kindern unter einem Jahr, standen für andere diverse Themen rund um den Schulanfang und den Schulalltag im Fokus der Beratung („Mein Kind will nicht in die Schule gehen“, Probleme mit Lehrerinnen und Lehrern, Aufmerksamkeits-, Motivations- und Konzentrations-

schwierigkeiten, Konflikte zwischen Kindern, Mobbing usw.). Übergreifend waren sich die Projektbeteiligten in Standort A daher einig, dass der stark auf Eltern mit Kindern zwischen null und drei Jahren konzentrierte Ansatz der Frühen Hilfen für das Sprechstundenangebot und den deutlich gewordenen Bedarf der Familien im Stadtteil dem Bedarf älterer Kinder nicht entsprach.

Viele Familien erreicht, aber es ist noch Luft nach oben

Aus ärztlicher Sicht erschien die Inanspruchnahme des Jugendhilfe-Beratungsangebots relativ gering. Bei rund der Hälfte der Eltern bestand ein Bedarf an Information und ggf. Weiterleitung in Angebote der Familienbildung, -förderung oder der weiteren Hilfe und Unterstützung. Nur ca. ein Viertel der Eltern reagierte positiv auf die Ansprache durch die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Einige Familien fanden demnach – trotz mehrfacher Weiterleitung an die Sprechstunde und der Kürze des Weges – nicht in das Beratungsangebot.

„Ich habe einen höheren Bedarf erwartet – auch im Hinblick auf die Situation vor Ort, weil wir in der Praxis viel mehr mitbekommen und der Bedarf immer angezeigt wird.“

(KINDER- UND JUGENDÄRZTIN)

Alle Beteiligten betonten, dass es bei der Weitermittlung der Familien mit Beratungsbedarf größtenteils keine Bedenken auf Seiten der Eltern gegeben habe und es insofern gut gelungen sei, Familien in belasteten Situationen zu erreichen, die ansonsten nicht erreicht worden wären. In der Einschätzung der Kinderärztinnen und -ärzte wurde das Beratungsangebot durch die Familien in keiner Weise als abschreckend, sondern als Gewinn, Bereicherung, gar als Aufwertung des Praxisangebots

„Die Sprechstunde der Jugendhilfe ist eine Bereicherung für Familien und wertet das Praxisangebot auf.“

(KINDER- UND JUGENDÄRZTIN)

wahrgenommen. Insbesondere, dass eine Fachkraft in der Praxis verortet war, an die in Fällen verwiesen werden konnte, in denen der medizinische Blick nicht ausreichte, stellte einen Gewinn für Kinder, Jugendliche und deren Eltern dar.

Intensivierte Zusammenarbeit im Stadtteil durch das Modellprojekt

Aus Sicht aller Projektbeteiligten bestand darüber hinaus ein spürbarer Mehrwert des Sprechstundenangebots in der Kinder- und Jugendarztpraxis in einer intensivierten Zusammenarbeit im Stadtteil. Die Kontakte zwischen der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin und dem Jugendhilfedienst wurden durch das Projekt deutlich ausgebaut. Auch der Facettenreichtum der Beratungsanliegen wurde für das Team des Jugendhilfedienstes anschaulich.

„Dass mit der Praxis nun ein viel engerer Austausch auch über das Modellprojekt hinaus besteht und man nochmal anders versteht, wie die jeweils andere Profession arbeitet und erreichbar ist, ist ein Gewinn.“

(LEITUNG DER ERZIEHUNGSBERATUNGSSTELLE)

Der jeweilige Kooperationspartner „bekam ein Gesicht“ und Erreichbarkeiten und Kommunikationswege waren transparenter als zu Beginn des Projekts. Die Annäherung und das vertiefte Kennenlernen innerhalb des Modellprojekts führten dazu, dass die Profession des Projektpartners stärker als bisher als hilfreich und gewinnbringend für Kinder, Jugendliche und ihre Familien wahrgenommen wurde.

Die aufgebauten Kooperationsbeziehungen sollen in Modellstandort A unter anderem in einem interdisziplinären Qualitätszirkel fortgeführt und weiter vertieft werden.

3.1.2 Modellstandort B Der Modellstandort B auf einen Blick

STANDORT
<ul style="list-style-type: none">— Umsetzung in einer kleinen Großstadt— Einwohnerzahl ca. 160.000, Arbeitslosigkeit: 8,6% 34,3% mit Migrationshintergrund (Stand: 2017),— davon Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren: ca. 16%
PRAXIS
<ul style="list-style-type: none">— Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärztinnen und Ärzten— Praxisteam: acht Medizinische Fachangestellte und eine Auszubildende, > eine MFA und eine Vertretung hauptzuständig für das Projekt (Organisation)
JUGENDHILFE
<ul style="list-style-type: none">— Umsetzung der Sprechstunde durch<ol style="list-style-type: none">1. eine Fachkraft des ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst) und2. eine Fachkraft der städtischen Beratungsstelle für Schwangere und Schwangerschaftskonfliktberatung— Qualifikation der Fachkräfte: Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin— Koordination und Begleitung durch den Fachbereich Frühe Hilfen und die ASD-Leitung im Jugendamt
SPRECHSTUNDE
Montags, 10:00–12:00 Uhr und 13:00–15:00 Uhr/14:00–16:00 Uhr (Änderung nach einem halben Jahr)

Situation zu Beginn des Modellprojekts und die Vorbereitungsphase

Das Gesundheitswesen und die Jugendhilfe konnten bereits zu Beginn des Projekts auf umfangreiche Kooperationserfahrungen zurückblicken – unter anderem im Netzwerk „Frühe Hilfen“, im Rahmen des Modellprojekts KinderZUKUNFT und durch einen regelmäßigen Austausch mit der Psychiatrie-Koordination. Zwischen der Kinder- und Jugendarztpraxis und dem Jugendamt gab es in der Vergangenheit einzelfallbezogene Kontakte, aber keine regelhafte Kooperation.

Die Sprechstunde teilten sich die Fachkräfte auf, so dass eine Fachkraft immer am Vormittag und eine am Nachmittag anwesend war. Die dazwischen liegende Pause wollten die Fachkräfte zum gegenseitigen Austausch bzw. im Sinne einer Übergabe nutzen. Für ein erstes Gespräch mit einer Familie in der Sprechstunde der Jugendhilfe wurden zunächst 30 Minuten als zeitlicher Rahmen angesetzt. Die Praxis stellte einen Raum für die Fachkraft der Jugendhilfe zur Verfügung, inklusive eines PCs mit Internetzugang. Hinsichtlich der Kommunikation zwischen Ärztinnen, Ärzten und Fachkräften der Jugendhilfe wurde vereinbart, dass eine Abstimmung bei Bedarf direkt erfolgen sollte.

Umsetzung und Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots

Es wurde eine hohe Akzeptanz bei den Eltern wahrgenommen, im Rahmen des Besuches in der Praxis auf Belastungen angesprochen und auf das Beratungsangebot der Jugendhilfe hingewiesen zu werden. Auch wenn sich Bedarfe bei Kontakten außerhalb der Vorsorgeuntersuchungen zeigten, wurde auf das Angebot verwiesen. Allerdings nahmen nicht alle Eltern die angebotene Sprechstunde wahr bzw. sagten einen vereinbarten Termin wieder ab.

Von Seiten der Praxis wurden verschiedene Gründe identifiziert, warum Eltern nicht in das Beratungsangebot weitergeleitet wurden oder das Angebot nicht annahmen:



KEINE WEITERLEITUNG

- Der Bedarf/das Thema konnte bereits durch die Kinder- und Jugendärztin/den Kinder- und Jugendarzt geklärt werden.
- Die Familie war bereits an die Jugendhilfe angebunden.
- Die Bedarfe konnten in dem Rahmen nicht bearbeitet werden, z.B. Kita-Platz, Wohnungssuche.

KEINE ANNAHME DES ANGEBOTS

- Es bestanden negative Vorerfahrungen mit der Jugendhilfe.
- Es herrschte Uneinigkeit in der Familie, ob Hilfe benötigt wird.

Die Information über das Sprechstundenangebot erfolgte durch alle Beteiligten. Zunächst durch die MFA bei der Aushändigung des Familien-Fragebogens und auf Nachfrage der Eltern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Die Kinder- und Jugendärztin/der Kinder- und Jugendarzt stellte das Projekt und die Sprechstunde bei ermitteltem Beratungsbedarf bei den ärztlichen Untersuchungen vor und übergab zur Terminvergabe wieder an die zuständige MFA. Im Rahmen der Jugendhilfe-Sprechstunde erläuterten die Fachkräfte den Hintergrund und Nutzen des Projekts.

Das ursprünglich festgelegte Zeitfenster von 30 Minuten für ein Beratungsgespräch erwies sich innerhalb des ersten Quartals der Umsetzung als zu kurz und wurde auf eine Stunde erweitert. Die Sprechstundenzeit am Nachmittag wurde auf 14:00 bis 16:00 Uhr verlegt, da diese Zeit für viele Eltern günstiger war. Nach ca. einem 3/4 Jahr wurden rückläufige Zahlen der Inanspruchnahme festgestellt (wie auch an anderen Standorten) und die zur Verfügung stehende Beratungszeit wurde nicht immer ausgefüllt. Die Fachkräfte der Jugendhilfe richteten eine Präsenzzeit in der Praxis ein, um für spontane Termine bereitzustehen.

Themen waren vor allem Belastungen durch eine Erkrankung oder eine Behinderung des Kindes, psychosoziale

Belastungen, Erziehungsschwierigkeiten, Medienkonsum, Mobbing in der Schule, Isolation der Eltern und die Suche nach einem Kita-Platz. Der Großteil der Bedarfe konnte in der Beratung oder durch eine Weitervermittlung bearbeitet werden. Weiterleitungen erfolgten z.B. an Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, in eine Kur oder zu therapeutischen Angeboten. Einmal wurde an das Jugendamt verwiesen. Ungelöst blieben lediglich die Fälle, in denen es den Bedarf nach einem Kita-Platz gab. Hier konnte nur an das Verfahren der Kommune verwiesen werden. Insgesamt gab es positive Rückmeldungen der Eltern am Ende der Beratung (Entlastung, Dankbarkeit, Bestätigung). Die Familien brauchten vor allem einen Lotsen bzw. eine Lotsin, der oder die ihnen geeignete Hilfs- und Entlastungsmöglichkeiten aufzeigte bzw. einen Kontakt vermittelte.

Aufgrund der Terminkoordination bestand eine regelmäßige Kommunikation zwischen den MFA und den Fachkräften der Jugendhilfe. Zwischen den MFA und Jugendhilfe-Fachkräften wurde in der zweiten Hälfte der Umsetzungsphase ein Austauschtreffen durchgeführt, um die Zusammenarbeit zu optimieren. Die Kommunikation zwischen Kinder- und Jugendärztin bzw. -arzt und Fachkraft fand bei Bedarf fallbezogen statt, jedoch insgesamt selten.

Erfahrungen und Einschätzungen der Beteiligten zum Ende des Modellprojekts

Unterschiedliche Bewertung des Aufwandes und der Anzahl der durchgeführten Gespräche mit Eltern

In der Bewertung der Anzahl der Beratungsgespräche zeigten sich Unterschiede in der Bewertung durch die Vertreterinnen und Vertreter der Kinder- und Jugendarztpraxis und der Jugendhilfe. Die Fachkräfte der Jugendhilfe hatten eine höhere Inanspruchnahme des Angebots erwartet. Für die Medizinerinnen und Mediziner entsprach die Anzahl ihrer Weiterleitungen in das Sprechstundenangebot weitgehend ihren Erwartungen. Sie sahen zwar täglich mehr Eltern mit Unterstützungsbedarf, diese seien jedoch entweder bereits an die Jugendhilfe angebunden gewesen oder hätten einen Bedarf gehabt, den auch das Sprechstundenangebot nicht hätte bedienen können (z. B. Kita-Platz oder therapeutischer/psychiatrischer Bedarf). In diesen Fällen wurde nicht weitervermittelt.

„Die Menge der Klienten ist nicht mehr geworden – wie gedacht. Ich denke, es sind die geblieben, die ich eh ausgewählt hätte für Hilfen.“

(KINDER- UND JUGENDÄRZTIN)

Die Beratungsinhalte entsprachen den Erwartungen auf beiden Seiten. Der Aufwand für die Durchführung des Sprechstundenangebots gestaltete sich für die einzelnen Beteiligten unterschiedlich. Insbesondere auf Seiten der MFA bestand zu Beginn der Umsetzungsphase ein höherer Aufwand als erwartet, der sich im weiteren Verlauf reduzierte. Hier spielten vor allem die zahlreichen Projektunterlagen eine Rolle. Die Aushändigung und Erläuterung des Familien-Fragebogens erforderte fortlaufend einen gewissen Zeitaufwand, der jedoch insgesamt in den zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden umsetzbar war. Für die Ärztinnen und Ärzte war der organisatorische Aufwand durch das Projekt „überschaubar“. Belastungen der Familie seien ohnehin bei

Bedarf Thema in den Früherkennungsuntersuchungen und durch die direkte und unkomplizierte Weiterleitung an das Sprechstundenangebot entfielen eigene weitere Schritte. Die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe schätzten ihren Aufwand als angemessen ein, da die

„Ich sehe schon, dass es für die Praxis mehr organisatorische Arbeit war, für uns hätte ich es so eingeschätzt, wie es gekommen ist.“

(JUGENDAMT)

Inanspruchnahme der Beratungsangebote niedriger als erwartet ausgefallen war. Auf Seiten des Jugendamtes wurde wahrgenommen, dass der organisatorische Aufwand für die Kinder- und Jugendarztpraxis insgesamt höher war als für die beratende Seite.

Der Nutzen der Aushändigung und Erläuterung des Familien-Fragebogens wurde innerhalb eines abschließenden Gesprächs diskutiert. Sowohl von den Vertreterinnen und Vertretern der Praxis als auch der Kinder- und Jugendhilfe wurde der Fragebogen als nicht zwingend notwendig bewertet. Aus ärztlicher Sicht wäre er höchstens für junge Kolleginnen und Kollegen hilfreich, um die Aufmerksamkeit zu schärfen und eine Struktur für Beobachtungen und Gespräche mit Eltern vorzugeben. Aus Sicht der beratenden Fachkräfte könne der Fragebogen zwar als Anknüpfungspunkt und Leitfaden in schwierigen Gesprächen dienen, die meisten relevanten Informationen würden jedoch aus dem persönlichen Gespräch gezogen. Zudem wurden die verschiedenen Sprachen nicht benötigt, sondern neben der deutschen lediglich die englische und die arabische Version genutzt.



Entlastung für Ärztinnen/Ärzte und „Türöffner“ für die Jugendhilfe

Insbesondere in der Arbeit mit Familien mit komplexen Problemlagen, die nicht allein aus medizinischer Sicht bearbeitet werden konnten, hatte das Projekt nach ärztlicher Einschätzung einen großen Mehrwert. Das Beratungsangebot böte hier Entlastung, indem es die weiteren Schritte abnähme, die richtige Unterstützung zu finden und weiterzuleiten. Die Weiterleitung vor Ort wäre einfach möglich und gleichzeitig könne die Kinder- und Jugendärztin bzw. der Kinder- und Jugendarzt sichergehen, dass die Familien dort tatsächlich ankämen (im Gegensatz zu externen Angeboten).

Für die Jugendhilfe wäre das Sprechstundenangebot ein frühzeitiger „Türöffner“ zu Eltern in Belastungslagen, die den Weg zum Jugendamt nicht gehen würden. Das teilweise jahrelang bestehende Vertrauensverhältnis zwischen den Familien und den Ärztinnen und Ärzten wurde als wertvoller Vermittlungsfaktor eingeschätzt.

Auch die ASD-Fachkraft bilanzierte, dass ihre originäre Tätigkeit als ASD-Fachkraft in der Beratung für die Eltern keine Rolle bzw. kein Hemmnis darstellte. Vielmehr sah sie in dieser Tätigkeit die Chance, über die Angebote und Abläufe der Jugendhilfe zu informieren und dadurch die Hemmschwelle der Eltern zu senken, sich an das Jugendamt zu wenden.

Unterstützungs- und Vermittlungsangebot vor Ort

Alle Beteiligten sahen in dem Sprechstundenangebot den Nutzen, dass die Eltern eine Ansprechperson in den bekannten Räumlichkeiten der Praxis erhielten, die sich mit dem örtlichen Hilfe- und Unterstützungssystem auskannte und bei Bedarf zielgerichtet weiterleiten konnte (Lotsenfunktion).

Eine Fachkraft der Jugendhilfe sah einen weiteren Vorteil darin, dass die Adressatinnen und Adressaten im Kontext der Beratungsangebote positive Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendhilfe machten, über deren Unterstützungs- und Hilfsangebote häufig wenig Wissen bestand.

Unterschiedliche Erwartungen an Austausch und Förderung der Kooperation

Aus Sicht der Jugendhilfe förderte das Projekt insgesamt die Kooperation mit der Praxis über den Projektkontext hinaus (z.B. Kontext § 8a SGB VIII). Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte war die fallbezogene Zusammenarbeit bereits vor dem Projekt gut.

„Man kennt sich, man weiß voneinander, dadurch sind kürzere Wege möglich ohne lange Wartezeiten.“

(JUGENDAMT)

Die beratenden Fachkräfte hätten sich mehr Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten gewünscht, was im Alltag aufgrund der unterschiedlichen Präsenzzeiten und der Gegebenheiten vor Ort selten möglich war. Aus Sicht der Praxis wurde der fallbezogene Kontakt zwischen Beratenden und den Ärztinnen und Ärzten vor der Sprechstunde nicht so intensiv gestaltet, um die Neutralität der Beratenden gegenüber den Klientinnen und Klienten zu gewährleisten.

3.1.3 Modellstandort C

Der Modellstandort C auf einen Blick

STANDORT
<ul style="list-style-type: none">— Umsetzung in einer kreisangehörigen Stadt— Einwohnerzahl der Stadt: ca. 90.000 davon Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren: ca. 12%— Arbeitslosenquote Stadt: 6,3%, Landkreis: 6,9%— Einwohnerzahl des Kreises: ca. 260.000
PRAXIS
<ul style="list-style-type: none">— Kinder- und Jugendarztpraxis mit einem Arzt— Praxisteam: vier Medizinische Fachangestellte (MFA) und eine Mitarbeiterin an der Anmeldung › eine MFA und eine Vertretung hauptzuständig für das Projekt (Organisation)
JUGENDHILFE
<ul style="list-style-type: none">— Umsetzung der Sprechstunde durch je eine Fachkraft aus dem Arbeitsbereich Frühe Hilfen des jeweiligen Jugendamtes— Qualifikation der Fachkräfte: Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerin— Koordination und Begleitung durch den jeweiligen Fachbereich Frühe Hilfen
SPRECHSTUNDE
<ul style="list-style-type: none">— 14-tägig Mittwochnachmittag (Kreis) und Freitagnachmittag (Stadt)

Situation zu Beginn des Modellprojekts und die Vorbereitungsphase

Im Rahmen der genannten Regelangebote der Frühen Hilfen sowie einzelfallbezogen bestanden bereits Kooperationskontexte beider Jugendämter, der Stadt und des Landkreises, mit dem Gesundheitswesen (insbesondere Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Sozialpädiatrie). Zwischen der Kinder- und Jugendarztpraxis und den Jugendämtern gab es in der Vergangenheit einzelfallbezogene Kontakte, aber keine regelhafte Kooperation.

Der im Projekt zur Verfügung stehende Stundenumfang wurde entsprechend der Anteile an Patientinnen und Patienten aus dem Kreis- bzw. Stadtgebiet auf die jeweilige Fachkraft verteilt. Für ein erstes Gespräch mit einer Familie in der Sprechstunde der Jugendhilfe wurden zunächst 30 Minuten als zeitlicher Rahmen angesetzt.

Die Praxis stellte einen Raum mit PC mit Internetzugang für die Fachkraft der Jugendhilfe zur Verfügung. Zusätzlich verfügten die Fachkräfte über Diensthandys sowie E-Mail-Adressen der jeweiligen Kommune, die im Projekt genutzt werden konnten. Zur Terminvergabe wurde ein zentraler Kalender an der Anmeldung geführt. Zur Vorbereitung auf die Sprechstunde holten sich die Fachkräfte einen Tag vorher die entsprechenden Unterlagen (z.B. Familien-Fragebogen bei vorliegender Einverständniserklärung) in der Praxis ab.

Umsetzung und Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots

In der Kinder- und Jugendarztpraxis wurde großer Wert darauf gelegt, dass die Eltern den Familien-Fragebogen bei den Vorsorgeuntersuchungen – auch wiederholt – ausfüllten. Bei Ausgabe der Untersuchungsunterlagen wurden das Projekt sowie der Sinn und Zweck des Fragebogens erläutert.

Der Fragebogen wurde vom Kinder- und Jugendarzt bei der Untersuchung als offener Gesprächsanlass und zur weiteren Erörterung des Bedarfs genutzt. Ungefähr 2/3 der Eltern lehnten weitere Unterstützung und somit auch das Sprechstundenangebot ab. Einige Eltern waren bereits in der Jugendhilfe angebunden. In diesen Fällen wurden sie vom Kinder- und Jugendarzt in der Regel nicht weitergeleitet. Zwischenzeitlich wurden rund 3/4 aller vereinbarten Termine von den Eltern kurzfristig

Erfahrungen und Einschätzungen der Beteiligten zum Ende des Modellprojekts

abgesagt bzw. sie nahmen den Termin nicht wahr. Die Praxis erinnerte die Familien in der Regel am Vortag des Termins telefonisch. Bei einer Absage wurde den jeweiligen Eltern ein neuer Termin angeboten, was jedoch nicht alle annahmen.

Nach ca. einem 3/4 Jahr in der Projektumsetzungsphase wurden rückläufige Zahlen der Inanspruchnahme festgestellt und die zur Verfügung stehende Beratungszeit wurde nicht immer ausgefüllt. Gleichzeitig waren die Fälle nach Einschätzung der Fachkräfte intensiver und langfristiger (d.h. mit persönlichen oder telefonischen Folgekontakten). Um mehr Kontakt zu den Eltern, die die Praxis besuchten, herzustellen und dadurch womöglich die Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots zu erhöhen, hospitierte eine Fachkraft bei den U3-Untersuchungen und stellte das Angebot der Frühen Hilfen vor.

In der Sprechstunde

wurden die Anliegen bearbeitet durch die

- Weitervermittlung in Angebote vor Ort (z.B. Familienpaten, Träger der freien Kinder- und Jugendhilfe, ehrenamtliche Betreuungsangebote),
- Information zu Angeboten und Leistungen (z.B. Mutter-Kind-Kur) und
- Unterstützung durch Kontaktaufnahme (Terminvereinbarung) bei anderen Stellen.

Die beiden Fachkräfte tauschten sich regelmäßig zu ihren Erfahrungen aus. Beide führten mehrere Hospitationen in unterschiedlichen Institutionen durch, um Leistungen und Kontaktpersonen kennenzulernen. Bei der Stadt wurden einige Themen in interne Fallbesprechungen einbezogen.

Aufgrund der Terminkoordination bestand eine regelmäßige Kommunikation zwischen den MFA und den Fachkräften der Jugendhilfe. Zwischen dem Kinder- und Jugendarzt und den Fachkräften der Frühen Hilfen gab es punktuell Absprachen vor der Sprechstunde und der Kinder- und Jugendarzt erhielt bei Bedarf eine Rückmeldung über das Ergebnis (bei vorliegendem Einverständnis der Eltern). Zudem bestand eine Liste über die durchgeführten Termine.

Große Vielfalt der Beratungsthemen, aber weniger durchgeführte Gespräche als erwartet

Die Familien, die das Sprechstundenangebot in Anspruch nahmen, wiesen unterschiedliche Belastungen auf. Für die Fachkräfte der Frühen Hilfen ergab sich aufgrund der Altersstruktur der Kinder die Herausforderung, sich mit einer für ihre Tätigkeit „neuen“ Zielgruppe auseinanderzusetzen. Für die beteiligten Jugendämter war dieser erweiterte Blick auch Anlass dafür, über die bisherige Angebotsstruktur im Bereich der Frühen Hilfen nachzudenken.

Alle Projektbeteiligten hatten im Vorfeld der Umsetzung mehr Beratungsgespräche erwartet. Der Kinder- und Jugendarzt stand seiner Wahrnehmung nach mit deutlich mehr belasteten Familien in Kontakt, die er auf das Beratungsangebot auch ansprach. Zu dem Anteil der Eltern, die weitere Beratung direkt ablehnten, kam noch ein weiterer Anteil hinzu, der vereinbarte Termine nicht wahrnahm.

Über die Hilfeannahme entscheiden die Eltern

Die recht geringe Inanspruchnahme der Jugendhilfe-Sprechstunde wurde in den Quartalsgesprächen wiederholt thematisiert. Der Kinder- und Jugendarzt nahm im Kontakt mit Eltern häufiger wahr, dass ihm gegenüber zunächst eine Bereitschaft zur Annahme des Angebots bestand, ein vereinbarter Termin jedoch später abgesagt wurde.

Das Dilemma von Fachkräften, insbesondere im Kontext von Prävention und Frühen Hilfen, Eltern zu erreichen, die (aktuell) keine Hilfe annehmen können

„Das Projekt fordert von den Eltern viel Mut, sich zu öffnen und Hilfen anzunehmen.“
(MFA)

oder wollen, wurde in der Umsetzung der Jugendhilfe-Sprechstunde an diesem Standort besonders deutlich. In der Einschätzung der Projektbeteiligten könne der Kinderarzt einerseits als Vertrauensperson für Eltern einen guten Zugang darstellen, andererseits könne es für Eltern auch ungewohnt oder unangenehm sein, auf



eigene Belastungen/Problemlagen in diesem Kontext angesprochen zu werden. Um Problemeinsicht, Veränderungsbereitschaft und Hilfeannahme bei Eltern zu erreichen, bedarf es nach der Erfahrung der Fachkräfte der Frühen Hilfen intensiver und mitunter langfristiger Beziehungsarbeit. Die Entscheidung über die Annahme dieses freiwilligen Angebots liege jedoch letztlich bei den Eltern.

„Wir haben vor allem die kompetenteren Eltern erreicht, die das Jugendamt als Ansprechpartner noch nicht im Blick haben.“

(KINDER- UND JUGENDARZT)

Der Kinder- und Jugendarzt resümierte im Auswertungsgespräch, dass mit dem Sprechstundenangebot vor allem die „kompetenteren“ Eltern erreicht worden wären, denen das Jugendamt mit seinen Hilfe- und Unterstützungsleistungen jedoch (noch) nicht ausreichend bekannt wäre. Besonders belastete und antriebslose Eltern erreichte das Angebot nicht.

Der Erfolg des Projekts zeigt sich im Einzelfall

Wenngleich die Fallzahlen der Jugendhilfe-Sprechstunde hinter den Erwartungen aller Beteiligten zurückblieben, zeigen die oben benannten Beratungsbedarfe der Eltern und die Erfahrungsberichte der Fachkräfte der Frühen Hilfen, dass in den Einzelfällen viel erreicht wurde. Beispielsweise wünschte sich eine Mutter ein Förderungsangebot für ihr Kind mit Autismus. Die beratende Fachkraft organisierte mit hohem Aufwand einen Schwimmkurs für das Kind und schuf damit gleichzeitig eine Entlastung für die Mutter.

„Es ist wichtig, wahrzunehmen, wenn wir einem Kind nachhaltig helfen konnten und nicht nur auf die Masse und die reinen Zahlen zu schauen.“

(JUGENDAMT)

Aus Sicht der Fachkräfte gingen die Eltern insgesamt zufrieden aus der Sprechstunde heraus und sie erhielten Rückmeldungen, wie: „Hätte ich Sie nicht getroffen, dann hätte mein Kind den Weg nicht gefunden. Alleine hätte ich das nicht geschafft.“ Auch der Kinder- und Jugendarzt erhielt von den Familien, die die Sprechstunde in Anspruch genommen hatten, durchweg positive Rückmeldungen.

Für die Jugendämter war es wichtig, ein präventives Sicherungsnetz für Familien zu spannen und dieses auch bekannt zu machen. Hierzu gehört z.B. das Schnuller-Café genauso wie die Praxis des Kinderarztes. Im Vergleich zum Jugendamt sei die Kinderarztpraxis ein deutlich niederschwelligerer Ort für Eltern, um familiäre Sorgen und Probleme benennen zu können.

Der Aufwand des Projekts liegt vor allem in der Organisation in der Kinder- und Jugendarztpraxis und auf der Koordinierungsebene der Jugendämter

Die MFA der Kinder- und Jugendpraxis hatten mit der Verteilung und Erläuterung der Fragebögen an die Eltern sowie mit dem Versand zum Zwecke der Evaluation den größten Aufwand. Hinzu kam das telefonische Nachfassen bei Absagen vereinbarter Termine oder bei Nicht-Erscheinen. Insgesamt ließen sich die Arbeitsprozesse jedoch gut in den Praxisablauf integrieren.

Der organisatorische Aufwand war für den Kinder- und Jugendarzt lohnenswert, da er die Jugendhilfe-Sprechstunde als entlastendes Angebot wahrnahm: Bei Themen und Bedarfen, die in der Vorsorgeuntersuchung nicht geklärt oder bearbeitet werden konnten, konnte er auf das Angebot verweisen.

Auf den Koordinationsebenen der beiden Jugendämter war das Projekt durch die übergreifenden Aufgaben und insbesondere in der Anfangsphase mit einer hohen Arbeitsbelastung verbunden. Auch der Austausch zwischen den Ämtern musste gewährleistet werden.

Aus Sicht der Leitungskräfte und der Netzwerkkoordinierenden Frühe Hilfen entwickelte sich daraus eine intensive und inhaltlich sinnvolle Zusammenarbeit.

Förderung der Kooperation

Der Kinder- und Jugendarzt der Praxis beteiligte sich seit jeher gerne an Netzwerkarbeit. Durch das Projekt konnte er u.a. die Arbeitsweise der Jugendhilfe näher kennenlernen. Durch die Zusammenarbeit mit den Fachkräften der Frühen Hilfen konnte er den Bedarfen seiner Patientinnen und Patienten noch mehr gerecht werden. Durch das Projekt hätte sich die Kooperation mit den Frühen Hilfen der Stadt und des Kreises intensiviert. Er verwies Patientinnen und Patienten nun öfter als vor dem Projekt hierhin. Die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern wäre nach dem Projekt durch gegenseitiges Vertrauen gekennzeichnet.

„Die Möglichkeit, anstehende Fragen auf dem kurzen Dienstweg mit dem Kinder- und Jugendarzt zu klären, spart Zeit und ist damit auch für die Familien mit Hilfebedarf von Vorteil.“
(FACHKRAFT FRÜHE HILFEN)

Aus Sicht der Jugendämter hätte das Projekt aufgrund der gesammelten Erfahrungen sowie der Hospitationen in verschiedenen Einrichtungen und Fortbildungen Auswirkungen auf den ganzen Arbeitsbereich Frühe Hilfen. Besonders positiv wurde der aufgebaute Kontakt zum Kinder- und Jugendarzt bewertet. Es hätte sich viel Verständnis für die jeweils andere Berufsgruppe entwickelt, und die jeweiligen Arbeitsabläufe wären nun besser bekannt. Die Zusammenarbeit wäre zudem ein großer Mehrwert für die Versorgung von Familien. Die gesammelten Erkenntnisse ließen sich auch auf die Zusammenarbeit mit anderen Kinder- und Jugendarztpraxen übertragen. Im Qualitätszirkel der Kinderärztinnen und -ärzte hätten die Fachkräfte der Frühen Hilfen beispielsweise dafür geworben, dass auch die Praxen selbst anstelle der Eltern Kontakt aufnehmen könnten.

3.2 Gelingensfaktoren für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und kinder- und jugendmedizinischen Praxen aus Sicht der Prozessbegleitung

3.2.1 Hintergrund: Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Voraussetzung für die Förderung eines gesunden und gelingenden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche haben das Recht darauf, gesund und sicher aufzuwachsen und in ihrer Entwicklung zu eigenständigen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten gefördert zu werden. Dazu gehören nach der UN-Kinderrechtskonvention Artikel 19, die Förderung ihrer Gesundheit ebenso wie die Förderung ihrer Erziehung und der Schutz vor Verwahrlosung, Misshandlung und Gewaltanwendung (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1990).

Verantwortlich für die Gewährleistung dieser Rechte sind neben den Eltern vor allem auch Institutionen, Einrichtungen und Fachkräfte, die mit der Förderung, Betreuung, Erziehung und Bildung junger Menschen betraut sind. Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft (§1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)) ist das Schaffen guter Bedingungen für das gelingende und gesunde Aufwachsen und für Schutz und Förderung der Kinder und Jugendlichen zu sorgen (vgl. Bundesamt für Justiz und für Verbraucherschutz 2011). Eltern müssen bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung unterstützt und in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden, um das sichere und gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen. Institutionen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Familienhilfe und des Gesundheitswesens (Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, u.a.), aber auch Schulen, Sozialämter, Agenturen für Arbeit (Jobcenter), Polizei- und Ordnungsbehörden und Familiengerichte sind dazu aufgerufen, zu diesem Zweck zusammenzuwirken und verfolgen dazu arbeitsfeld- und professionsspezifische, jeweils unterschiedliche institutionelle Aufträge.

Mit dem Ausbau der Frühen Hilfen hat es in vielen

Kommunen bereits einen Austausch und eine Verständigung zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Akteuren der kommunalen Jugendhilfe gegeben (teilweise auch mit stationären Einrichtungen wie Geburtskliniken etc.). Weniger stark ausgeprägt waren und sind bisher Kooperationen mit dem ambulanten medizinischen Bereich.

Die im Modellprojekt angestrebte multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendmedizinern bzw. -medizinerinnen, medizinischen Fachangestellten und Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe bei öffentlichen und freien Trägern erschöpfte sich nicht in der Optimierung der notwendigen Schnittstellen zwischen den Systemen. Vielmehr wurden ein integratives, an den Kindern, Jugendlichen und Eltern orientiertes Zusammenwirken der Beteiligten und ein gemeinsamer Blick auf die Lebenswirklichkeiten von Familien als Grundvoraussetzung dafür verstanden, dass Ansätze der sozialen Prävention Wirkung entfalten und eine konzeptionell gut abgestimmte, passgenaue Unterstützung für Familien möglich wurde. Dies gelang in der Praxis jedoch nicht automatisch. In der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendmedizin werden verschiedene Fachsprachen benutzt, es werden unterschiedliche Organisationskulturen gepflegt und die dort tätigen Fachkräfte müssen jeweils anderen institutionellen bzw. professionellen Aufträgen nachkommen.

Neben der Organisation und Koordination des Modellprojekts war es eine wesentliche Aufgabe der im Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) eingerichteten Projektkoordinationsstelle, die Modellstandorte beim Aufbau und in der Weiterentwicklung solcher förderlicher Bedingungen für die multiprofessionelle Kooperation fachlich und organisatorisch zu begleiten und zu unterstützen.



Die Faktoren, die sich im Rahmen des Modellprojekts als förderlich für die multiprofessionelle Zusammenarbeit erwiesen, werden im Folgenden aus der Perspektive der Prozessbegleitung dargestellt.

3. 2. 2 Rolle und Aufgaben der Prozessbegleitung

Kern der Aufgaben der Projektkoordinierungsstelle bildete die fachliche und organisatorische Begleitung der operativen Ebene sowie die Durchführung der Modellstudie. Die Mitarbeitenden im ISA standen den Modellstandorten über die Projektlaufzeit hinweg als Ansprechpersonen für inhaltliche, organisatorische und administrative Fragen zur Verfügung, übernahmen die fachliche Begleitung der multiprofessionellen Projektteams vor Ort sowie koordinierende Aufgaben. Darüber hinaus unterstützte das ISA die Modellstandorte bei der Entwicklung passgenauer Umsetzungsmodelle, die die unterschiedlichen organisatorischen Rahmenbedingungen (u.a. Räumlichkeiten, Sprechstunden- und Öffnungszeiten, Praxisabläufe, personelle Ressourcen und Aufgabenverteilung innerhalb der Teams, bestehende Kooperations- und Kommunikationsstrukturen) berücksichtigten.

Im Rahmen von Quartalsgesprächen, die durch die Projektkoordinierungsstelle initiiert, moderiert und dokumentiert wurden, kamen alle Projektbeteiligten des jeweiligen Modellstandortes zusammen, um über aktuelle Entwicklungen und Fragen der Umsetzung und Zusammenarbeit zu diskutieren. Zu den Themen der Quartalsgespräche zählten u.a.

- Fragen zur Organisation und zu den Abläufen in der Praxis

- Fragen zum Umgang mit den Materialien und gesammelten Daten
- Erfahrungen der unterschiedlichen Beteiligten mit der Umsetzung
- die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Fachkräften der Jugendhilfe, den medizinischen Fachkräften und den Kinderärztinnen und -ärzten im Rahmen des Projekts
- die Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots durch die Familien
- die unterschiedlichen Anliegen und Themen der Eltern
- erfolgte Weiterleitungen von Eltern in bestehende Angebote im Stadtteil sowie
- die Einbindung und Vernetzung des Angebots in der Hilfe- und Beratungslandschaft im Stadtteil (Einbettung, Bekanntmachung und Kooperationen).

Insgesamt fanden in der Projektlaufzeit an jedem Standort neben Auftakt- und Abschlussgesprächen bis zu sechs Quartalsgespräche statt.

Auf Wunsch der Fachkräfte der beteiligten Jugendämter/Beratungsstellen wurde nach ca. einem Jahr ein Workshop zum standortübergreifenden Austausch der Mitarbeiterinnen der Jugendhilfesprechstunde durchgeführt. Hier wurden Fragen und erlebte Unterschiede der Umsetzung und insbesondere die Einbindung der Sprechstunde in die regulären Praxisabläufe thematisiert. Die Fachkräfte berichteten von den bisherigen Erfahrungen und tauschten Ideen zur weiteren Umsetzung des Sprechstundenangebots aus. Daraus konnten Gelingensfaktoren und Hindernisse in der Kooperation mit den medizinischen Fachangestellten und den Kinderärztinnen und -ärzten abgeleitet werden.

3. 2. 3 Welche Bedingungen fördern die gelingende multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Praxen der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne der Förderung und Unterstützung von Familien?

Beteiligungsorientierung als Basis der Kooperation

Multiprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohle von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien lässt sich nicht administrativ verordnen. Sie setzt voraus, dass sich die Beteiligten einer gemeinsamen Idee verbunden fühlen, ihnen die Bedeutung ihrer Tätigkeit, ihrer Expertise und ihres Beitrages zur Umsetzung dieser Idee bewusst sind und diese anerkannt wird. Das gilt sowohl auf der Ebene von Verwaltung und Organisation, also des Jugendamtes, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und weiterer Verwaltungseinheiten und Fachdienste innerhalb der konkreten Einrichtungen und kinder- und jugendärztlichen Praxen als letztlich auch auf der Ebene der Eltern, Kinder und Jugendlichen als Adressatinnen und Adressaten. Ärztinnen und Ärzte genießen bei Eltern beispielsweise ein hohes Vertrauen, was motivieren kann, den empfohlenen Besuch in der Sprechstunde der Jugendhilfe tatsächlich wahrzunehmen. Die beteiligten MFA wissen, wie sich das Sprechstundenangebot gut einbinden lässt und die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe verfügen über gute Kenntnisse der Beratungs- und Hilfestrukturen. Eltern wiederum können wertvolle Hinweise geben, welche Form der Ansprache sie sich wünschen und was auf sie motivierend wirkt. Aufgabe der Verwaltung und den Organisationen ist es unter anderem, die Rahmenbedingungen für die Umsetzung zu schaffen und die Vernetzung und Einbindung in bestehende Strukturen sicherzustellen. Werden die drei Ebenen an der Konzeption und Umsetzung beteiligt und bringen sie ihre jeweiligen Kompetenzen und Perspektiven ein, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Unterstützungs- und Förderangebote für Familien passgenau gestaltet werden und tatsächlich die Familien erreichen, die sie erreichen sollen (vgl. Dezort et al. 2017: 2).

Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots als Ergebnis vielfältiger Faktoren – Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten von Eltern

Die Festlegung des Zeitfensters der Jugendhilfe-Sprechstunde in den Praxen erfolgte jeweils unter Berücksichtigung der räumlichen Gegebenheiten, der Arbeitszeiten sowie anderer regelmäßiger Termine auf Seiten der Jugendhilfe und der Ärztinnen und Ärzte. Über die Laufzeit des Modellprojekts hinweg war an den drei Modellstandorten eine unterschiedlich hohe Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots zu verzeichnen. Im Verlauf wurden diese Unterschiede wiederholt diskutiert und Strategien zur Erhöhung der Inanspruchnahme entwickelt (u.a. Präsenzzeiten der Jugendhilfe-Fachkraft in der Praxis, Hospitation und Vorstellung der Frühen Hilfen bei den U-Untersuchungen für Neugeborene).

Die Vertrautheit der kinderärztlichen Praxis lässt zunächst vor allem Eltern, die Institutionen eher reserviert oder angstbesetzt gegenüberstehen, grundsätzlich aufgeschlossener für präventive Angebote werden (vgl. ebd.: 4). Wie oben beschrieben, stellt die Ansprache durch den Kinder- und Jugendarzt bzw. die Kinder- und Jugendärztin oder auch der MFA aufgrund seiner/ihrer Vertrauensposition im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen einen wichtigen Faktor dar.

Der Familien-Fragebogen in diesem Projekt konnte als Gesprächseinstieg dienen, wurde von den projektbeteiligten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten rückblickend jedoch in seiner Bedeutung unterschiedlich bewertet. Teilweise gab er Hinweise auf Belastungen,

„Im Bogen kreuzen Eltern Belastungen an, die sie mir gegenüber im Gespräch nicht geäußert haben.“

(KINDER- UND JUGENDARZT)

die mündlich von den Eltern nicht geäußert wurden, in anderen Fällen war dem Arzt bzw. der Ärztin der Bedarf bereits bekannt. Manche Eltern beschwerten sich, wenn sie innerhalb der Projektlaufzeit mehrfach aufgefordert wurden, den Bogen auszufüllen (z.B. bei Geschwistern oder kurzer zeitlicher Abfolge von U-Untersuchungen). Entsprechend wurden gegen Ende der Laufzeit weniger Bögen ausgefüllt. Einzelne Eltern äußerten im Zusammenhang mit dem Fragebogen und dort erfragten Belastungen die Sorge vor einem unfreiwilligen Kontakt mit dem Jugendamt.

Neben dem Kinder- und Jugendarzt bzw. der Kinder- und Jugendärztin stellte auch die MFA eine bedeutsame Kontaktperson für die Eltern dar, sowohl bei der Anmeldung und Aushändigung des Fragebogens als auch während der U-Untersuchung. Damit die MFA das Angebot angemessen erläutern und auf die Inanspruchnahme hinwirken konnte, brauchte sie neben der grundsätzlichen Bereitschaft und Feingefühl zeitliche Ressourcen. Darüber hinaus musste ihr Beitrag zum Gelingen des Projekts von den weiteren Beteiligten anerkannt und sie in die Entwicklung, Steuerung und Ausgestaltung des Projekts eingebunden sein.

Zu den weiteren Faktoren, die die Inanspruchnahme beeinflussten, gehörten die Rahmenbedingungen und die Verortung in der Praxis (z.B. Uhrzeit, Raum) sowie die Umsetzung durch die Beraterin oder den Berater (z.B. regelmäßige Anwesenheit in der Praxis, Beratungskompetenzen).

Die wissenschaftliche Betrachtung von Mustern der Inanspruchnahme präventiver Angebote (vgl. Kohlscheen und Nagy 2016) zeigt, dass diese darüber hinaus ganz wesentlich auch von der jeweiligen Problemwahrnehmung der Eltern selbst abhängt. Hier lassen sich verschiedene Problemwahrnehmungstypen identifizieren („Problemlose“, „Problemsensible“, „Problemtolerante“, „Problembewusste“) – je nachdem, wie die Belastungssituation objektiv (etwa aus Sicht der beteiligten Fachkräfte und auf Grundlage der Angaben im Familien-Fragebogen) und subjektiv (aus Sicht der Eltern) empfunden und bewertet wird (vgl. ebd.: 22). Zusätzlich spielen die Ressourcenausstattung der Eltern (u.a. ihr soziales Netzwerk, der berufliche Status, das Bildungsniveau und die ökonomische Situation) und ihre Eigenaktivität bei der Suche nach Lösungen für Schwierigkeiten und belastende Situationen eine wesentliche Rolle. Entsprechend der

Ausprägungen dieser Merkmale lassen sich wiederum unterschiedliche Inanspruchnahmetypen unterscheiden („minimalistische Inanspruchnahme“, „selektive Inanspruchnahme“, „intensive Inanspruchnahme“ (vgl. ebd.: 28). Das Wissen um diese Unterschiede ermöglicht es Fachkräften und Institutionen, spezifische Zugänge bzw. passgenaue „Türöffner“ anzubieten, die an der jeweiligen Situation sowie an den Ressourcen und Fähigkeiten der Eltern zur Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben ansetzen. Das Vertrauen in die Bereitschaft der Eltern, das Bestmögliche für ihre Kinder zu tun, bildet vor diesem Hintergrund eine wichtige Grundlage für eine gelingende multiprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne von Prävention. Das bedeutet nicht, jegliche Defizite zu leugnen, sondern durch gezielte Unterstützung dazu beizutragen, sie zu beheben. Letztendlich kann es aber trotz einer kompetenten und sensiblen Ansprache der Eltern und geeigneter Rahmenbedingungen dazu kommen, dass die Eltern das Sprechstundenangebot direkt ablehnen oder den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen. Um Problemeinsicht, Veränderungsbereitschaft und Hilfeannahme bei Eltern zu erreichen, bedarf es intensiver und mitunter langfristiger Beziehungsarbeit. Die Entscheidung über die Annahme dieses freiwilligen Angebots liegt trotz aller Bemühungen von Fachkräften bei den Eltern selbst.

„Ich glaube, durch meine Kenntnis der Jugendhilfeverfahren und der Berufserfahrung, die ich jetzt hier schon habe seit mehreren Jahren, konnte ich kompetent und gut insbesondere Themen der Jugendhilfe erklären – und da auch einen Teil Lotsenfunktion erfüllen und Ängste abbauen.“

(BERATENDE FACHKRAFT)

Den Erfolg des Projekts im Einzelfall und im Mehrwert für die Beteiligten sehen

Wenn man den Erfolg des Projekts nur an den quantitativen Zahlen der Inanspruchnahme messen würde, würde das der fachlichen Arbeit und dem Einsatz der beteiligten Fachkräfte nicht gerecht. Auch qualitativ sollte auf die Umsetzung geschaut werden und dabei

sollten sowohl die Erfolge in einzelnen Fällen als auch der Nutzen und Mehrwert der Zusammenarbeit für die beteiligten Institutionen berücksichtigt werden.

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen eines präventiven Ansatzes hatte bei belasteten Familien einen großen Mehrwert aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Für die Jugendhilfe war das Sprechstundenangebot ein frühzeitiger „Türöffner“ zu Eltern in Belastungslagen, die den Weg in Beratungs- und Hilfeangebote der Kinder- und Jugendhilfe ansonsten nicht oder erst viel später gegangen wären. In der Umsetzung nahmen die Familien die beratenden Fachkräfte als Teil der kinder- und jugendmedizinischen Praxis wahr und nicht in erster Linie als Vertreterinnen und Vertreter der Jugendhilfe.

Zusätzlich konnten Hemmschwellen zu weiteren Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe abgebaut werden.

„*Wie habe ich meine Rolle wahrgenommen? Also ansprechbar zu sein für Familien, für erst einmal alle Belange. Ausschließlich natürlich diesen medizinischen Bereich, das habe ich immer wie so einen Standard-satz dazu gesagt: »Hier können Sie mich alles fragen, was nicht medizinisch ist und ich gucke dann, ob ich Ihnen weiterhelfen kann«. Auch so ein bisschen Vermittler zu sein, manchmal auch zwischen Ärzten und Patienten. Informationsquelle zu sein. Viele Familien waren ganz überrascht über die Vielfältigkeit der Angebote.*“

(BERATENDE FACHKRAFT)

Der Blick auf die Beratungsanliegen (siehe Übersicht Seite 35) und die Fallschilderungen der beratenden Fachkräfte im Rahmen der Quartalsgespräche zeigen, dass durch das Sprechstundenangebot auf vielfältige Belastungslagen von Familien reagiert werden konnte. Die Rückmeldungen der Eltern waren positiv, manche hatten einen weiteren Kontakt mit der Fachkraft. Bei der konkreten Umsetzung und für den Erfolg der Beratung

„*Und ich denke, dass man als Sozialpädagoge und Sozialarbeiter ein gutes Breitbandwissen haben kann, um dann einfach auch gute Vernetzungsarbeit zu leisten und um die Familien in möglichst passgenaue Angebote weiter zu vermitteln und ich denke, (...) man sollte die Strukturen der Stadt und des Stadtteils vor allen Dingen kennen (...).*“

(BERATENDE FACHKRAFT)

spielten das Wissen, die Erfahrungen und die Kompetenzen der durchführenden Fachkraft eine wesentliche Rolle. In der Selbsteinschätzung der Fachkräfte war für alle ihr jeweiliger beruflicher Hintergrund und die bisherige Erfahrung in der Beratung und Begleitung von Familien hilfreich. Neben einem fundierten Fachwissen zu Belastungslagen und kindlicher Entwicklung war es für die Fachkräfte wesentlich, die Unterstützungsangebote und Strukturen in der Kommune und im Sozialraum der Familie zu kennen. Hinzu kommen Kompetenzen in der Gesprächsführung sowie die Offenheit und Empathie gegenüber den Themen der Eltern.

„*Und wenn man da so einfach mit Offenheit und Lockerheit und Humor dann heran geht, dann holt man die schon ab und dann funktioniert das Gespräch einfach von Anfang an. Aber das ist etwas, was wir ja, was ich in meiner alltäglichen Arbeit seit Jahren mache. Also es fiel mir relativ leicht und ich glaube, ich darf behaupten, ich hatte immer einen guten Zugang zu den Eltern, das hat sehr gut funktioniert. Also meine Grundausbildung hat mir da schon sehr weiter geholfen.*“

(BERATENDE FACHKRAFT)

3. 2. 4 Ungleiches ungleich behandeln – Flexibilität und Offenheit für die Anliegen und Themen der Eltern anstelle des „Gießkannenprinzips“

Die soziale Herkunft, das Wohnquartier, der Bildungsstand der Eltern, deren (Nicht-)Integration in den Arbeitsmarkt, eine spezifische Zuwanderungsgeschichte, die gesundheitliche Situation und mögliche Beeinträchtigungen dieser sowie einer Reihe weiterer Einflussfaktoren sorgen heute für „ungleiche Kindheiten“ (vgl. Betz 2008) und ungleiche familiäre Lebenslagen, die mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen einhergehen. Dies zeigte sich im Rahmen des Modellprojekts ganz deutlich in den sehr unterschiedlichen Anliegen, mit denen Eltern das Sprechstundenangebot der Jugendhilfe aufsuchten. Die Beratungsanliegen reichten von allgemeinen Beschreibungen von Belastungslagen bis hin zur konkreten Suche nach Angeboten oder Betreuungsmöglichkeiten und waren darüber hinaus thematisch weit gefächert. Wichtiger Bestandteil der Beratung durch die Jugendhilfe-Fachkraft war somit die gemeinsame Erörterung der jeweiligen Situation der Familie, die Klärung des konkreten Anliegens und die Bestimmung eines passenden und gut zu erreichenden Unterstützungsangebots im Wohnumfeld der Familien. Die Fragen und Unterstützungsbedarfe der Eltern bezogen sich dabei nicht nur auf Kinder im Alter von bis zu drei Jahren, sondern auch auf ältere Kinder und Jugendliche, teilweise bis hin zum Übergang von der Schule in den Beruf. Die erreichte Gruppe der Eltern geht also weit über die klassische Zielgruppe der Frühen Hilfen hinaus.

In der folgenden Tabelle werden die wesentlichen Beratungsanliegen zusammenfassend dargestellt.

SUCHE NACH KONKRETEN UNTERSTÜTZUNGS- BZW. ENTLASTUNGS- ANGEBOTEN IM FAMILIENALLTAG

- Suche nach einem Betreuungsplatz für das Kind/die Kinder (Kindertagesbetreuung ebenso wie Offene Ganztagschule (OGS))
- Suche nach Angeboten für Familien zur Förderung sozialer Kontakte für Mutter und Kind und zur Förderung der Entwicklung des Kindes (z.B. Elterncafés, Spiel- und Krabbelgruppen)

- Entlastungsmöglichkeiten im Alltag (z.B. die Suche nach einer Haushaltshilfe)
- Suche nach Sprach- oder Integrationskursen (mit Kinderbetreuung)
- Sprachbarriere der Eltern (Fluchthintergrund)
- behördliche Angelegenheiten
- Angelegenheiten der Versorgung/ Schwerbehindertenrechtsangelegenheiten

THEMEN DER ERZIEHUNG, BILDUNG UND ENTWICKLUNG DER KINDER BZW. JUGENDLICHEN

- Erziehungsschwierigkeiten
- Verhaltensauffälligkeiten der Kinder/Jugendlichen
- Schrei- und Schlafschwierigkeiten
- Entwicklungsverzögerung beim Kind
- Schwierigkeiten oder Mobbing in der Schule
- Sorgen, ob und wie jugendliche Kinder nach dem Schulabschluss einen Ausbildungsplatz finden
- Suche nach Sprachförderung für das Kind
- passendes Angebot für Kind mit Autismus
- passendes Angebot für Kind mit Adipositas
- altersgerechte Ernährung
- übermäßiger oder nicht altersangemessener Medienkonsum in der Familie

BELASTUNGEN DES FAMILIENSYSTEMS

- Frühgeburt/chronische Erkrankung/ Behinderung eines Kindes und damit verbundene Belastung der Mutter bzw. des gesamten Familiensystems
- elterliche Belastungen, z.B. durch die Pflege älterer oder erkrankter Familienangehöriger
- psychosoziale Belastungen in der Familie (z.B. Todesfall in der Familie, psychische Probleme, Trennung)
- Arbeitslosigkeit und finanzielle Belastungen
- Verbesserung der Wohnsituation
- Isolation der Eltern
- Mehrfachbelastungen in der Familie

3. 2. 5 Das Sprechstundenangebot als Lotsenangebot verstehen und konzipieren

Die beratenden Fachkräfte nahmen eine „Lotsenfunktion“ in der Angebotsstruktur vor Ort ein – mit unterschiedlicher Ausgestaltung.



„Ich finde den Begriff eigentlich ganz gut und ich habe den auch in den Gesprächen mit den Eltern immer mal wieder benutzt. Wenn die schon einmal auch kritisch durchaus gefragt haben ›Was machen Sie eigentlich hier oder was ist Ihre Aufgabe hier in der Praxis?‹, dass ich gesagt habe, ›ich gucke jetzt erst einmal: Wo haben Sie einen Bedarf? Wo brauchen Sie Hilfe? Wo liegt vielleicht ein Problem?, und wenn ich das jetzt hier nicht mit Ihnen gemeinsam lösen kann, dann lotse ich Sie weiter.‹“

(BERATENDE FACHKRAFT)

Diese Darstellung macht deutlich, dass die Ansprache, die Beratung und die Unterstützung der Familie von Fall zu Fall individuell ausgestaltet werden mussten und dass einige Familien, etwa weil sie aufgrund von Armut oder anderen Belastungen über wenig eigene Ressourcen zur Problemlösung verfügten, eine andere und gegebenenfalls intensivere Begleitung und Förderung brauchten, bis sie in passgenaue Angebote weitergeleitet werden konnten und dort andockten. Im Sinne eines Nachteilsausgleichs ist es nur konsequent, Eltern und damit auch Kinder anders und (zeit-)intensiver zu fördern als vergleichsweise unbelastete Familien und Gleichaltrige (vgl. Dezort et al. 2017: 5), beispielsweise über mehrere Kontakte hinweg oder durch eine tatsächliche Begleitung bei der Kontaktaufnahme zu einem passendes Angebot. Die Zusammenarbeit im Rahmen vergleichbarer präventiver Angebote sollte demnach an dem Grundsatz ausgerichtet sein „Ungleiches ungleich zu behandeln“, was meint, Menschen je nach ihrer spezifischen Ausgangslage passgenau zu fördern, anstatt per „Gießkannenprinzip“ allen die gleichen Förderressourcen zukommen zu lassen (vgl. ebd.). Sprechstundenangebote der Jugendhilfe in kinder- und jugendmedizinischen Praxen sollten so gestaltet sein, dass eine solche passgenaue Unterstützung möglich ist.

In der Vorbereitungsphase wurden das Sprechstundenangebot und seine Funktion in einer standortübergreifenden Vereinbarung festgelegt. Mit dem Sprechstundenangebot sollte keine neue Hilfeform geschaffen, sondern Eltern in ein passendes bestehendes Beratungs- bzw. Unterstützungsangebot im Sozialraum der Familie vermittelt werden. Bei Bedarf sollte den Eltern eine aktive Begleitung oder Unterstützung zur Erreichung der Angebote angetragen werden. In Einzelfällen sollten auch Kurzberatungen mit bis zu drei Beratungsterminen möglich sein. Anhand dieser Definition lässt sich das Sprechstundenangebot als Lotsendienst im Sinne der Frühen Hilfen benennen.

In der Umsetzung zeigte sich, dass die Beratungs- und Lotsenfunktion von den Fachkräften der Jugendhilfe bzw. Frühen Hilfen unterschiedlich gestaltet wurde. Entweder führte die Fachkraft nur ein Gespräch pro Familie, da der Beratungsbedarf der Eltern damit gedeckt war oder sie weitervermittelt wurden oder es wurden mehrere Beratungstermine durchgeführt, um den Bedarf zu ermitteln und bei der Weiterleitung aktiv zu unterstützen. Insgesamt ging es jedoch selten um eine reine Information der Eltern, sondern meistens um die Abklärung des Unterstützungsbedarfs und um die Vermittlung in ein passendes Angebot.

In der Grafik (Abbildung 1, Seite 38) wird das Kompetenz- und Aufgabenprofil einer Fachkraft für das Sprechstundenangebot dargestellt. Dieses wurde zu Beginn gemeinsam entwickelt und zum Projektabschluss mit den gesammelten Erfahrungen modifiziert und erweitert.

„*Ich habe mich da schon als Lotsen wahrgenommen im Riesen-Netzwerk. Es gibt ja zum Beispiel jede Menge unterschiedliche Beratungsstellen. Dann aber auch mit den Eltern zu gucken, was ist das eigentliche Anliegen und was wird an Unterstützung gebraucht und welche Beratungsstelle ist da vielleicht die richtige? Fängt mit banalen Sachen an, was ist wohnortsnah, wo wohnt die Familie, haben sie ein Auto, sind sie auf Bus und Bahn angewiesen oder haben sie noch nicht einmal Geld für ein Mobilticket? Wie kommen die da gut hin? Denn einen Flyer und die Empfehlung, hier gehen Sie mal zur Beratungsstelle »xy« verteilt man so schnell, aber es geht eben darum, genau da noch einmal weiter zu gucken ... Wie kommt man an einen Termin? Wie sind Wartezeiten? Ist das machbar? Und genau das, die Hilfe rauszusuchen, die auch realisierbar ist und umsetzbar für die Familie.*“

(BERATENDE FACHKRAFT)

Fazit I: Das Projekt hat die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen beiden Systemen gefördert

An allen Modellstandorten intensivierte sich durch das Projekt die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Kinder- und Jugendarztpraxen und den Jugendämtern. Das zeigte sich auch an Kommunikationsanlässen außerhalb des Projektkontextes, in denen die ärztliche Seite die Frühen Hilfen bzw. den Allgemeinen Sozialen Dienst kontaktierte. Ebenso wurde fallübergreifend die weitere Zusammenarbeit in Netzwerken oder zukünftigen Projekten angestoßen.

Teilweise hätten sich die beratenden Fachkräfte bei der Umsetzung des Sprechstundenangebots mehr fallbezogenen Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten gewünscht, was im Alltag der Praxen nicht durchweg umsetzbar war. Hier spielten die MFA als Kontaktpersonen in der Praxis eine wichtige Rolle.

Förderliche Faktoren für die Umsetzung konkret auf Seiten der Kinder- und Jugendarztpraxis

- Information aller MFA und angestellten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte über das Projekt und Einbindung in die Umsetzung
- kompetente und zuverlässige MFA, die das Projekt begleiten und die Hemmschwellen der Eltern gegenüber dem Angebot senken können
- freundlicher Erstkontakt und Erläuterung des Fragebogens durch die MFA
- Aufmerksamkeit des Kinder- und Jugendarztes/ der Kinder- und Jugendärztin für Belastungslagen sowie Bereitschaft und Kompetenz zur Ansprache (motivierende Gesprächsführung)
- Kenntnis der Angebote und Arbeitsweise der Frühen Hilfen
- bestehende Vertrauensbeziehungen zwischen den Kinderärztinnen und -ärzten und den Familien, die ihre Praxis zum Teil schon über einen langen Zeitraum hinweg besuchen
- vielfältige Kontakt- und Zugangsmöglichkeiten für Eltern zur Sprechstunde (neben der Ansprache durch Kinderärztinnen und Kinderärzte auch durch die MFA oder auf dem Flur)
- passende Räumlichkeit in der Praxis (inkl. Ausstattung mit Internet, Telefon, Spielzeug)

Abbildung 1: Kompetenz- und Aufgabenprofil der Fachkraft für das Sprechstundenangebot in der Kinder- und Jugendarztpraxis

FACHLICHE VERORTUNG UND AUSGESTALTUNG DES SPRECHSTUNDENANGEBOTS

- Zielgruppe: alle Eltern, ausgehend von den U-Untersuchungen, aber auch darüber hinaus bei Bedarf bzw. Interesse
- Ziel: Anbindung der Eltern an ein passendes **bestehendes** (Beratungs-/Unterstützungs-)Angebot
- Kurzberatungen sind möglich (2-3 Beratungstermine)
- Beratung mit Lotsenfunktion, kein eigenes Angebot der Begleitung / Hilfe
- Vermittlung von Angeboten im Sozialraum der Familien (nicht im Sozialraum der Praxis)

DAS FACH- UND ERFAHRUNGSWISSEN

- Kenntnisse über die Angebotslandschaft und (potentielle) Kooperationspartner vor Ort
- Kenntnisse über Strukturen, Möglichkeiten und Grenzen der Angebote
- Kenntnisse über vorhandene Netzwerke im Sozialraum - insbesondere „Netzwerk Frühe Hilfen“
- Kenntnisse zur Entwicklung von Kindern (z. B. Grundbedürfnisse, Entwicklungsmeilensteine, Bindungstheorie)
- Kenntnisse zu Belastungslagen und Dynamiken in Familien
- Kenntnisse über Datenschutz und Schweigepflichtregelungen (freiwilliger vs. intervenierender Bereich)
- Erfahrungen in der Beratung und Begleitung von Familien
- Erfahrungen in der Kooperation mit dem Gesundheitswesen und Grundkenntnisse der Strukturen

DIE KOMPETENZEN

- Beratungskompetenzen
- Gesprächsführung
- Kommunikation mit Kooperationspartnern
- Reflexionsvermögen

DAS SELBSTVERSTÄNDNIS

- Rollenklarheit: Abgrenzung von Beratung / Lotsenfunktion von Begleitung / Hilfe
- eine an der Lebenswelt der Kinder bzw. Jugendlichen orientierte Haltung
- Unterstützung der Eltern in ihrer Problemlösungsfähigkeit mit Empathie und Wertschätzung

AUFGABEN

- Bedarf mit den Eltern gemeinsam erörtern und in ein passendes Angebot vermitteln
- Dokumentation (z. B. Beratungsanliegen, Alter des Kindes, Weiterleitung)
- Familie um Rückmeldung hinsichtlich Ankommen und Passgenauigkeit des Angebots bitten
- Flexibilität hinsichtlich des Tages und des Zeitfensters zur Durchführung des Sprechstundenangebots ausgehend von den Möglichkeiten und der Machbarkeit in der Kinder- und Jugendarztpraxis
- Organisation einer Vertretungsregelung
- Teilnahme an Netzwerktreffen und ggf. Vorstellung des Projektes im Netzwerk

... auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe:

- kompetente Fachkräfte der Jugendhilfe, die das Sprechstundenangebot durchführen (fachliche Kompetenz, Beratungskompetenz, Kenntnisse des Sozialraums und des Hilfesystems)
- Aufgeschlossenheit und eine „zupackende Art“ der beratenden Fachkraft
- Flexibilität der beratenden Fachkraft, sich auf die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner und deren Anliegen einzulassen
- klare Einordnung als präventives Angebot und Abgrenzung von anderen Aufgaben des Jugendamtes (im Selbstverständnis der Fachkräfte und in der Darstellung des Sprechstundenangebots)
- die Möglichkeit, die Erfahrungen aus dem Projekt in das eigene Team zu tragen
- entsprechende Angebotsstruktur in der Kommune, in die weitergeleitet werden kann

... auf beiden Seiten und in der Zusammenarbeit:

- die ausdrückliche Entscheidung der beteiligten Institutionen für das Projekt, trotz des damit verbundenen Aufwandes
- Motivation aller Beteiligten („gemeinsame Idee“)
- regelmäßige Kommunikation zwischen den Projektbeteiligten, sowohl anlassbezogen als auch fallunabhängig
- Offenheit für das jeweils andere System
- Respekt gegenüber der anderen Berufsgruppe und Akzeptanz der anderen Arbeitsweisen
- gegenseitiges Kennenlernen, z.B. über Hospitationen
- Vertrauen zwischen allen Beteiligten
- Empathie und Wertschätzung gegenüber den Eltern
- Berücksichtigung der Freiwilligkeit des Angebots
- ausreichende und für Eltern passende Sprechzeiten
- zeitliche Überschneidung in den Sprechstundenzeiten von Praxis und Jugendhilfe, damit die Jugendhilfe-Fachkraft im Praxisalltag präsent ist und sich Gelegenheiten für einen kurzfristigen Austausch ebenso ergeben wie direkte Überleitungen von Familien aus der Vorsorgeuntersuchung in die Jugendhilfe-Sprechstunde.

**Fazit II:
Welche Chancen und Grenzen
hat ein Sprechstundenangebot
der Jugendhilfe in der Kinder-
und Jugendarztpraxis?**

Das erprobte Sprechstundenangebot einer Fachkraft der Jugendhilfe bzw. der Frühen Hilfen in der Kinder- und Jugendarztpraxis stellt eine sinnvolle Ergänzung der Angebotsstruktur der Frühen Hilfen dar. Hier wird eine Brücke zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe geschlagen, indem der Kontakt der Kinder- und Jugendarztpraxis zu Eltern in belastenden Situationen genutzt wird, um mit einem alltagsnahen Vermittlungs- und Beratungsangebot anzuknüpfen. Die Erfahrungen aus der Umsetzung zeigen, dass durchaus Familien erreicht wurden, die den Weg zum Jugendamt alleine nicht gegangen wären. Gleichzeitig bleibt es ein freiwilliges Angebot, das nicht alle Eltern annehmen können oder wollen.

Aus Sicht der Prozessbegleitung ist festzuhalten, dass ein solches Angebot nur mit der Motivation und Bereitschaft aller professionellen Beteiligten sowie mit dem Einsatz von Ressourcen auf beiden Seiten funktioniert. Die Entwicklung einer effektiven Zusammenarbeit zwischen zwei unterschiedlichen Systemen benötigt Zeit und einen Rahmen, der mit geeigneten Strukturen und Maßnahmen gestaltet wird. Hierzu gehören insbesondere

- Maßnahmen zur Gestaltung des gemeinsamen Entscheidungs- und Aufbauprozesses zum Projekt (z.B. in Form von Auftaktgesprächen, in denen Erwartungen auf beiden Seiten gesammelt, gemeinsame Ziele entwickelt und die konkrete Umsetzung geplant werden kann),
- die Vereinbarung und Umsetzung einer verlässlichen Kommunikationsstruktur zwischen den Beteiligten (fallbezogen und fallunabhängig) sowie
- die regelmäßige Reflexion der Umsetzung und der Resultate, um ggf. Anpassungen vorzunehmen.

4. Ergebnisse der Evaluation

Silke Pawils
Franka Metzner
Philipp Wolkwitz

Zur Prüfung, ob die „Soziale Prävention in Kinder- und Jugendarztpraxen“ die erwarteten Effekte erreicht, wurde als erster Evaluationsschritt die vorliegende Machbarkeitsstudie geplant, um die grundsätzliche Inanspruchnahme durch Familien, die Akzeptanz bei den Familien und bei den Praxisteams sowie die Praktikabilität bewerten zu können.

Aus der Fragestellung: *Ist die Nutzung der Früh-erkennungsforschungen im Setting Kinder- und Jugendarztpraxis ein praktikabler und ausreichend niedrigschwelliger Zugang zur Zielgruppe psychosozial belasteter Familien?* ergaben sich für die Evaluation folgende Arbeitsaufträge:

— **Ermittlung der Inanspruchnahme:**

Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen der Kinder- und Jugendhilfe durch psychosozial belastete Familien

— **Prüfung der Akzeptanz:**

Akzeptanz des Modellprojekts durch die Familien und die beteiligten professionellen Akteure (Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Medizinische Fachangestellte (MFA), Mitarbeitende der Jugendhelfesprechstunden)

— **Prüfung der Praktikabilität:**

Aufwand für die Familien und die beteiligten professionellen Akteure

Darüber hinaus sollte die Frage beantwortet werden, ob durch die strukturelle Etablierung von Beratungsangeboten der Jugendhilfe in den Kinder- und Jugendarztpraxen die Funktionsfähigkeit und der Nutzwert des Hilfenetzwerks der pädiatrischen Praxis erhöht wird. Dazu wurden die Kooperationen der Praxen mit Angeboten der Frühen Hilfen vor und nach der Interventionsphase verglichen.

4.1 Das Vorgehen in der Vor- und Hauptphase der Evaluation

Im Rahmen der Evaluation wurde das Modellprojekt in drei Kinder- und Jugendarztpraxen anhand der vier Zielkriterien Inanspruchnahme, Akzeptanz, Praktikabilität und Strukturbildung überprüft. Eine erfolgreiche Umsetzung wurde unter anderem an der Bewertung der beteiligten Akteure bemessen. Die Evaluation wurde daher formativ (begleitend und beratend) sowie partizipativ angelegt und ist als Durchführbarkeitsstudie zu verstehen, in der qualitative und quantitative Forschungsmethoden im Sinne einer Mixed-Methods-Studie eingesetzt wurden.

Als Machbarkeitsstudie wurde nicht das Ziel einer Wirksamkeitsanalyse der Instrumente angestrebt: Die Evaluation sollte explizit keine Wirkaussagen treffen, da die Stichproben in den Praxen zu klein waren. Zudem wurde eine randomisierte Zuweisung in „Treatment as usual“ (TAU) bzw. „Soziale Prävention“ ohne Vorprüfung des Nutzens/Schadens der Intervention als unethisch eingeschätzt. Die vorliegende Machbarkeitsstudie liefert jedoch Ergebnisse einer möglichen Ausweitung des Modellprojekts auf weitere Praxen (Praxistransfer) und trifft Aussagen über die nötigen Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Implementierung. Sie ist somit eine notwendige Vorstufe und Basis einer folgenden Wirkevaluation.

Die Detailplanung der wissenschaftlichen Begleitung erfolgte in Absprache mit der DGKJ als Projektleitung, der Projektkoordination durch das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA), den beteiligten pädiatrischen Praxen und dem für die Projektdurchführung berufenen Beirat. Die Voten der Ethikkommissionen der beiden zuständigen Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe wurden vor dem Beginn der Datenerhebung eingeholt.

1. Vorphase

Um den Beratungsbedarf der Patientinnen und Patienten vor Start der Intervention einzuschätzen, wurde in der Vorphase der Studie in den Kinder- und Jugendarztpraxen eine Datenerhebung durchgeführt (siehe Abbildung 1). Weiter wurden die psychosoziale Belastung der Familien und der Bedarf nach Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch die beteiligten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie durch einen unabhängigen Fachkollegen anhand eines anonymisierten Belastungsscreenings eingeschätzt.

Somit konnte

(a) die Quote der Familien mit psychosozialen Belastungen sowie mit Beratungsbedarf in der Vorphase ohne Modellprojekt mit der Quote in der Hauptphase mit Modellprojekt (Modellstudienphase) abgeglichen und

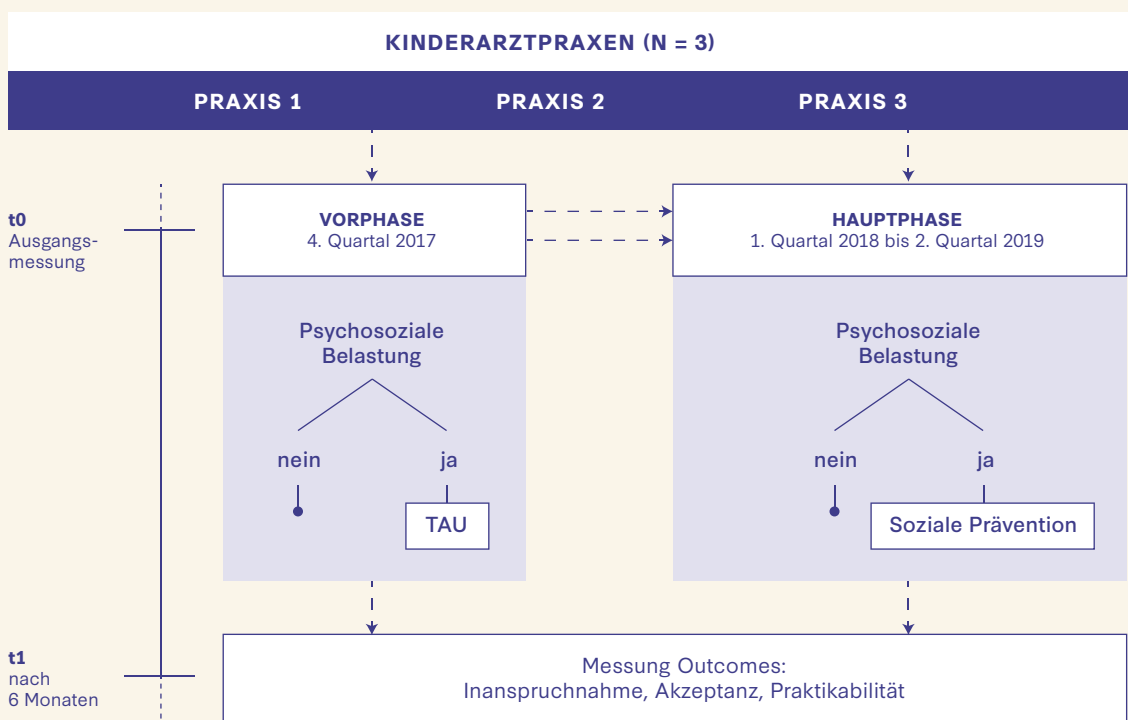
(b) die Interraterreliabilität für das Belastungsscreening ermittelt werden.

Wurde bei den Familien in der Vorphase eine psychosoziale Belastung festgestellt, so erfolgte die Behandlung der Familien nach dem bisher üblichen Vorgehen in den pädiatrischen Praxen (Treatment as usual; TAU).

2. Hauptphase

In der Hauptphase wurde den Familien, die im Belastungsscreening psychosoziale Belastungen zeigten und bei denen die/der Kinder- und Jugendärztin/-arzt einen Beratungsbedarf feststellte, zwischen den beiden Messzeitpunkten t0 (Zeitpunkt der Prä-Messung durch ein Belastungsscreening) und t1 (Zeitpunkt der Post-Messung nach der Intervention) eine Beratung durch die Jugendhilfe in der Kinder- und Jugendarztpraxis angeboten. Zur deskriptiven und vergleichenden Analyse der Familien mit und ohne Beratungsbedarf bzw. der Familie mit Inanspruchnahme der Jugendhilfesprechstunde wurden die Soziodemographie, die Belastungen sowie die Entlastungsstrategien und die genutzten Beratungsangebote systematisch dokumentiert. Unterschiede zwischen belasteten Familien ohne Jugendhilfesprechstunde (TAU) und denen mit Jugendhilfesprechstunde wurden verglichen. Die Zielkriterien Inanspruchnahme, Akzeptanz, Praktikabilität sowie Strukturbildung wurden zum Abschluss der Hauptphase ermittelt.

Abbildung 1: Studiendesign für die Evaluation des Modells



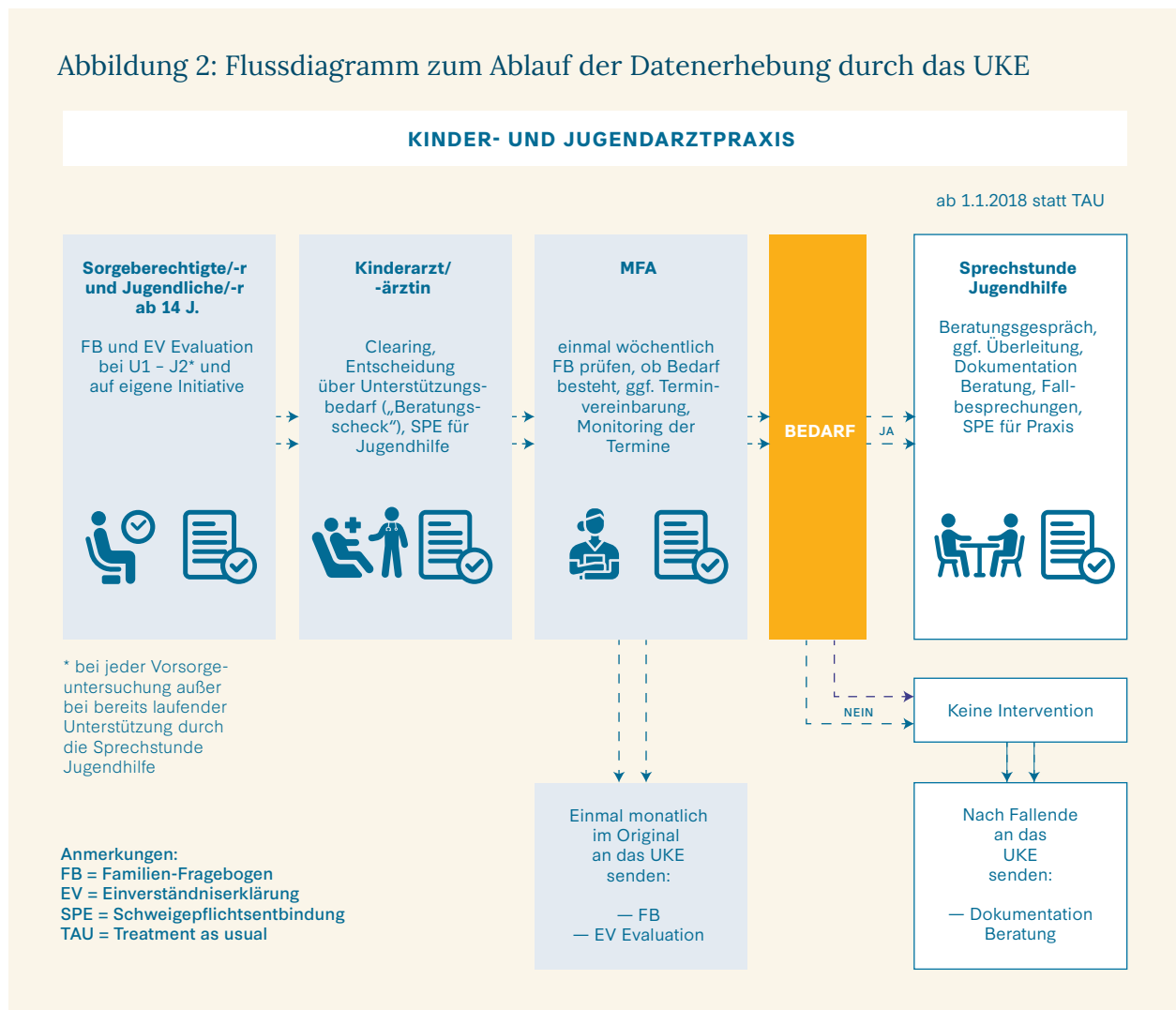
4.2 Ablauf der Evaluation des Modellprojekts in den Kinder- und Jugendarztpraxen

Die Konzeption und Umsetzung der Evaluationsstudie wurden im Zeitraum von Januar 2017 bis Dezember 2019 über eine Gesamtlaufzeit von 36 Monaten durchgeführt. Die Datenerhebung im Rahmen der formativen Evaluation erfolgte von Oktober 2017 bis Juni 2019. In den Evaluationsphasen 1 (Dokumentation der Belastungseinschätzung und des Beratungsbedarfes der Familien mit TAU) und 2 (Befragung der am Modellprojekt teilnehmenden Familien zur psychosozialen Belastung und zum Entlastungswunsch) der Datenerhebung wurden Familien in den Kinder- und Jugendarztpraxen mit dem Familien-Fragebogen (FB) zum Belastungsscreening befragt, ihr Beratungsbedarf

durch eine/n Kinder- und Jugendärztin/-arzt eingeschätzt und ihre Inanspruchnahme der Jugendhilfesprechstunde in der pädiatrischen Praxis dokumentiert (siehe Abbildung 2).

Als Auflage der Ethikkommissionen mussten alle Sorgeberechtigten und Jugendlichen ab 14 Jahren vor der Teilnahme am Modellprojekt und an der Evaluationsstudie ihr Einverständnis in einer mehrseitigen Erklärung schriftlich abgeben. Aus Datenschutzgründen mussten die Mitarbeitenden für die Weitergabe von Informationen aus der Jugendhilfesprechstunde an die Praxis schriftlich von ihrer Schweigepflicht entbunden werden.

Abbildung 2: Flussdiagramm zum Ablauf der Datenerhebung durch das UKE



Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende

In die Stichprobe, die der Evaluation des NRW-Modellprojekts „Soziale Prävention in Kinder- und Jugendarztpraxen“ zu Grunde liegt, wurden alle Kinder und Jugendlichen sowie ihre Sorgeberechtigten eingeschlossen, die in den drei Modellpraxen in dem Zeitraum vom 4. Quartal 2017 bis zum 2. Quartal 2019 an einer Früherkennungsuntersuchung teilnahmen und der Teilnahme an der Studie zustimmten. Zum Belastungsscreening mittels des Familien-Fragebogens liegen die Daten zu 3.211 Familien aus der Elternperspektive sowie zu 73 Familien aus der Jugendlichenperspektive vor (siehe Tabelle 1). Insgesamt wurden 191 Beratungen von psychosozial belasteten Familien in den Jugendhilfesprechstunden (Erst- oder Folgekontakte) dokumentiert. Zu Akzeptanz und Praktikabilität des Modellprojekts wurden 60 Eltern, 3 Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte, 4 Medizinische Fachangestellte (MFA) sowie 5 Mitarbeitende in den Jugendhilfesprechstunden interviewt.

Tabelle 1:
Übersicht über die befragten Stichproben in der Evaluationsstudie

Befragte Familienangehörige bzw. professionelle Akteure	n
Teilnehmende Eltern Familien-Fragebogen	3.211
Telefoninterview	60
Teilnehmende Jugendliche (ab 14 Jahre) Familien-Fragebogen	73
Beratungen von Familien in Jugendhilfesprechstunden (dokumentiert)	191
Nicht-teilnehmende Eltern und Jugendliche	679
Pädiaterinnen und Pädiater Telefoninterview	3
Medizinische Fachangestellte (MFA) Telefoninterview	4
Mitarbeitende in den Jugendhilfesprechstunden Telefoninterview	5

Erhebungsinstrumente

Zum Belastungsscreening sowie zur Einschätzung des Beratungsbedarfs bei den teilnehmenden Familien wurde im Rahmen der Evaluationsstudie der Familien-Fragebogen in einer Elternversion (FB-E) und der Familien-Fragebogen für Jugendliche (FB-J) entwickelt (siehe Abbildung 3).

Die beiden Versionen des Familien-Fragebogens FB-E (Elternversion) und FB-J (Jugendlichenversion) basieren auf etablierten Instrumenten zur Belastungseinschätzung in Familien. Gesichtet und gegenübergestellt wurden dazu die Items aus den folgenden Instrumenten:

- Hamburger Belastungsbogen (Metzner und Pawils 2015, 2019)
- Elternbogen „Wilhelm“ der Familienintervention „Babylotse Hamburg“ (Metzner und Pawils, 2011)
- Monitoringbogen „Kinderärzte“ aus dem Projekt „KinderZUKUNFT“ (Kratzsch 2017)

Abbildung 3:
Der Familien-Fragebogen in der Elternversion (FB-E)

1.3 Benötigt Ihr Kind erhöhte Fürsorge? nein ja

Falls ja, aufgrund von:

- 1.3.1** Frühgeburt: ____ Wochen zu früh
- 1.3.2** Zwillings- bzw. Mehrlingsgeburt
- 1.3.3** Geburtsgewicht unter 2.000 g
- 1.3.4** Chronischer Erkrankung/Behinderung: _____
- 1.3.5** Deutlichen Entwicklungsverzögerungen: _____
- 1.3.6** Herausforderndem Verhalten (z.B. starke Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Verschlossenheit): _____
- 1.3.7** Schwierigkeiten in Kita bzw. Schule: _____
- 1.3.8** Sonstiges: _____

2. Fragen zu Ihrer Person

2.1 Wie alt sind Sie? _____ Jahre (Ihr Alter)

2.2 Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? _____ Kinder (Anzahl)

2.3 Sind Sie alleinerziehend? nein ja

2.4 Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen häufig antriebslos, erschöpft und niedergedrückt gefühlt? nein ja

2.5 Haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt (z.B. Tod oder schwere Erkrankung in der Familie, Trennung, Unfall)? nein ja

2.6 Haben Sie Unterstützung des Jugendamtes in Anspruch genommen? nein ja

3. Fragen zu möglichen Belastungen in Ihrer Lebenssituation

Fühlen Sie sich zurzeit besonders belastet...

3.1 ... durch Konflikte oder Gewalt in Ihrer Partnerschaft? nein ja

3.2 ... in der Bewältigung Ihres Lebensalltages? nein ja

3.3 ... durch fehlende Unterstützung Ihrer Freunde und Familie im Alltag oder bei der Kindererziehung? nein ja

Seite 2 von 3

© Institut u. Poliklinik f. Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, siehe auch Seiten 76–78



- Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6) (Belzer et al. 2015)
- Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch aus dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ (Ziegenhain et al. 2010)
- Mannheimer Elternfragebogen MEF zur U10 (Esser 2006) sowie
- Ages & Stages Questionnaires (ASQ-3) (Frey 2012)

Alle in den Instrumenten identifizierten Items wurden anhand der von Kindler (2010) ermittelten Vorhersagefaktoren für Erziehungsschwierigkeiten bzw. für Auffälligkeiten in Bezug auf den Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen bewertet und daraus ein praktikables Erhebungsinstrument für die Bedarfsermittlung bei Familien entwickelt.

Nicht-Teilnehmer-Analyse: Die Gründe von Familien, nicht am Modellprojekt teilzunehmen, wurden mit einer vorfrankierten Antwortpostkarte erfasst, auf der anonym Gründe aus einer Auswahl angegeben oder freitextlich ergänzt werden konnten.

Messung der Inanspruchnahme: Die Angaben zur Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Rahmen der Jugendhilfesprechstunde wurden mit Hilfe von Auswertungsrastern für Beratungsgespräche durch die Mitarbeitenden in den Jugendhilfesprechstunden dokumentiert (siehe auch Seiten 79/80).

Messung der Akzeptanz und Praktikabilität:

Zur Erfassung der Zielvariablen Inanspruchnahme, Akzeptanz und Praktikabilität wurden kurze Interviewleitfäden für die jeweiligen Zielgruppen entwickelt und eingesetzt.

Messung der Strukturbildung:

Zur Dokumentation der Strukturbildung in den pädiatrischen Praxen zu Beginn und zum Ende des Projekts wurden kurze Fragebögen entwickelt und von den pädiatrischen Praxen und den Mitarbeitenden in der Jugendhilfe ausgefüllt.

Alle Fragebögen und Interviewleitfäden wurden partizipativ entwickelt, enthielten sowohl geschlossene Antwortformate mit der Möglichkeit zur Mehrfachnennung als auch offene Antwortformate und wurden in Pretests geprüft.

Statistische Analysen

Die in der Vor- bzw. Hauptphase der Evaluation erhobenen Daten zur Soziodemographie, zur psychosozialen Belastung, zum Beratungsbedarf, zur Inanspruchnahme von Beratungen in den Jugendhilfesprechstunden sowie zur Akzeptanz und Praktikabilität der erprobten Intervention in den pädiatrischen Praxen wurden deskriptiv ausgewertet. Gruppenvergleiche zwischen Subgruppen an Familien (z.B. Familien mit versus ohne Beratungsbedarf) wurden mittels inferenzstatistischer Verfahren (beispielsweise Chi-Quadrat-Tests bzw. exakter Fisher-Test) berechnet. Die Interraterreliabilität für den Familien-Fragebogen wurde anhand des Koeffizienten Cohen's Kappa ermittelt.

4.3 Die Ergebnisse der Evaluation im Überblick

Teilnehmende Eltern und Jugendliche

Die 3.211 teilnehmenden Eltern waren im Mittel 34 Jahre (SD=6,34) alt. Das Alter der Eltern rangierte zwischen 17 und 68 Jahren. Bei ihnen lebten bis zu 9 Kinder im Haushalt, im Mittel lebten in den Familien zwei Kinder. Etwa 52% der Kinder in den teilnehmenden Familien war männlich und 46% weiblich. Die meisten Eltern (93%) füllten den Fragebogen während der Wartezeit auf eine U-Untersuchung aus. Bei fast der Hälfte der Früherkennungsuntersuchungen (49%) handelte es sich um eine U7-, U8- oder U9-Untersuchung.

Von den 73 Jugendlichen, die am Belastungsscreening teilnahmen, waren 47% männlich, 49% weiblich. Die Jugendlichen gaben an, dass mit ihnen bis zu vier Geschwisterkinder (MW=1,47, SD=1,16) im gleichen Haushalt lebten. Etwa 64% der teilnehmenden Jugendlichen waren anlässlich einer Vorsorgeuntersu-

chung beim Kinder- und Jugendarzt. Bei fast der Hälfte dieser Untersuchungen (47%) handelte es sich um die J1-Untersuchung.

Gründe für eine Nicht-Teilnahme

Ein Großteil der 679 Nicht-Teilnehmenden verweigerte eine Teilnahme am Belastungsscreening aus fehlendem Interesse (79%) oder fehlender Zeit (14%). Zusätzliche Gründe für eine Nicht-Teilnahme waren zudem schlechte Erfahrungen mit Umfragen (<1%).

Psychosoziale Belastungen aus Sicht der Eltern

Das Belastungsscreening wurde den Eltern in den Praxen bei der Anmeldung durch die MFA ausgehändigt und mehrheitlich während der Wartezeit auf die U-Untersuchung ausgefüllt. Dabei machten 3.211 Eltern die in Tabelle 2 dargestellten Angaben.

Tabelle 2:

Elterliche Belastungen	Ja in% (n)	Nein in% (n)	Fehlend in% (n)
Haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt (z.B. Tod oder schwere Erkrankung in der Familie, Trennung, Unfall)?	20% (644)	79% (2.527)	1% (40)
Haben Sie sich in den letzten Wochen antriebslos, erschöpft und niedergedrückt gefühlt?	19% (612)	79% (2.544)	2% (55)
Sind Sie			
... alleinerziehend?	16% (522)	83% (2.669)	<1% (20)
... belastet in der Bewältigung Ihres Lebensalltags?	9% (291)	88% (2.837)	3% (82)
... aufgrund von Arbeitslosigkeit oder finanziellen Sorgen?	8% (243)	90% (2.885)	3% (83)
... durch fehlende Unterstützung Ihrer Freunde und Familie im Alltag oder bei der Kindererziehung?	7% (219)	92% (2.945)	1% (46)
Haben Sie die Unterstützung des Jugendamts in Anspruch genommen?	7% (217)	92% (2.953)	1% (41)
... aufgrund einer schwierigen Wohnsituation?	5% (149)	93% (2.986)	2% (76)
... durch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache?	4% (141)	94% (3.007)	2% (63)
... durch Konflikte oder Gewalt in Ihrer Partnerschaft?	2% (64)	97% (3.111)	1% (36)
... aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung?	<1% (12)	98% (3.132)	2% (67)
Gibt es für Sie andere belastende Umstände?	6% (207)	90% (2.890)	4% (114)

Elterliche Belastungen in den Familien mit Teilnahme am Belastungsscreening mittels FB-E (n=3.211)

Etwa 20% der teilnehmenden Eltern gaben darüber hinaus im Belastungsscreening an, etwas sehr Belastendes (z.B. Todesfall in der Familie) erlebt zu haben und 19% fühlten sich in den letzten Wochen antriebslos, erschöpft und niedergeschlagen. Der Anteil an Alleinerziehenden lag bei 16%. Als weitere Belastungen wurden u.a. die Bewältigung des Lebensalltags (9%), Arbeitslosigkeit und finanzielle Sorgen (8%) oder fehlende Unterstützung (7%) angegeben.

Etwa 7% (n=236) der Eltern teilte mit, ein Kind mit erhöhtem Fürsorgebedarf zu haben. Der am häufigsten genannte Grund für einen erhöhten Fürsorgebedarf waren Folgen einer Frühgeburt (27%), herausfordernde Verhaltensweisen wie z.B. ADHS, ängstliches oder aggressives Verhalten (24%) und deutliche Entwicklungsverzögerungen (22%). Zudem wurde auch von Schwierigkeiten in der Kita bzw. Schule (20%) berichtet sowie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, wie z.B. Autismus (17%). Zwillings- oder Mehrlingsgeburten wurden von 11% als Grund für einen erhöhten Fürsorgebedarf genannt.

Etwa 6% der Eltern gaben im Belastungsscreening an, Alkohol zu trinken. Weniger als 1% der Eltern be-

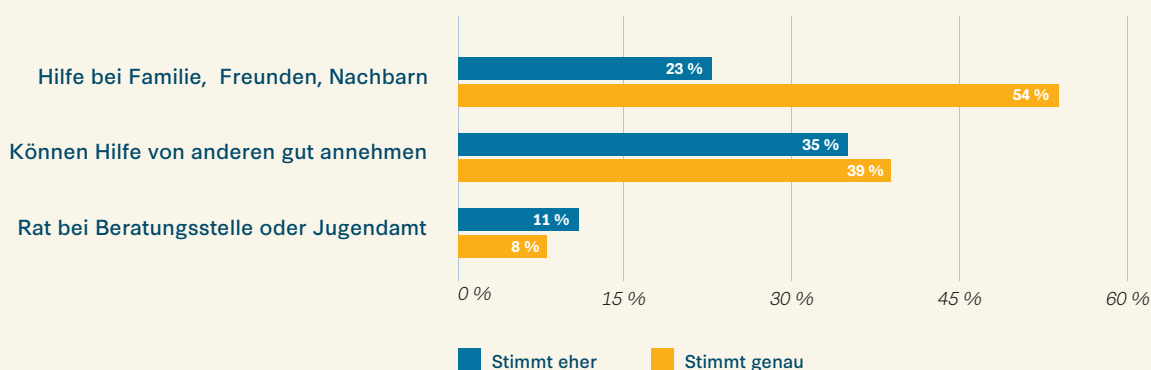
jahte im Belastungsscreening, Drogen oder nicht verschriebene Medikamente zu nehmen. Bei 4% der Eltern wurde nach eigener Auskunft eine psychische Krankheit festgestellt.

Von 6% der Eltern wurde für eine weitere enge Bezugsperson in der Familie Alkoholkonsum angegeben; unter 1% berichtete vom Konsum von Drogen oder nicht verschriebenen Medikamenten durch eine Bezugsperson des Kindes. Nach Auskunft von 2% der Eltern war bei einer engen Bezugsperson des Kindes eine psychische Erkrankung festgestellt worden.

Entlastungsstrategien aus Elternsicht

Etwa 77% der Eltern gaben an, dass es „eher“ oder „genau“ zutrifft, dass sie sich als Form einer Entlastungsstrategie Hilfe bei Familien, Freunden oder Nachbarn suchen würden; 74% waren der Meinung, dass es „eher“ oder „genau“ stimmt, dass sie Hilfe von anderen Menschen gut annehmen könnten. Mit 19% war die Suche nach Rat bei einer Beratungsstelle oder dem Jugendamt die am wenigsten häufig berichtete Entlastungsstrategie (Abbildung 4).

Abbildung 4:
 Entlastungsstrategien aus Elternsicht



Elterliche Entlastungsstrategien in den Familien mit Teilnahme am Belastungsscreening
 mittels FB-E (n=3.211) (Mehrfachantwort möglich)

Entlastungswunsch aus Elternsicht

Etwa 18% der 3.211 Eltern, die am Belastungsscreening teilnahmen, wünschten sich eine Entlastung. Rund 16% der Eltern mit einem Entlastungswunsch und damit 3% aller Eltern sahen für ihr Kind einen erhöhten Fürsorgebedarf (siehe Abbildung 5).

Der am häufigsten genannte Grund für einen erhöhten Fürsorgebedarf war nach Auskunft der Eltern mit Entlastungswunsch, dass das Kind ein Frühgeborenes war oder herausforderndes Verhalten wie z.B. ADHS, ängstliches oder aggressives Verhalten zeigte (je 5%). Deutliche Entwicklungsverzögerungen, Schwierigkeiten in der Kita bzw. Schule sowie chronische Erkrankungen oder Behinderungen wie z.B. Autismus wurden von jeweils 4% der Eltern mit Entlastungswunsch berichtet.

Vergleich der psychosozial belasteten Eltern mit und ohne Entlastungswunsch

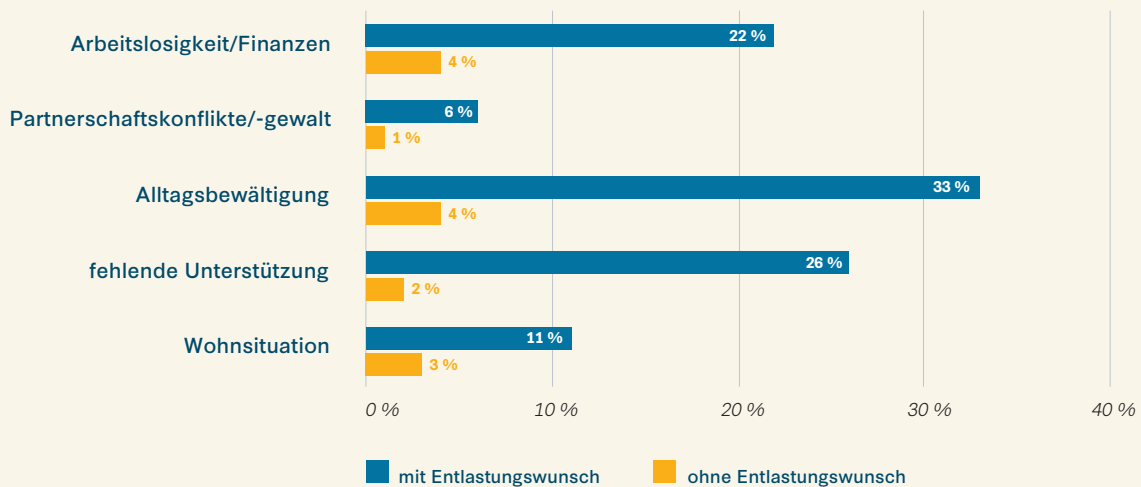
Eltern mit Entlastungswunsch berichteten signifikant häufiger über soziale Belastungsfaktoren in der Familie als Eltern ohne Entlastungswunsch (siehe Abbildung 6). Etwa 33% der Eltern mit Entlastungswunsch gaben eine Belastung in der Bewältigung des Alltags an, 26%

Abbildung 5: Entlastungswunsch aus Elternsicht



Kinder mit erhöhtem Fürsorgebedarf bei Eltern mit Entlastungswunsch in den Familien mit Teilnahme am Belastungsscreening mittels FB-E (n=570)

Abbildung 6: Vergleich der psychosozial belasteten Eltern mit und ohne Entlastungswunsch



Vergleich der Eltern mit (n=570) versus ohne (n=2.464) Entlastungswunsch hinsichtlich sozialer Belastungsfaktoren (Mehrfachantwort möglich)

berichteten von fehlender Unterstützung und 22% meldeten Belastungen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder finanziellen Sorgen zurück. Belastungen aufgrund einer schwierigen Wohnsituation wurden von 11% bzw. Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache von 6% der Eltern mit Entlastungswunsch angegeben.

Eltern mit Entlastungswunsch sahen bei ihrem Kind signifikant häufiger einen erhöhten Fürsorgebedarf als Eltern ohne Entlastungswunsch. Etwa 16% der Eltern, die im Belastungsscreening einen Entlastungswunsch angaben, berichteten, dass ihr Kind eine erhöhte Fürsorge benötigte.

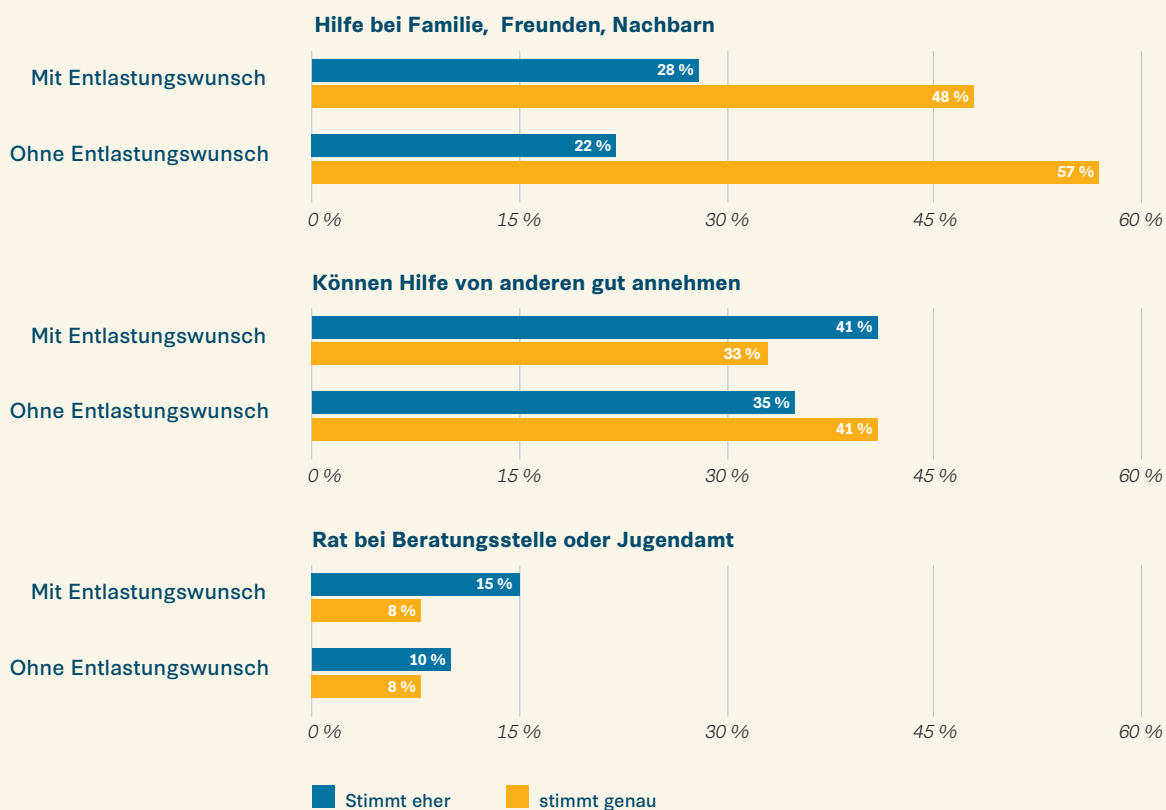
Eltern mit Entlastungswunsch waren signifikant häufiger gesundheitlich belastet als Eltern ohne Entlastungswunsch (abgesehen von der Einnahme von Drogen oder nicht verschriebenen Medikamenten). Etwa 7% der

Eltern, die sich laut Belastungsscreening eine Entlastung wünschten, berichteten von Alkoholkonsum, weniger als 1% nahmen Drogen oder nicht verschriebene Medikamente. Bei 8% der Eltern mit Entlastungswunsch wurde nach eigener Auskunft eine psychische Krankheit festgestellt.

In den Familien mit Entlastungswunsch war nach Auskunft der Eltern auch signifikant häufiger eine weitere enge Bezugsperson gesundheitlich belastet, ausgenommen in Bezug auf den Konsum von Drogen oder nicht verschriebenen Medikamenten, als in den Familien ohne Entlastungswunsch.

Eltern mit Entlastungswunsch nutzten laut eigener Einschätzung weniger häufig Entlastungsstrategien als die psychosozial belasteten Eltern ohne Entlastungswunsch (Abbildung 7).

Abbildung 7:
 Entlastungsstrategien von Eltern mit versus ohne Wunsch nach Entlastung

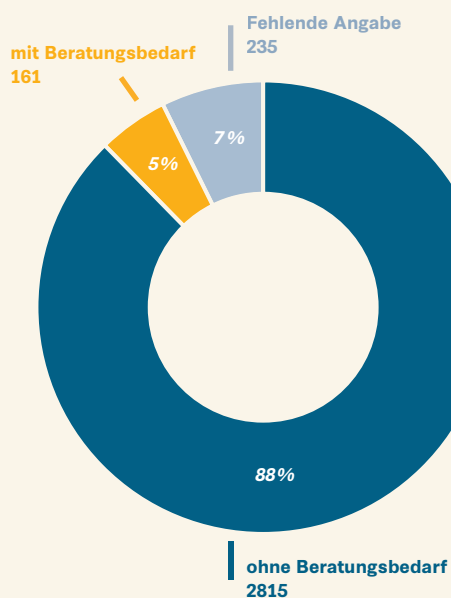


Entlastungsstrategien von Eltern mit (n=570) versus ohne (n=2.464)
 Wunsch nach Entlastung (Mehrfachantwort möglich)

Beratungsbedarf der Eltern aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Bei 5% aller Familien, die am Belastungsscreening teilnahmen, lag nach Einschätzung der/des Kinder- und Jugendärztin/-arztes ein Beratungsbedarf vor (siehe Abbildung 8). Bei 88% der Familien lag pädiatrischer Einschätzung zufolge kein Beratungsbedarf bei den Eltern vor.

Abbildung 8:
Beratungsbedarf der Eltern aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte



Von der/dem Kinder- und Jugendärztin/-arzt eingeschätzter Beratungsbedarf von Familien mit Teilnahme am Belastungsscreening mittels FB-E (n=3.211)

Den Grund für einen Beratungsbedarf leiteten die Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte bei 40% der Familien aus den Angaben im Familien-Fragebogen und bei 26% aus den Angaben im Arztgespräch ab. Bei 20% der Eltern, die im Belastungsscreening für sich selbst einen Entlastungswunsch angaben, wurde auch von den Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzten ein Beratungsbedarf gesehen. Bei 98% der Eltern ohne selbst eingeschätzten Entlastungswunsch wurde von ärztlicher Seite kein Beratungsbedarf gesehen. Für etwa 2% der Familien ohne eigenen Entlastungswunsch sahen jedoch die Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte einen Beratungsbedarf.

Belastungsbewertung aus Sicht der Jugendlichen

Etwa 8% der Jugendlichen sahen bei sich selbst einen erhöhten Fürsorgebedarf u.a. aufgrund körperlicher Symptome oder ADHS. Etwa 25% der Jugendlichen berichteten, dass die Familie etwas sehr Belastendes erlebt hatte und 23% lebten mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammen. Etwa 14% der Jugendlichen gaben an, sich in den letzten zwei Wochen häufig antriebslos, erschöpft und niedergeschlagen gefühlt zu haben. Rund 10% der Familien hatten die Unterstützung des Jugendamts in Anspruch genommen.

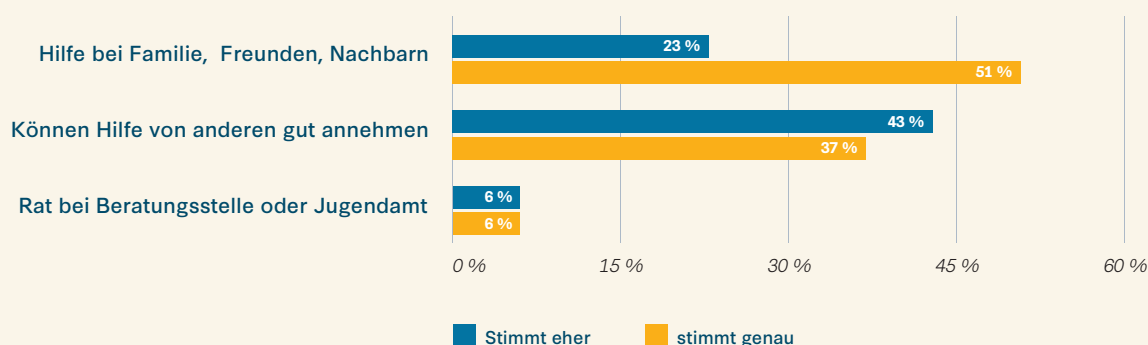
Jeweils 8% der Jugendlichen teilten mit, dass Belastungen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder finanziellen Sorgen und fehlender Unterstützung in ihrer Familien vorlagen. Etwa 6% berichteten von Belastungen aufgrund einer schwierigen Wohnsituation. Belastungen aufgrund von Partnerkonflikten und der Bewältigung des Familienalltags wurden von jeweils 4% der Jugendlichen angegeben. Berichtet wurde zudem von Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache (3%).

Etwa 14% der Jugendlichen lebten nach eigener Angabe mit einem Elternteil zusammen, der Alkohol konsumierte; von 4% der Jugendlichen konsumierte ein Elternteil Drogen oder nahm nicht verschriebene Medikamente zu sich. Bei 7% der Jugendlichen wurde bei einem Elternteil, mit welchem die Jugendlichen zusammenlebten, laut eigener Angabe eine psychische Krankheit festgestellt.

Familiäre Entlastungsstrategien und Entlastungswunsch aus Sicht der Jugendlichen

Als Entlastungsstrategien gaben die Jugendlichen an, dass sie zu 74% „eher“ oder „genau“ zustimmten, sich bei der Familie, Freunden oder Nachbarn Hilfe zu suchen und 80% stimmten „eher“ oder „genau“ zu, Hilfe von anderen gut annehmen zu können. Etwa 12% der Jugendlichen stimmten „eher“ oder „genau“ zu, sich bei einer Beratungsstelle oder dem Jugendamt Rat zu suchen (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9:
Familiäre Entlastungsstrategien und Entlastungswunsch aus Sicht der Jugendlichen



Entlastungsstrategien von Jugendlichen in Familien mit Teilnahme am Belastungsscreening mittels FB-J (n=73) (Mehrfachantwort möglich)

Etwa 27% der Jugendlichen gaben im Belastungsscreening einen Wunsch nach Entlastung für die Familie an; 62% hatten keinen Entlastungswunsch. Die Jugendlichen mit Entlastungswunsch gaben häufiger soziale Belastungsfaktoren an als Jugendliche ohne Entlastungswunsch, wobei die Unterschiede nicht statistisch signifikant waren.

Beratungsbedarf bei Jugendlichen aus pädiatrischer Sicht

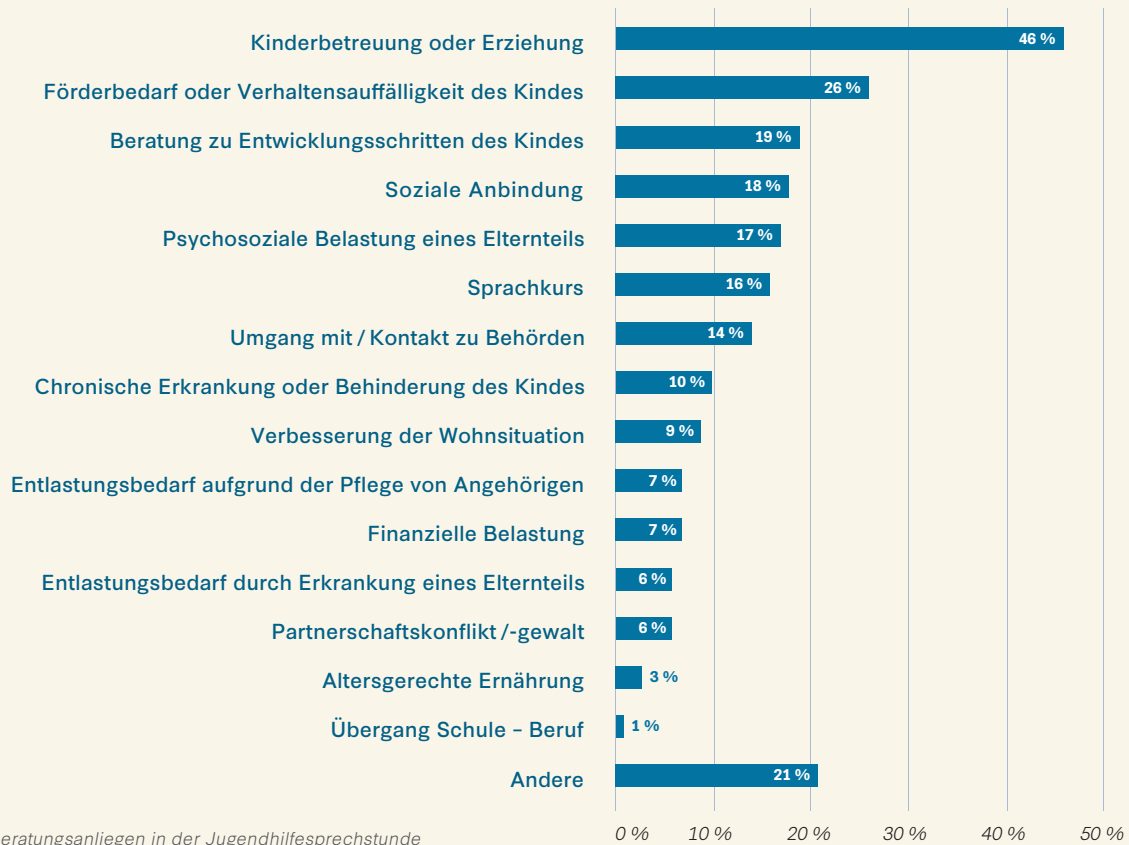
Bei 6% der Jugendlichen wurde von den Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzten ein Beratungsbedarf gesehen. Bei 78% der Jugendlichen lag aus ärztlicher Sicht kein Beratungsbedarf vor. Am häufigsten wurde ein Beratungsbedarf aufgrund der Angaben im Familien-Fragebogen festgestellt (67%).

Inanspruchnahme der Jugendhilfesprechstunde in den Kinder- und Jugendarztpraxen

In den Jugendhilfesprechstunden wurden insgesamt 191 Beratungen (Erst- und Folgekontakte) mit Familien dokumentiert; davon sind 128 Erstkontakte und 62 Folgekontakte (eine Angabe fehlte). Es sind somit 80% der Personen, die seitens der Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte mit Beratungsbedarf (n=161) eingeschätzt wurden, erfolgreich in ein Gespräch mit der Jugendhilfe übergeleitet worden. In den Interviews mit den MFA und Ärzten wurde allerdings genannt, dass besonders stark belastete Familien nicht zu den Jugendhilfesprechstunden erschienen.

Etwa 53% der für eine Untersuchung in die pädiatrische Praxis gekommenen Kinder in den Familien, die eine Beratung in Anspruch nahmen, waren männlich, 42% waren weiblich. In 45% der Familien lebten noch 1 bis 2 weitere Kinder im Haushalt, bei 13% lebten 3 bis 4 weitere Kinder. Das Alter der Kinder lag mit 27%

Abbildung 10:
Beratungsanliegen in der Jugendhilfesprechstunde



Beratungsanliegen in der Jugendhilfesprechstunde
(n=191) (Mehrfachantwort möglich)

am häufigsten zwischen dem 4. und dem 6. Lebensjahr. Die jüngsten Kinder waren in ihrem 1. Lebensmonat, während die ältesten Kinder sich zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr befanden.

Für die Jugendhilfesprechstunde wurde eine Vielzahl von Beratungsanliegen dokumentiert. Die häufigsten Anliegen in den Jugendhilfesprechstunden ergaben sich aus Unterstützungsbedarf in Bezug auf die Kinderbetreuung oder Erziehung (46%), aufgrund von Förderbedarf oder Verhaltensauffälligkeit des Kindes (26%), aufgrund von Beratungsbedarf zu Entwicklungsschritten des Kindes (19%), in Bezug auf die soziale Anbindung der Familie (18%) oder aufgrund der psychosozialen Belastung eines Elternteils (17%) (siehe Abbildung 10).

Die Beratungsanliegen betrafen aus der Perspektive der Mitarbeitenden der Jugendhilfesprechstunden am häufigsten die folgenden Bereiche:

- Kinder und Erziehung (n=103), z.B. „[...] hatte ich hauptsächlich erziehungsunsichere und mit der Erziehung überforderte Mütter [...] in der Beratung, die bestimmte Verhaltensweisen ihrer Kinder nicht einordnen konnten, die unsicher waren, wie sie damit umgehen und die in der Regel auch noch keinen Kontakt zu anderen Hilfesystemen außerhalb der Kinder- und Jugendarztpraxis gesucht hatten.“
- Bewältigung der Lebenssituation (n=54), z.B. „Leider kamen auch viele mit dem Wunsch nach einer neuen Wohnung, die ich natürlich auch nicht organisieren kann. Ich habe keine Wohnungen so in petto.“

- Bewältigung des Alltags (n=47), z. B. *„Ich habe Familien geholfen, Hartz4-Anträge auszufüllen. Ich habe Hilfestellung geleistet bei Anmeldeformularen für die Kitas, was dann so einen behördlichen Teil hatte.“* oder *„Wo dann eine Familie vor mir saß und auch keine guten Deutschkenntnisse hatte, jetzt diesen Antrag hatte und einfach überhaupt nicht wusste, wie sie den ausfüllen soll.“*
- sowie den Bereich Partnerschaft (n=11), z. B. *„Auch an die Fachberatung, wo es um Trennungs-/Scheidungs geschichten ging. So Sorgerechtsfragen oder Besuchskontakte mit Kindern und den Eltern zu regeln.“*

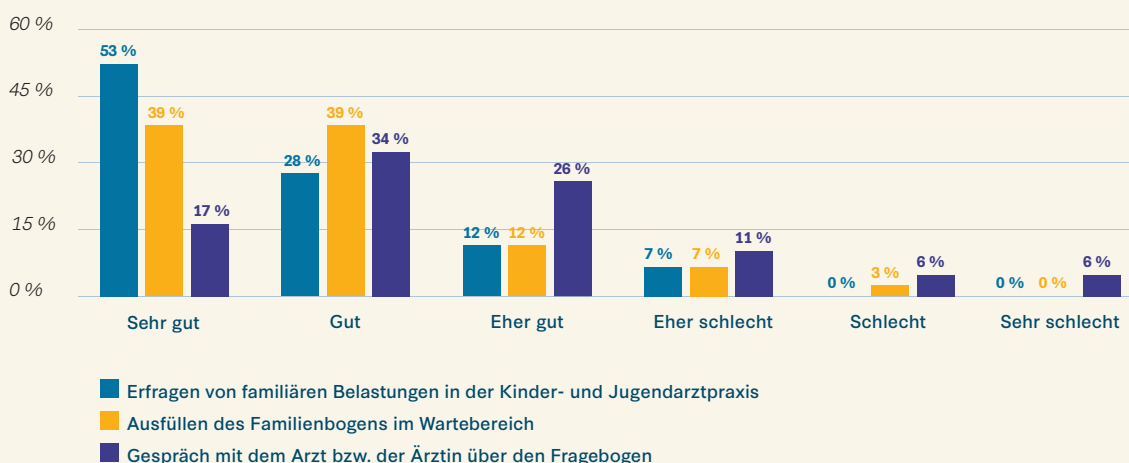
In 75% der dokumentierten Beratungen in den Jugendhilfesprechstunden wurde eine Weiterleitung der Familie empfohlen. Initiiert wurden am häufigsten Weiterleitungen an eine Institution zur weiteren Beratung und Information, an psychologische oder psychiatrische Dienste, an soziale bzw. sozialpädagogische Dienste, an Kurse oder Freizeitangebote, an Krankenkassen oder an kirchliche Dienste. Für 25% der 191 Beratungen wurde eine erfolgreiche Weiterleitung der Familien dokumentiert.

Akzeptanz des Modellprojekts durch die Eltern und die professionellen Akteure

Die Eltern bewerteten das Erfragen ihrer Belastungen in der pädiatrischen Praxis über das Ausfüllen des Belastungsscreenings und das darauf aufbauende Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt über die Inhalte des Familien-Fragebogens mehrheitlich als „sehr gut“ und „gut“ (siehe Abbildung 11).

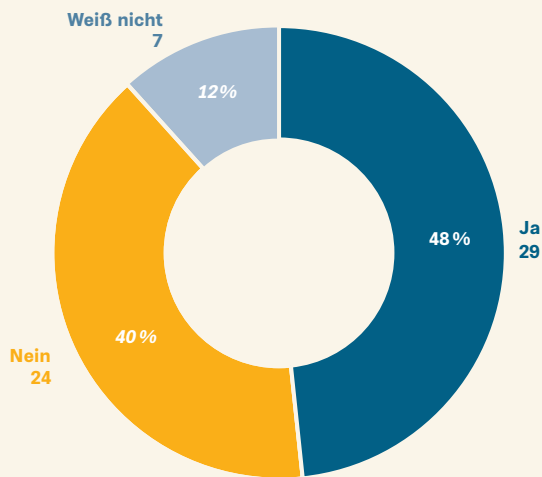
Die Vernetzung von pädiatrischer Praxis und Jugendhilfe bewerteten insgesamt 55% als „sehr gut“ oder „gut“. Etwa 36% der interviewten Eltern gaben keine Beurteilung an. Von den n=60 Eltern, die zur Bewertung des Modellprojekts bereit waren und befragt werden konnten, hatten 5% eine Beratung in der Jugendhilfesprechstunde in Anspruch genommen. Die Eltern, die an einer Beratung in der Jugendhilfesprechstunde teilgenommen hatten, bewerteten die Beratung und Weiterleitung mit „sehr gut“/ „gut“. Die Familien hatten nach eigener Angabe im Interview durch die Beratung „Hilfe bekommen“ und wurden in andere Einrichtungen weitergeleitet. Weitere Unterstützung bei familiären Belastungen in ihrer Kinder- und Jugendarztpraxis wünschten sich 48% aller befragten Eltern (siehe Abbildung 12).

Abbildung 11:
 Bewertung des Modellprojekts durch die Eltern im Telefoninterview



Bewertung des Modellprojekts durch die Eltern im Telefoninterview (n=60)

Abbildung 12:
Wunsch der Eltern nach weiterer Unterstützung in der Kinder- und Jugendarztpraxis im Telefoninterview



Wunsch der Eltern nach weiterer Unterstützung in der Kinder- und Jugendarztpraxis im Telefoninterview (n=60)

Die Akzeptanzbewertung von Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzten, von MFA und Mitarbeitenden der Jugendhilfe für das Modellprojekt reichte von „sehr gut“ bis „ausreichend“. Kritisch eingeschätzt wurde von den professionellen Akteuren vor allem der Familien-Fragebogen sowie die Akzeptanz des gesamten Modellprojekts durch die Familien: „[...] und ich habe gefragt ›Jetzt haben Sie so ein paar Fragen frei gelassen‹ und dann hat die Mutter gesagt ›Ich habe das nicht angekreuzt, wenn ich da ›Ja‹ ankreuze, dann heißt es hinterher, ich bin Alkoholikerin und dann steht das Jugendamt bei mir vor der Haustür“.

Die befragten MFA bewerteten das Modellprojekt insgesamt eher negativer als die Pädia-terinnen und Pädia-ter sowie die Mitarbeitenden in den Jugendhilfesprechstunden. Vier der fünf Mitarbeitenden der Jugendhilfesprechstunde erklärten, dass sie durch das Modellprojekt „sehr gut“ Familien beraten konnten, die sonst nicht mit der Jugendhilfe in Kontakt gekommen wären.

Bewertung der Praktikabilität des Modellprojekts durch professionelle Akteure

Der Aufwand des Projekts im Verhältnis zum Nutzen wurde von den befragten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten als „gut“ bis „befriedigend“ bewertet, sie benötigten für das Projekt durchschnittlich 73 Minuten zusätzliche Arbeitszeit pro Tag. Die MFA bewerteten das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Modellprojekts sehr unterschiedlich von „sehr gut“ bis „ausreichend“, sie benötigten durchschnittlich 139 Minuten zusätzliche Arbeitszeit pro Tag. Die Praktikabilität des Familien-Fragebogens schätzten Ärztinnen und Ärzte sowie MFA als „gut“ bis „befriedigend“ ein. Während das Erreichen von Familien mit Migrationshintergrund aus Sicht von Kinder- und Jugendarzt/-ärztin im Modellprojekt „sehr gut“ oder „befriedigend“ gelang, bewerteten die MFA das Erreichen der Familien mit Migrationshintergrund als „gut“ bis „ausreichend“. Alle Befragten waren der Meinung, dass belastete Familien bei der Lösung ihrer Probleme durch die Jugendhilfesprechstunde unterstützt werden konnten. Alle befragten Ärztinnen bzw. Ärzte sowie 75% der befragten MFA sahen durch das Projekt einen Mehrwert für die Praxis.

Die Mitarbeitenden in den Jugendhilfesprechstunden bewerteten die Praktikabilität des Modellprojekts als „gut“ und „befriedigend“. Die Zusammenarbeit mit der pädiatrischen Praxis erlebten sie als „sehr gut“ bis „befriedigend“: „[...] ich hatte mir gewünscht, dass ich mit der Info über die Termine an der jeweiligen Sprechstunde eben auch diesen Fragebogen mitbekomme, das ja auch in der Schweigepflichtentbindung so stand, wenn die Eltern das gestatten, damit ich mir ungefähr ein Bild machen kann, mich etwas vorbereiten kann.“

„Das hat gut funktioniert und das war auch ein ganz wichtiger Bestandteil, dass die Kooperation gut funktioniert. Und ich glaube, das macht dann auch was mit der Qualität der Arbeit, wenn sich der Beratende wohl fühlt, sich gut fühlt, sich da angenommen und ja auch als wichtiger Bestandteil da wahrgenommen wird in der Praxis. Dann macht das auch was mit der Arbeit, die man da durchführt. Und da kann ich mich also eigentlich tatsächlich nur positiv äußern.“

Die Umsetzbarkeit des Modellprojekts für weitere pädiatrische Praxen in NRW schätzten die Mitarbeitenden der Jugendhilfesprechstunde als „sehr gut“ oder „gut“ ein.

**Prüfung der Veränderung
 zwischen TAU- und Interventionsphase**

Der statistische Vergleich (mittels chi-Quadrat-Test) von sozialen und gesundheitlichen Belastungen der Familien in der Vorphase der Evaluation (TAU, n=110) zu Familien in der Interventionsphase (n=3.211) ergab keine signifikanten Unterschiede.

Prüfung der Strukturbildung

In zwei der drei Praxen wurden nach der Intervention differenziertere psychosoziale Belastungen der Familien genannt als vor Beginn des Projekts. Da die Belastungen der Familien sich statistisch jedoch nicht signifikant voneinander unterschieden, lässt sich dieses Ergebnis auf eine differenziertere Wahrnehmung zurückführen.

Eine Praxis gab außerdem an, dass Ärztinnen und Ärzte im Unterschied zum Zeitpunkt t0 nun am Qualitätszirkel partizipieren würden und andere Kooperationspartner zur Weiterleitung nennen könnten. Außerdem gab die Praxis an, Unterstützung nun auch über das beim Jugendamt angesiedelte Case Management zu beziehen. Diese Praxis äußerte außerdem, sich bei der weiteren Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe eine niedrigschwelligere Zusammenarbeit zu wünschen. Diesen Wunsch konnte die Praxis zum Zeitpunkt t0 noch nicht formulieren.

In einer anderen Praxis kam vor allem die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern hinzu und die Ärztinnen und Ärzte waren zum Ende der Interventionsphase in verschiedenen Netzwerken (u.a. Qualitätszirkel Frühe Hilfen) aktiv. Eine der drei Praxen wünschte sich außerdem in der Kooperation mit der Jugendhilfe ein verbindliches Anmeldungssystem mit Recall, Rückmeldung bezüglich Terminwahrnehmung und ein besseres Image der Jugendämter. Diese Anregungen wurden vor Beginn des Projekts noch nicht genannt.

Prüfung der Interraterreliabilität

Der Vergleich der Einschätzungen des Belastungsgrades von n=110 Familien in der Vorphase der Evaluation durch Kinder- und Jugendärztin/-arzt und einem Fachexperten diente einer Schätzung der Interraterreliabilität. Die Interraterreliabilität wurde hier mit Cohens Kappa (k) bestimmt. Dabei zeigte sich, dass bei der Einschätzung des Belastungsgrad von einer „ausreichenden Übereinstimmung“ gesprochen werden kann: $k = 0,299$.

Bei der Einschätzung, ob die Angaben im Familienfragebogen einen Beratungsbedarf anzeigen, wurde $k = 0,274$ ermittelt. Man kann somit auch an dieser Stelle von einer „ausreichenden Übereinstimmung“ der Rater sprechen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Prüfung der Interraterreliabilität

Beratungsbedarf	Häufigkeit laut Kinder- und Jugendärztin/-arzt in % (n)	Häufigkeit laut Fachexperten in % (n)
keine Beratung notwendig	46% (50)	56% (61)
unklar	27% (30)	25% (27)
Beratung notwendig	27% (30)	18% (20)
fehlend	<1% (0)	2% (2)

Vergleich der Einschätzungen des Belastungsgrades von Familien in der Vorphase der Evaluation durch Kinder- und Jugendärztin/-arzt und Fachexperten (n=110)

4.4 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

Ein Zugang zu psychosozial belasteten Familien konnte hergestellt werden: Etwa 18% der 3.211 Eltern, die am Belastungsscreening teilgenommen hatten, formulierten einen Wunsch nach Entlastung. Eltern mit Entlastungswunsch gaben signifikant häufiger soziale Belastungsfaktoren in der Familie an als Eltern ohne Entlastungswunsch, sahen bei ihrem Kind signifikant häufiger einen erhöhten Fürsorgebedarf und waren in Bezug auf die Einnahme von Drogen oder nicht verschriebenen Medikamenten signifikant häufiger gesundheitlich belastet. Nach Angaben der Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte konnten auch Familien mit Migrationshintergrund gut eingebunden werden und die Jugendhilfemitarbeiterinnen erkannten, dass belastete Familien in die Beratung kamen, die sonst nicht gekommen wären.

Das Verfahren in der Praxis muss adaptiert und verbessert werden: Das Belastungsscreening mittels des Familien-Fragebogens sollte einen systematischen Gesprächsanlass im Untersuchungsgespräch mit Kinder- und Jugendärztin/-arzt schaffen. Bei 5% aller 3.211 Familien, die am Belastungsscreening und an der Studie teilnahmen, lag nach Einschätzung der Kinder- und Jugendärztin bzw. des Kinder- und Jugendarztes ein Beratungsbedarf vor. Einen Beratungsbedarf leiteten die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte bei 40% der Familien aus den Angaben im Familien-Fragebogen und bei 26% aus den späteren Angaben im Arztgespräch ab. Ob diese Belastungsquote für diese Praxisstandorte „normal“ ist, muss aufgrund einer fehlenden Baseline offen bleiben. Allerdings wurde nur bei 20% der Eltern, die im Belastungsscreening für sich selbst einen Entlastungswunsch äußerten, auch von den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten ein Beratungsbedarf gesehen. Diese Diskrepanz konnte nicht hinreichend aufgeklärt werden und sollte weitergehend mit einer größeren Anzahl an teilnehmenden Praxen hinterfragt werden. Bemerkenswerterweise sahen bei etwa 2% der teilnehmenden Familien die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte einen Beratungsbedarf, ohne dass die Familien im Familien-Fragebogen einen eigenen Entlastungswunsch nannten. Diese Familien konnten aufgrund des systematischen Vorgehens Zugang zur Jugendhilfesprechstunde erhalten.

Jugendliche müssen stärker eigenständig Berücksichtigung finden: Die Belastungen aus Sicht der Jugendlichen liegen höher als es die Angaben der Sorgebe-



rechtigten vermuten lassen. Etwa 8% der Jugendlichen sahen bei sich selbst einen erhöhten Fürsorgebedarf u.a. aufgrund körperlicher Symptome oder ADHS. Etwa 14% der Jugendlichen lebten nach eigener Angabe mit einem Elternteil zusammen, der Alkohol konsumierte; von 4% der Jugendlichen konsumierte ein Elternteil Drogen oder nahm nicht verschriebene Medikamente zu sich. Durch Konflikte oder Gewalt fühlen sich 10% der Jugendlichen mit Wunsch nach Entlastung belastet. Es bleibt zu vermuten, dass Jugendliche weniger unter Schuld- und Schamgefühlen bei dem Belastungsscreening litten und das sozial erwünschte Ausfüllverhalten damit geringer ausfiel.

Jugendliche Patientinnen und Patienten haben einen starken Wunsch nach familiärer Entlastung: So gaben etwa 27% der Jugendlichen im Belastungsscreening einen Wunsch nach Entlastung für die Familie an. Unklar bleibt auch hier, warum nur bei 6% der Jugendlichen von den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten ein Beratungsbedarf eingeschätzt wurde. Freitextliche Angaben der befragten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte dazu lassen vermuten, dass das Ausfüllen des Familien-Fragebogens die Eltern und Jugendlichen zur offenen Beantwortung ermutigte, während das direkte Nachfragen der Ärztinnen und Ärzte zu Relativierungen führte. Gleichwohl klärt dies nicht die große Diskrepanz und sollte unbedingt Anlass sein, die methodische Prüfung der Ansätze Fragebogen versus Arztgespräch vorzunehmen und Pädiaterinnen und Pädiater bzw. MFA stärker in der psychosozialen Belastungsanamnese zu schulen.

4.5 Fazit und Ausblick der Evaluation

Die Inanspruchnahme der Jugendhilfesprechstunden ist erfolgsversprechend: Tatsächlich haben 80% der Familien, bei denen von den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten ein Beratungsbedarf gesehen wurde (n=161) die Jugendhilfesprechstunde in Anspruch genommen. Der Unterstützungsbedarf innerhalb der Jugendhilfesprechstunde bezog sich mehrheitlich auf die Kinderbetreuung oder Erziehung (46%) und auf Förderbedarf oder Verhaltensauffälligkeit des Kindes (26%). In 75% der dokumentierten Beratungen in den Jugendhilfesprechstunden wurde eine Weiterleitung der Familie empfohlen. Initiiert wurden am häufigsten Weiterleitungen an eine Institution zur weiteren Beratung und Information, an psychologische oder psychiatrische Dienste, an soziale bzw. sozialpädagogische Dienste. Leider wurde das Monitoring der Jugendhilfearbeit nicht wie vorgesehen durchgeführt und damit liegen keine Aussagen über den Erfolg der Weiterleitung vor. Auch ist eine Validierung der Aussagen einzelner MFA und Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, dass insbesondere die stark belasteten Familien die Jugendhilfesprechstunde nicht in Anspruch genommen haben, nicht möglich.

Es fand eine Strukturbildung und bessere Vernetzung der Praxen im Bereich Jugendhilfe/Frühe Hilfen statt: In zwei der drei Praxen entwickelten sich während der Interventionsphase konkrete Netzwerke zu Frühe Hilfe Angeboten oder der Jugendhilfe der Stadt oder des Landkreises. Die Wahrnehmung der psychosozialen Belastungen der Familien war in zwei der drei Praxen differenzierter und zwei Praxen sind Teilnehmer der Qualitätszirkel Frühe Hilfen in der Region geworden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass psychosozial belasteten Familien ein Zugang zur Jugendhilfe im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen ermöglicht werden konnte.

„ Grundsätzlich müssten die Angebote offener ausliegen, da oft nicht klar ist, welche Hilfsangebote überhaupt zur Verfügung stehen. “

AUS DER INTERVIEWBEFRAGUNG DER ELTERN

Es zeigten sich v.a. gesundheitliche Belastungen und Probleme bei der Erziehung des Kindes, aber auch soziale Belastungen sowie eine gesundheitliche Belastung der Eltern und anderer enger Bezugspersonen. Jugendliche berichteten teilweise höhere Quoten an Belastungen, insbesondere in Bezug auf die gesundheitlichen Belastungen der Eltern und viele Familien erlebten sich in Überforderungssituationen und äußerten einen Entlastungswunsch.

„ Vielleicht ist die Zusammenarbeit mit einer Beratung für andere sinnvoll, ich hab es eher als nervig erlebt mit den vielen Terminen und so. “

AUS DER INTERVIEWBEFRAGUNG DER ELTERN

Die Familien mit Entlastungswunsch (Eltern wie Jugendliche) beschrieben signifikant häufiger soziale und gesundheitliche Belastungen als Familien ohne Entlastungswunsch. Die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sahen nur bei 5% aller Familien einen Beratungsbedarf. Anliegen waren in der Jugendhilfesprechstunde häufig die Erziehung des Kindes, der Alltag und die soziale Situation sowie die Partnerschaft. In drei Viertel der Beratungen wurde eine Weiterleitung an andere Institutionen empfohlen, bei 25% der Beratungen wurde von einer erfolgreichen Weiterleitung berichtet.

Die Akzeptanz für das Modellprojekt war bei Eltern und professionellen Akteuren hoch. Am kritischsten äußerten sich MFA, die möglicherweise auch den größten Zusatzaufwand hatten. Die Praktikabilität wurde gut bis befriedigend bewertet, wobei auch hier die MFA am kritischsten urteilten.

Es muss offen bleiben, ob und wie die Intervention „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ sich auf die Situation der Familien auswirkte, da die Evaluationsergebnisse sich auf die Machbarkeit der Umsetzung konzentrierten. Es ist darüber hinaus anzunehmen, dass Selektionseffekte die Ergebnisse beeinflussten. So meiden besonders stark belastete Familien die Studienteilnahme oder das wahrheitsgemäße Angeben ihrer

„Ich habe die Infos für die Beratung gar nicht gesehen. Brauche sowas selber auch nicht, aber für die anderen, also die es brauchen, sollte es direkt zu sehen sein!“

AUS DER INTERVIEWBEFRAGUNG DER ELTERN

Belastungen gegenüber Dritten aus Angst vor einer Intervention seitens des Jugendamtes oder wegen Schuld- und Schamgefühlen. Zu vermuten steht daher, dass die besonders stark belasteten Familien auch in diesem Modellprojekt unterrepräsentiert sind. Sorgsam validierte Quoten von psychosozial belasteten Familien in der pädiatrischen Versorgung liegen zu Vergleichszwecken leider nicht vor. Daher muss auch die vorliegende Studie konservativ und zurückhaltend bewertet werden, da es sich lediglich um drei Kinder- und Jugendarztpraxen an drei speziellen Standorten mit für das Projekt motivierten Praxisteams und Jugendhilfemitarbeitenden handelt.

„Alle brauchen mehr Zeit zum Kümmern. Keiner redet mehr wirklich!“

AUS DER INTERVIEWBEFRAGUNG DER ELTERN

„Die Beratung in unserer Kinderarztpraxis ist sehr gut. Das Problem liegt in zu wenig Geld und zu wenig Zeit aufgrund von zu viel Arbeit. Dabei handelt es sich um nichts, wo der Arzt helfen könnte.“

AUS DER INTERVIEWBEFRAGUNG DER ELTERN

Eine weitergehende wissenschaftliche Prüfung muss schließlich zeigen, ob Eltern beraten werden können, die sonst nicht in die Beratung hätten einbezogen werden können und ob die Weiterleitungen erfolgreich bzw. erfolgreicher verlaufen als ohne Jugendhilfesprechstunde.

Trotz der genannten Limitationen und Einschränkungen bleibt das Fazit sehr positiv: Eine Jugendhilfesprechstunde in einer Kinder- und Jugendarztpraxis zu etablieren, findet mit der gewählten Intervention – Systematisches Belastungsscreening als Gesprächsanlass und Beratung in einer Jugendhilfesprechstunde vor Ort – hohe Akzeptanz bei Eltern und professionellen Akteuren.

„Unsere Ärzte müssen stärker auf uns Patienten eingehen und sich mehr um den Menschen kümmern, statt nur die Krankheiten abzuhaken. Dann könnte man auch mal über peinlichere Sachen erzählen. So nicht! So ist alles immer prima und weg!“

AUS DER INTERVIEWBEFRAGUNG DER ELTERN

5. Externe Expertise

5.1 Kinder- und Jugendmedizin

Thomas Fischbach

Wie unsere Kolleginnen und Kollegen sowie die Eltern unserer Patientinnen und Patienten wünschen wir uns eine Hand-in-Hand-Betreuung und -Versorgung in unseren Kommunen. Auch wenn in den letzten 15 bis 20 Jahren große Anstrengungen unternommen worden sind, die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu verbessern („Runde Tische Kindergesundheit“, Gesundheitskonferenzen, Expertenkommissionen etc.), so hakt es immer noch an etlichen Stellen. Dies ist zum einen der föderalen Struktur unseres Staatswesens mit seiner oftmals überbordenden Diversität geschuldet, zum anderen einer gewissen Inkompatibilität der fachlichen Grundlagen und Voraussetzungen bei Ärzteschaft wie Jugendhilfe. Das beginnt bereits beim unterschiedlichen Wording und Begriffsverständnis, was eine nahezu babylonische Sprachverwirrung erzeugen kann. Beispielsweise verstehen Ärztinnen und Ärzte unter „Kindeswohlgefährdung“ nicht unbedingt dasselbe wie ASD-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, die streng nach den Kriterien des SGB VIII handeln. Unterschiedliche Situationseinschätzungen sind oftmals die Folge und hindern uns im Alltag zuweilen daran, gemeinsame Ziele einer Unterstützung zu definieren sowie für unsere hilfebedürftigen Patientinnen und Patienten einen niederschweligen Zugang zu den Hilfestrukturen des Jugendhilfesystems zu finden. Die im Projekt realisierte „face to-face-Kooperation“ mit dem Bereich der Jugendhilfe hat die Kinder- und

Jugendärztinnen und -ärzte stark entlastet und der unter einem Dach mögliche leichte Austausch mit den Mitarbeiterinnen der Jugendhilfe war sehr wertvoll für die ärztliche Arbeit. Dadurch konnten Beratungsziele abgestimmt und gemeinsam Unterstützungskonzepte entwickelt werden. Die Akzeptanz der Beraterinnen durch die Patientinnen und Patienten war gut und mehrheitlich gewünscht, bedurfte jedoch einer vorherigen Erläuterung des Projekthintergrunds durch die Ärztinnen und Ärzte bzw. die Medizinischen Fachangestellten der Praxen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte würde eine Verstetigung des Konzepts und Übernahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Schaffung einer Schnittstelle zwischen dem Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung) und dem Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) ausdrücklich begrüßen. Dies würde durch Kooperation der Kompetenzen beider Bereiche und passgenaue Zuleitung der Betroffenen in die Hilfesysteme vor Ort dem Patientenwohl dienen. Kostentensive und frustrierende Tournées der Patienten durch das Versorgungsdickicht könnten verringert und Unterstützungserfolge verbessert werden.



Sönke Siefert

Die Stiftung SeeYou sammelt bereits seit vielen Jahren Erfahrungen mit der Etablierung von Frühen Hilfen in der Arztpraxis, dies vorwiegend in der Schwangerschaftsvorsorge. Die wissenschaftliche Evaluation des Forschungsprojekts ergab eine signifikant gestiegene Selbstwirksamkeitserwartung sowie eine höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen der durch die Babylotsen unterstützten Familien (Publikation in Vorbereitung). Seit 2016 werden auch Lotsendienste in zwei großen Kinder- und Jugendarztpraxen getestet, hier steht jedoch noch eine wissenschaftliche Evaluation aus. Vor diesem Hintergrund besteht ein großes Interesse an praktischen Erkenntnissen zur Akzeptanz einer Jugendhilfe-Sprechstunde in der Kinder- und Jugendarztpraxis sowie über die Machbarkeit, die prozessuale Ausgestaltung, Gelingensfaktoren, Herausforderungen und Hürden. Die Stiftung SeeYou erhofft sich für die Zukunft einen guten Erfahrungsaustausch zu den Projektinhalten, zur Projektdurchführung und zu den Ergebnissen sowie gerne auch Unterstützung bei der Planung und Umsetzung ähnlicher Lotsenprojekte im ambulanten Sektor (Babylotse ambulant, KID-PROTEKT). Sinnvoll ist zweifellos bei positiver Evaluation eine Übertragung auf weitere Facharztgruppen. Hier halten wir insbesondere die Gynäkologinnen und Gynäkologen für eine relevante und sinnvolle Zielgruppe.

Unseren Erfahrungen nach sollten die Lotsendienste durch Mitarbeitende aus den Bereichen Sozialpädagogik, Pädagogik oder einer vergleichbaren Qualifikation besetzt werden. Darüber hinaus sind Kenntnisse im Case Management sowie in den Frühen Hilfen erforderlich. Daneben braucht es Expertenwissen bezüglich des örtlichen Netzwerkes, eine ausgeprägte Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit sowie eine hohe Flexibilität und Ambiguitätstoleranz. Auch Erfahrungen im Projektmanagement sind nützlich bei der Implementierung der neuen Leistung in der Arztpraxis.

Die Erfahrungen aus den Projekten Babylotse ambulant und KID-PROTEKT zeigen, dass (nach entsprechender Qualifizierung) auch eine Delegation einzelner Leistungen an die Medizinischen Fachangestellten (MFA) möglich und oftmals sinnvoll ist. So können orientierende Gespräche mit der Familie zur Bedarfsklärung (Entlastung des ärztlichen Personals!) und die Lotsentätigkeit in „einfachen“ Fällen übernommen werden. Für die MFA erschließt sich somit ein neues Tätigkeitsfeld, das ihre Rolle erweitert und aufwertet.

Für die Zukunft kann daher über eine stärkere Einbindung des medizinischen Fachpersonals nachgedacht werden und diese so als wertvolle und vorhandene Ressource genutzt werden.

Wir bedanken uns für die Teilnahme am Wissenschaftlichen Beirat, den wir als wertvolle Austauschplattform erlebt haben!

5.2 Kinder- und Jugendhilfe

Annette Berger
Dr. Silke Karsunky

**Soziale Prävention in Kinder- und
Jugendarztpraxen – ein vielversprechendes neues
Element in kommunalen Präventionsketten**

**Eine grundsätzliche Einschätzung
aus der Perspektive der Fachberatung
Frühe Hilfen bei den Landesjugendämtern
Westfalen und Rheinland**

Frühe Hilfen sind durch ihren interdisziplinären Charakter insbesondere auch an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe angesiedelt und erfordern somit eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus verschiedenen Professionen.

Die professionsübergreifende Arbeitsform stellt jedoch eine Herausforderung dar; die übergreifende Zusammenarbeit der beiden Systeme etabliert sich erst langsam (vgl. Müller und Quilling 2017: 112). Den Ausführungen von Fischer und Geene folgend lässt sich zwar ein Trend zu mehr Kooperation beobachten (vgl. Fischer und Geene 2019: 1), jedoch kann bislang nicht von einer flächendeckenden, systematischen und strategisch angelegten Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ausgegangen werden (vgl. ebd.: 22).

An den Übergängen zeigen sich Systemlücken, die dazu führen können, dass Familien, die in einer Kinder- und Jugendarztpraxis mit weitergehendem Unterstützungsbedarf auffallen bzw. diesen äußern, eben nicht regelhaft an die Kinder- und Jugendhilfe weitervermittelt werden. Dies liegt Ziegenhain und Fegert zufolge vor allem an nach wie vor fehlenden Verfahrensroutinen zur Vermittlung zwischen den Unterstützungssystemen sowie an fehlenden Informationen der Fachkräfte der Gesundheitshilfe über Unterstützungsmöglichkeiten sowie -angebote bzw. gegenseitiger Unkenntnis (vgl. Ziegenhain und Fegert 2009: 11). Zwar ergeben sich diesbezüglich durch das Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015 mit den Präventionsempfehlungen und den damit einhergehenden Verweisen auf regionale Unterstützungsangebote durch Ärztinnen und Ärzte (weitere) Möglichkeiten der strukturierten Zusammenarbeit, die jedoch in der Praxis noch kaum angekommen sind (vgl. Fischer und Geene 2019: 3).

Zugespitzt resümieren Ziegenhain und Fegert (2009): „Das Jugendamt wird, im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung und in seiner Funktion als Kontrollinstanz oder gar ‚Kinderklaubehörde‘, in vielen Fällen erst dann hinzugezogen, wenn eine Kindeswohlgefährdung droht bzw. bereits eingetreten ist“ (ebd.: 12).

Das Angebot „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ setzt hier an: Beratungsangebote, die in Regelinstitutionen installiert sind, die Eltern und Kinder regelmäßig aufsuchen, können als Lotsen zwischen den Systemen angesehen werden – auch, da sie kurze Wege sicherstellen. Die pädagogischen Fachkräfte informieren über die Vielfalt der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer Akteure und stellen durch die freiwillige Beratung in den Praxen einen neuen, niedrigschwelligen Zugang zu den Angeboten her. Hierdurch kann bei den Familien die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme sinken.

Um Familien bedarfsorientiert beraten und weitervermitteln zu können, müssen beratende Fachkräfte über breit gefächerte, aktuelle Informationen bezüglich der Angebotslandschaft – insbesondere im Kontext des kommunalen Netzwerkes Frühe Hilfen – verfügen, regelmäßig vor Ort in der Praxis sein, über ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie über kommunikative Fähigkeiten verfügen, um den vielfältigen Anliegen der Familien wertschätzend zu begegnen.

Hierbei können Fragebögen als Leitfaden der strukturierten Gesprächsführung und zum systematischen Erfassen von geäußerten Bedarfen der Adressatinnen und Adressaten dienen. So kann sich ein ganzheitliches Bild über die Lebenslagen der Familien ergeben und „blinde Flecken“ werden vermieden. Fragebögen sollten jedoch nicht im Sinne eines Risikoscreenings zur Klassifizierung von Familien genutzt werden, insbesondere auch um Stigmatisierungen und Zuschreibungen zu vermeiden.

Grundsätzlich kann der Ansatz – als ein Element in der durch die Jugendämter koordinierten kommunalen Präventionsketten – zur Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen beitragen. Die Beratung durch (sozial-)pädagogische Fachkräfte in der Arztpraxis kann – gestützt durch Impulse des Modellprojekts – Bestandteil einer regelhaften, personenunabhängigen Struktur zur Überbrückung von Systemlücken werden. Bei den Überlegungen, diesen Ansatz in die Fläche zu bringen, sind die erforderlichen zeitlichen und finanziellen Ressourcen – in gemeinsamer Anstrengung von Gesundheits- und Jugendhilfesystem – zu berücksichtigen.

Wolfgang Rüting

Die strukturell und konzeptionell verankerte Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen in der Präventionsarbeit (im Kontext Jugendhilfe) sowie im Kinderschutz ist mittlerweile eine anerkannte Notwendigkeit mit Blick auf die Bildung lokaler Kooperationen und allgemein akzeptiert. Die langjährigen Erfahrungen aus dem NRW-Landesprojekt „Kommunale Präventionsketten“ verweisen hierauf: „Grundsätzlich entsteht durch Kooperation größere Transparenz und Übersichtlichkeit hinsichtlich des stationären und ambulanten Versorgungsangebots. Dadurch werden die Wege zu den Hilfesystemen kürzer und eine schnelle Hilfe in problematischen Situationen wird wahrscheinlicher“ (Deffte et al. 2018: 8).

Das Projekt „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“, lokal gestaltet durch Protagonisten aus der kinderärztlichen Praxis und der kommunalen Jugendhilfe, greift diese Anforderung im Kontext der Gestaltung von fachlichen, fallbezogenen Austauschbeziehungen und der Ermöglichung früher Zugangsbedingungen zu den Leistungen der Jugendhilfe auf. Das gewählte Projektsetting, insbesondere die Verbindung eines praktischen Handlungsansatzes – Kontaktmöglichkeiten des kommunalen Sozialen Dienstes zu den Betroffenen in der Kinder- und Jugendarztpraxis – und die begleitende Prozessreflexion im Rahmen der interdisziplinären Arbeitsgruppe auf lokaler Ebene, schaffen die Voraussetzung dafür, sinnvolle Kooperationen mit Blick auf die gemeinsame Zielgruppe – Familie mit kleineren Kindern – zu entwickeln. Sinnstiftende, zielorientierte Kooperation kann sich in einem Klima gegenseitiger interdisziplinärer Akzeptanz insofern gut entwickeln. Relevant ist weiterhin die Einsicht in den eigenen Nutzen der Kooperation. Vor allem die Frage „Hilft es den betroffenen Familien, Kindern und Jugendlichen?“ lässt sich so vergleichsweise präzise beantworten.

Im Ergebnis steht fest: Die strukturbildende Kooperation im Kontext des Projekts „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ ist erfolgreich und erfüllt die gesetzten Erwartungen. Mit Blick auf ein wichtiges Segment der Präventionsarbeit erscheint diese auch alternativlos. Der im Allgemeinen in der Praxis „brüchige“ Übergang von der kinderärztlichen Tätigkeit zur Jugendhilfe lässt sich nur durch die Bildung verbindlicher Strukturen und Formen der Kooperation gestalten und reglementieren. Die Rahmenbedingungen dieser Prozesse sind allerdings anspruchsvoll. Es geht darum, die Schnittstelle zweier unterschiedlicher Systemwelten – kinderärztliche Praxis und Jugendhilfe – verlässlich

zu gestalten. An die Handelnden beider Fachbereiche stellt das im Prozessverlauf nicht geringe Anforderungen, u.a. die Erarbeitung einer aussagefähigen und verhandlungssicheren Kommunikationsbasis, das Verstehen der gegenseitigen Arbeitsbedingungen und Prozessabläufe, Vereinbarung und Anwendung gemeinsamer Einschätzungsverfahren zu den Lebenslagen von Familien. Nicht zuletzt auch die gemeinsame, zielorientierte Zusammenarbeit mit den betroffenen Familien.

Dies bleibt ein kontinuierlicher Prozess, der im Wesentlichen auf kommunaler Ebene und somit sozialräumlich umzusetzen ist. Allerdings wird nur so zu gewährleisten sein, dass Familien mit ihren Kindern in einer spezifischen Phase der Bedarfs- und Krisenentwicklung wahrgenommen und erreicht werden können. Und das, ohne diese bevormunden und fremdbestimmen zu wollen.

Das Projekt „Soziale Prävention“ hat zur Erreichung dieser Anforderungen und Ziele relevante Konzeptelemente und Erfahrungen generiert. Beispielhaft hierfür steht die Entwicklung interdisziplinärer Kommunikation und fachlicher Einschätzungsmöglichkeiten, die Entwicklung und Erprobung geeigneter Arbeitsformen, letztlich auch die Verbesserung des Wissens voneinander und übereinander.

Diese Ergebnisse sind als Modell für die weitere Praxisentwicklung in anderen Regionen und an anderen Standorten geeignet. Sie bilden m. E. allerdings keine „Blaupause“, sondern dienen als Orientierung, bzw. Referenz. Gefordert ist der jeweilige öffentliche Träger der Jugendhilfe. Aufgabe kommunaler Jugendhilfeplanung ist es hier, den entsprechenden Bedarf zu erheben und zu beschreiben, die relevanten Protagonisten und Akteure zu identifizieren, letztendlich die hierfür erforderlichen Prozesse zu initiieren und Ressourcen (Personal, Finanzen, Sachmittel) bereitzustellen. Die hierzu vorgeschaltete kommunalpolitische Erdung (Jugendhilfeausschuss) dieses Vorhabens ist unabdingbar.

Das Projekt „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ – als Ganzes und bezogen auf die Entwicklungen an den Projektstandorten – zeigt daher gute Möglichkeiten der Entwicklung auf. Zu empfehlen ist zum einen die Fortsetzung der richtungsweisenden Arbeit an den Projektstandorten, zum anderen der Transfer auf die Jugendhilfe und die Gesundheitsebene in NRW insgesamt. Hierzu ist die entsprechende Förderung durch das Land zu intensivieren, wobei das Gesundheits- und das Jugendressort gleichermaßen gefordert sind. Auch auf dieser Ebene gilt es, administrative Schranken zu überwinden. Das beabsichtigte Landesprogramm „Chancen – Für ein gutes Aufwachsen in NRW“ weist hierfür entsprechende Entwicklungslinien auf.

5.3 Wissenschaft

Raimund Geene

Verknüpfung zu psychosozialen Hilfen – ein Silberstreif am Horizont

Familiäre Gesundheitsförderung ist in Deutschland – im Gegensatz zu internationalen Konzepten (Weltgesundheitsorganisation, UNICEF und Weltbank 2018) – ein noch stark unterentwickelter Bereich. Insbesondere in der Lebensphase rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit gibt es zwar ein engmaschiges Betreuungsangebot durch Ärztinnen, Ärzte und Hebammen, das jedoch zu einem besonderen Paradox führt: Mit der (zu) hohen Anzahl detektierter medizinischer Schwangerschafts- und Geburtsrisiken geht gleichzeitig einher, dass besondere, oft psychosoziale, Risiken übersehen werden (vgl. Schücking 2013). Dieses – epidemiologisch ausgedrückt – Missverhältnis von zu hoher Sensitivität bei zu geringer Spezifität hat den Gemeinsamen Bundesausschuss bereits 2007 nach ausführlicher Beratung dazu bewogen, die Aufforderung nach einem Screening auf Kindeswohlgefährdung im Rahmen der pädiatrischen Früherkennung abzulehnen (vgl. GBA 2007).

Handlungsansätze aus dem Gesundheitswesen sind bislang eher proklamiert als in der Praxis angekommen: So wurden durch das Präventionsgesetz 2015 für die Schwangerenbetreuung (im §24d SGB V als optionale Regelung) und die pädiatrische Früherkennung (im §26 als obligatorische Regelung) Hinweise auf regionale Eltern-Kind-Unterstützungsangebote aufgenommen. In der Gesetzesbegründung wird von Angeboten zur „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“ gesprochen, deren Ausgestaltung jedoch unklar bleibt (Geene 2018). Im Gesetzgebungsverfahren hatte der Bundesrat verbindliche Regelungen gefordert, für die das Bundesgesundheitsministerium eine spätere Initiative ankündigte (vgl. Geene und Reese 2016), die aber bis heute ausblieb. So besteht weiterhin das Dilemma der pädiatrischen Früherkennungsangebote „zwischen Risikodetektion und Ressourcenorientierung“ (Geene, Höppner und Lubert 2013, vgl. auch Thyen 2010).

Wesentliche Initiativen zur Unterstützung von Eltern bei psychosozialen Problemlagen kommen eher aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Herausragend



ist hier die Bundesstiftung Frühe Hilfen, die eine flächendeckende Struktur von Netzwerken und Angeboten familiärer Betreuung aufgebaut hat, koordiniert durch ein Nationales Zentrum bei der BZgA und 16 Landeskoordinierungsstellen. Doch bislang fehlt es an systematischer Verknüpfung mit den Strukturen des SGB V (vgl. Fischer und Geene 2019).

Das Modellprojekt „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ ist hier ein Silberstreif am Horizont. Es ist zu hoffen, dass es Erkenntnisse generiert, wie die hohe Akzeptanz, Autorität und Beliebtheit der pädiatrischen Versorgung auch für ergänzende psychosoziale Hilfen genutzt werden können (vgl. ebd.). Dies betrifft den Zugang zu den belasteten Eltern, Kindern, Jugendlichen und Familien, aber auch den gegenseitigen Lernprozess von Anbieterinnen und Anbietern nach SGB V und SGB VIII sowie den weiteren beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowie Fachkräften mit dem Ziel von vernetzten und qualitativ hochwertigen Hilfsangeboten, die die Familien gerne annehmen und die von ihnen als nützlich empfunden werden (vgl. Hoffmann, Mengel und Sandner 2014).

Irene Somm

Das Projekt „Soziale Prävention“ ist m.E. in vielerlei Hinsicht innovativ und verstetigungswürdig. Erstens realisiert sich hier eine Sozialraumorientierung im Gesundheitswesen, die ihren Namen verdient: Es wird nicht mehr ignoriert, dass räumlich weit verstreute Beratungsgespräche, Abklärungs- und Therapiemaßnahmen für Eltern eine zusätzliche Überforderung bedeuten können. Vielmehr wird anerkannt, dass der Anfang einer Entlastung der Familie bei einer sorgfältigeren Abstimmung der Maßnahmen und Empfehlungen wie auch bei der Sicherstellung nahräumlicher Angebote beginnt. Dies wiederum gelingt offenkundig besser, wenn die Kinder- und Jugendhilfe örtlich greifbar ist und weniger die Aura eines „Kontroll-Amtes“ verbreitet.

Einen zweiten Aspekt möchte ich besonders herausstellen: Die seit Jahren angemahnte systemübergreifende Brückenfunktion der grundversorgenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte wird im Projekt erleichtert. Zweifellos ist diese Funktion ambivalent und spannungsreich: Einerseits droht eine unerwünschte Nähe zum staatlichen Wächteramt, andererseits verspricht diese Vorgehensweise – gerade langfristig – nachhaltige Entlastung und dringend notwendige nahräumliche Kooperation.

Grundversorgende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erleben tagtäglich, wie diffizil die direkte Ansprache wahrgenommener elterlicher oder auch jugendlicher Belastungen ist – sie ist erfahrungsgemäß häufig mit Scham, Versagensgefühlen und zahlreichen Befürchtungen verbunden. Manche Ärztinnen und Ärzte zeigen aus diesem Grund große Zurückhaltung, vielleicht auch falsch verstandene Diskretion, und normalisieren wahrgenommene Auffälligkeiten deshalb eher weg, etwa mit der Bemerkung: „solange das Kind keinen sichtbaren Schaden davon trägt, gehört das nicht zu meinen Aufgaben“. Andere jedoch tasten sich von Kontakt zu Kontakt langsam vor, hüten sich aber, mit der Tür ins Haus zu fallen – nicht zuletzt, weil man erlebt hat, dass sich die Eltern dann umso mehr zurückziehen oder in ein Ärzte-Hopping verfallen.

Im Projekt wurde ein neuer Belastungsfragebogen eingesetzt, um genau diese Ansprache für die Ärztin/den Arzt zu erleichtern, sie gar zu professionalisieren. Hier scheint sich allerdings zu bestätigen, was auch bei anderen Elternfragebögen zu beobachten ist, die ähnlich binär (Entweder-oder-Antworten, Extremausprägungen) konstruiert sind (vgl. Somm et al. 2018: 89ff, 143): Sie sind ein probates, ja effektives Mittel für (eher autochthone) Eltern, die bereits ein Problembewusstsein haben, sich aber schwer tun, die Belastung ohne explizite Aufforderung anzusprechen. Bei dieser Elterngruppe schafft der ausgefüllte Bogen für die Ärztin oder den Arzt einen idealen Gesprächsanlass und erleichtert eine gezielte Ansprache einzelner Belastungsfaktoren. Bei anderen Elterngruppen hingegen kann diese Form der Belastungsermittlung zu problematischen Fehlschlüssen verleiten – sowohl in der Forschung wie in der Praxis (ebd.: 257f.). Wer ein geringes Problembewusstsein hat, eher misstrauisch ist und versteckte Absichten hinter den Fragen vermutet – wie etwa bei Eltern mit Migrationshintergrund (ebd.: 87) – oder aber die eigenen familiären Probleme nicht nur vor anderen, sondern auch vor sich selbst verdecken will, dem wird dies paradoxerweise mit den existierenden Elternfragebögen allzu leicht gemacht. Und das medizinische Gegenüber lässt sich – gerade wenn die Berufserfahrung fehlt – dadurch womöglich in die Irre führen.

Vor diesem Hintergrund plädiere ich eindringlich dafür, die Konstruktion solcher Bögen kritisch zu prüfen und das Antwortverhalten der zuletzt genannten Elterngruppen systematisch zu untersuchen. Auch empfehle ich – entgegen der aktuell weit verbreiteten Vorstellung, Professionalität allein mit Standardisierung sicherstellen zu können – sowohl die erforderlichen Rahmenbedingungen wie auch die Kompetenzen einer ärztlichen Brückenfunktion genauer zu ermitteln. Aufschlussreich wäre etwa die Frage, welche Gesprächsstile und zugrunde liegende Haltungen bei grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten eine erfolgreiche Überleitung belasteter Familien in die Kinder- und Jugendhilfe begünstigen oder erschweren.

6. Bezüge zu anderen Referenzprojekten

6.1 Lotsendienste in der stationären Geburtshilfe

Sara Scharmanski

Einleitung

Die Frühen Hilfen verbessern die Entwicklungs- und Lebenschancen von Familien und Kindern in psychosozial schwierigen Lebenslagen. Diese familiären Belastungslagen – wie beispielsweise gravierende finanzielle Sorgen und Armut der Familie, psychische Erkrankung eines Elternteils oder häusliche Gewalt – können dazu beitragen, dass Eltern Erziehungs- und Lebenskompetenzen nicht ausreichend entwickeln.

Die Bundesstiftung Frühe Hilfen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), die seit dem 1.1.2018 eingerichtet ist, trägt dazu bei, dass in Deutschland Frühe Hilfen in den Kommunen flächendeckend und dauerhaft zur Verfügung stehen.

Eine Herausforderung, der sich die Frühen Hilfen in Deutschland stellen müssen, ist der Zugang zu Familien in Belastungslagen. Gerade Familien, die am meisten von einem Unterstützungsangebot profitieren würden, nehmen diese aber häufig nicht in Anspruch (vgl. Eickhorst et al. 2016: 1271-1280). Aus diesem Grund hat es sich bewährt, dass Akteure, die Familien Unterstützung anbieten, in kommunalen Netzwerken organisiert sind. Die Zusammenarbeit von Institutionen aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie öffentliche und freie Träger vor Ort trägt dazu bei, Familien in belastenden Lebenslagen besser und bedarfsgerechter zu erreichen und zu versorgen.

Gerade Geburtskliniken sind wichtige Kooperationspartner in diesen Netzwerken Frühe Hilfen: Insgesamt kommen 98% aller Kinder in einer Geburtsklinik zur Welt (eigene Berechnung basierend auf Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2017). Entsprechend bietet sich hier die Gelegenheit, Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen

schon früh zu erreichen, sie über Unterstützungsangebote zu informieren und zu beraten sowie ggf. in diese überzuleiten.

Geburtskliniken haben sich schon früh dieser Herausforderung gestellt und bieten bereits eine Vielzahl sogenannter Lotsenaktivitäten und Lotsendienste an, um Familien in belastenden Lebenslagen aus den Geburtskliniken in Netzwerke Früher Hilfen vor Ort überzuleiten.

Lotsenaktivitäten sind in Geburtskliniken weit verbreitet und beschreiben Prozesse und Strukturen, mit denen die Geburtskliniken über Unterstützungsangebote vor und nach der Geburt informieren und beraten. Diese Angebote sind i. d. R. außerhalb der Klinik verortet (z.B. Angebote einer längerfristigen aufsuchenden Begleitung durch Familienhebammen (FamHeb) oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP), Angebote für psychisch kranke Eltern, Schwangerschaftsberatungsstellen).

Der Lotsendienst ist fest in der Geburtsklinik verankert und für folgende Aufgaben verantwortlich (Schmenger und Schmutz, Publ. in Vorbereitung):

- Erkennen von Belastungsfaktoren und Ressourcen
- vertiefendes Gespräch und – bei Bedarf –
- Überleitung in Unterstützungsangebote sowie
- fallübergreifende Teilnahme im lokalen Netzwerk Frühe Hilfen

(„Zusammen für Familien“ (ZuFa): Das Monitoring Geburtsklinik und Frühe Hilfen).

Doch in wie vielen Geburtskliniken sind solche Lotsendienste oder Aktivitäten Früher Hilfen vorhanden? Und: Welchen Nutzen bieten die Lotsendienste für die Familien und die einzelne Geburtsklinik?



Zur Beantwortung dieser und weiterer Fragen brachte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) das Monitoring „Zusammen für Familien“ (ZuFa), bei dem Mitarbeitende im Gesundheitswesen multi-methodisch und repräsentativ zur Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen befragt wurden (vgl. Renner et al. 2018: 1225–1235), auf den Weg. Neben der stationären Geburtshilfe wurden im ZuFa-Monitoring auch die niedergelassene Kinder- und Jugendmedizin (vgl. van Staa und Renner 2019) und Gynäkologie (vgl. Neumann und Renner im Druck) einbezogen.

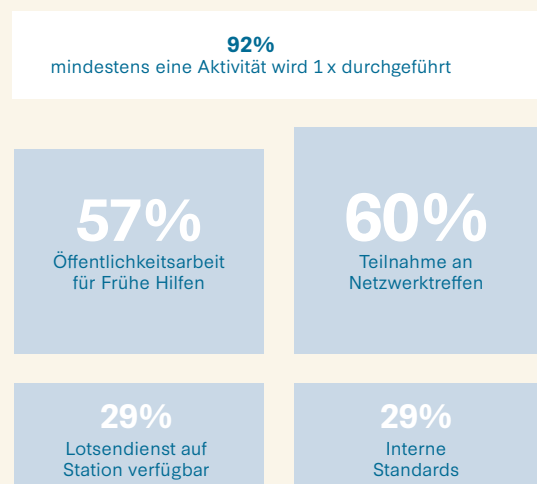
Nachfolgend werden Ergebnisse des ZuFa-Monitorings „Geburtsklinik und Frühe Hilfen“ (ZuFa GK) vorgestellt, bei dem Mitarbeitende aus Geburtskliniken zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien und zum Ausbaustand von Aktivitäten Früher Hilfen bzw. Lotsendiensten befragt wurden. Das NZFH hat das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) mit der Datenerhebung beauftragt.

Die quantitative Fragebogenerhebung wurde von April bis August 2017 durchgeführt. Es wurden alle 673 Geburtskliniken in Deutschland mit mehr als 300 Geburten im Jahr 2015 kontaktiert und um Teilnahme gebeten. Insgesamt beteiligten sich davon 383 (57%) Geburtskliniken an der Haupterhebung.

Umsetzung von Aktivitäten Früher Hilfen in Geburtskliniken

Die Analyse zeigt, dass in 92% aller Geburtskliniken, die diese Frage beantworteten und über mehr als 300 Geburten im Jahr verfügten, mindestens eine Lotsenaktivität durchgeführt wurde bzw. dies konkret in Planung war. Ein spezieller Lotsendienst sowie Verfahrens- und Prozessstandards waren in jeweils 29% der Geburtskliniken etabliert oder in konkreter Planung (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Aktivitäten Früher Hilfen in Geburtskliniken



383 Geburtskliniken, inkl. Zellgewichtung,

Frage: „Welche der folgenden Aspekte von Frühen Hilfen sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung?“

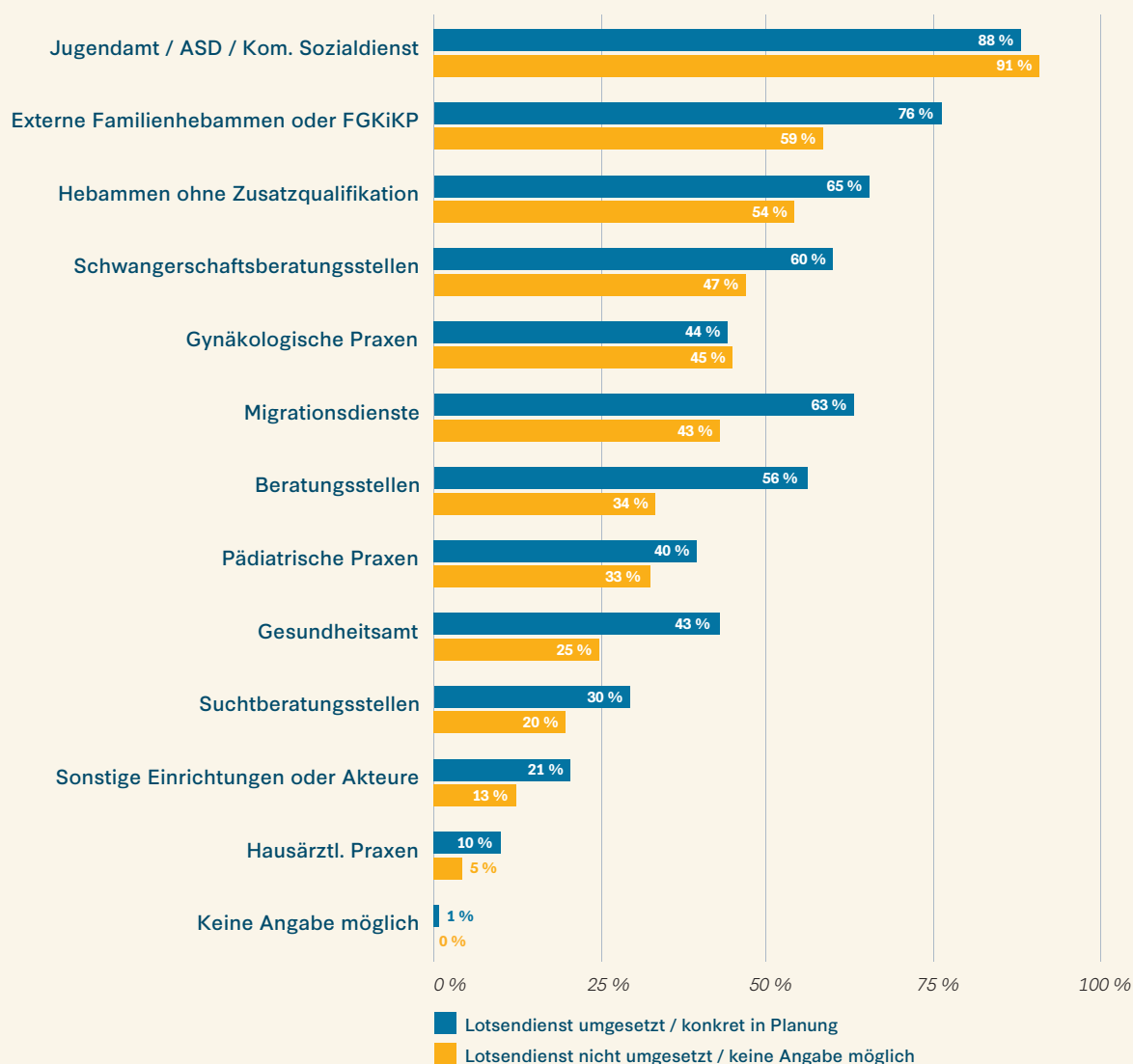
Quelle: www.fruehehilfen.de/Zufa-Monitoring-Geburtsklinik

Nutzen eines Lotsendienstes

Doch was nützt den Kliniken und den Familien ein spezieller Lotsendienst, der fest in der Geburtsstation verankert ist? Zu diesem Zweck wurden die Angaben aus Geburtskliniken mit und ohne Lotsendienst miteinander verglichen.

Der Vergleich zeigt, dass Kliniken mit einem spezifischen Lotsendienst in die Frühen Hilfen bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien deutlich häufiger mit anderen Akteuren und Einrichtungen des lokalen Präventionsnetzwerks zusammenarbeiteten und in diese überleiteten als Kliniken ohne Lotsendienst (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Vergleich der Kooperationshäufigkeit



Vergleich der Kooperationshäufigkeit mit anderen Akteuren in lokalen Präventionsnetzwerken zwischen Kliniken mit (n = 107) und ohne (n = 223) Lotsendienst; Mehrfachantworten möglich, inkl. Zellgewichtung. Quelle: Scharmanski und Renner 2019

Ausblick

Auffallend ist die unterschiedliche Kooperationshäufigkeit mit niedrigschwelligen, sekundärpräventiven Angeboten: Geburtskliniken mit einem Lotsendienst arbeiteten deutlich häufiger beispielsweise mit externen Gesundheitsfachkräften, Beratungsstellen, Migrationsdiensten oder dem Gesundheitsamt zusammen als Kliniken ohne Lotsendienst.

Die Analysen zeigen des Weiteren, dass im Bereich der internen Organisation sowohl der pflegerische als auch der ärztliche Dienst entlastet wurden: In Geburtskliniken mit einem Lotsendienst waren Pflegekräfte und Hebammen deutlich seltener in die Informationsvermittlung über Hilfsangebote involviert als in Kliniken ohne Lotsendienst (Informationsvermittlung durch Pflegekräfte und Hebammen in Kliniken mit Lotsendienst: 56%; ohne Lotsendienst: 68%). Und Ärztinnen und Ärzte wurden bei der Durchführung von vertiefenden Beratungsgesprächen (Beratung durch ärztlichen Dienst in Kliniken mit Lotsendienst: 35%, ohne Lotsendienst: 44%) und der Überleitung in Unterstützungsangebote (Überleitung durch ärztlichen Dienst in Kliniken mit Lotsendienst: 36%, ohne Lotsendienst: 44%) entlastet. Diese Aufgaben wurden in Kliniken mit einem Lotsendienst häufiger von Familienhebammen (FamHeb), Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (FGKiKP) oder klinikexternen Personen übernommen (vgl. Scharmanski und Renner 2019).

Insgesamt zeigte sich, dass nach Angaben der Mitarbeitenden im Mittel knapp 8% der Familien psychosoziale Belastungen aufwiesen, die einen bedeutsamen Einfluss auf die gesunde Entwicklung des Kindes nehmen könnten. Ob eine Familie in psychosozial belastenden Lebenslagen lebte, konnte im Monitoring der stationären Geburtshilfe gut festgestellt werden (vgl. ebd.).

Zudem berichteten die Mitarbeitenden, dass die intensive Zuwendung, die Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen eigentlich benötigten, im arbeitsintensiven Stationsalltag häufig nicht zu leisten war. Die Versorgung dieser Familien wurde aufgrund von Zeit- und Personalmangel als Herausforderung erlebt (vgl. Renner et al. 2018: 1225–1235; Scharmanski und Renner 2019).

Lotsendienste können hier eine wichtige Versorgungslücke schließen. Die vorliegenden Analysen legen nahe, dass von solchen Lotsendiensten sowohl die Familien als auch die Geburtskliniken profitieren.

Vorteile für Familien sind auf der einen Seite, dass mögliche psychosoziale Belastungslagen in Geburtskliniken wahrgenommen werden können. Durch gefestigte Kooperationen und kontinuierliche Netzwerkarbeit des Lotsendienstes werden die Familien dann, bei Bedarf, in passende Angebote übergeleitet. Und dies zu einem sehr frühen Zeitpunkt: Niedrigschwellige und sekundärpräventive Angebote können (noch) wirksam sein und werden mit hoher Wahrscheinlichkeit von den Eltern auch in Anspruch genommen.

Vorteile für die Kliniken liegen auf der anderen Seite darin, dass Mitarbeitende des ärztlichen und pflegerischen Dienstes entlastet werden: Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und Hebammen können sich allein auf die somatische Versorgung von Müttern und Kindern konzentrieren. Die psychosoziale Betreuung sowie die fallübergreifende Netzwerkarbeit werden hingegen von Mitarbeitenden des Lotsendienstes übernommen.

Auch niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte gaben im ZuFa-Monitoring (ZuFa Päd) an, dass die Versorgung von psychosozial belasteten Familien u.a. aufgrund von Zeitmangel eine Herausforderung darstellt; dies ist sofern von Brisanz, da über 70% der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte von einer Zunahme des Anteils an psychosozial belasteten Familien berichteten. Der Auf- und Ausbau von Frühen Hilfen ist somit auch in der niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizin notwendig und ginge nach Angaben der Ärztinnen und Ärzte selber mit einer Entlastung für sie einher (Zustimmung von 77%) (vgl. van Staa und Renner 2019).

6.2 SeeYou

Nicolas Haustedt

Ausgangslage

Kinder, die in armen und bildungsfernen Verhältnissen aufwachsen, haben eine signifikant geringere Chance auf eine erfolgreiche schulische und berufliche Ausbildung. Ihre spätere Sozialprognose ist ungünstig. Auch ihre gesundheitliche Entwicklung ist schlechter als die von Kindern aus Familien mit höherem sozioökonomischen Status (SES) (vgl. Noble et al. 2012).

Je früher psychosoziale Belastungen erkannt und passgenaue Unterstützungsmöglichkeiten angeboten bzw. genutzt werden, desto größer sind die Chancen, Fehlentwicklungen bei Kindern entgegenzuwirken und die Weichen für eine gesunde Entwicklung zu stellen. Insbesondere die Untersuchungen von James Heckman legen dabei nahe, dass auch volkswirtschaftlich betrachtet Interventionen umso wirkungsvoller sind, je früher sie einsetzen (vgl. The Heckman Equation, 2012).

Die Mehrheit der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) befragten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte gab an, dass ihrer subjektiven Einschätzung nach der Anteil psychosozial belasteter Familien in den letzten Jahren zugenommen hat. Deren Versorgung wird aufgrund von Zeitmangel, nicht angemessener Vergütung und erschwerenden Bedingungen wie Sprachbarrieren als Herausforderung bewertet (vgl. Renner et al. 2018).

Präventionsdilemma

Eltern, die am meisten von Unterstützungsmaßnahmen profitieren könnten (z.B. Familien mit einem geringeren Bildungsgrad oder sozioökonomisch benachteiligte Familien), nehmen entsprechende Angebote weniger in Anspruch. Dies betrifft insbesondere Eltern mit einer geringer ausgebildeten „Steuerungskompetenz“ (vgl. Neumann und Renner 2016).¹

Es gibt Familien, in denen primär kein Bewusstsein für den eigenen Unterstützungsbedarf besteht. Andere Familien erkennen einen Unterstützungsbedarf, wissen aber nicht, dass dieser zu decken ist. Manchmal

scheitern Hilfen daran, dass Familien nicht wissen, wie (und wo) ihnen geholfen werden kann. In anderen Fällen wiederum besteht keine zufriedenstellende Angebotsstruktur. „Geeignete Zugangswege zu schaffen, stellt eine der größten Herausforderungen für die Forschung als auch für die Praxis in der Prävention und Gesundheitsförderung dar“ (Jahn et al. 2015). Der weitgehend stigmasierungsfreie Kontakt zu den Eltern in Frauen- und Kinderarztpraxen kann genutzt werden, um schwierige und damit belastende Situationen systematisch zu erkennen.

Lotsendienste

Ziel der Lotsendienste ist das systematische und frühzeitige Erkennen sowie die Kontaktaufnahme zu Familien mit psychosozialer Belastung rund um die Geburt und bei Bedarf eine passgenaue Überleitung in Hilfs- und Unterstützungsangebote. Lotsendienste sorgen regelhaft für eine strukturierte Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit Angeboten der Frühen Hilfen aus der Kinder- und Jugendhilfe und schließen so eine bedeutsame Lücke in der Präventionskette.

Durch ein systematisches Intake (über einen Anhaltensbogen o.a. Instrumente) werden bei allen Familien mögliche Risikofaktoren und vorhandene Ressourcen für die Kindesentwicklung in den Blick genommen. Im Rahmen eines vertiefenden freiwilligen Gesprächs durch qualifiziertes Personal wird der mögliche Hilfebedarf geklärt und gegebenenfalls niedrigschwellig in passgenaue Angebote u.a. aus dem Bereich des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe „geleitet“. Der freiwillige Aspekt und die damit verbundene Stärkung der Steuerungskompetenz sind wesentliche Merkmale aller etablierten Lotsendienste. Von besonderer Relevanz ist die innere Haltung der Akteure. Diese sollte kompetenz- und nicht defizitorientiert sein. Es ist unabdingbar, dass von dem Grundsatz der Freiwilligkeit der Annahme der Hilfe nur abgerückt wird, wenn es sich

¹ „Steuerungskompetenz“ bezeichnet hier im Kontext der Inanspruchnahme von Angeboten für Eltern mit kleinen Kindern die elterliche Selbstwirksamkeit und Kompetenzüberzeugung.

um eine Kindeswohlgefährdung handelt. Gleichwohl ist es von Bedeutung, insbesondere schwer erreichbare Gruppen, wie sie im Präventionsdilemma benannt sind, zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren.

Über die Bundesstiftung Frühe Hilfen sind Lotsendienste als „Angebote und Dienste an den Schnittstellen der unterschiedlichen Sozialleistungssysteme“ förderungsfähig. Bundesweit sind verschiedene interdisziplinäre Projekte zu Lotsendiensten rund um die Geburt entstanden.

Im Gegensatz zu Lotsendiensten in Geburtskliniken befindet sich die Skalierung von ambulanten Lotsendiensten (in gynäkologischen bzw. pädiatrischen Praxen) noch am Anfang.

KID-PROTEKT (Innovationsfonds-Projekt)

Das durch den Innovationsfonds des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) geförderte Projekt untersucht, wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren der ambulanten Medizin mit der Kinder- und Jugendhilfe – insbesondere den Frühen Hilfen – zur Umsetzung der gesetzlich geforderten Präventionsleistungen gemäß §§ 20, 24d und 26 SGB V unter Effektivitäts- und Effizienzaspekten bestmöglich gelingen kann. Auf Basis der Evaluationsergebnisse sollen Empfehlungen zur Umsetzung und Finanzierung einer neuen Versorgungsform in der Regelversorgung abgeleitet werden.

Gegenstand des Projekts ist das systematische und frühzeitige Erkennen von psychosozialen Belastungen, die Kontaktaufnahme zu psychosozial belasteten Schwangeren und Wöchnerinnen sowie zu psychosozial belasteten Familien mit Säuglingen (0–12 Monate). Im Rahmen eines freiwilligen Gesprächs mit qualifiziertem Personal (i. d. R. speziell geschulte Medizinische Fachangestellte, bei komplexen Anliegen Überleitung an sozialpädagogische Fachkräfte) im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge in gynäkologischen Praxen bzw. der



Früherkennungsuntersuchungen in pädiatrischen Praxen wird der mögliche Hilfebedarf geklärt und gegebenenfalls niedrigschwellig in passgenaue Angebote u. a. aus dem Bereich der Frühen Hilfen „gelotst“.

Babylotse in Arztpraxen

Die Stiftung SeeYou unterhält Kooperationen mit niedergelassenen Frauen- und Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten. Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge wird allen Schwangeren in den Kooperationspraxen das Programm Babylotse vorgestellt. In den pädiatrischen Praxen erfolgt diese Information entlang der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U6. Im Rahmen der Studie „Ambulanter Babylotse Hamburg; modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems im ambulanten Setting“ ergab eine Wirtschaftlichkeitsanalyse, dass bei hoher Effektivität Effizienzreserven vorhanden sind.

Daher wurde das Programmkonzept 2016 in einer zweiten Variante weiterentwickelt. Dabei werden im Kontext des Vertrauensverhältnisses zwischen Patientin (gynäkologische Praxen) oder Eltern (pädiatrische Praxen) und Arztpraxis die Kompetenzen der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ausgeweitet. Zur Erkennung und Klärung eines psychosozialen Unterstützungsbedarfs werden ein oder mehrere MFA der kooperierenden Praxen von erfahrenen Babylotsen und externen Referentinnen geschult und erlangen zum Abschluss dieser 20-stündigen Qualifizierung das Fachzertifikat „Frühe Hilfen in der Arztpraxis“.

7. Fazit und Ausblick

Lena Marter
Burkhard Rodeck
Karl-Josef Eßer

Die Entwicklung des Modellprojekts „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin basierte auf zwei Fragen. Lässt sich die Kindergesundheit verbessern, indem man die Kinder- und Jugendarztpraxis mit der Jugendhilfe vernetzt? Und lassen sich über die Kinder- und Jugendarztpraxen möglichst viele problembelastete Familien beraten und in passende Hilfsangebote überleiten?

Generelle Aussagen über eine Verbesserung der Kindergesundheit lassen sich auch nach der Durchführung des Modellprojekts nicht treffen. Dieser sehr weit gefasste Aspekt konnte nicht in die Evaluation einfließen, die als Machbarkeitsstudie konzipiert wurde und entsprach nicht dem Ansatz des Modellprojekts.

Basierend auf der Evaluation, den Berichten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen für Kinder- und Jugendmedizin, den Fachkräften der Jugendhilfe und der Projektkoordination werden die zentralen Erkenntnisse, die unerwarteten Ergebnisse und die subjektiven Einschätzungen an dieser Stelle genannt sowie Aspekte, die über den Ansatz des Modellprojekts hinausreichen.

Zu den Details der Evaluation sei auf die Zusammenfassung des Beitrags der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf verwiesen. Auf einzelne interessante Ergebnisse soll an dieser Stelle dennoch eingegangen werden.

Es zeigt sich, dass die Einschätzungen von Belastungen aus der Perspektive der Eltern und der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte deutlich voneinander abweichen. Häufig wurde seitens der Eltern ein Entlastungswunsch geäußert, dessen Bedarf die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte so nicht sahen. Ein möglicher Grund hierfür wäre, dass diese Eltern häufiger soziale Belastungsfaktoren in der Familie angaben, die

ggf. aus der Perspektive der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte als nicht relevant eingeschätzt wurden. Umgekehrt sahen die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nur bei wenigen Familien ohne Entlastungswunsch einen Beratungsbedarf.

Auch wurde durch die Erhebung deutlich, dass der Gruppe der Jugendlichen, die familiäre Belastungen anders einschätzte als die Gruppe der Eltern, mehr Aufmerksamkeit zukommen sollte – gerade bei Fragen in Bezug auf Alkohol- und Drogenkonsum in den Familien.

Auch wurde durch die Erhebung deutlich, dass der Gruppe der Jugendlichen, die familiäre Belastungen anders einschätzte als die Gruppe der Eltern, mehr Aufmerksamkeit zukommen sollte – gerade bei Fragen in Bezug auf Alkohol- und Drogenkonsum in den Familien. Die Evaluation wurde durch die Berichte der Projektumsetzenden, einer Medizinische Fachangestellten (MFA), zwei beteiligten Kinder- und Jugendärzten und einer Netzwerkkoordinatorin im Netzwerk Frühe Hilfen, ergänzt, die im Rahmen der Abschlussveranstaltung in Düsseldorf diskutierten.

Die Beurteilung der MFA, die maßgeblich für die Umsetzung verantwortlich war, war positiv. Eine Herausforderung war nach ihrem Bericht die Anfangsphase, in der die Abläufe in den Praxisalltag integriert werden mussten. Im Anschluss sei das Projekt leicht umsetzbar gewesen. Sie nahm das Modell als Mehrwert für die Familien wahr und empfand die Erweiterung ihres Aufgabenbereichs als bereichernd. Wie auch die Berichte der Projektkoordinierungsstelle zeigten, war die Rolle der MFA sehr zentral für die Umsetzung des Modellprojekts.

Eine ambivalente Bilanz zogen die Kinder- und Jugendärzte, die an der Diskussion teilnahmen. Die Mitarbeitende der Jugendhilfe habe für sie zwar eine Entlastung dargestellt, optimaler sei es jedoch, jederzeit und nicht nur stundenweise eine Ansprechperson für Beratungsanliegen in der Praxis zu haben. So könne Familien direkt geholfen werden und es müssten keine Termine koordiniert werden. Der organisatorische Aufwand war für die beiden Kinder- und Jugendärzte selbst sehr gering und das Modell für ihre Praxen gut umsetzbar. Die einzige Änderung im Ablauf der Patientengespräche war

lediglich, dass der Familien-Fragebogen hinzugezogen wurde. Einige anfängliche Bedenken, die in der Entwicklung berücksichtigt wurden, spielten bei der Umsetzung kaum eine Rolle, was die Mitarbeitenden in den Praxen überraschte. Patientinnen und Patienten hinterfragten die neuen Abläufe in den Praxen nur selten. Sprachbarrieren wurden durch die Familien selbst überwunden, sodass die Materialien, wie der Familien-Fragebogen, in lediglich zwei der acht vorliegenden Sprachen genutzt wurden. Der Umgang mit den eigenen Daten sei sorglos gewesen und die Reaktion auf das Projekt eher indifferent und unkritisch. Einen Vertrauensverlust gegenüber den Ärztinnen und Ärzten gab es nach Einschätzung der Kinder- und Jugendärzte nicht.

Die Berichte zeigen, dass das Modellprojekt den Zugang zu einer Beratung erleichtert und in vielen Punkten niedrigschwellig ist. Trotzdem müssen Familien eine gewisse Grundkompetenz mitbringen, um Termine zu vereinbaren, ggf. zu externen Angeboten zu gehen und auf Hilfeleistungen zu warten. Die Entlastung erfolgt oftmals nicht direkt, sondern durch Informationsweitergabe und Empfehlungen. Die Frage, ob die Kinder- und Jugendarztpraxis der richtige Ort für die Überleitung problembelasteter Familien in Unterstützungsangebote darstellt, lässt sich dennoch positiv beantworten.

Neben der geschilderten Entlastung der Kinderärztinnen und -ärzte entwickelte sich zwischen den an der Umsetzung des Modellprojekts Beteiligten ein Netzwerk, das für sich selbst bereits einen Mehrwert darstellte. Die Anerkennung der Kompetenzen des jeweils anderen beruflichen Hintergrunds wurde positiv wahrgenommen und der Austausch durch die Wertschätzung erleichtert, wie auch der Bericht der Projektkoordinierung mit der Darstellung der Gelingensfaktoren zeigt.

Insoweit wird die von Herrn Dr. Eßer beschriebene mangelnde Gesprächskultur zwischen Gesundheits- und Sozialwesen bei den an dem Modellprojekt Beteiligten keine Rolle mehr spielen und eine Kooperation zwischen den Systemen leichter möglich sein.¹



Diese positive Bewertung ist allerdings nicht ungeprüft gleichzusetzen mit einem Erfolg bei der Entlastung der Familien oder der Lösung der vorhandenen Probleme. Die Weiterleitung in das Sprechstundenangebot bedeutet von Seiten der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte auch eine Delegation von Verantwortung. Ärztinnen und Ärzte müssen sich auch weiterhin für Probleme von Familien verantwortlich fühlen und (gesundheits)beeinträchtigende Faktoren auf allen Ebenen bei der Begleitung von Familien berücksichtigen. Die Weiterleitung an Fachkräfte der Jugendhilfe und eine damit einhergehende Verantwortungsdiffusion kann möglicherweise dazu führen, dass Familien nicht adäquat betreut werden.

Im Projektsetting gibt es für die Weiterleitung von problembelasteten Familien von der Kinder- und Jugendarztpraxis in die Beratung der Jugendhilfe förderliche Faktoren. Der gewählte Ansatz ist praxistauglich und wurde von den Beteiligten und den Familien akzeptiert. Die Frage, ob sich über die Kinder- und Jugendarztpraxen möglichst viele problembelastete Familien beraten und in passende Hilfsangebote überleiten lassen, kann aufgrund der kleinen Stichprobe nicht grundsätzlich beantwortet werden. Die Erfahrungsberichte zeigen jedoch sehr deutlich, dass die Weiterleitungen und auch die Beratungen am erfolgreichsten verliefen, wenn MFA, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und Fachkräfte der Jugendhilfe intrinsisch motiviert an einer Entlastung der Familien interessiert waren und zusammen darauf hinwirkten.

1 Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat durch die Erfahrung verschiedener Projektansätze zeigen können, dass sich die Kooperationsbereitschaft der Beteiligten grundsätzlich erhöht, wenn ein Wissen über Beratungsangebote in der eigenen Umgebung besteht bzw. entsteht.

Dank

Eine solche Studie gelingt nicht ohne Partnerinnen und Partner. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW, besonders vertreten durch die Leiterin des Referats Öffentlicher Gesundheitsdienst, LZG, Heilpraktikerwesen, Frau Heike Reinecke, aber auch weitere Ministerien, die Frühen Hilfen, vier Jugendämter, drei Praxen aus der Kinder- und Jugendmedizin, die Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie das Institut für soziale Arbeit Münster e.V. (ISA) setzten sich mit der DGKJ zusammen und entwickelten ein Projekt, genannt „Soziale Prävention“. Finanziert durch das MAGS und in geringerem Anteil durch die DGKJ, gelang es eine Brücke zu bauen zwischen Projektbeauftragten, Ärztinnen und Ärzten, MFA, Jugendamtsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern und Statistikerinnen. Es wurde erkundet, wie eine mögliche Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Strukturen und Beteiligten der Jugendhilfen und pädiatrischen Praxen zugunsten der strukturierteren Betreuung von psychosozial belasteten Familien aussehen könnte.

Bedanken möchten wir uns insbesondere bei dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW für die finanzielle Förderung des Projekts.

Weiterhin gilt unser Dank dem Kooperationspartner ISA, dem UKE, dem Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration, den Frühen Hilfen, den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats, den Jugendämtern und nicht zuletzt den Praxen und deren Mitarbeiterinnen für die engagierte Arbeit.

Karl-Josef Eßer, Burkhard Rodeck

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Annette Berger

LVR-Landesjugendamt Rheinland

Milena Bücken

Stellvertretende Bereichsleitung Kinder- und Jugendhilfe, Institut für soziale Arbeit Münster e.V.

Dr. Karl-Josef Eßer

Projektleiter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Prof. Dr. Raimund Geene

MPH, Berlin School of Public Health

Nicolas Haustedt

Politischer Referent der Stiftung SeeYou Stark für Familien

Dr. Silke Karsunky

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Landesjugendamt Fachberatung Frühe Hilfen/
Bundesstiftung Frühe Hilfen

Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Karl-Josef Laumann

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Lena Marter

Projektmitarbeiterin der Deutschen
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Dr. Franka Metzner

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut
und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Gabriele Olbrisch

Geschäftsführerin der Deutschen
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

PD Dr. Silke Pawils

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut
und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Julia Pudelko

Wissenschaftliche Bereichsleitung Kinder- und
Jugendhilfe, Institut für soziale Arbeit Münster e.V.

PD Dr. Burkhard Rodeck

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Wolfgang Rüting*

Leiter des Jugendamtes, Kreis Warendorf
und 1. Vorsitzender des Instituts für soziale Arbeit
Münster e.V.

Sara Scharmanski

Wissenschaftliche Referentin, Nationales Zentrum
Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Dr. Sönke Siefert

Geschäftsführer der Stiftung Familienorientierte
Nachsorge Hamburg SeeYou

Dr. Irene Somm

Netzwerk Handlungsforschung
und Praxisberatung, Köln

Prof. Dr. Norbert Wagner

Sprecher des Beirats des NRW-Modellprojekts
Soziale Prävention in der Kinder- und
Jugendarztpraxis, DGKJ-Präsident 2012-2014

Philipp Wolkwitz

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut
und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Literatur

- Belzer, Florian, Kleinert, Leni, Buchholz, Anke, Mall, Volker, Barth, Michael (2015): Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf – Der Pädiatrische Anhaltsbogen im Praxistest, in: *Prävention und Gesundheitsförderung*, Nr. 10 (4), S. 314–319.
- Bergmann, Karl E., Bergmann, Renate L., Richter, R., Finke, C., Dudenhausen, J.W. (2009): Frühe Gesundheitsförderung und Prävention am Beginn des 20. und des 21. Jahrhunderts. Daten und Gedanken zum 100. Jahrestag der Eröffnung des Kaiserin Auguste Victoria Hauses zu Berlin, in: *Gesundheitswesen* Nr. 71, S. 709–721.
- Betz, Tanja (2008): *Ungleiche Kindheiten – Theoretische und empirische Analysen zur Sozialberichterstattung über Kinder*, Weinheim: Beltz/ Juventa.
- Bundesamt für Justiz und für Verbraucherschutz (2011): Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) § 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung, [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/kgk/1.html> [12.12.2019].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1990): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Artikel 19. Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung, [online] <https://www.bmfsfj.de/blob/93140/78b9572c1bffdada3345d8d393acbbfe8/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> [12.12.2019].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2017): Familien erreichen. Wie Familien leben und was sie von Familienpolitik erwarten, in: *Monitor Familienforschung*, Nr. 38.
- Deffte, Vera, Kohlscheen, Jörg, Köhler, Sabine, Hartlieb, Joachim (2018): Entwicklungsgruppe. Einbindung des Gesundheitswesens in die kommunalen Präventionsketten, [online] https://www.kommunale-praeventionsketten.de/fileadmin/user_upload/Fachmagazin/Gesundheitswesen_WEB.pdf [04.11.2019].
- Dezort, Sandra, Günther, Christina, Hilke, Maren, Jasper, Christin M., Köhler, Sabine, Schütte, Johannes, Stolz, Heinz-Jürgen (2017): Der Qualitätsrahmen zum Aufbau einer Präventionskette. Münster, Landeskoordinierungsstelle „Kein Kind zurücklassen! Für ganz Nordrhein-Westfalen“ (Hrsg): Eigenverlag.
- Eickhorst, Andreas, Schreier, Andrea, Brand, Christian, Land, Katrin, Liel, Christoph, Renner Ilona, Neumann, Anna, Sann, Alexandra (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 59 (10), S. 1271–1280.
- Esser, Günter (2006): Mannheimer Elternfragebogen zur U10 und U11, in: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (Hrsg.), *Gesundheitscheckheft des BVKJ*, Köln: BVKJ.
- Fischer, Jörg, Geene, Raimund (2019): Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten, [online] https://www.fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/FGW-Studie-VSP-19-Fischer-2019_05_16-komplett-web.pdf.
- Frey, Britta (2012): Entwicklungsdiagnostik, in: Manfred Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*, Berlin: Springer, S. 457–466.
- GBA Gemeinsamer Bundesausschuss (2007): Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch. Teilabschlussbericht des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinderrichtlinien“, [online] <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-423/2007-08-08-Abschluss-Kindesmisshandlung.pdf> [01.11.2019].
- Geene, Raimund, Höppner, Claudia, Luber, Eva (2013): Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen zwischen Risikodetektion und Ressourcenstärkung, in: Raimund Geene, Claudia Höppner, Frank Lehmann (Hrsg.), *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt*, Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S. 139–164.
- Geene, Raimund, Reese, Michael (2016): *Handbuch Präventionsgesetz – Neuregelungen der Gesundheitsförderung in Deutschland*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Geene, Raimund (2018): Das Präventionsgesetz im dritten Jahr – Meilenstein oder Irrfahrt der Gesundheitsförderung?, in: Regina Brunett et al. (Hrsg.), *Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Nr. 52. Hamburg: Argument, S. 127–157.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Entbindungen in Krankenhäusern (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Krankenhausmerkmale (Bettenzahl/Art der Zulassung/Träger), Art der Entbindung, [online] http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=35735564&nummer=552&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=85176131 [28.01.2020].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Lebendgeborene, Totgeborene, Gestorbene und Saldo der Lebendgeborenen und Gestorbenen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht [online] http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=35735564&nummer=187&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=86575161 [28.01.2020].
- Hölling, Heike, Erhart, Michael, Ravens-Sieberer, Ulrike, Schlack, Robert (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 50 (5), S. 784–793.
- Hoffmann, Till, Mengel, Melanie, Sandner, Eva (2014): Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen. Köln: NZFH. [online] [http://www.fruehehilfen.de/pdf/Publication_NZFH_Kompetenzprofil_Netzwerkkoordinatoren.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication_NZFH_Kompetenzprofil_Netzwerkkoordinatoren.pdf) [01.11.2019].
- Jahn, Ingeborg, Gansefort, Dirk, Lehmann, Frank, Walter, Ulla, Brand, Tilman (2015): Zielgruppen erreichen – Zugangswege gestalten, in: *Das Gesundheitswesen*, Nr. 77, S. 47–48.
- Kindler, Heinz (2010): Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 53, S. 1073–1079.
- Kohlscheen, Jörg, Nagy Theresa (2016): *In Typen denken. Muster der Inanspruchnahme präventiver Angebote*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Kratzsch, Wilfried, Hofmann, Axel, Kahl, Hermann Josef (2017): 4 Jahre Früherkennung und Frühe Hilfen. Ein Praxisbericht aus der Sicht zweier Kinder- und Jugendarztpraxen, in: *Kinder- und Jugendarzt*, Nr. 48, S. 814–816.
- Kuntz, Benjamin, Waldhauer, Julia, Zeiher, Johannes, Finger, Jonas David, Lampert, Thomas (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2, in: *Journal of Health Monitoring* 3 (2), S. 45–63.
- Lampert, Thomas, Kurth, Bärbel-Maria (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 104, Nr. 43, S. 2944–2949.

- Metzner, Franka, Pawils, Silke (2011): Zum Einsatz von Risikoinventaren bei Kindeswohlgefährdung, in: Wilhelm Körner und Günther Deegener, (Hrsg.), *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis*, Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 251–277.
- Metzner, Franka, Pawils, Silke (2015): Prävention von Kindeswohlgefährdungen in Suchtfamilien durch das Screening von Risikofaktoren für Gewalt an Kindern, in: *Suchttherapie*, Jg. 16 (01), S. 41_03.
- Metzner, Franka, Wolkwitz, Philipp, Lehmann, Nora M., Pawils, Silke (2019): Prädiktoren und Verfahren zur Erfassung von Hinweisen für Kindeswohlgefährdung in Forschung und Praxis: Ein Überblick zum Stand vor und nach Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes, in: Wilhelm Körner, Georg Hörmann (Hrsg.), *Staatliche Kindeswohlgefährdung?*, Weinheim Basel: Beltz Juventa, S. 149–164.
- Müller, Merle, Quilling, Eike (2017): Intersektorale Zusammenarbeit in den Netzwerken Frühe Hilfen, in: Jörg Fischer, Raimund Geene, (Hrsg.), *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung*, Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 112–123.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009): *Frühe Hilfen – Begriffsbestimmung und Leitbild*, [online] <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/inhaltlich-zu-klaeren/was-sind-fruehe-hilfen/> [02.04.2019].
- Neumann, Anna, Renner, Ilona (2016): Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Schwerpunktthema: Frühe Hilfen in Deutschland – Chancen und Herausforderungen*, Nr. 10, S. 1281–1291.
- Neumann, Anna, Renner, Ilona (im Druck): *Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem Forschungszyklus „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monitoring)*, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Noble, Kimberly G., Houston, Suzanne M., Kaan, Eric, Sowell, Elizabeth R. (2012): Neural correlates of socioeconomic status in the developing human brain, in: *Developmental Science* 15, S. 516–527.
- Ravens-Sieberer, Ulrike, Wille, Nora, Bettge, Susanne, Erhart, Michael (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 50, S. 871–878.
- Renner, Ilona (2010): Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 53, S. 1048–1055.
- Renner, Ilona, Scharmanski, Sara, van Staa, Juliane, Neumann, Anna, Paul, Mechthild (2018): Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 61, S. 1225–1235.
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): *Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): *Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen*, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Scharmanski, Sara, Renner, Ilona (2019): *Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monitoring)*, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Schienkiewitz, Anja, Brettschneider, Anna-Kristin, Damerow, Stefan, Schaffrath Rosario, Angelika (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, in: *Journal of Health Monitoring*, Nr. 3 (1), S. 16–23.
- Schmenger, Sarah, Schmutz, Elisabeth (in Vorbereitung): *Qualitätskriterien von Lotsendiensten aus Geburtskliniken in die Frühen Hilfen (Arbeitstitel)*, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Schücking, Beate A. (2013): Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich, in: Raimund Geene, Claudia Höppner, Frank Lehmann (Hrsg.), *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt*, Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S. 131–138.
- Somm, Irene, Hajart, Marco, Mallat, Anja (2018): *Grenzen der Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns. Personale Kompetenz in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen*. Wiesbaden: Springer.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)
§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, [online] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_26.html [18.12.2019].
- Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163)
§8 Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, [online] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_8.html [23.01.2020].
- The Heckman Equation. (2012): Invest in early childhood development, [online] https://heckmanequation.org/assets/2013/07/F_HeckmanDeficitPieceCUSTOM-Generi_052714-3-1.pdf [04.11.2019].
- Thyen, Ute (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 53, S. 992–1001.
- Tophoven, Silke, Wenzig, Claudia, Lietzmann, Torsten (2015): Kinder- und Familienarmut: Lebensumstände von Kindern in der Grundsicherung, [online] https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_WB_Kinder-_und_Familienarmut_2015.pdf [02.04.2019].
- van Staa, Juliane, Renner, Ilona (2019): *Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem Forschungszyklus „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monitoring)*, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Weltärztebund (2017): Deklaration von Genf, [online] https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf [08.11.19].
- Weltgesundheitsorganisation (1978): Erklärung von Alma-Ata, [online] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1 [17.12.2019].
- Weltgesundheitsorganisation, UNICEF, Weltbank (2018): Nurturing Care for Early Childhood Development, [online] https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/nurturing-care-early-childhood-development/en/ [01.11.2019].
- Ziegenhain, Ute, Fegert, Jörg M. (2009): Zur Einführung: Frühe und präventive Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, in: Thomas Meysen, Lydia Schönecker, Heinz Kindler (Hrsg.), *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*, Weinheim und München: Juventa. S. 11–22.
- Ziegenhain, Ute, Schöllhorn, Angelika, Künster, Anne K., Hofer, Alexander, König, Cornelia, Fegert, Jörg M. (2010): Inhaltsbogen, in: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung*, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, S. 170.

Deutsch

Familien-Fragebogen



Liebe Familie,

die Geburt und das Aufwachsen eines Kindes ist für die Familien eine schöne und ebenso auch herausfordernde Zeit. Viele Familien kommen in einigen Phasen an ihre Grenzen. In solchen Zeiten kann es gut und wichtig sein, sich jemandem anzuvertrauen und Unterstützung angeboten zu bekommen.

Bitte füllen Sie darum diesen Bogen aus und nehmen Sie ihn mit ins Behandlungszimmer zum Gespräch mit Ihrem Kinderarzt bzw. Ihrer Kinderärztin. Wir, die medizinischen Fachangestellten und Ihr Kinderarzt / Ihre Kinderärztin, stehen Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung. Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig und werden vertraulich behandelt. Durch eine Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Vielen Dank!

Teilnehmer-Code: ____/____/____/____/____

[2. Buchstabe Vorname des Kindes / 2. Buchstabe Nachname des Kindes / Geschlecht des Kindes („M“ für männlich, „W“ für weiblich) / Geburtsjahr des Kindes (letzte zwei Ziffern des vierstelligen Geburtsjahres)]

1. Fragen zu Ihrem Kind

1.1 Geschlecht Ihres Kindes: weiblich männlich

1.2 Heutige Untersuchung: U3 U4 U5 U6 U7 U7a

U8 U9 U10 U11 J1 J2

keine Vorsorgeuntersuchung



1.3 Benötigt Ihr Kind erhöhte Fürsorge? nein ja

Falls ja, aufgrund von: 1.3.1 Frühgeburt: _____ Wochen zu früh

1.3.2 Zwillings- bzw. Mehrlingsgeburt

1.3.3 Geburtsgewicht unter 2.000 g

1.3.4 Chronischer Erkrankung/Behinderung: _____

1.3.5 Deutlichen Entwicklungsverzögerungen: _____

1.3.6 Herausforderndem Verhalten (z.B. starke Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Verslossenheit): _____

1.3.7 Schwierigkeiten in Kita bzw. Schule: _____

1.3.8 Sonstiges: _____

2. Fragen zu Ihrer Person

2.1 Wie alt sind Sie? _____ Jahre (Ihr Alter)

2.2 Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? _____ Kinder (Anzahl)

2.3 Sind Sie alleinerziehend? nein ja

2.4 Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen häufig antriebslos, erschöpft und niedergedrückt gefühlt? nein ja

2.5 Haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt (z.B. Tod oder schwere Erkrankung in der Familie, Trennung, Unfall)? nein ja

2.6 Haben Sie Unterstützung des Jugendamtes in Anspruch genommen? nein ja

3. Fragen zu möglichen Belastungen in Ihrer Lebenssituation

Fühlen Sie sich zurzeit besonders belastet...

3.1 ... durch Konflikte oder Gewalt in Ihrer Partnerschaft? nein ja

3.2 ... in der Bewältigung Ihres Lebensalltages? nein ja

3.3 ... durch fehlende Unterstützung Ihrer Freunde und Familie im Alltag oder bei der Kindererziehung? nein ja

Seite 2 von 3



- 3.4 ... durch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache? nein ja
- 3.5 ... aufgrund von Arbeitslosigkeit oder finanziellen Sorgen? nein ja
- 3.6 ... aufgrund einer schwierigen Wohnsituation? nein ja
- 3.7 ... aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung? nein ja
- 3.8 Gibt es für Sie andere belastende Umstände? nein ja , und zwar:
-

4. Fragen zu Ihrer Gesundheit

- 4.1 Trinken Sie Alkohol? nein ja
- 4.2 Nehmen Sie Drogen oder nicht verschriebene Medikamente? nein ja
- 4.3 Wurde bei Ihnen eine psychische Erkrankung festgestellt? nein ja

5. Fragen zu einer weiteren wichtigen Person, die sich neben Ihnen um das Kind kümmert

- 5.1 Trinkt die Bezugsperson Alkohol? nein ja
- 5.2 Nimmt die Bezugsperson Drogen oder nicht verschriebene Medikamente? nein ja
- 5.3 Hat die Bezugsperson eine psychische Erkrankung? nein ja

6. Fragen zu Ihrem Unterstützungswunsch

Wenn ich Schwierigkeiten nicht aus eigener Kraft meistern kann, ...

- 6.1 ...suche ich mir Hilfe bei meiner Familie, Freunden oder Nachbarn. stimmt nicht stimmt kaum stimmt eher stimmt genau
- 6.2 ...suche ich mir Rat bei einer Beratungsstelle oder im Jugendamt. stimmt nicht stimmt kaum stimmt eher stimmt genau
- 6.3 ...kann ich Hilfe von anderen gut annehmen. stimmt nicht stimmt kaum stimmt eher stimmt genau
- 6.4 Wünschen Sie sich Entlastung in Ihrem Familienalltag? nein ja

Vielen Dank!

DOKUMENTATIONSBOGEN



Teilnehmer-Code: ____/____/____/____/____

[2. Buchstabe Vorname des Kindes / 2. Buchstabe Nachname des Kindes / Geschlecht des Kindes („M“ für männlich, „W“ für weiblich) / Geburtsjahr des Kindes (letzte zwei Ziffern des vierstelligen Geburtsjahres)]

Kindsmutter	
Alter	
Nationalität / Sprache	
Alleinerziehend ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Vorliegende Einverständniserklärungen	<input type="radio"/> EV Evaluation <input type="radio"/> Datenweitergabe Kinderarzt → Fachkraft „Einfach stark“ (FFB) <input type="radio"/> Datenweitergabe Fachkraft „Einfach stark“ → Kinderarzt

Kind	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich

Weitere Kinder	
Anzahl	
Alter der weiteren Kinder	

Kindsvater	
Alter	
Nationalität / Sprache	

Ansprechpartner der Familie	
behandelnder Kinderarzt bzw. Kinderärztin	
ggf. Nachsorgehebamme	
Allgemeiner sozialer Dienst	
andere Ansprechpartner (Name der Einrichtung)	
andere Ansprechpartner (Name der Einrichtung)	
andere Ansprechpartner (Name der Einrichtung)	
andere Ansprechpartner (Name der Einrichtung)	

DOKUMENTATIONSBOGEN



Assessment Mutter	
Migrationshintergrund	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in Deutschland seit _____ Jahren
Aufenthaltsstatus	<input type="radio"/> Duldung <input type="radio"/> ungeklärt <input type="radio"/> unbefristet <input type="radio"/> illegal <input type="radio"/> befristet <input type="radio"/> EU
Deutschsprachenkenntnisse verbale Verständigung auf Deutsch	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
schriftliche Verständigung auf Deutsch	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Analphabetin	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Deutschkurs	<input type="radio"/> belegt <input type="radio"/> abgebrochen <input type="radio"/> geplant <input type="radio"/> abgelehnt
Höchster Bildungsabschluss	<input type="radio"/> kein Abschluss <input type="radio"/> Abitur <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Lehre / Ausbildung <input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Fachhochschulabschluss / Universitätsabschluss
Erwerbstätigkeit	<input type="radio"/> erwerbstätig <input type="radio"/> in Ausbildung <input type="radio"/> nicht erwerbstätig <input type="radio"/> Ausbildung abgebrochen <input type="radio"/> in Elternzeit
Berufliche Stellung	<input type="radio"/> unbefristete Anstellung <input type="radio"/> befristete Anstellung <input type="radio"/> geringfügig (400Euro-Job) <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> ALG I /II, SGB II, AsylbLG <input type="radio"/> Zeitarbeit

Assessment Vater	
Migrationshintergrund	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in Deutschland seit _____ Jahren
Aufenthaltsstatus	<input type="radio"/> Duldung <input type="radio"/> ungeklärt <input type="radio"/> unbefristet <input type="radio"/> illegal <input type="radio"/> befristet <input type="radio"/> EU
Deutschsprachenkenntnisse verbale Verständigung auf Deutsch	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
schriftliche Verständigung auf Deutsch	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Analphabet	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Deutschkurs	<input type="radio"/> belegt <input type="radio"/> abgebrochen <input type="radio"/> geplant <input type="radio"/> abgelehnt
Höchster Bildungsabschluss	<input type="radio"/> kein Abschluss <input type="radio"/> Abitur <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Lehre / Ausbildung <input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Fachhochschulabschluss / Universitätsabschluss
Erwerbstätigkeit	<input type="radio"/> erwerbstätig <input type="radio"/> in Ausbildung <input type="radio"/> nicht erwerbstätig <input type="radio"/> Ausbildung abgebrochen <input type="radio"/> in Elternzeit
Berufliche Stellung	<input type="radio"/> unbefristete Anstellung <input type="radio"/> befristete Anstellung <input type="radio"/> geringfügig (400Euro-Job) <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> ALG I /II, SGB II, AsylbLG <input type="radio"/> Zeitarbeit



DOKUMENTATIONSBOGEN

Erstkontakt	
Datum Erstkontakt	
Mitarbeiter*in „Einfach stark“	
Anwesende	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Ehemann / Partner <input type="radio"/> Familienangehörige <input type="radio"/> gesetzl. Vormund / Betreuer*in <input type="radio"/> Sonstige: _____
Gesprächsdauer	_____ min
Grund der Kontaktaufnahme	<input type="radio"/> Ergebnis F-FB <input type="radio"/> Gespräch mit Kinderarzt / Kinderärztin <input type="radio"/> Gespräch mit MFA <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Inhalt des Gesprächs	

Bedarfseinschätzung	
<input type="radio"/>	kein Bedarf zu ermitteln, keine Einschätzung möglich oder Grund für Auffälligkeit unklar
<input type="radio"/>	Eltern / Familie sieht keinen Bedarf bzw. hat keine Unterstützungswünsche
<input type="radio"/>	Absicherung durch familiäres, soziales Netzwerk, Nachsorgehebamme oder Betreuung
<input type="radio"/>	Schwierigkeiten aufgelöst bzw. lösen sich auf oder aktuell keine Belastung
<input type="radio"/>	Gesprächsangebot bei Bedarf gemacht und selbstständige Kontaktaufnahme zu

Beratungsstellen o.ä. bei Bedarf etc. zu erwarten	
Infomaterial übergeben zu: _____	
<input type="radio"/>	Beratung
<input type="radio"/>	Kurzfall
<input type="radio"/>	Intensivfall
Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Sonstiges:	

Absprachen zwischen Mutter / Familie und Fachkraft „Einfach stark“	
<input type="radio"/>	Fachkraft meldet sich konkrete Absprache:
<input type="radio"/>	Eltern / Familie meldet sich bei Bedarf
<input type="radio"/>	Angebot abgelehnt
Fallende:	

Überleitung	
Einrichtung	
Ansprechperson	
Datum der Überleitung	
Information und Beratung	<input type="radio"/> Beratung über bedarfsgerechte Angebote <input type="radio"/> Weitergabe von Infomaterial

DOKUMENTATIONSBOGEN



Kontaktherstellung	<input type="radio"/> Terminvereinbarung bei Einrichtung durch Fachkraft „Einfach stark“ <input type="radio"/> Mutter / Eltern vereinbart Termin selbst <input type="radio"/> Weiterleitung der Kontaktdaten der Mutter / Familie an Einrichtung, diese meldet sich bzw. schickt Material <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Sonstige Unterstützung	<input type="radio"/> Begleitung zu Behörde bzw. Einrichtung <input type="radio"/> Unterstützung bei Antrag etc. <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Hindernisse	
Kontakt hergestellt	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Bemerkungen:	
Sonstiges	

Monitoring der Überleitung	
<input type="radio"/>	Es gab bereits eine Überleitung
Überleitung war...	<input type="radio"/> erfolgreich <input type="radio"/> nicht erfolgreich
Maßnahme...	<input type="radio"/> teilgenommen / begonnen <input type="radio"/> abgebrochen <input type="radio"/> nicht teilgenommen / begonnen <input type="radio"/> abgeschlossen

Folgekontakt No....	
Datum Folgekontakt	
Mitarbeiter*in „Einfach stark“	
Art des Kontaktes	<input type="radio"/> Termin in der Kinderarztpraxis <input type="radio"/> nicht erreicht <input type="radio"/> Hausbesuch <input type="radio"/> Bitte um Rückruf <input type="radio"/> Brief <input type="radio"/> Externer Termin <input type="radio"/> Mail <input type="radio"/> Telefonat
Anwesende / Gesprächspartner	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Ehemann / Partner <input type="radio"/> gesetzl. Betreuer*in <input type="radio"/> Familienangehörige <input type="radio"/> Sonstige: _____
Gesprächsdauer	_____ min
Grund der Kontaktaufnahme	
Themen und Situationseinschätzung	
Verabredungen / Neuer Auftrag, Ziele	
nächster Kontakt	





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



Gefördert vom
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen





Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Geschäftsstelle

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

Tel.: +49 30 3087779-0

Fax: +49 30 3087779-99

Mail: info@dgkj.de

www.dgkj.de