

Wandel der Erziehungsleitbilder

– eine Herausforderung für das ärztliche Selbstverständnis in der grundversorgenden Pädiatrie

Irene Somm

Wenn sich Professionelle im Gesundheitswesen über Eltern unterhalten, so sind Klagen nicht fern: Eltern seien heute zunehmend nicht mehr in der Lage, auf ihre Intuition zu hören, und Gesundheitswissen werde kaum noch familiär tradiert, was die erhöhte Inanspruchnahme von Dienstleistungen erklären würde. Solche Klagen verengen bisweilen den Blick und befördern Unverständnis. Hier lohnt es sich, einen Perspektivwechsel zu wagen, um neue Handlungsspielräume auszuloten.

1. Gewachsene Ansprüche an die Elternrolle

In den 1970er Jahren geriet die Ausübung starker elterlicher Verfügungsgewalt über das Kind zunehmend in die Kritik, u. a. weil die Sozialisationsforschung nachweisen konnte, dass sie die Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes eher behindert und ein schwaches Selbstwertgefühl befördert. Zeitgleich zur Problematisierung eines autoritären Erziehungsstils etablierte sich in individualisierten westlichen Gesellschaften „Selbstverwirklichung“ als ein legitimer Wert. Das Selbstverwirklichungsideal hatte eine enorme Aufwertung der familialen Beziehungsqualität insgesamt zur Folge: Familiäre Beziehungen wurden mehr und mehr zum Ort emotionaler Bedürfnisbefriedigung – zunächst vor allem die Paarbeziehung; allmählich aber immer ausgeprägter und letztlich in Konkurrenz dazu die Beziehung zu den Kindern, denen deutlich partnerschaftlicher begegnet wurde. Nicht nur, weil man Autoritäres abzulehnen begann, sondern eben auch, weil Kinder verstärkt einen „psychischen Nutzen“ für Eltern erlangten – quasi als Objekt der Selbstverwirklichung.



Im Kern lässt sich der Wandel der Erziehungsleitbilder der letzten Jahrzehnte als ein Wandel von der Eltern- zur Kindzentrierung beschreiben. Was eine Studie zum Bindungsverhalten deutscher Eltern in den 1980er Jahren noch als Normalität konstatierte, gilt heute als inakzeptabel: „It is socially acceptable in Linden [Dorf Nähe Frankfurt] for mothers to leave infants alone in house when they go out shopping. [...] Informants said a child must learn to be by itself. [...] Should they awaken when mother is gone and start crying, nothing bad will really come of this, informants said, so long as the baby is fed and clean and the mother has seen to it that the child cannot hurt itself.“ (LeVine/Norman 2001)

Dass diese Einstellung heute als problematisch gilt, ist nicht zuletzt der zunehmenden Rezeption der Bindungstheorie von Bowlby u. a. (1972) zu verdanken.

Neben der Bedeutungssteigerung der Eltern-Kind-Bindung begann in den 1990er Jahren eine breite Diskussion um die Bildungsbedeutsamkeit der Familie. In den Fokus rückten Fragen einer optimalen Förderung des Kindes innerhalb der Familie. Leistungsveragen wurde verstärkt als Resultat erzieherischen Fehlverhaltens interpretiert (vgl. Beck-Gernsheim 1990: 171; Peuckert 2007).

Beide Entwicklungen – die Emotionalisierung wie auch die wachsende Förderorientierung – stellen bislang nie dagewesene, spannungsreiche Anforderungen an die Elternrolle dar. Als Ideal gilt ein sog. „autoritativer Erziehungsstil“: Auf Basis einer sicheren Bindung (Bowlby) halten Eltern die Balance zwischen emotionaler Unterstützung, Akzeptanz und Feinfühligkeit gegenüber dem Kind einerseits und Verhaltensregulation durch konsistente und konsequente Disziplinierung andererseits. Konkret: Anstelle von direkter Kontrolle und Instruktion soll das Kind quasi spielerisch zur Leistungsbereitschaft erzogen und im Dienste der Selbstwirksamkeitserfahrung und Selbständigkeit in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Gleichzeitig nehmen Eltern dem Ideal zufolge ihre Führungsrolle in Form erzieherischer Konsequenz und Konsistenz wahr – alles in allem nicht ganz widerspruchsfrei und in jedem Fall ein hoher Anspruch.

Parallel zum Wandel des Erziehungsleitbildes verlief die zunehmende Berufstätigkeit der Mütter, was die Frage nach guter Elternschaft noch einmal verkomplizierte – vor allem wenn man bedenkt, dass auch in der Erwerbstätigkeit ein Wandel stattfand: Es galt als immer weniger opportun, „einfach seinen Job zu machen“; stattdessen sollte auch die Arbeit Quelle der Selbstverwirklichung

sein und „Leistung aus Leidenschaft“ erbracht werden – zeitlich flexibel und räumlich mobil (vgl. Boltanski/Chiapello 2003).

2. Ausbildungsmetapher in der Frühprävention

Mit der Kindzentrierung ist die frühkindliche Entwicklung verstärkt in den Fokus von Bildungs- und Gesundheitspolitik, aber auch der Forschung geraten. Auch hier ist der Anspruch hoch: Es geht um die „frühe Vermeidung ungleicher Bildungs- und Gesundheitschancen“, und in Aussicht gestellt wird bisweilen gar die Prävention krimineller Laufbahnen. Obligates Mittel dazu: Steigerung von „Elternkompetenz“ und elterlichem Förderwillen.

In den letzten Jahren haben die Präventionsanstrengungen in der frühkindlichen Phase deutlich zugenommen: Angefangen bei Maßnahmen zur frühen Identifizierung sog. „Risiko- bzw. Hochrisikofamilien“ im Rahmen der „Frühen Hilfen“ mit dem Ziel, deren „Bindungskompetenz“ zu verbessern, über die „Bildungsdokumentation“ im Kindergarten mit den halbjährlichen Elterngesprächen zur sozialen, kognitiven und emotionalen Kompetenz des Kindes bis hin zur „interdisziplinären Frühförderung“ – alle Initiativen (inklusive der unzähligen [primärpräventiven] Elternbildungsangebote) stehen im Zeichen einer „Professionalisierung der Elternfigur“ (Levold 2002). Dieser Impetus leuchtet angesichts der anspruchsvoller gewordenen Elternrolle und der heute größeren Sensibilität für Kindeswohlgefährdungen sicherlich ein. Gleichwohl gibt es auch Schattenseiten: Es besteht erstens die Gefahr einer immer früheren Etikettierung von Kindern als defizitär – bzw. euphemistischer: als förderungsbedürftig –, welche deren Laufbahn leider nicht immer erleichtert. Zweitens besteht eine verstärkte Machbarkeitsphantasie bezüglich der (planvollen) Steuerung kindlicher Entwicklung, und drittens erfolgt eine sehr frühe Sortierung der Eltern gemäß dem Schema „kompetent“ versus „inkompetent“.

In Studien wird Eltern mit höherem Bildungsabschluss fast schon reflexartig eine höhere Elternkompetenz attestiert. Unsere Beobachtungen (und diejenigen der befragten Ärzte) sind hier jedoch weit weniger eindeutig, und es bleibt fraglich, ob so manche Studiendesigns nicht eher der Selbstdarstellungs-, ja Beschönigungskompetenz dieser Elterngruppe Rechnung tragen. Bildung schützt bekanntlich nicht vor Bindungsschwierigkeiten; die vielfältigen psychischen Probleme bei Gymnasiasten sind vermutlich auch nicht allein auf den gestiegenen Leistungsdruck der Schule zurückzuführen.

Die Ausbildungsmetapher der Kompetenz hat immer schon einen Schichtbias. Für gebildete Milieus ist es eine gern verwendete Formel, für bildungsfernere Milieus hingegen ein Unwort und eine Quelle von Insuffizienzgefühlen. Folglich mutiert die Rede von Elternkompetenz bzw. von elterlicher Steuerungskompetenz einmal mehr zu einem subtilen, bildungsbürgerlichen Umerzihungsgestus gegenüber einer sog. Unterschicht. Ob dieser Gestus tatsächlich zu einer Chancenverbesserung beiträgt, müsste ernsthaft geprüft werden. Wenn es um die Stärkung von Bindung geht, stehen Emotion, Stabilität und Zutrauen im Zentrum, der Kompetenzbegriff geht hier fehl.

3. Wunsch nach Bescheinigung von Elternkompetenz in Früherkennungsuntersuchungen

Wenn Elternkompetenz gesellschaftlich auf dem Prüfstand steht, stellt sich die Frage, wer sie legitimerweise bescheinigt. Und hier sind niedergelassene Kinder- und Jugendärzte in den Augen der Eltern noch immer oder gar verstärkt eine anerkannte Autorität.

Die Erweiterung des kinderärztlichen Vorsorgeprogramms wie auch die zunehmende Breite der Untersuchungen reihen sich in die beschriebenen Präventionsanstrengungen ein – und genießen in der Öffentlichkeit entsprechend hohe Akzeptanz. Das neue Gelbe Heft spiegelt nicht nur einen höheren Anspruch an die grundversorgenden Kinder- und Jugendärzte wider, sondern auch an die Eltern: Die Dimensionen der ärztlichen Entwicklungsbeurteilung werden im Heft differenziert offengelegt und zeigen den Eltern, was heutzutage alles benötigt wird, um vom Kinder- und Jugendarzt im Gesamtergebnis eine „altersgemäße Entwicklung“ bescheinigt zu bekommen. So heißt es etwa in der Elterninformation zur U6: „Auch interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.“ Damit werden Vorsorgeuntersuchungen deutlich expliziter als früher auch zur Bewährungsprobe für die Eltern; so erstaunt es nicht, dass Eltern versuchen, ihr Kind zu animieren, sich von der besten Seite zu zeigen, und bisweilen gar mit Filmchen aufgewartet wird, um zu „beweisen“, dass der Kleine zu Hause mehr kann als in der Untersuchungssituation selbst.

Auch die häufig gestellte Einstiegsfrage in Früherkennungsuntersuchungen „Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes?“ rahmt die Untersuchung als elterliche Bewährungsprobe: Eltern haben sich in ihrer Kompetenz zu beweisen, die Entwicklung ihres Kindes zu beobachten und entsprechend zu bewerten. Heute umfasst die erwartete Antwort weit mehr als die körperliche Entwicklung: Sie adressiert Eltern als diejenigen, die neben der körperlichen auch die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung im Blick haben bzw. diese verantwortungsbewusst beobachten. Selten wird die Frage so nonchalant beantwortet wie von dieser Mutter:

„Ach, das kann ich eigentlich nicht beurteilen, habe ja nicht so den Vergleich. Das müssen Sie mir sagen [lacht].“

Weit häufiger lassen sich Eltern eher nicht anmerken, dass sie mit der Frage, die bei Licht betrachtet voraussetzungsvoll ist, eigentlich gerade ziemlich überfordert sind, und geben sich kompetent – mal mehr, mal weniger. In Nachgesprächen fielen dann allerdings häufig Bemerkungen wie die folgende einer Mutter mit akademischem Abschluss:

„Ich bin immer wieder verblüfft über die Fragen. Ich muss ganz oft überlegen: Macht mein Kind das jetzt wirklich schon? Kann der das? Oder bilde ich mir das ein? Also, das find ich sehr schwierig so im Nachhinein. Dann denk ich immer: Meine Güte, beobachtest du so ungenau [lacht], dass du das gar nicht weißt!“



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Stand dieser Ausgabe: Januar 2020

© BVKJ e.V.

Geschäftsstelle:

Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e.V.

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Telefon: 0221-68909-0 | Telefax: 0221-683204

bvkj.buero@uminfo.de

www.bvkj.de

Pädiatrische Wege und Welten

ISBN 978-3-9821633-0-7



Jahre BVKJ e.V.

Der Druck, als Eltern alles richtig zu machen, ist deutlich wahrnehmbar. Entsprechend ist schichtübergreifend eine mehr oder weniger ausgeprägte Nervosität hinsichtlich der Frage der altersgemäßen Entwicklung des eigenen Kindes festzustellen. Im folgenden Zitat einer Berufsschullehrerin mit einem drei Monate alten Kind wird deutlich, dass heute die normgerechte Entwicklung als abhängige Variable elterlicher Kompetenz begriffen wird:

„Wenn ich in so Rückbildungskursen bin und alle Babys schlafen und unsere hängt da und schreit, ne. Das ist dann natürlich auch so das Gefühl: Wir sind schlechte Eltern, was machen wir falsch? Das ist dann natürlich auch nicht gerade förderlich.“

In dieser Situation ist der Wunsch, von einer anerkannten Autorität Elternkompetenz bescheinigt zu bekommen, nachvollziehbar – notfalls auch gegen Kindergarten, Schule oder gar Jugendamt.

4. Erhöhter Kommunikationsbedarf in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Während der Früherkennungsuntersuchungen sind Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte verstärkt mit den Herausforderungen einer zunehmenden Emotionalisierung und Egalisierung der Eltern-Kind-Beziehung und bisweilen auch einer ausgeprägten Förderorientierung konfrontiert. Beide Aspekte äußern sich konkret in einer Vielzahl geäußelter oder wahrnehmbarer Verunsicherungen. Nicht nur wird häufig ein elterlicher Autoritätsverlust wahrgenommen, der auch die ärztliche Untersuchung selbst mitprägt, sondern eben auch eine Verwirrung dahingehend, was denn nun eigentlich kompetentes Handeln als Eltern ausmacht, inwiefern kindliche Entwicklung „machbar“ ist und an was bzw. an wem man sich eigentlich orientieren sollte (vgl. Somm/Hajart/Mallat 2018, Kap. 3). Solche Fragen sind in der Kinderarztpraxis allgegenwärtig und können nicht einfach ignoriert werden, zumal ein ungeeignetes Erziehungsverhalten nachweislich ein zentraler Risikofaktor für die kindliche Entwicklung darstellt.

Die elterlichen Verunsicherungen sind neben der Zunahme chronischer Erkrankungen aber nicht der einzige Grund für den erhöhten Kommunikationsbedarf. Sowohl eine valide Ermittlung psychosozialer Risikofaktoren als auch die Ansprache nichtsomatischer Entwicklungsauffälligkeiten ist weit anspruchsvoller und auch aufwändiger, weil sie für Eltern deutlich schwieriger zu akzeptieren sind und häufig unmittelbar mit eigenem Versagen verbunden werden. Selbst wenn dabei mit standardisierten Fragebögen gearbeitet wird, muss das Ergebnis im Arzt-Patienten-Gespräch idealiter validiert werden (vgl. Textbox 1) – dies umso mehr, wenn die Ärztin, welche die Familie in der Regel bereits länger kennt, entweder eine elterliche Überproblematierung oder ein Vermeidungs- bzw. Verdeckungsverhalten (vgl. Textbox 2) zu befürchten hat.

1. Funktionaler Umgang mit Elternfragebögen

A: Sie haben zwei Dinge angekreuzt.

M: Ach so, ja.

A: Sie merken, dass Sie wirklich ein bisschen unter Stress sind, oder?

M: Ja, was heißt unter Stress? Also ich kann ihn nicht für 15 Minuten wirklich in seine Spielwiese legen, dann weint er.

A: Aha, okay.

M: Ich muss ihn immer auf den Arm nehmen. Der braucht ständig Aufmerksamkeit. Ich find das jetzt nicht schlimm. Aber es wäre mal schön, wenn ich von Ihnen erfahren könnte, was ich dagegen tun könnte, damit ich mal eine Stunde, wenn er wach ist, Haushalt machen könnte.

A: Direkt ne Stunde?

M: Ja, von mir aus eine halbe Stunde. (lacht)

A: Ein Kind in dem Alter kann nicht sagen: „Okay, die Mama muss jetzt mal ne Stunde da die Küche machen. Ich verhalt mich mal ruhig.“

M: (lacht)

A: Das kann es nicht, sondern wenn Sie das Zimmer verlassen, dann denkt es, Sie sind nicht mehr auf der Welt.

M: Okay.

A: Und wenn Sie jetzt mal andersrum denken: Er ist nicht mehr auf der Welt. Dann würden Sie es wahrscheinlich keine Viertelstunde aushalten, oder? Das Wegbleiben kann Babys richtig Panik machen.

M: Aha, okay.

A: Das ist jetzt die Entwicklung, er wird lernen, dass er weiß, die Mama kommt wieder. Und wie kann er das lernen? Indem Sie auch mal getrennt sind und Sie wiederkommen.

2. Vermeidungsverhalten in Elternfragebögen

M: Also ich merke, dass ich immer überlege, ob ich das überhaupt ehrlich ankreuze. Ähm, weil, wenn dann da steht: „mehr als zweimal ins Bett genässt im halben Jahr“ und ich mir denke, na ja, wenn ich ehrlich bin, hat sie das sicherlich. Aber trotzdem: Ich bin der Überzeugung: Das ist kein Problem!

Ein weiterer Grund für den erhöhten Kommunikationsbedarf: Nicht nur der Umfang der Themen der vorausschauenden Elternberatung in der Kinder- und Jugendarztpraxis hat zugenommen, vielmehr wird den Ärztinnen und Ärzten im Präventionsgesetz „auf Grund des besonderen, vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnisses“ (2015: 50) explizit eine besondere Befähigung zugewiesen, „gesundheits-schädigende Verhaltensweisen“ abzubauen und „zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren.“ (Präventionsgesetz 2015: 50)

Selbstredend begründen auch diese Erwartungen einen erhöhten Kommunikationsbedarf, aber nicht nur das: Um Compliance und Motivation zu fördern, bedarf es einer Interaktionsqualität, die den klassischen monologischen Stil ärztlicher Instruktion (Füllen von Wissenslücken etc.) überwindet und einem Verständnis von Gesundheitserziehung folgt, das auf Partizipation und Empowerment beruht (vgl. Somm/Hajart/Mallat 2018: 141–180).

5. Ist das alles noch Medizin oder ist Medizin doch mehr?

Wie ärztlicherseits auf den erhöhten Kommunikationsbedarf reagiert wird, hängt – neben den Rahmenbedingungen der jeweiligen Praxis – ganz entscheidend vom eigenen beruflichen Selbstverständnis ab.

Das traditionelle ärztliche Selbstverständnis orientiert sich an Krankheit. Die Behandlung des kranken Körpers ist Dreh- und Angelpunkt der ärztlichen Aktivität, Gesundheit ist das Ziel, nicht aber der Ausgangspunkt. Krankheit ist in der Medizin – in den Worten des Soziologen Niklas Luhmann – „der positive Wert“ (Luhmann 1990: 192), sie ist der Ort beruflicher Identifikation und Anerkennung. Folgt das ärztliche Handeln in der ambulanten grundversorgenden Pädiatrie diesem klassischen Selbstverständnis, dann ist die Beschäftigung mit dem (noch) gesunden Patienten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen immer eine ambivalente Angelegenheit, die man schon mal gerne schnell hinter sich bringen bzw. routiniert abhaken möchte. Das legitime Ziel ist dann, die „wirklich (somatisch) Kranken“ aus dem Meer der Gesunden herauszufischen. Dem beschriebenen erhöhten Kommunikationsbedarf wird hingegen aus diesem beruflichen Verständnis heraus eher mit Unmut begegnet. Die elterlichen Anliegen der (noch) gesunden Kinder erscheinen in der eigenen Wahrnehmung vor allem banal – selbst wenn es etwa um Schulverweigerung geht –, und das deshalb, weil eigentlich nur ernsthaft Krankes nicht banal ist.

Präventive Beratung ist in diesem Selbstverständnis einzig dann als genuine ärztliche Aufgabe akzeptiert, wenn sie auf sog. „klare Zielkrankheiten“ fokussiert ist, wie etwa Milchzahnkaries, Vitamin-D-Mangel etc. Hier kann – dem klassischen monologischen Aufklärungsstil folgend – kurz und bündig zur Sache „referiert“ werden. Bei der sog. Sprachberatung (Kinder-Richtlinien) wird es schon komplizierter: Das Thema ist komplexer und bedarf einer kultursensiblen Einschätzung der konkreten Situation. Allgemein ist bei der Prävention im Bereich psychosozialer und funktioneller Störungsbilder, wo deutlich weniger One-fits-all-Empfehlungen zur Hand sind, die Beratungszurückhaltung besonders groß.

Ähnlich verhält es sich im Rahmen dieses klassischen ärztlichen Selbstverständnisses mit vorklinischen Auffälligkeiten: Sie gelten – weil noch im Spektrum des Gesunden angesiedelt – als nicht weiter beachtenswert, werden sozusagen „wegnormalisiert“ – und zwar auch dann, wenn die Patienten bzw. Patientenfamilien signalisieren, dass die Symptome sie belasten.

Gibt es eine Alternative zum klassischen ärztlichen Selbstverständnis, das im Rahmen der grundversorgenden Pädiatrie funktionaler wäre, gleichwohl aber keine Allzuständigkeit für alle möglichen Fragen und Probleme eröffnet? Es gibt sie, und bei grundversorgenden Kinder- und Jugendärzten ist sie auch regelmäßig zu beobachten. Wir haben sie in der Studie als „funktionale Rollenerweiterung“ genauer beschrieben (vgl. Somm/Hajart/Mallat 2018: 198–245).

Dass die grundversorgende Pädiatrie zu einer niedrighschweligen Anlaufstelle für zahlreiche elterliche Verunsicherungen und Belastungen geworden ist – und damit für Kliniken bei allen langfristigen Problemlagen, die sich im Akutalltag andeuten, eine enorme Entlastungsfunktion hat –, ist unstrittig. Strittig ist hingegen, was diese ärztliche Arbeit wert ist – in finanzieller und fachlicher Hinsicht. Eine fachliche Aufwertung würde erreicht, wenn in der medizinischen Aus- und Weiterbildung regulär Orte geschaffen würden, wo man auf diesen grundversorgenden Alltag angemessen vorbereitet würde und ein positiv besetztes, ärztliches Selbstverständnis entwickeln könnte, das für diesen Kontext funktional ist und für die Arbeit in der Klinik zweifellos eine Kompetenzerweiterung mit sich brächte.

Dr. Irene Somm
Netzwerk Handlungsforschung und Praxisberatung
Venloer Str. 511
50825 Köln
irene.somm@netzwerk-handlungsforschung.de

Literaturangaben beim Verfasser.

