

Vier Jahre Früherkennung und Frühe Hilfen

Ein Praxisbericht aus der Sicht zweier Kinder- und Jugendarztpraxen // In welchem Umfang werden Risikokinder aus Familien mit gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen U2 bis U7a erkannt und welcher Unterstützungsbedarf kann mit Hilfe der Vorsorgeuntersuchungen ermittelt werden? Welche Angebote der Frühen Hilfen aus dem Gesundheits- und Jugendhilfebereich sind den Praxen im Sozialraum bekannt und werden von ihnen genutzt? Der folgende Bericht, der auf den exemplarischen Erfahrungen zweier Düsseldorfer Kinder- und Jugendarztpraxen in den Jahren 2013 bis 2017 basiert, gibt einen Überblick über Ablauf, erzielte Ergebnisse und Stolpersteine während eines Erfassungs-Zeitraumes von vier Jahren und führt aus, welche Folgerungen für die Nutzung des neuen U-Heftes gezogen werden können.

Eine Stadt, zwei Praxen, zwei Welten: Praxis A liegt in einem Sozialraum mit hoher sozialer Belastung: hoher Migrantanteil, hoher Anteil von ALG II – „Hartz 4“-Familien. Praxis B weist als zusätzliches Behandlungs-Angebot einen kinderkardiologischen Schwerpunkt auf. Beide Praxen zusammen betreuen 3.200 Kinder.

In Praxis A ist ein Kinder- und Jugendarzt, in Praxis B neben einem Facharzt noch zwei Fachärztinnen (jeweils Teilzeitstellen) tätig. Praxis B weist dementsprechend einen höheren Patientendurchgang auf.

Die Untersuchung

Die Untersuchung unterstützte ein Sozialpädiater, der als leitender Oberarzt in einem Düsseldorfer Kinderneurologischen Zentrum tätig war und den beiden Pädiatern seit Jahren bekannt ist.

Folgende Anforderungen wurden an die Durchführung der Erhebung gestellt:

Die Erhebung zur Früherkennung, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U4 stattfand, sollte einen geringen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten und strukturiert verlaufen. Der in den Praxen genutzte Anamnesebogen berücksichtigte Items aus in der BRD bekannten Screening- und Anhaltbögen (Lit.), die in den Kernaussagen übereinstimmen. Die Anamnese beschränkte sich auf die Erhebung sozialmedizinischer Items bei der Familie und beim Kind. Die Entwicklung eines Risikokindes wurde über einen sich anschließenden Monitoringbogen bis Ende des dritten Lebensjahres verfolgt. Dabei

wurde festgehalten, in welcher Häufigkeit zusätzliche erhöhte Fürsorgeanforderungen (z. B. anhaltende Regulationsstörungen, Entwicklungsstörungen) auftraten. Zum Vorgehen wurde folgender Ablauf in beiden Praxen vereinbart:

1. Erhebung der Stammdaten (Geburtsdatum des Kindes, Alter der Mutter bei der Geburt, Zahl der Kinder, Familienstand) durch die Medizinische Fachangestellte (MFA)
2. Berücksichtigung von Risikofaktoren aus dem Mutterpass zu psychosozialen und gesundheitlichen Risikofaktoren beim Kind (z. B. extremes Frühgeborenes, schwere peri- und postnatale Komplikationen)
3. Beobachtung des Verhaltens und des Pflegezustandes des Kindes, des Verhaltens der Mutter/ des Vaters (z. B. sie erscheinen gestresst, sind unzuverlässig, halten Termine nicht ein) und der Interaktion von Mutter/Elternteil und Kind während des Aufenthaltes in der Praxis durch die MFA
4. Bei allgemeinen Bedenken und Beobachtung von Auffälligkeiten durch die MFA Information an den Arzt, der die Vorsorgeuntersuchung durchführt.
5. Erhebung der sozialmedizinischen Anamnese durch den Kinder- und Jugendarzt. Dazu steht ein sozialmedizinischer Kurzanamnesebogen zur Verfügung. Er gehört zur Basisanamnese eines jeden zur ersten Vorsorgeuntersuchung vorgestellten Kindes.
6. Bei Ermittlung von familiären Belastungen, Interaktions-Auffälligkeiten und Risikofaktoren beim Kind eingehendes Gespräch mit Klärung, ob und

in welchem Umfang ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf besteht und ggf. eine Überleitung/Überweisung des Kindes ins Netzwerk Früher Hilfen notwendig erscheint.

7. Die Entwicklung der Risikokinder wird über einen Monitoringbogen verfolgt und registriert, ob zusätzliche Belastungen bzw. Fürsorgeanforderungen auftreten.

Ergebnisse

In der Zeit von 2013 bis 2017 wurden im Rahmen der U3 bis U4 592 Kinder erfasst. Bei der Mehrzahl dieser Kinder wurde ein Monitoring mit einer Verlaufsdokumentation zu den folgenden U-Untersuchungen bis U7a durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt die Häufigkeiten zu den Items bei den erfassten Risikokindern wieder und zeigt die Unterschiede zwischen den beiden Praxen.

Oben genannte Items sind in einem Manual erläutert. Beispiel: belastende Lebensereignisse: z. B. Trennung der Eltern, schwere Erkrankung, Arbeitsplatzverlust.

Unter den 592 erfassten Kindern fanden sich 72 Risiko-/Hochrisiko-Kinder, davon 51 Risiko-Kinder und 21 Hochrisikokinder-Kinder, darunter auch Geschwisterkinder.

Gemessen an der Gesamtzahl der jeweils in den Praxen erfassten Kindern ergab sich in der Praxis A, die in einem Sozialraum mit hoher sozialer Belastung liegt, eine höhere Zahl von Risiko- und Hochrisikokindern.

Deutlich höhere Fallzahlen unter den Risiko-/ Hochrisikofällen fanden sich in

der Praxis A gegenüber der Praxis B in folgenden Bereichen:

- kein Erziehungsberechtigter in der Familie erwerbstätig (ALG II – „Hartz IV“- Empfänger)
 - Mütter unter 18 Jahren
 - Überforderungen der Mütter, z. B. bei mehreren Kleinkindern, bei kinderreichen Familien, fehlende Unterstützung
 - Unterstützung durch Jugendhilfe
 - Auffälliges Verhalten von Kind, Eltern in der Praxis
 - Auffällige Eltern-Kind-Interaktion
- Kumulationen von Risikofaktoren, z. B. bei Hochrisikokindern: Überforderungen > Armut (Erziehungsberechtigte im Haushalt nicht erwerbstätig) > Partnerkonflikte > psychische Erkrankung der Eltern > somatische Erkrankungen in der Familie traten in beiden Praxen auf.

Anhaltende Regulationsstörungen (Fütter-, Schlaf-, Schreistörungen) wurden in wechselnder Häufigkeit registriert. Sie wurden in einzelnen Fällen auch kombiniert wahrgenommen.

Hervorzuheben ist, dass Hochrisikokinder in beiden Praxen erkannt wurden.

Dazu ein Fallbeispiel:

Zwölfjähriges Mädchen M. lebt bei seinem Vater und der Stiefmutter.

Sie hat fünf Halbgeschwister und eine leibliche Schwester. Leibliche Mutter ist drogenabhängig und war im Gefängnis. M. sieht ihre Mutter nur sehr selten und will sie auch nicht sehen.

M. kommt oft allein in die Praxis und berichtet, sie könne nicht in die Schule, sie gehe zwar hin, könne aber nicht reingehen. Sie schlafe schlecht.

Sie habe Ängste und fühle sich von ihrer Mutter beobachtet.

Die Praxis empfiehlt Psychologen und nimmt Kontakt zum Jugendamt auf.

Überleitung ins Netzwerk Früher Hilfen

Das Netzwerk Früher Hilfen besteht aus den Bereichen (siehe Definition des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen): Gesundheitswesen, Frühförderung, Schwangerenberatungsstellen, Jugendhilfe und weiteren kommunalen Stellen.

Die Überleitung in das Netzwerk durch die beiden Kinder- und Jugendarztpraxen orientierte sich an dem Unterstützungsbedarf der als Risiko- und Hochrisiko eingestuften Kinder:

In zahlreichen Fällen erhielten Familien bereits Unterstützung durch die Jugendhilfe. Die Einbindung erfolgte in der Geburtsklinik oder die Familien waren

	Praxis A	Praxis B	Gesamt
Gesamtfälle	186	406	592
Risiko-/Hoch-Risiko- Fälle	41	31	72
Risiko Fälle	29	22	51
Hochrisiko Fälle	12	9	21
Unter den erfassten Risiko- Hochrisikofällen	41	31	
Mütter bei der Geburt des Kindes < 18 J	10	3	13
alleinerziehend	9	6	15
Mutter lebt im Mutter-Kind-Heim	6		6
Erziehungsberechtigte sind nicht erwerbstätig	12	6	18
Chronische Krankheit in der Familie	1	6	7
Psychische Krankheit in der Familie	4	3	7
Psychosoziale Belastungen	12	6	18
Konflikte in der Familie	3	2	5
Unterstützung durch Jugendhilfe	17	5	22
Überweisung ins Netzwerk des Gesundheitswesens			>30
Auffälliges Verhalten von Kind, Eltern in der Praxis	9	3	12
Elternteil-Kind-Interaktion auffällig	4	3	7
Belastende Lebensereignisse	7	4	11
Hinweise auf Depression bei der Mutter	2	2	4
Fütterstörungen	6	1	7
Schlafstörungen	3	5	8
Schreistörungen	2	8	10
Entwicklungsstörungen	8	2	10

Tab.: Übersichtstabelle zu den in zwei Praxen erfassten Risiko-Kindern von 2013 bis 2017

bereits früher der Jugendhilfe bekannt. Eine Kontaktaufnahme seitens der Praxis zum Jugendamt erfolgte bei zwei Fällen von Kindeswohlgefährdung.

Die Praxen nahmen, wenn sie von sich aus aktiv wurden, fast ausschließlich Angebote aus dem Gesundheitswesen in Anspruch: So überwiesen die Praxen bei vorliegender Indikation an KG, Ergo, SPZ, Logopädie, Schreieambulanz, Pädaudiologie. In einzelnen Fällen wurden Hebammen zur Unterstützung angefragt und konnten zeitnah über die Sprecherin des Hebammenverbandes vermittelt werden.

Ein Kontakt zu Familienhebammen, Familienkinderkrankenschwestern (FGKiKP) bestand nur sehr selten, obwohl FGKiKP's über das Modell *Zukunft für Kinder in Düsseldorf*, Gesundheitsamt, zur Verfügung standen. MFA's in den Praxen gaben den Eltern in zahlreichen Fällen Hinweise auf ortsnahe Eltern-Kind-Kurse und Eltern- und Müttercafés.

Kooperation mit dem Jugendamt: Keine Ansprechpartner, keine Rückmeldung

Die Kooperation mit dem Jugendamt gestaltete sich schwierig. Es war oft nicht zeitnah erreichbar. Eine feste Ansprechpartnerin gab es nicht. Präventive Angebote waren nicht bekannt. Die Kontakte mit dem Jugendamt beschränkten sich in der Regel darauf, dass in einzelnen Fällen Auskünfte erbeten wurden, ob seitens der Praxis Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung beständen. Voraussetzung für die Auskünfte durch den Kinder- und Jugendarzt war eine schriftliche Schweigepflichtentbindung durch die Eltern.

Rückmeldungen über das weitere Vorgehen wurden vom Jugendamt nicht gegeben. In zwei Fällen erfuhren die Ärzte erst im Nachhinein, dass bisher von ihnen betreute Kinder zwischenzeitlich aus den Familien in Obhut genommen wurden.

Kooperation mit dem Gesundheitswesen: Wenig Kontakt zum Gesundheitsamt

Im Unterschied zu der Jugendhilfe wurden Kinder bzw. Familien vielfältig und wesentlich häufiger und zeitnah in das Netzwerk Früher Hilfen im Bereich des Gesundheitswesens vermittelt. In wenigen Fällen ergaben sich Kontakte zum Gesundheitsamt. Allerdings wurden beim Gesundheitsamt (Projekt *Zukunft für Kinder in Düsseldorf*) angestellte Familienkinderkrankenschwestern in keinem Fall angefragt.

Fazit und Nutzung des neuen U-Heftes

In dem Erfassungszeitraum von vier Jahren zeigten sich zwischen den beiden Pädiater-Praxen erwartete Unterschiede. In der Praxis A, die in einem Sozialraum mit hoher sozialer Belastung liegt, wurden gegenüber Praxis B deutlich mehr Risiko- und Hochrisiko-Kinder und von der Jugendhilfe betreute Familien erfasst. Allerdings wurden Hochrisikokinder in beiden Praxen erkannt, und es wurde in beiden Praxen um Unterstützung angefragt.

Die Überleitung ins Netzwerk Früher Hilfen fand fast ausschließlich in Angebote und Institutionen des Gesundheitswesens statt. Obwohl über das Modell *Zukunft für Kinder in Düsseldorf* Familienkinderkrankenschwestern zur Verfügung standen, wurden sie nicht in Anspruch genommen.

Kontakte zur Jugendhilfe gestalteten sich schwierig, da ein konstanter Ansprechpartner fehlte. Nur bei einzelnen Kinderschutzmeldungen war das Bereitschaftstelefon (mit wechselnder Besetzung) erreichbar. Präventive Angebote der Jugendhilfe, z.B. Entlastung von überforderten Müttern, waren den beiden Kinder- und Jugendarzt-Praxen nicht bekannt.

Im Laufe der vier Jahre trat eine zunehmende Sensibilisierung aller in den Praxen beschäftigten MFA's ein, auf auffälliges Verhalten von Müttern/Vätern und Kinder zu achten und ihre Beobachtung dem Arzt mitzuteilen.

Der eingesetzte Anamnesebogen wurde im Erfassungszeitraum weiter vereinfacht. Stammdaten und Beobachtungsbefunde zum Verhalten von Kind und Mutter/Vater und Interaktion von Eltern/Kind wurden von den MFA's ausgefüllt. Aufgrund deren Vorarbeit entstand für den Arzt nur noch ein geringer zusätzlicher Zeitaufwand.

In den Anamnesebogen wurden Items aus dem neuen U-Heft einbezogen und weiter differenziert:

- ab U2 bis U7a Fragen zur Sozialanamnese: besondere Belastungen in der Familie, Betreuungssituation,
- ab U2 bis U6 Informationen zu regionalen Unterstützungsangebote: Eltern-Kind- Hilfen, Frühe Hilfen

Die Items zu sozialen Belastungen werden aktuell ebenso wenig wie das Item zur

Überleitung in regionale Unterstützungsangebote angekreuzt. Dadurch gehen Informationen über die Vorgeschichte von Risikokindern verloren, die bei einem Ärztehopping hätten weitergegeben werden müssen.

Ausblick

Anamnese- und Monitoringbogen (mit Ablaufschema und dazu gehörendem Manual) ermöglicht ein systematisches und strukturiertes Vorgehen zum präventiven Kinderschutz in der kinder- und jugendärztlichen Praxis und ergänzt die dazu vorliegenden Items im neuen U-Heft.

Die Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung (www.dapg.info) bietet in Kooperation mit der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft ein Grundlagenseminar für MFA's in Kinder- und Jugendarzt-Praxen an. Thema: Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz. Alltag in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. **Nächster Seminartermin ist am 13.1.2018 im Sana Klinikum Düsseldorf-Gerresheim.**

Als Folge der Bestandsaufnahme zur unbefriedigenden Kooperation zwischen Pädiater-Praxen und im gleichen Sozialraum liegenden Bezirksjugendämter wurde 2017 in Düsseldorf ein Projekt zur Verbesserung der Zusammenarbeit beider Institutionen gestartet. Die ersten Ergebnisse dazu wurden im Rahmen eines Poster-Vortrages auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2017 in Köln vorgestellt (siehe www.forum-kinderzukunft.de).

Dr. Wilfried Kratzsch, Dr. Axel Hofmann, Dr. Hermann Josef Kahl.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Wilfried Kratzsch
Ltd. Oberarzt i.R. des Kinderneurologischen Zentrums der Sana Kliniken Düsseldorf, Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft
c/o Sana Kliniken Düsseldorf
Gräulingerstr.120
40625 Düsseldorf
Tel.: 0211/13959638,
E-Mail: w.kratzsch@gmx.de bzw.
info@forum-kinderzukunft.de*

Red.: ReH