



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



## 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](http://www.bogun-dunkelau.de)

### Druck

Königsdruck, [www.koenigsdruck.de](http://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](http://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

## 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.