

4

IMPULSE ZUR NETZWERKARBEIT FRÜHE HILFEN

EIN AUTORENBEITRAG VON
PROF. DR. RAIMUND GEENE

Das Gesundheitswesen als elementarer
Bestandteil der Frühen Hilfen:
Möglichkeiten der systematischen
Zusammenarbeit im Netzwerk

Rund um Schwangerschaft und Geburt besteht ein »Betreuungsbogen« – von Gynäkologie, Geburtsmedizin und Entbindungspflege bis zur Pädiatrie steht eine umfangreiche Versorgung für die (junge) Familie bereit. Dieser Betreuungsbogen ist jedoch eher ein theoretisches Konzept, formuliert von der Pflege- und Hebammenwissenschaftlerin Frederike zu Sayn-Wittgenstein (2007). In der Praxis stehen die verschiedenen Anbieter weitgehend unverknüpft nebeneinander. Es ist an den Eltern, die jeweils relevanten Hilfen aufzusuchen. Dies gelingt den meisten Eltern sehr gut: Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem haben zu (werdenden) Eltern einen nahezu lückenlosen Zugang, da sie in der Zeit der Schwangerschaft und um die Geburt herum sowie in den ersten Lebensmonaten des Kindes von nahezu allen (werdenden) Eltern in Anspruch genommen werden. Dabei bringen Eltern dem Gesundheitswesen zumeist einen großen Vertrauensvorschuss entgegen: Sie werden als Expertinnen und Experten kindlicher Gesundheit anerkannt und damit als Bündnispartnerinnen und Bündnispartner für das Ziel nahezu aller Eltern, dass ihre Kinder gesund aufwachsen und sich wohl fühlen. Diese Nähe und Kompetenzen ermöglichen den Frühen

Hilfen einen niederschweligen Zugang zu Familien, der nutzbar gemacht werden kann. Daher stellt die Einbindung von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens eine wichtige Aufgabe für die Netzwerke Früher Hilfen dar. Der folgende Beitrag soll einen Überblick geben über die unterschiedlichen Aufgaben der Gesundheitsangebote, ihre jeweiligen Handlungslogiken und Handlungsgrenzen skizzieren und abschließend einen Ausblick geben, wie Kooperation gelingen kann.

1. AUF DEM WEG ZUR SYSTEMÜBERGREIFENDEN VERNETZUNG – PARALLELE ENTWICKLUNGEN VON GESUNDHEITSSYSTEM UND KINDER- UND JUGENDHILFE

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem Dilemma: Alle Eltern und die gesamte Gesellschaft erwarten eine umfassende Absicherung gegenüber kindlichen Gesundheitsproblemen, jedes Risiko soll möglichst ausgeschlossen werden. So werden Schwangere und kleine Kinder in den gesetzlichen Früherkennungen (Mutterschafts- und Kindergesundheitsuntersuchungen) einer umfassenden medizinischen Diagnostik unterzogen. Gleichzeitig beobachten Gesundheits helfende in der Praxis vielfältige psychosoziale Problemlagen mit negativen Folgen für die kindliche Entwicklung. Die Gesundheit von Kindern ist wesentlich von den sozialen Determinanten ihrer Familien bestimmt, d.h. je schlechter die elterliche Bildung und je geringer ihr Einkommen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Probleme und (zukünftige) Krankheitslasten der Kinder. Die jüngste Aktualisierung der Kindergesundheitsstudie »KiGGS« (Hölling et al. 2014) belegt das wieder nachdrücklich.

Wenn sich Kinderärztinnen und Kinderärzte mit solchen Formen von »Neuer Morbidität« (Ravens-Sieberer & Erhart 2009) konfrontiert sehen, sollten sie sich gemäß den neuen Kinderrichtlinien um eine möglichst ressourcenorientierte Kooperation mit den Eltern bemühen, wobei sich durch das Präventionsgesetz mit Verweisen auf regionale Unterstützungsangebote und Ausstellen von Präventionsempfehlungen (etwas) verbesserte Möglichkeiten für ein kinderärztliches Präventionsmanagement ergeben. Gestaltet sich die Kooperation schwierig, bleibt ihnen aber weiterhin nur der Verweis auf

Behandlungskaskaden entlang von Symptomen, ohne Benennung der Ursachen kindlicher Entwicklungsverzögerungen

andere Leistungsbereiche des Gesundheitswesens wie Logopädie, Physiotherapie oder andere Formen der Frühförderung oder gar auf fachärztliche weiterführende Diagnostik. Häufig entstehen so Behandlungskaskaden entlang von Symptomen,

ohne dass Ursachen kindlicher Entwicklungsverzögerungen und Fehlentwicklungen behandelt werden können.

Erst durch das Präventionsgesetz und die Neuausrichtung der Früherkennungs- zu Gesundheitsuntersuchungen werden zukünftig neue Formen der präventiven Beratung ermöglicht, auch wenn diese bislang noch nicht methodisch hinterlegt sind. Zuvor war präventive Beratung nur in geringem Ausmaß möglich: Im Leistungskatalog vorgesehen und entsprechend finanziert wurden bislang nur Aufklärung und Beratung zum Stillen und zu zahnschonender Ernährung, Unfallvermeidung sowie Prävention des Plötzlichen Kindstods (SIDS). Die im Präventionsgesetz vorgesehene stärkere Ausrichtung auf familienbezogene Prävention wird bislang nur in Modellprojekten (sogenannten »Selektivverträgen« einzelner Krankenkassen) umgesetzt (BVKJ 2013). Die flächendeckende Einführung steht noch erheblichen Vorbehalten gegenüber wie beispielsweise Zweifeln an der Wirksamkeit entsprechender Beratungsleistungen sowie Diskriminierungs- und Stigmatisierungssorgen.

Zum Handlungsfeld der Frühen Hilfen gibt es auch nach dem Präventionsgesetz noch keine systematischen Brücken, sondern lediglich Informationspflichten zu regionalen Angeboten. Darüber hinaus sind die Krankenkassen zukünftig gehalten, mit der Einführung einer »Präventionsempfehlung«, die sich auch an Kleinkinder sowie ihre Eltern richten kann, auch individuelle Präventionsmaßnahmen für Kinder anzubieten. Im Leitfaden der Krankenkassen sind bislang nur Setting-Angebote für Kinder im Kita- und

Familienbezogene Prävention im Sinne der Frühen Hilfen war im Leistungskatalog des Gesundheitswesens bislang nicht vorgesehen.

Schulalter vorgesehen; individuelle Maßnahmen sind bislang explizit ausgeschlossen (GKV 2014: 31).

So sind verbindliche Regelungen zu Frühen Hilfen bislang auf Bundesebene nur im SGB VIII und im Schwangerschaftskonfliktgesetz normiert worden. In den Ländern gibt es zum Teil Landeskinderschutzgesetze und Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, jedoch jeweils mit verschiedenen Schwerpunkten und Aufgaben. Das Gesundheitswesen erbringt Leistungen der Regelversorgung, die im SGB V umfassend normiert ist. Leistungserbringung erfolgt als Hebammenhilfe und insbesondere über Gynäkologie und Pädiatrie, aber auch durch Geburts- und Kinderkliniken sowie nachgelagert über Angebote der Frühförderung. Weitere Leistungsbereiche des Gesundheitswesens wie primäre Prävention/Gesundheitsförderung oder gesundheitliche Selbsthilfe sind prinzipiell in Handlungsfeldern Früher Hilfen möglich, in der Praxis jedoch eher selten – zumeist werden solche Angebote eher durch die öffentliche Jugendhilfe gemäß SGB VIII finanziert, weil Familien nicht als gesundheitsförderliches Setting ausgewiesen werden (MDS & GKV 2013).

Nachstehend werden einzelne Anbieterinnen und Anbieter im Gesundheitswesen mit ihren jeweiligen Funktionen, Aufgaben und Bezügen zu Frühen Hilfen kurz dargestellt.

2.1 HEBAMMEN, ENTBINDUNGSPFLERGER SOWIE FAMILIEN- GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLERGERINNEN UND -PFLERGER

Der Einsatz von (Familien-)Hebammen und Entbindungspflegern sowie Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern ist in den Frühen Hilfen prädestiniert: Sie haben nicht nur einen diskriminierungsfreien Zugang, sondern durch ihre obligatorischen Hausbesuche auch einen tiefgreifenden Einblick in die häusliche Lebenssituation von Säuglingen und den Eltern. Hebammen und Entbindungspfleger können die Familien mit Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in Geburtsvorbereitung sowie bis zu zwölf Wochen nach der Geburt in einem Gesamtumfang von bis zu 20 Stunden betreuen. Unmittelbar in der Lebenswelt von Eltern und Kind agieren zu können, ist ein einmaliger Vorteil, wobei manche Eltern zunächst Hemmungen haben, eine Hebamme in Anspruch zu nehmen. Sobald die Inanspruchnahme jedoch sichergestellt ist, beurteilen Familien die Hebammenleistungen fast durchgängig als positiv (Wolf-Kühn & Geene 2009).

Im Rahmen der Frühen Hilfen werden vermehrt Hebammen zu Familienhebammen weitergebildet. Hier erwerben sie eine Zusatzqualifikation, die sie auch zur psychoso-

zialen Unterstützung der Familien befähigt. Sie können dann folgend Familien bei besonderem Bedarf auch längerfristig begleiten. Für die Familienhebammen stellt sich hier aber mitunter das Problem, dass sie nunmehr als durch das Jugendamt finanziertes Angebot mit den Familien arbeiten. Dadurch nehmen die Familien das Angebot der Familienhebammen nicht mehr als Angebot des Gesundheitswesens wahr, sondern können den Einsatz der Familienhebammen als vom Jugendamt »angeordnet« empfinden. Die Geschäftsgrundlage der Hebammen verändert sich grundsätzlich und dieser Umstand bereitet ihnen häufig Schwierigkeiten, denn sie sind, ebenso wie die Ärztinnen und Ärzte, eine solche verbindliche Kontrahierung nicht gewohnt. Beim Wechsel von Gesundheits- zur Jugendhilfe zeigt sich ein grundsätzlich anderes Arbeitsverständnis: Akteure des Gesundheitswesens sind gewohnt, Expertenwissen weiterzugeben, das sich hoher Nachfrage erfreut. Sie diagnostizieren bzw. verschaffen sich im Regelfall schnell einen Überblick und leiten daraus direkte, unmittelbare Maßnahmen ab. Eine Prozessorientierung wie in der Jugendhilfe ist ihnen eher fremd.

Ähnlich nah am Lebensort der Familie arbeiten vereinzelt auch Kinderkrankenschwestern und -pfleger, die zumeist über Institutionen (z.B. Gesundheitsamt, freie Träger) in Familien vor allem dann eingesetzt werden, wenn besondere Anforderungen an die Pflege eines Kindes zum Beispiel durch eine chronische Erkrankung vorliegen. Sie verfügen über einen klaren organisatorischen Rahmen. Ihre Grundausbildung qualifiziert sie vor allem als Mitarbeitende in Kinderkliniken. Auch sie werden im Kontext der Frühen Hilfen gemeinsam mit Familienhebammen zu Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern ausgebildet. Sie sind zwar zahlenmäßig

**Prozessorientierung der
Jugendhilfe ist Akteuren
des Gesundheitswesens
eher fremd**

geringer, aber wo vorhanden gute Ansprechpartnerinnen und -partner, legitimiert doch ihre starke Orientierung auf die gesunde Entwicklung des Kindes einen grundsätzlich niederschweligen und ressourcenorientierten Zugang zu den Familien.

Mangelhafte finanzielle Anreize als demotivierender Faktor der Berufstätigkeit

In Netzwerken Früher Hilfen arbeiten Vertreterinnen und Vertreter dieser Berufsgruppen gerne mit, insbesondere wenn sie nach Weiterqualifikation zur Familienhebamme bzw. Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Kinderkrankenpfleger aus Mitteln des Bundeskinderschutzgesetzes bzw. der Frühen Hilfen auf eine bessere und sichere finanzielle Grundlage gestellt werden. Die im Rahmen ihrer Selbstständigkeit eigenständig zu tragende hohe Berufshaftpflichtversicherung gilt im Allgemeinen als stark demotivierender Faktor ihrer Berufstätigkeit. Sie haben zudem hohen Austauschbedarf, weil sie im Rahmen ihrer Betreuung Kooperationen mit anderen Anbieterinnen und Anbietern benötigen. Idealerweise sind andere Anbieterinnen und Anbieter und ihre Arbeitsweisen über entsprechende Netzwerke sogar persönlich bekannt. In die Netzwerke können Familienhebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger ressourcen- und lösungsorientierte Sichtweisen einbringen, die ihrem Arbeitsansatz stärker entsprechen (im Überblick: Geene et al. 2013).

2.2 FRAUEN-, GEBURTS- UND KINDERKLINIKEN

Fachkräfte in Geburtskliniken haben zwar im Gegensatz zu Hebammen kaum Wissen über das häusliche Umfeld von (werdenden) Familien. Ihr Zugang ist jedoch noch universeller, weil mehr als 98% aller Geburten hier stattfinden. Dabei erreichen sie Familien

niedrigschwellig und ohne Stigmatisierungsgefahr.

Die Eltern sind – insbesondere bei Erstgeburt – in dieser Phase besonders offen für lebensgestaltende und -verändernde Vorschläge. Wird dieser Zeitpunkt gut genutzt, kann späteren Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion frühzeitig vorgebeugt werden. Dies ist auch im Interesse der Ärztinnen, Ärzte und Hebammen, sehen sie doch oft die sozialen Belastungen, Problemlagen und ihre Risiken für die kindliche Entwicklung. Hier helfen vor allem umfassende Kenntnisse möglicher Unterstützungsstrukturen, die durch die Kooperationsbeziehungen ins Netzwerk Frühe Hilfen ausgebaut und gefestigt werden.

98% aller Geburten finden in Geburtskliniken statt.

Auf der anderen Seite besteht in Geburtskliniken ebenso wie in Frauen- und Kinderkliniken oft großer Zeitdruck. Die Fallpauschalen begünstigen kurze Liegezeiten, gleichzeitig schafft die Ökonomisierung des gesamten stationären Sektors hohen Effizienzdruck. So sind Ärztinnen und Ärzte wie Hebammen und Entbindungspfleger gehalten, schnelle Regelungen zu finden und Entscheidungen zu treffen. Präventiv ausgerichtete Unterstützung ist hier kaum vorgesehen, geschweige denn Möglichkeiten der Finanzierung dafür. Eine Vermittlung an Frühe Hilfen ist hier nicht eingepreist, eine Netzwerkteilnahme eher der Ausnahmefall, wie nachstehend dargestellt. Durch das Präventionsgesetz sind Frühe Hilfen nun zwar indirekt als ärztliche Informationspflicht (»regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind« gemäß §§ 24d und 26) ins SGB V aufgenommen und explizit im Begründungstext erwähnt, jedoch ohne Regelungsoption für einen entsprechenden Übergang von den gesetzgeberischen Zu-

Für die Kooperation von Geburtskliniken und Jugendämtern fehlt es oft an gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen.

ständigkeiten (SGB V zu SGB VIII). Die neuen Kinderrichtlinien sehen Hinweise auf Frühe Hilfen nun für U2 bis U6 vor, jedoch noch nicht für U1 sowie U7, U7a und U8.

Zusammenarbeit im Netzwerk kann zu mehr Handlungssicherheit und folglich erhöhter Arbeitsplatzzufriedenheit führen.

Grundsätzlich sind Kliniken allerdings im Sinne von Patienten-Marketing und auch im Sinne von Öffentlichkeitsarbeit sehr an ihrem Ruf und ihrer regionalen Stellung interessiert. In diesem Sinne sind sie zumeist offen für regionale Verantwortungsübernahme. So arbeiten schon viele

Geburtskliniken mit Erstbesuchsdiensten und niedrigschwelligen, bürgerschaftlichen Hilfsangeboten zusammen (NZFH 2014). Dies resultiert auch aus der beruflichen Orientierung auf rasche Ergebnisse sowie die Möglichkeit, eine Lösung für schwierige Fälle zu finden. Dies kann auch zur Zusammenarbeit mit Frühe Hilfen Netzwerken motivieren, von der sich die Akteurinnen und Akteure eine erhöhte Handlungssicherheit erhoffen. Gelingt eine solche Einbindung von Geburtskliniken, können diese auch von Nutzen zur Ansprache belasteter Familien über primärpräventive Veranstaltungen, Kurse oder auch Beratungsangebote sein, in deren Rahmen wiederum Frühe Hilfen bzw. weiterführende Angebote unterbreitet werden können.

Weitere wichtige Partner im Kontext Früher Hilfen sind Kinderkliniken, da hier häufig Familien mit Kindern vorstellig werden, die Auffälligkeiten, Störungen, Verletzungen oder Erkrankungen aufweisen. Entsprechend gibt es hier Gelegenheiten für die Vermittlung Früher Hilfen. Hier ist die Sensibilität des Personals vergleichsweise hoch, inklusive des Bewusstseins über einen fortlaufend hohen Weiterbildungsbedarf. Mitunter sind den Kinderkliniken bereits spezielle Hilfestellungen angeschlossen wie Babysprechstunden oder Schreibabyambulanzen.

In den Netzwerken Früher Hilfen zeigen sich manche Kinderkliniken sogar besonders initiativ. Speziell leitende Ärztinnen und Ärzte von Kinderkliniken sind, wenn sie in den Netzwerken mitarbeiten, meist engagiert und treten als Anwälte für die Gesundheit der Kinder auf. Ihre Multiplikationsfähigkeit ist hoch, ihre Aktivitäten oft auch besonders medienwirksam. Hier gilt es, die verschiedenen Ansätze gleichberechtigt im Netzwerk Frühe Hilfen miteinander zu verknüpfen.

2.3 GYNÄKOLOGIE UND PÄDIATRIE

Gynäkologinnen und Gynäkologen kennen die Frauen oft schon vor der Schwangerschaft und begleiten sie auch während der Schwangerschaft kontinuierlich. Ihnen kommt insbesondere bei der Vermittlung in die Schwangerschaftsberatung eine wichtige Rolle zu. Ihre Aufgabe besteht in der gleichzeitigen Betreuung von (zukünftiger) Mutter und (ungeborenem) Kind, sodass die »Wechselwirkung zwischen dem Befinden der Mutter und der Entwicklung des Kindes in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit« rückt (Ziegenhain et al. 2010: 87).

Forderung nach einer Erweiterung der Mutterschaftsrichtlinien zur zielgerichteten Betreuung und Beratung von Mutter und (ungeborenem) Kind

Allerdings ist die Gynäkologie durch eine hohe Risikoadjustierung – 73,4% aller Schwangeren werden Schwangerschaftsrisiken attestiert (AQUA 2011) – eher defizitorientiert ausgerichtet. Einhergehend mit dieser Überversorgung wird eine gleichzeitige Unterversorgung der »wirklich risikoexponierten Frauen« (Schücking 2013: 135) beklagt, die nicht zielgerichtet betreut werden mit entsprechenden Folgeproblemen wie einer hohen Fehl- und Frühgeburtenrate insbesondere bei sozial Benachteiligten (ebd.). Gefordert

wird hier auch aus der Gynäkologie eine Erweiterung der Mutterschaftsrichtlinien um Ernährungsberatung, Fragen zu Wohlbefinden und psychosozialer Vorbereitung auf das Kind (ebd.), was wiederum Anschlussmöglichkeiten an Frühe Hilfen ermöglicht.

Kinderärztinnen und Kinderärzte haben vor allem über die Gesundheitsuntersuchungen laufenden Kontakt zu Kindern und ihren Eltern. Inzwischen umfasst das Kinderfrüherkennungsprogramm Untersuchungen von der U1 (am ersten Lebenstag) bis zur U9 (im Alter von fünf Jahren) sowie eine zusätzliche U7a für dreijährige Kinder, die 2008 nach Aufforderung des Gesetzgebers kurzfristig vom GBA konzipiert und eingeführt wurde. Sie soll die zeitliche Lücke zwischen der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) und der U8 (43. bis 48. Lebensmonat) schließen. Säuglinge und Kleinkinder werden bei den Gesundheitsuntersuchungen unter anderem auf Hüft- und andere Körperanomalien, Epilepsie, Fehlbildungen des Zentralnervensystems und der Sinnesorgane gescreent. Weitere Untersuchungsinhalte sind motorische, sprachliche, kognitive oder sozial-emotionale Entwicklungsstörungen (GBA 2016), die jedoch bislang nicht systematisch hinterlegt sind (Lerch & Abholz 2009, Allhoff 2010).

Die Pädiatrie gilt als erste Adresse für (junge) Familien, die ihr auch besonderes Vertrauen entgegenbringen. Kinderärztinnen und Kinderärzte wissen um medizinische Aspekte der kindlichen Entwicklung, auch hinsichtlich besonderer Unterstützung bei sozialen Problemen. Insbesondere die präventivmedizinische Versorgung wie das Impfen können sie flächendeckend sicherstellen, wie die hohe Durchimpfungsrate von Kleinkindern in Deutschland dokumentiert (RKI 2013). Ausnahmen gibt es weniger bei sozial benachteiligten als eher bei bildungsnahen Familien, die als impfkritisch gelten. Ähnliche Befunde werden auch bei der Nachverfolgung der Nicht-Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen über das verbind-

liche Einladewesen vermutet (Hackauf 2010), sodass entsprechende Lücken für die Ziele der Frühen Hilfen eher irrelevant zu sein scheinen (Thaiss et al. 2010: 1044f.).

Weil bei jeder U-Untersuchung mit jeweils 26 Minuten **U-Untersuchungen als primärpräventives Beratungssetting** Arztkontakt eine vergleichsweise lange Präsenz der Kinderärztin oder des Kinderarztes vergütet wird (BMG 2013), besteht hier grundsätzlich Zeit für primärpräventive Beratung, die auch eine Vermittlung in Frühe Hilfen einschließen könnte. Sie wird auch, so die Analyse von Bergmann et al. (2009), von Eltern gern angenommen. Aus der internationalen Literatur haben Weber und Jenni (2012:431) dafür ein Konzept der »antizipierenden Beratung« vorgelegt. Die Wirksamkeit solcher Beratung scheint für die Themenfelder Ernährung, Zahnpflege, Gewalt- und Unfallprävention sowie SIDS/Passivrauchen belegt (Kahl et al. 2007, Jorch 2010), jedoch nicht für die Gruppe sozial benachteiligter Kinder und Eltern, die die entsprechenden Präventionsbotschaften aufgrund ihrer belasteten Lebenssituation weniger umsetzen können (Meurer & Siegrist 2005). Diesbezüglich entwickelte Standardinformationen wie Leitfäden gegen Gewalt und zur Unfallprävention von Krankenkassen und Bundesarbeitsgemeinschaften finden in der pädiatrischen Praxis Anwendung. Erst in den letzten Jahren wird auch den zentralen Gesundheitsproblemen im 1. Lebensjahr wie mütterlicher Postpartaler Depressionen oder Regulationsstörungen vermehrt Beachtung geschenkt (Papoušek et al. 2004), wobei insbesondere für die Schreibabyproblematik erste spezialisierte Ambulanzen bei freien Trägern angesiedelt wurden, deren langfristige Finanzierung bislang nicht geregelt ist (Korczak et al. 2013).

Bislang fehlende gesetzliche Regelung der Finanzierung von Schreibabyambulanzen im SGB V

Erst durch die – noch nicht in Kraft getretenen – neuen Kinderrichtlinien (GBA 2016) werden Fragen der Eltern-Kind-Interaktion zukünftig in das ärztliche Aufgabenspektrum einbezogen. Hier besteht innerhalb des SGB V prinzipiell die Möglichkeit der Vermittlung in Maßnahmen der Frühförderung. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Inanspruchnahme eher umgekehrt proportional verläuft, d.h. es sind eher die »Mittelschichtkinder«, die vom Kinderarzt – häufig auf Drängen der Eltern – in Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie vermittelt werden (typisches »Präventionsdilemma«, Bauer 2005). Behandlungsbedarfe sozial benachteiligter Kinder werden häufig erst im Rahmen der Einschulung erkannt (Klein 2009).

Erfordernis von klaren und präzisen Zuständigkeiten für die Vernetzung und Weitervermittlung

Auch Hausärztinnen bzw. -ärzte sind grundsätzlich berechtigt, Früherkennungsuntersuchungen vorzunehmen. Dies geschieht beispielsweise im ländlichen Raum, wo ein Mangel an Pädiaterinnen und Pädiatern herrscht (Fachärztemangel).

Manche Familien befinden sich auch schon generationsübergreifend bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin, und entsprechend besteht ein besonderes Vertrauensverhältnis. Insofern können auch sie eingebunden werden.

Zusammenfassend überfordern die vielfältigen Ansprüche an die ambulante medizinische Versorgung von Schwangeren und Kleinkindern viele Leistungserbringer tendenziell, sodass sie grundsätzlich offen und dankbar sind für Vernetzungsinformationen. Hier benötigen sie jedoch präzise und verbindliche Zuständigkeiten. Ihre Zeit ist stark eingeschränkt, eine Beteiligung an Netzwerken bislang eher nur in Ausnahmefällen oder mit speziellem Zuschnitt (z.B. Qualitätszirkel) möglich.

2.4 ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST (ÖGD)

Als Ausdruck der föderalen Gesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland sind die Regelungen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst Ländersache. Dies hat dazu geführt, dass die Gesundheitsämter seit Jahrzehnten kontinuierlich schrumpfen (Kuhn et al. 2012, Gostomzyk 2014). Teichert-Barthel (2013: 3) verweist darauf, dass zwischen 1995 und 2012 das (ärztliche) Personal der Gesundheitsämter um 37 Prozent reduziert wurde. Die früher obligatorischen Hilfeangebote des ÖGDs für werdende Eltern in belasteten und benachteiligten Lebenssituationen sind in den entsprechenden Landesgesetzen nur noch zum Teil und jeweils nur als freiwillige Leistungen aufgeführt. Auch verfügen die Gesundheitsämter über unterschiedliche finanzielle und personelle Ausstattung. Die Ansiedlung der Gesundheitsämter folgt keiner einheitlichen Kommunalstruktur und entspricht auch häufig nicht den Strukturen der Jugendämter auf Ebene der Bezirke, Landkreise und Stadtverwaltungen. Die unterschiedlichen politischen Verantwortlichkeiten führen häufig zu starren Zuständigkeitsgrenzen.

Im Rahmen des Modellprojekts von Ziegenhain et al. (2010: 83f.) spielen die Gesundheitsämter dennoch eine mitunter tragende Rolle bis hin zu prinzipiell weiterhin möglicher Projektkoordination der Frühe-Hilfen-Netzwerke. Häufiger haben sie jedoch wegen mangelnder Ausstattung mit Ressourcen eher nur eine marginale Rolle im Prozess der Vernetzung. In einer aktualisierten Zusammenstellung verweisen Kilian et al. (2014) auf engagierte Kommunen, die dem ÖGD eine tragende Rolle einräumen.

Interessant ist die Vernetzung insbesondere dort, wo das Gesundheitsamt noch über eigenständige relevante Angebote verfügt, etwa über Beratungsstellen für Schwangere

und Kleinkinder sowie insbesondere über einen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Sie sind zum Teil auch Anstellungsträger für die in den Frühen Hilfen tätigen Familienhebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Auch ein Erstbesuchsdienst kann ein Angebot sein, das ein ÖGD, sofern vorhanden, in die Konzeptstruktur einbringen kann.

Ansonsten kann ein Netzwerk Frühe Hilfen aber auch Impulse für die eigene Tätigkeit des ÖGD liefern. Dabei können Frühe Hilfen auch die Aufmerksamkeit politischer Ent-

Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen als Anreiz zur Teilnahme am Netzwerk scheidungsträger gewinnen und dadurch dazu verhelfen, dem ÖGD Ressourcen für die Erledigung entsprechender Aufgaben bereitzustellen, was für den ÖGD einen Anreiz zur Netzwerkteilnahme bedeuten kann.

In seiner Stellungnahme zur Weiterentwicklung des ÖGD postuliert der Deutsche Landkreistag (2013) den Ausbau und die Systematisierung von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung. Auch das Präventionsgesetz setzt entsprechende Anreize. Hier bestehen bereits wichtige Datenquellen und Planungsinstrumente, von

Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit dem ÖGD aufgrund stark hierarchischer Organisation deren Verbreitung und Verstärkung Netzwerke Früher Hilfen stark profitieren könnten.

Als mögliches Problem für die Zusammenarbeit beschreiben Ziegenhain et al. (2010: 84), dass viele Gesundheitsämter stark hierarchisch organisiert seien. Insbesondere mit Blick auf die notwendige Abgrenzung gegenüber einem intervenierenden Kinderschutz könne eine solche hierarchische und eher obrigkeitliche Orientierung zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit führen, die zunächst ausgeräumt werden müssten.

Beispiele für eine tragende Rolle des ÖGD in den Frühen Hilfe

Fallbeispiel 1:

In einer eher durch das ländliche Umfeld geprägten Universitätsstadt ist der ÖGD in der Rolle des Initiators beim Aufbau einer Präventionskette. Diese Stadt ist seit 1997 Mitglied des »Gesunde Städte Netzwerkes« und hat sich 2003 zur »Gesundheitsstadt« erklärt. Das entsprechende Landesgesundheitsgesetz verpflichtet die Kommunen, regionale Gesundheitskonferenzen zu etablieren, koordiniert durch die jeweiligen Gesundheitsämter. Die Gesundheitskonferenz arbeitet dort bereits seit 1995 und hat ein eigenes Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen« entwickelt, das die Grundlage für den Aufbau einer Präventionskette bildet. Das Gesundheitsamt bündelt zu diesem Leitthema vielfältige Maßnahmen, welche die Gesundheit von Kindern und ihren Familien fördern sollen. Maßgeblich für den erfolgreichen Aufbau der Präventionskette ist die Verknüpfung mit dem Netzwerk Frühe Hilfen, das durch das Jugendamt koordiniert wird.

Fallbeispiel 2:

In einem ländlich geprägten Landkreis wurde seit 2011 ein Gesamtkonzept für den Aufbau und die Ausgestaltung der Prävention im Landkreis entwickelt, wobei die Federführung beim Dezernat Jugend, Soziales und Bildung liegt. Durch die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit konnte dabei ein Konzept »Werkstatt Präventionsketten« entworfen werden, das auch den ÖGD umfassend einbindet. Die Werkstatt basiert u.a. auf entsprechend aufbereiteten Erfahrungen aus Modellkommunen und soll die Umsetzung der Präventionsstrategie für den Landkreis unterstützen. So kann auch der ÖGD seine Potenziale im Bereich

der Gesundheitsförderung und Prävention inklusive seines guten Zugangs über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und die Schuleingangsuntersuchungen in das Netzwerk Frühe Hilfen einbringen.

Fallbeispiel 3:

Der ÖGD nimmt beim Aufbau einer kommunalen Präventionskette in einer bundesdeutschen Großstadt eine Schlüsselrolle ein. Die integrierte kommunale Strategie geht dabei zurück auf einen entsprechenden Beschluss der Stadtverordnetenversammlung von 2007, mit dem die Entwicklung eines Präventionskonzeptes beauftragt wurde. In der Folge entwickelten Gesundheitsamt und Jugendamt unter Beteiligung zahlreicher Träger und Partner ein Präventionskonzept »Willkommen von Anfang an«, das seit dem Start 2009 im Gesundheitsamt verankert ist.

Als nächsten Schritt beschloss die Stadtverordnetenversammlung Ende 2011 die Einrichtung eines »Paktes für Gesundheit« (2012-2016), um alle relevanten örtlichen Akteure unter kommunaler Steuerungsverantwortung zu vernetzen. Eine engagierte Leitungsebene, motivierte Mitarbeitende und eine Koordinierungsstelle im Gesundheitsamt vernetzen die Angebote der beteiligten kommunalen Akteure und binden weitere Berufsgruppen in das Netzwerk ein. Die Koordinierungsstelle ist über einen entsprechenden Paragraphen des betreffenden Landesgesetzes zu Prävention und Gesundheitsförderung – ähnliche Regelungen bestehen in allen Bundesländern – über den ÖGD legitimiert.

Die Fallbeispiele sind angelehnt an die Darstellung von Kilian et al. 2014.

2.5 NACHGELAGERTE GESUNDHEITLICHE HILFSANGEBOTE: FRÜHFÖRDERUNG, SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN (SPZs), FRÜHFÖRDERSTELLEN, KINDER- UND JUGEND-PSYCHOTHERAPIE

In Fällen beobachteter Entwicklungsverzögerungen kann die Kinderärztin oder der Kinderarzt an eine Fachärztin oder einen Facharzt zur weiteren Diagnostik und Behandlung verweisen. Unmittelbarer noch ist der Verweis auf Maßnahmen der Frühförderung, zu denen zunächst insbesondere Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie gehören. Diese Maßnahmen sind jedoch kindzentriert und insofern als isoliertes Angebot in der Kritik, da sie doch vielfach nur symptomorientiert und zu wenig milieubezogen sind (Klein 2012). Vor diesem Hintergrund wurde das Konzept der Interdisziplinären Frühförderung entwickelt.

Frühförderung wurde als Handlungsfeld im Rahmen der Einführung des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Jahre 2001 neu sortiert (Igl 2004). Es ist in der jetzigen Form ein junges und dynamisches Entwicklungsfeld, verbunden mit entsprechenden Schwierigkeiten der eindeutigen Verortung, insbesondere auch in der Schnittstellenzusammenarbeit. Es hat eine Sonderrolle im Gesundheitswesen inne, weil es einerseits verschiedene Disziplinen (Pädagogik, Pädiatrie, Psychologie, Sozialpsychologie, Logopädie, Ergo- und Physiotherapie, Heilpädagogik), andererseits unterschiedliche Kostenträger aus vier Sozialgesetzbüchern V, VIII, IX und XII (namentlich Krankenkassen, Jugendämter, Rehabilitations- und Sozialhilfeträger) einbindet.

Interdisziplinäre Frühförderstellen mit pädagogischem Schwerpunkt zielen insbesondere auf Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Kinder ab, die

Interdisziplinäre Frühförderung als langfristiges Angebot ermöglicht hohe Betreuungskontinuität.

möglichst frühzeitig über sogenannte Komplexleistungen gefördert werden sollen. Durch das langfristige Betreuungsangebot (bis zum Schuleintritt) kann eine hohe Betreuungskontinuität ermöglicht werden. In Sozialpädiatrischen Zentren (SPZs) findet die Versorgung von Kindern durch ein multiprofessionelles Team statt, hier jedoch mit pädiatrischem Schwerpunkt. SPZs werden entsprechend ärztlich geleitet und sind überregional ausgerichtet, weil insgesamt etwas höherschwelliger angesiedelt.

Frühförderstellen und SPZs sind an einer Vernetzung in der Regel stark interessiert, da sie regelmäßig mit der Problematik unterschiedlicher Zuständigkeiten konfrontiert sind. Sie sind engagiert in Formen verbindlicher Zusammenarbeit und interessiert an verlässlichen Übergängen in andere Systeme – insbesondere der Jugendhilfe (Weiß 2013).

Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten als Expertinnen und Experten entwicklungspsychologischer Prozesse von Kindern im Netzwerk einbinden

Die Kinder- und Jugendpsychotherapie ist nur erreichbar durch Überweisung anderer Berufsgruppen, insbesondere der Pädiatrie. Ihre Arbeit ist insofern hochschwellig angelehnt. Andererseits ist eine solche Überweisung für die jeweils überweisende Ärztin bzw. den jeweils überweisenden Arzt mit keinerlei Budgetbelastungen verbunden. Durch den weithin bestehenden Mangel an psychotherapeutischer Versorgung kann die Unterstützung oft nicht kurzfristig installiert werden.

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bzw. -therapeutinnen sind Expertinnen und Experten entwicklungspsychologischer und -psychopathologischer Prozesse. Auch die Einbeziehung junger Mütter und Eltern ist im Sinne systemischen Arbeitens verbreitet. Für Netzwerke Frühe Hilfen kann es sinnvoll sein, diese Expertise einzubinden und sie auch als mögliche Unterstützungsstruktur zu integrieren, gerade um besondere psychische Belastungssituationen zu antizipieren und präventive Schutzangebote zu konzipieren.

Bei Eltern mit psychischen und/oder Suchterkrankungen wird bislang die familiäre Situation oft zu wenig beachtet, vielmehr werden Kinder mitunter zu sehr als Stabilisatoren ihrer Familie und zu wenig als eigenständig zu beachtendes Subjekt betrachtet (Geene & Böhm 2013). Im Rahmen der Debatten um Kinderschutz und Frühe Hilfen wurde dieser Thematik in den vergangenen Jahren mehr Aufmerksamkeit geschenkt, eine weitere Verstärkung ist zu erhoffen. Das gestiegene Bewusstsein kann für die Netzwerke nutzbar gemacht werden (Lenz 2012). Das vom NZFH herausgegebene Eckpunktepapier zum Thema leistet hierzu einen Beitrag. In den Empfehlungen des Papiers wird eine Verbesserung in der fallübergreifenden wie in der fallbezogenen Kooperation gefordert. Dies schließt eine bessere Zusammenarbeit der beteiligten Systeme und Dienste mit ein. Aber auch auf der Ebene der betroffenen Eltern und Kinder gibt es einen Ausbaubedarf an adäquaten Angeboten (Pillhofer/Ziegenhain/Fegert/Hoffmann/Paul 2016). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, Familien systemisch zu betrachten, ohne Verantwortlichkeiten zu verwischen. Im Sinne der Partizipation sind dabei (insbesondere ältere) Kinder auch in besonders belasteten Familienkonstellationen immer als eigenständig Handelnde zu begreifen, die in ihrer Problemlösungskompetenz wertgeschätzt werden möchten (Geene & Böhm 2013).

2.6 KRANKENKASSEN ALS PARTNER IN DEN NETZWERKEN FRÜHE HILFEN

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat nach § 20 SGB V den Gestaltungsauftrag der primären Prävention und Gesundheitsförderung. Im Gesetzestext wird postuliert, dass Leistungen zur Primärprävention »den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen« sollen.

Hintergrund der Gesetzesformulierung ist der Umstand, dass Krankenkassen den Gestaltungsauftrag bis zu ihrer vorläufigen Aussetzung 1996 vor allem mit Kursangeboten für ihre Versicherten realisierten (Priester 2001). Auch heute bilden solche Kurse wieder einen Großteil der verausgabten Präventionsmittel der Krankenkassen (MDS & GKV 2013). Ihre Wirksamkeit ist jedoch häufig nicht nachgewiesen (Rosenbrock & Gerlinger 2013), sie führen aber zu einer hohen Versichertenbindung. Diese Marketing-Option ist von besonderer Bedeutung, weil die Krankenkassen im Übrigen im hoch regulierten Geschäft der Sozialversicherungen kaum Profilierungsmöglichkeiten besitzen.

Um den Sozillagenanspruch umzusetzen, sind solche Kursangebote zumeist ungeeignet, zielen sie doch deutlich stärker auf junge Versicherte mit geringen Krankheitskosten (sogenannte gute Risiken) ab. Als Schlüsselkonzept gilt hier der Setting-Ansatz, der auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten wie Schulen, Kitas, Betrieben oder auch Kommunen/Stadtteilen setzt (Naidoo & Wills 2010). Nach dem Leit-

satz »Die gesündere Wahl zur leichteren machen« sind Setting-Aktivitäten auf Institutionen ausgerichtet mit dem Ziel, diese gesundheitsförderlich zu gestalten (Verhältnisprävention). Durch das Präventionsgesetz ist der Setting-Ansatz als »Gesundheitsförderung in Lebenswelten« erstmals gesetzlich normiert.

Kommunen sind 2011 als weiteres Setting der Gesundheitsförderung in den Leitfaden der Krankenkassen aufgenommen worden (GKV 2012). Eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Kommunen bedeutet, sie als »Dach-Setting« zu profilieren (Geene et al. 2013). Vernetzung, Koordination und Verstärkung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten vor Ort können idealtypisch über kommunale Präventionsketten erreicht werden (Kilian & Lehmann 2014).

In Übereinstimmung mit dem Setting-Konzept der Weltgesundheitsorganisation WHO, die Familie nicht als »Setting« sieht (WHO 2015), lehnt die GKV eine Finanzierung familiärer Hilfen ab, insbesondere weil eine Kostenverschiebung (von SGB VIII nach SGB V) befürchtet wird. Begründet wird diese Ablehnung zudem mit ethischen und rechtlichen Komplikationen im Bereich des Elternrechts: Artikel 6 des Grundgesetzes sieht hier als besonderen Schutz eine »Privatsphäre« (Schnabel 2010: 313) vor, die nur durch die spätere Schulpflicht (Art. 6 (2) GG) eingeschränkt wird. Interventionen in der familiären Lebenswelt mithilfe von Methoden des Setting-Ansatzes sind insofern für das Setting »Familie« sowohl ethisch als auch rechtlich und pragmatisch fraglich (Geene & Rosenbrock 2012).

Der Setting-Ansatz als Finanzierungsgrundlage der GKV: Gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten

GKV lehnt Familie als gesundheitsförderliches Setting im Sinne der primären Prävention ab.

Gesundheitsförderung im Setting Familie bedarf einer anderen Interventionslogik: Sie muss die Autonomie des Systems Familie zunächst anerkennen, alle Maßnahmen basieren auf Freiwilligkeit. Es bedarf anwaltschaftlicher Fürsprache für Eltern mit dem Blickwinkel, die Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten. Es sind also nicht die Eltern oder Familien selber, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen für Eltern und deren Kinder, die vorrangig gesundheitsförderlich auszurichten sind (ebd.).

In diesem Sinne erbringen Krankenkassen bereits gewisse Beratungs- und Unterstützungsleistungen beispielsweise in der Schwangerenbegleitung sowie in der gesamten Kindervorsorge (Kolip et al. 2013). Zudem sind sie als Kostenträger der gesamten gesundheitlichen Versorgung nach SGB V eingebunden. Mit entsprechender Netzwerk- und Steuerungskompetenz können sie zukünftig einen wichtigen Beitrag in Netzwerken Früher Hilfen leisten, wenngleich ihre Möglichkeiten zur finanziellen Beteiligung eingeschränkt sind. Möglichkeiten eröffnet hier das Präventionsgesetz, auch wenn die Schnittstellenfrage im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes und hier insbesondere zwischen SGB V und SGB VIII weiterhin ungeklärt ist; es bleibt abzuwarten, ob diese in den Bundesländern zukünftig aufgegriffen werden, wie es zuvor in den Stellungnahmen des Bundesrats (2015) zum Präventionsgesetz eingefordert wurde.

3. INTEGRIERTES GESAMTKONZEPT – GESTALTUNG DES VERNETZUNGSPROZESSES AUF KOMMUNALER EBENE

Im Betreuungsbogen rund um die Schwangerschaft und Geburt gibt es ein breites Angebot, aber auch zahlreiche Lücken und Brüche zwischen den Systemen. Kliniken und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stehen der zunehmenden Kinder- und Familienarmut und der ›Neuen Morbidität‹ z. T. eher hilflos gegenüber. Die Sozialgesetzgebung im Gesundheitswesen (SGB V), die Honorierung von Ärztinnen und Ärzten und die Methodenprogramme der Mutterschafts- und Kinderrichtlinien sind überwiegend auf biologische und kaum auf soziale Risiken ausgerichtet.

Ausrichtung des Gesundheitswesens fast ausschließlich auf biologische und kaum auf soziale Risiken

Die Folge dieser Ausrichtung ist das Vorsorgedilemma: Eine Überdiagnostik biologischer Risiken und damit einhergehende Überversorgung auf der einen Seite führt gleichzeitig zu einer Unterversorgung der schwerer zu erreichenden Schwangeren und der Kinder, die durch vielseitige Problemlagen ihrer Eltern in ihrer Entwicklung besonders belastet und daher gefährdet sind.

Netzwerke Früher Hilfen können einen wichtigen Beitrag leisten, komplementäre Gesundheitshilfen der Geburtshilfe, der Gesundheitsämter und der Frühförderung zu stärken, die Hilfsangebote im Betreuungsbogen zu vernetzen und auch Ärztinnen und Ärzte an Angebote der Frühen Hilfen heranzuführen. Je nach regionalen Gegebenheiten kann sich dafür die Ansiedlung von Koordinierungsstellen auch in Tandem-Modellen mit der Jugendhilfe empfehlen, insbesondere bei Fragen einer möglichen Koordination der Familienhebammen über den ÖGD.

Netzwerke Früher Hilfen können zudem Erfahrungswissen der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens für die Zusammenarbeit und die Ausrichtung der Angebote

nutzen. Sie müssen dabei die Eigenheiten der Gesundheitsanbieterinnen und -anbieter berücksichtigen. So sind diese zumeist gewohnt, schnell und eindeutig zu handeln. Dies spiegelt sich auch in ihrer Honorierung, die auf vergleichsweise kurze und präzise Kausalitäten (Diagnosen, Therapien) abzielt. Diese vergleichsweise für die Kinder- und Jugendhilfe ungewohnte Arbeitsweise hat aber auch große Vorteile, denn sie sichert den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens den guten Zugang, die Nähe und das hohe Vertrauen zu bzw. von besonders belasteten Familien. Hier stellt sich das Präventions- bzw. Vorsorgedilemma insofern umgekehrt dar, als dass benachteiligte Familien sich im Gesundheitswesen wertgeschätzt fühlen und Informationen über kindliche Entwicklung mit hohem Interesse nachfragen.

Berücksichtigung der Eigenheiten des Gesundheitswesens als Voraussetzung für die Zusammenarbeit im Netzwerk

Diese Art der Nutzerorientierung ist ein wichtiges Qualitätskriterium für die Gesundheitsförderung. Hier gibt es eine breite Diskussion, ob und inwieweit Familie als Setting der primären Prävention betrachtet und gefördert werden kann. Ethische und rechtliche Bedenken machen deutlich, dass der Setting-Ansatz im Sinne von Veränderungsimpulsen für die Lebenswelten bei Familien einer Modifikation bedarf.

Familiäre Gesundheitsförderung bedeutet nach Geene und Rosenbrock (2012: 63f.) insbesondere ihre anwaltschaftliche Interessenvertretung sowie die Vernetzung der sie unterstützenden Angebote, nicht jedoch ihre moralische Steuerung, da solche Art des verhaltenspräventiven Drucks weder sozialrechtlich (Zuständigkeiten nach SGB V und SGB VIII) noch ethisch (familiäre Autonomie) und auch nicht pragmatisch (mögliche

Verstärkung von Vermeidungsstrategien und Abwehr) gerechtfertigt sei. Hier ist es Aufgabe der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, kindliche und elterliche Resilienzfaktoren zu entdecken und zu stärken.

Verbesserung der Zusammenarbeit durch regelmäßige und formelle Rückmeldeschleifen In diesem Sinne empfiehlt sich für die familiäre Unterstützung bei psychosozialen Schwierigkeiten, dem Leitsatz zu folgen, die ärztliche Autorität an lebensnahe Leistungserbringer der Frühen Hilfen wie Familienhebammen weiterzureichen (GBB 2013). Dabei gilt es, »transparente Verfahren zu finden, eine wertschätzende Haltung gegenüber den Familien einzunehmen, um die vertrauensvolle Beziehung zwischen Kinderärztinnen und Kinderärzten und Familien nicht zu gefährden« (Geene et al. 2013: 156). Die Zusammenarbeit kann für die Ärztinnen und Ärzte durch regelmäßige und formelle Rückmeldeschleifen attraktiver gestaltet werden. Oft gelingt über Familienhebammen ein einfacher Zugang, weil diese informeller und weniger sektorensprengend arbeiten.

Nutzung öffentlichkeitswirksamer Aspekte und Gewinnung von Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft als Multiplikatoren Ein wichtiger Benefit insbesondere für Kliniken, aber auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kann darin bestehen, öffentlichkeitswirksam für zivilgesellschaftliche Bündnisse für gesundes Aufwachsen aufzutreten. Ihr Ansehen gegenüber jungen Familien, aber auch gegenüber lokalen Medien kann für die Breitenwirkung der Netzwerke genutzt werden. Wichtig kann es sein, einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft zu Beginn zu gewinnen, um dadurch Multiplikatoreffekte zu nutzen.

Bei all diesen Ansätzen ist die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe stets als Entwicklungsprozess zu sehen (LVGN/BZgA 2013). Wichtige Methoden dazu können interdisziplinäre Qualitätszirkel von Gesundheits- und Jugendhilfe sein, wobei systematische Pfade in die Frühen Hilfen entwickelt werden können. Ressourcenstärkung und die Mobilisierung von Selbsthilfepotential sollten dabei im Zentrum stehen (NZFH 2014).

CHECKLISTE: SYSTEMATISCHE ZUSAMMENARBEIT VON JUGENDHILFE UND GESUNDHEITSWESEN IN DEN FRÜHEN HILFEN

- Werden die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens als Partnerinnen und Partner in den Frühen Hilfen verstanden?
- Werden die Zugänge, Arbeitsbedingungen und Bedarfe der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens erkannt und antizipiert?
- Wurden Kliniken sowie Ärztinnen und Ärzte als Promotorinnen und Promotoren für zivilgesellschaftliche Bündnisse für gesundes Auswachsen sowie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Netzwerk gewonnen?
- Wird das Vertrauen und die besondere Anerkennung, die Kinderärztinnen und Kinderärzten von vielen Familien entgegen gebracht wird, als Chance begriffen und dazu genutzt, an familienbezogene Dienste zu vermitteln?
- Liegen der Jugendhilfe ausreichend Informationen über gesundheitsbezogene Strukturen vor?
- Verfügen die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens über ein verlässliches Wissen, wie die Prozesse der Jugendhilfe strukturiert sind?
- Können zwischen den Akteurinnen und Akteuren der verschiedenen Systeme regelmäßige und formelle Rückmeldeschleifen vereinbart werden?

IN KÜRZE:

Der vorliegende Beitrag erläutert die verschiedenen Leistungen von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens im Betreuungsbogen rund um die Geburt und in der Phase der frühen Kindheit. Auch die Anbieterinnen und Anbieter im Gesundheitswesen sehen den Bedarf, sich den veränderten Unterstützungsbedarfen junger Familien mit neuen Methoden und Strategien zu stellen. Die einzelnen Leistungserbringenden unterscheiden sich in ihren Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer spezifischen Aufgaben, Methodik, Zeitpunkt und Intensität. Die Netzwerkpartnerinnen und -planer sollten diese Bedingungen kennen und gemeinsame Aktivitäten so ausrichten, dass sie im Sinne der jeweiligen Aufgaben der Akteurinnen und Akteure unterstützend wirken. Dabei können beispielsweise der lebensweltnahe Zugang z.B. über (Familien-)Hebammen und Entbindungspfleger oder die besondere ärztliche Autorität genutzt und im gegenseitigen Interesse verstärkt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Allhoff, Peter** (2010): Das deutsche Früherkennungsprogramm für Kinder – zwischen Politik, Lobby, Eminenz und Evidenz. In: Kerbl, Reinhold; Thun-Hohenstein, Leonhard; Damm, Lilly et al. (Hg.): Kind und Recht. 3. Jahrestagung Politische Kindermedizin 2009. Wien: Springer, 117–129.
- AQUA. Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen** (2011): Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010 16/1 – Geburtshilfe. Göttingen: AQUA.
- Bauer, Ulrich** (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS.
- Bergmann, Karl E.; Bergmann, Renate; Richter, Rolf et al.** (2009): Frühe Gesundheitsförderung und Prävention am Beginn des 20. und des 21. Jahrhunderts. In: Das Gesundheitswesen 71, 709–721.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit** (2013): Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention vom 11.01.2013. Verfügbar unter http://www.zm-online.de/dl/6/0/3/5/6/Referentenentwurf_BMG.pdf (zuletzt aufgerufen am: 2.6.2016)
- BVKJ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte** (2013): Kinder- und Jugendärzte fordern einen zeitgemäßen Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. Verfügbar unter <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/pressezentrum/show.php?id=383&nodeid=105> [24.02.16].
- GBA Gemeinsamer Bundesausschuss** (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (»Kinder-Richtlinien«) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013, in Kraft getreten am 12. März 2011. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_2015-08-20_2016-05-19_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung_konsolidiert.pdf (zuletzt aufgerufen am 7.6.2016)
- GBB Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. & Regionaler Knoten Berlin (Hg.)** (2012): Integrierter Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Geene, Raimund/Böhm, Katharina** (2013): Kinder aus suchtblasteten Familien – Lebenssituation und Unterstützungsbedarf. In: Marchwacka, Maria (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Wiesbaden: Springer VS, 83–96.
- Geene, Raimund/Rosenbrock, Rolf** (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola/Lehmann, Frank (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret. Band 17. Köln: BZgA, 46–75.
- Geene, Raimund/Lehmann, Frank/Höppner, Claudia/Rosenbrock, Rolf** (2013): Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene, Raimund, Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 19–58.
- GKV & MDS** (2012): Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Essen: MDS.
- GKV & MDS** (2013): Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. Essen: MDS.
- GKV-Spitzenverband** (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin: GKV-Spitzenverband

- GKV & MDS** (2014): Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. Essen: MDS.
- Gostomzyk, Johannes** (2014): Der Wiederaufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik. In: Public Health Forum 85 (22) 8–10.
- Hackauf, Heike** (2010): Zur Bedeutung Früher Hilfen in Familien. Die Rahmenbedingungen im Kontext Früher Hilfen – Kooperationsformen und Vorsorgemaßnahmen (U-Untersuchungen). In: Ohlbrecht, Heike & Schönberger, Christine (Hg.): Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention. Weinheim: Juventa, 129–149.
- Hölling, Heike/Schlack, Robert/Petermann, Franz/Ravens-Sieberer, Ulrike, Mauz, E./KiGGS Study Group** (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57(7).
- Igl, Gerhard** (2004): Das SGB IX und seine Wirkungen auf das System des Sozialrechts. In: ZSR 4–5 (50) 365–383.
- Jorch, Gerhard** (2010): Prävention des Plötzlichen Kindstodes. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 158 (6), 564–569.
- Kahl, Heidrun/Dortschy, Reinhard/Ellsäßer, Gabriele** (2007): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53, 718–727.
- Kilian, Holger/Lehmann, Frank** (2014): Präventionsketten. In: Journal Gesundheitsförderung, 2, 42–45.
- Klein, Gerhard** (2009): Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen – Eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber, 99–107.
- Kolip, Petra/Geene, Raimund/Mielck, Andreas/Roozeboom, Justina** (2014): Gesundheit rund um die Geburt. Köln: GVG.
- Korcak, Dieter/Kister, Christine/Krause-Girth, Cornelia** (2013): Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreiambulanzen. DIMDI HTA-Bericht 124. Verfügbar unter http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta338_bericht_de.pdf
- Kuhn, Joseph/Wildner, Manfred/Zapf, Andreas** (2012): Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick – Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(9): A 413–6
- Kuhn, Joseph/Lampert, Thomas/Ziese, Thomas** (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? In: Robert-Koch-Institut (Hg.): Evaluationen komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI, 9–14.
- Lenz, Albert** (2012): Kooperation und Empowerment bei Frühen Hilfen. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 4/12, 104–107.
- Lerch, Christian/Abholz, Heinz-Harald** (2009): Ärztliche Prävention in Mutterschaft und Kindheit. Expertise zum Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_3.5_Expertise.pdf
- LVGN & BZgA (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.)** (2013): Werkbuch Präventionskette, Herausforderungen und

- Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/werkbuch-praeventions-kette/>
- Meurer, Anja/Siegrist, Johannes** (2005): Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 25. Köln: BZgA.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane** (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung (überarb., aktualis. u. erw. Aufl.). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen** (2014): Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats Nr. 1. Köln: NZFH. URL: <http://www.fruehehilfen.de/leitbild-fruehe-hilfen-beitrag-des-nzfh-beirats/> (zuletzt aufgerufen am 2.6.2016)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen** (2014): Weil der Anfang zählt – Frühe Hilfen und Geburtskliniken. Tagungsprogramm und Steckbriefe Guter Praxis. Zugriff unter <http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/aktuelles/weil-der-anfang-zaehlt-fruehe-hilfen-und-geburtskliniken/> (zuletzt aufgerufen am 2.6.2016)
- Papoušek, Mechthild/Schieche, Michael/Wurmser, Harald** (2004): Regulationsstörungen der Frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern: Huber.
- Pillhofer, Melanie/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg M./Hoffmann, Till/Paul, Mechthild** (2016): Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. Köln: NZFH.
- Priester, Klaus** (2001): Gesundheitsförderung light? Zur Neuregelung der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Rahmen der Gesundheitsreform 2000. In: Jahrbuch für kritische Medizin 31, 128–143. Verfügbar unter: http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band31_Kapitel10_Priester.pdf (zuletzt aufgerufen am 2.6.2016)
- Ravens-Sieberer, U./Erhart, M.** (2009): Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen [Supplement]. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17(2).
- RKI Ständige Impfkommision beim Robert Koch-Institut**; aktuelle Stillempfehlungen. Abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_node.html?sessionId=57CB257C9ED0689E1AFD123FC05678FE.2_cid241 (2013)
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas** (2013): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (3. Aufl.). Bern: Huber.
- zu Sayn-Wittgenstein, Friederike** (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Huber.
- Schnabel, Peter** (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Familien. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber, 312–321.
- Schücking, Beate** (2013): Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 131–138
- Teichert-Barthel, Ute** (2013): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung – Eine Standortbestimmung. In: Prävention 4 (36) 99–102.
- Thaiss, Heidrun/Klein, Renate/Schumann, Eike Christiane et al.** (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 53, 1029–1047.
- Weber, Peter/Jenni, Oskar** (2012): Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen. In: Deutsches Ärzteblatt 109 (24), 431–435.

- Weiß, Hans** (2013): Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiveren Zusammenarbeit. Standortpapier des NZFH. Online unter: <http://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/26/>
- WHO World Health Organization** (2015): Healthy Settings.
URL: http://www.who.int/healthy_settings/en/
- Wolf-Kühn, Nicola/Geene, Raimund** (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen.
In: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber, 108–125.
- Ziegenhain, Ute/Schöllhorn, Angelika/Künster, Anne K./Hofer, Alexandra/König, Cornelia/Fegert, Jörg M.** (2010): Modellprojekt Guter Start ins Leben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Werkbuch Vernetzung. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Ziegenhain, Ute/Fangerau, Heiner/Fegert, Jörg** (2010): Problematische Kinderschutzverläufe. Weinheim: Juventa

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Leiterin: Dr. Heidrun M. Thaiss
Maarweg 149–161
50826 Köln Telefon: 0221 8992 0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Autor:

Prof. Dr. Raimund Geene

Alle Rechte vorbehalten.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von dem Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Beiträge sind als Impulse für die Diskussion in der Fachpraxis gedacht.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder Empfänger an Dritte bestimmt.

Online abrufbar unter:

<http://www.fruehehilfen.de/impulse-netzwerk-geene/>

ISBN 978-3-946692-14-0

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

