



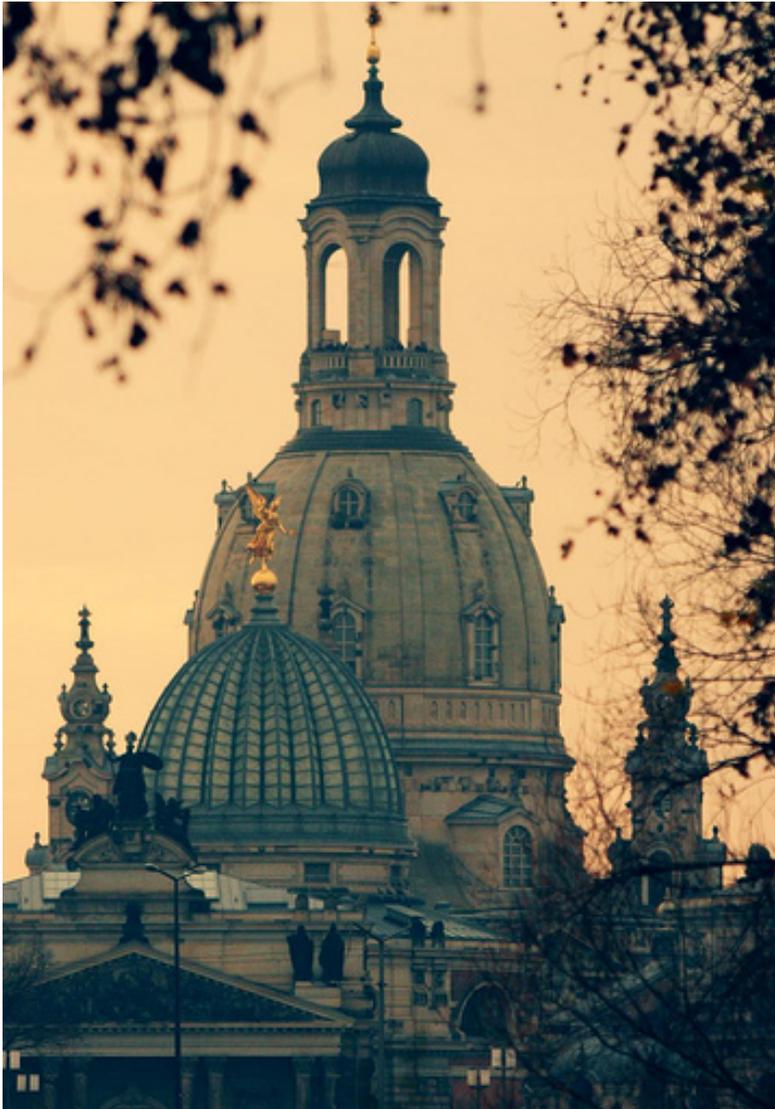
## „Frühe Hilfen“ - Vernetzung zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe

Volker Mall, Michael Barth  
Kinderschutzteam  
Zentrum für Kinderheilkunde und  
Jugendmedizin Freiburg

**Stuttgart, 16.11.2011**  
**Symposium Frühe Hilfen**

**Universitätsklinikum Carl Gustav Carus**

DIE DRESDNER.



## „Frühe Hilfen“ - Vernetzung zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe

Volker Mall  
Abteilung Neuropädiatrie und SPZ

Stuttgart, 16.11.2011  
Symposium Frühe Hilfen



## „Frühe Hilfen“ - Vernetzung zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe

Ab 15.01.2012

Volker Mall

Lehrstuhl Sozialpädiatrie

Technische Universität München

**Stuttgart, 16.11.2011**

**Symposium Frühe Hilfen**



## Prof. Dr. Th. Hellbrügge

- Gründer der Sozialpädiatrie
- Gründer des Kinderzentrums München
- Vorreiter der modernen Pädiatrie
- Erstbeschreiber der Deprivation
- Einführung des Kinderschutzes in die Pädiatrie
- Einführung der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung



## Prof. Dr. Th. Hellbrügge

- Gründer der Sozialpädiatrie
- Gründer des Kinderzentrums München
- Vorreiter der modernen Pädiatrie
- Erstbeschreiber der Deprivation
- Einführung des **Kinderschutzes** in die Pädiatrie
- Einführung der **pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung**



## Theodor Hellbrügge: Vorkämpfer für Kindervorsorge

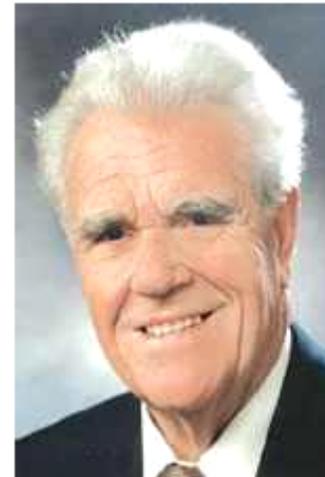
PERSONALIEN

Eigentlich gehe das aufs Konto seiner Frau, behauptet der Pädiater Prof. Dr. med. Theodor Hellbrügge (91) charmant, wenn man ihn darauf anspricht, dass er treibende Kraft für die Einführung der ersten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder vor 40 Jahren war. Sie habe nämlich gesagt: „Bei jedem Auto muss man eine Vorsorge machen, nur bei Kindern nicht.“ Also sei er das Thema angegangen, erzählt der erste Inhaber eines Lehrstuhls für Sozialpädiatrie in Deutschland.

Nach einer Änderung in der Reichsversicherungsordnung finanzierten die Krankenkassen Anfang der 70er Jahre erstmals die Kosten von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen in Arztpraxen. Das Konzept von Hellbrügge und Mitarbeitern für eine Serie von Untersuchungen bei Kindern vom 10. Lebenstag bis zum vollendeten 4. Lebensjahr setzte sich damals durch. Die Mütter waren schnell überzeugt, berichtete der Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, Dr. med. Wolfram Hartmann, dieser Tage: Nach drei Jahren lag die Inanspruchnahme schon bei circa 75 Prozent.

Die Kollegen waren mehrheitlich zunächst skeptisch, erinnerte unlängst Ehrenpräsident Dr. med. Werner Schmidt: wegen der Zusatzarbeit in ohnehin vollen Praxen und des geringen Honorars.

Heute gelten die (erweiterten) „U“ als Erfolg. Kritiker bemängeln aber, dass Entwicklungsdefizite trotz der Checks zu spät oder gar nicht erkannt werden. Eine Überarbeitung im Gemeinsamen Bundesausschuss zieht sich jedoch hin. Auch Hellbrügge ist für Veränderung: „Die Inhalte müsste man verbessern.“ *Sabine Rieser*



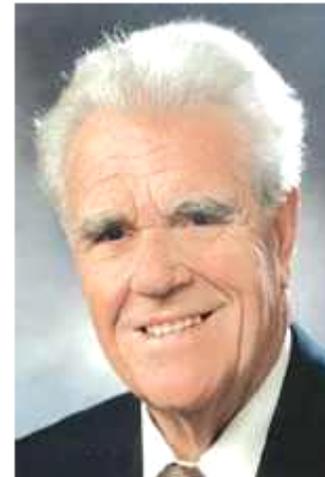
Theodor Hellbrügge  
Foto: privat



## Theodor Hellbrügge: Vorkämpfer für Kindervorsorge

PERSONALIEN

Eigentlich gehe das aufs Konto seiner Frau, behauptet der Pädiater Prof. Dr. med. Theodor Hellbrügge (91) charmant, wenn man ihn darauf anspricht, dass er treibende Kraft für die Einführung der ersten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder vor 40 Jahren war. Sie habe nämlich gesagt: „Bei jedem Auto muss man eine Vorsorge machen, nur bei Kindern nicht.“ Also sei er das Thema angegangen, erzählt der erste Inhaber eines Lehrstuhls für Sozialpädiatrie in Deutschland.



Theodor Hellbrügge  
Foto: privat

Nach einer Änderung in der Reichsversicherungsordnung finanzierten die Krankenkassen Anfang der 70er Jahre erstmals die Kosten von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen in Arztpraxen. Das Konzept von Hellbrügge und Mitarbeitern für eine Serie von Untersuchungen bei Kindern vom 10. Lebenstag bis zum vollendeten 4. Lebensjahr setzte sich damals durch. Die Mütter waren schnell überzeugt, berichtete der Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, Dr. med. Wolfram Hartmann, dieser Tage: Nach drei Jahren lag die Inanspruchnahme schon bei circa 75 Prozent.

Die Kollegen waren mehrheitlich zunächst skeptisch, erinnerte unlängst Ehrenpräsident Dr. med. Werner Schmidt: wegen der Zusatzarbeit in ohnehin vollen Praxen und des geringen Honorars.

Heute gelten die (erweiterten) „U“ als Erfolg. Kritiker bemängeln aber, dass Entwicklungsdefizite trotz der Checks zu spät oder gar nicht erkannt werden. Eine Überarbeitung im Gemeinsamen Bundesausschuss zieht sich jedoch hin. Auch Hellbrügge ist für Veränderung: „Die Inhalte müsste man verbessern.“ *Sabine Rieser*



## Gesundheit – WHO 1948

- Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen
  - Konzept der Gesundheitsförderung (Gesunderhaltung in Abwesenheit von Krankheit)
  - Verständnis des Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Prozessen



## Gesundheit - Sozialpädiatrie

### Funktionaler Begriff von Gesundheit

- Fähigkeit einer Person, die durch ihre soziale Rolle gegebenen Aufgaben zu erfüllen
- „Bewältigung von Entwicklungsaufgaben“ zentraler Bestandteil von Gesundheit bei Kindern



## Krankheit – neue Morbidität

- Verschiebung Krankheitsspektrum (90er Jahre)
- Komplexe chronische Gesundheitsstörung
- Symptome in mehreren Funktionsbereichen



## Neue Morbidität

### ■ Manifestationen

- Entwicklungsverzögerungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Adipositas
- psychosomatische Erkrankungen
- Verminderte Leistungs- und Anpassungsfähigkeiten

### ■ Entstehung multifaktoriell

- Konstitutionell
- Störungen der psychosozialen Entwicklung
- belastete Lebenswelten



## Lebenswelten

- Gestiegene Anforderungen an die Anpassungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen
  
- Entwicklungsbedürfnisse
  - Stabile familiäre und soziale Bindungen
  - Differenzierte emotionale Entwicklung
  - Orientierung gebende Erziehung
  - Zunehmende Selbstständigkeit
  - Soziale Präsentation und Partizipation in der Gesellschaft
  - Zugang zu Kultur und Bildung
  - Herausbildung einer sozialen Identität, soziale Bindung und Selbstwirksamkeit



## Erfüllung von Entwicklungsbedürfnissen

### ■ Eltern

- Grundversorgung und Sicherheit
- Emotionale Wärme
- Anregung, Anleitung und Stabilität

### ■ Kontextfaktoren der Familie

- Ökonomische Faktoren
- Soziale Integration
- Wohnraum und Zusammenleben
- Verwandtschaftliche und freundschaftliche Beziehungen



## Lebenswelten - Belastungsfaktoren

- nicht ausreichende Ressourcen
- beeinträchtigte Kognitive Fähigkeiten
- Red. Resilienz
- Geringe familiäre und soziale Unterstützung u. Förderung
- Mangelnde Erziehungskompetenz und geringes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten
- Erschwerter Zugang zu Versorgungsangeboten



## Neue Morbiditäten

...entstehen an der Schnittstelle zwischen Individuum  
und deren persönlichen Lebenswelten als  
Konsequenzen komplexer psychosozialer  
Belastungssituationen



## Ärztliche Tätigkeit

- Bessere Integration von psychosozialen Aspekten
- Stärkung in der Kompetenz in der Beurteilung von Verhalten und Entwicklung
- Intensivere Kooperation von Ärzten und nichtärztlichen
- Therapeuten aus dem Bereich der seelischen Gesundheit
- Intensivere Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen und sozialen Einrichtungen
- Netzwerkbildungen



## Frühe Hilfen

- lokale und regionale Unterstützungssysteme
- Koordinierte Hilfsangebote für Eltern und Kinder
- Ziel: Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern
- *Begriffsbestimmung des Wissenschaftlichen Beirates in Kooperation mit dem Fachbeirat des NZFH (September 2009)*



## Frühe Hilfen

- Zielgruppe:
- Im Sinne der allgemeinen Gesundheitsförderung: alle (werdenden) Eltern
- Vorrangig:
  - Familien in besonderen Problemlagen

Kindler 2010, Bundesgesundheitsblatt, 53, 1073-1079.



# Befragung des NZFH

## Modellprojekte

### ■ Kooperationspartner:

- Bedeutung ?
- Qualität?



## Relevanz der „Akteure“

- Gesundheitssystem
- Niedergelassene Gyn.
- Niedergelassene Pädiater
- Geburtskliniken
- Kinderkliniken
- Hebammen
- Gesundheitsamt
- andere
- Jugendhilfe
- Jugendamt
- Clearingstelle
- Andere öff. Träger der Jugendhilfe
- Beratungsstellen
- Kindertagesstätten
- Andere freie Träger der Jugendhilfe



## Bedeutung als Kooperationspartner (Rangfolge)

1. Jugendamt	1,0
2. Niedergelassene KinderärztInnen	1,23
3. Geburtskliniken	1,23
4. Niedergelassene FrauenärztInnen	1,27
5. Hebammen	1,27
6. Frühförderung	1,37
7. Schwangerschaftsberatungsstellen	1,4



## Bedeutung als Kooperationspartner (Rangfolge)

	Bedeutung		Qualität
1. Jugendamt	1,0		1,9
2. Niedergelassene KinderärztInnen	1,23	↔	3,4
3. Geburtskliniken	1,23		2,7
4. Niedergelassene FrauenärztInnen	1,27	↔	4,4
5. Hebammen	1,27		2,3
6. Frühförderung	1,37		3,0
7. Schwangerschaftsberatungsstellen	1,4		2,2



## Fazit

- Niedergelassene ÄrztInnen
  - Sehr hohe Bedeutung, aber sehr schlechte
  - Qualität der tatsächlichen Kooperation, hoher Aufwand zur Pflege, geringes „Eigeninteresse“
  
- Geburtskliniken
  - Sehr hohe Qualität der Kooperation, wenn vertraglich geregelte Kooperationsbeziehung, sehr hoher Aufwand
  
- Hebammen
  - Hohe Bedeutung, hohe Qualität, hohes Eigeninteresse, sehr gute Aussichten für zukünftige Kooperationen



## Versuch einer Antwort...

Das Freiburger Modell



## Bestandsaufnahme

### ■ Akutmanagement manifester Kindesmisshandlung

- Medizinisch +++
- Psychosozial +++

### ■ Follow-up manifester Kindesmisshandlung

- Medizinisch +/-
- Psychosozial +/-

### ■ Akutmanagement / Follow-up subakuter Fälle

- Medizinisch - - -
- Psychosozial -



# Freiburger Modell

Sozial-  
Jugendhilfe



Medizinischer  
Bereich / Pädiatrie



# Freiburger Modell

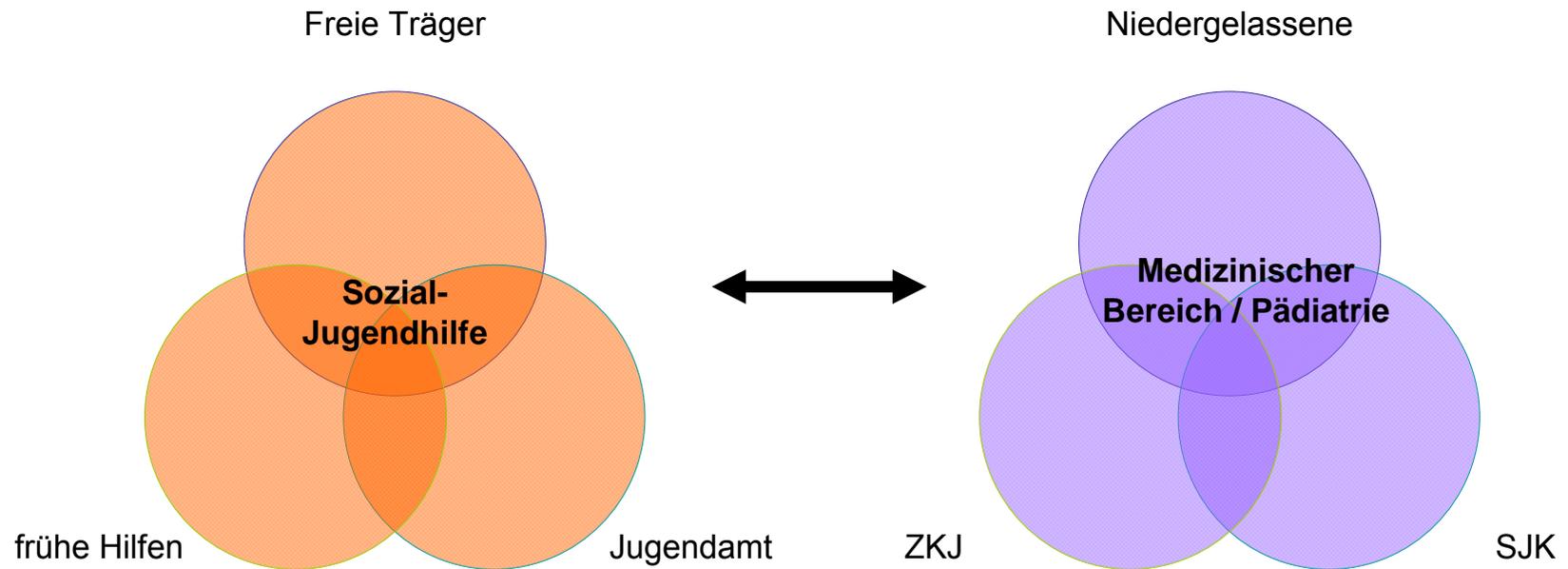
Sozial-  
Jugendhilfe



Medizinischer  
Bereich / Pädiatrie

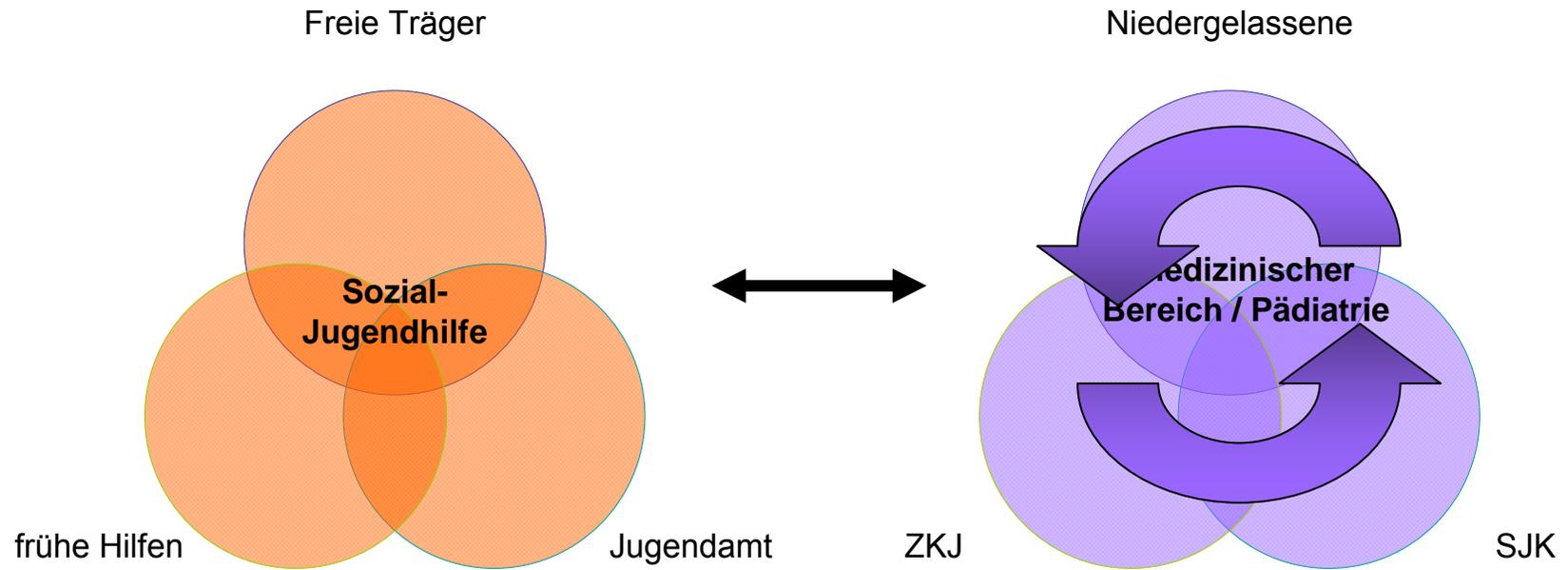


# Freiburger Modell





# Freiburger Modell



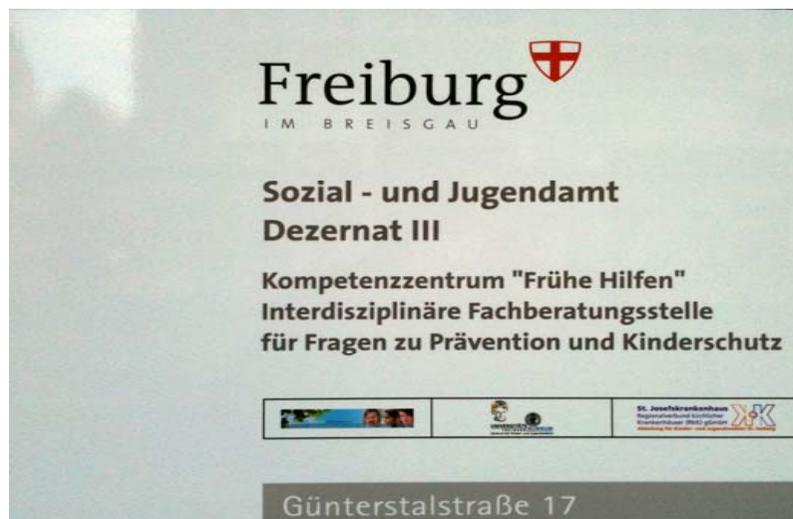


## Freiburger Modell

- Vernetzung innerhalb der Pädiatrie



- Vernetzung mit der Jugendhilfe





## **Gesamtkonzept- „Frühe Hilfen“- Prävention - Kinderschutz**

- | Jugendhilfe und Gesundheitshilfe verstehen sich als Verantwortungsgemeinschaft**
- | Aufeinander abgestimmte Kooperationsstrukturen**
- | Verbindliche Verfahrensstandards an den Schnittstellen**
- | Nachhaltigkeit in Fallverläufen**



Kompetenzzentrum „Frühe Hilfen“ Freiburg

Interdisziplinäre Fachberatungsstelle für Fragen zu Prävention und Kinderschutz

### Personal Bereich Jugendhilfe

- Psychologe/Psychologin (50%)
- Heilpädagogin (2 x 50%)
- Sozialarbeiterin (100%)

### Personal Bereich Gesundheitshilfe

- Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin (75%)



## Kompetenzzentrum Frühe Hilfen (KOM)

### Zahlen und Fakten



Bereitstellung früher Unterstützungsangebote für Mütter, Väter, Eltern und Paare, deren Lebensbedingungen durch eine Kumulation verschiedener Risikofaktoren gekennzeichnet sind.



58 Fachkräfteberatungen aus dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe und ca. 80 Beratungsgespräche mit 41 Familien (schwerpunktmäßig Familien mit Kleinkindern)

(Zeitraum: März bis September 2010)



„Round table“: interdisziplinäre Risikoeinschätzung und Fallberatung. Bisher 16 Runde Tische unter Beteiligung verschiedener Helfersysteme und des ASD.

Kostenersatz für Praxisausfall an teilnehmende Fachärzte:  
5.000 Euro jährlich, Stundensatz 150 Euro



## Freiburger Modell

- Stufe 1
  - Vernetzung innerhalb der Pädiatrie: round table
  - Vernetzung mit der Jugendhilfe
  
- Stufe 2
  - Kinderschutzzentrum
    - Screeningverfahren
    - Interdisziplinäres Team
    - Kinderschutzvisite





<b>Leitfaden zur Erhebung des Bedarfs an „Frühen Hilfen“ bei Säuglingen und Kleinkinder durch Ärzte</b>	 <b>UNIVERSITÄTS FREIBURG KLINIKUM</b>	Patientenetikett (oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter)
---	--	--

- |   | richtig<br>zu               | keine Angabe<br>möglich  |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| <b>1. Besondere soziale Belastung</b>                                       |                             |                          |
| 1.1 Alter der Mutter < 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt                    | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter < 20 Jahre | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 kurze Abfolge von Schwangerschaften (unter 18 Monaten)                  | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 allein erziehend  | <input type="checkbox"/> x1 | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 kein qualifizierender Schulabschluss (Mutter)                           | <input type="checkbox"/> x1 | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 keine oder sehr geringe Deutschkenntnisse                               | <input type="checkbox"/> x1 | <input type="checkbox"/> |

**2. Besondere psychische Belastungen (laut Mutterpass oder Eigenanamnese)**

- |   |                             |                          |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| 2.1 bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen | <input type="checkbox"/> x3 | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Sucht der Mutter / des Vaters   | <input type="checkbox"/> x3 | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Hinweise auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft               | <input type="checkbox"/> x3 | <input type="checkbox"/> |

**3. mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen (laut Mutterpass oder Eigenanamnese)**

- |  |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> x1 | <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|--------------------------|

**4. medizinische Versorgung des Kindes**

- |  |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 4.1 mehrere fehlende Vorsorgeuntersuchungen des Kindes     | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 häufiger Kinderarztwechsel                             | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 fehlende Umsetzung/Akzeptanz von empfohlenen Maßnahmen | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |

**5. Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen**

- |   |                             |                          |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| 5.1 Frühgeburtlichkeit  | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 Mehrlinge   | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 Angeborene/perinatale, erworbene Erkrankungen/Behinderung   | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 Frühkindliche Regulationsstörung (Exzessives Schreien, Probleme der Schlaf- Wach-Regulation, Fütterstörungen, Schlafstörungen, starke Unruhe) | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |

gewichtete Gesamtsumme = \_\_\_\_\_

Datum ..... Unterschrift.....

**Procedere:**

- Gewichtete Gesamtsumme der Items  $\geq 3$ , psychosoziales **Konsil** anfordern

<b>Leitfaden zur Erhebung des Bedarfs an „Frühen Hilfen“ bei Säuglingen und Kleinkinder durch die Pflege</b>	 <b>UNIVERSITÄTS FREIBURG KLINIKUM</b>	Patientenetikett (oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter)
--	--	--

- |   | richtig<br>zu               | keine Angabe<br>möglich  |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| <b>6. Pflege- und Ernährungszustand des Kindes bei Aufnahme</b> |                             |                          |
| 6.1 erhebliches Wachstumsdefizit                                | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 körperlicher ungepflegter Zustand/Vewahrlosung              | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Anzeichen von Fehlernährung                                 | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |

**7. Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes frühestens am 3. Tag des stat. Aufenthaltes zu dokumentieren**

- |  |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 7.1. wirkt am Kind desinteressiert                 | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 7.2. macht ablehnende Äußerungen über das Kind     | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 7.3. wirkt passiv, antriebsarm                     | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 7.4. psychisch auffällig                           | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 7.5. gibt auffallend häufig das Kind ab            | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 7.6. übersieht deutliche Signale des Kindes        | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 7.7. schnell gereizt, häufige Überreaktion         | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |
| 7.8. kein/sehr seltener oder unregelmäßiger Besuch | <input type="checkbox"/> x2 | <input type="checkbox"/> |

Datum.....

Unterschrift.....

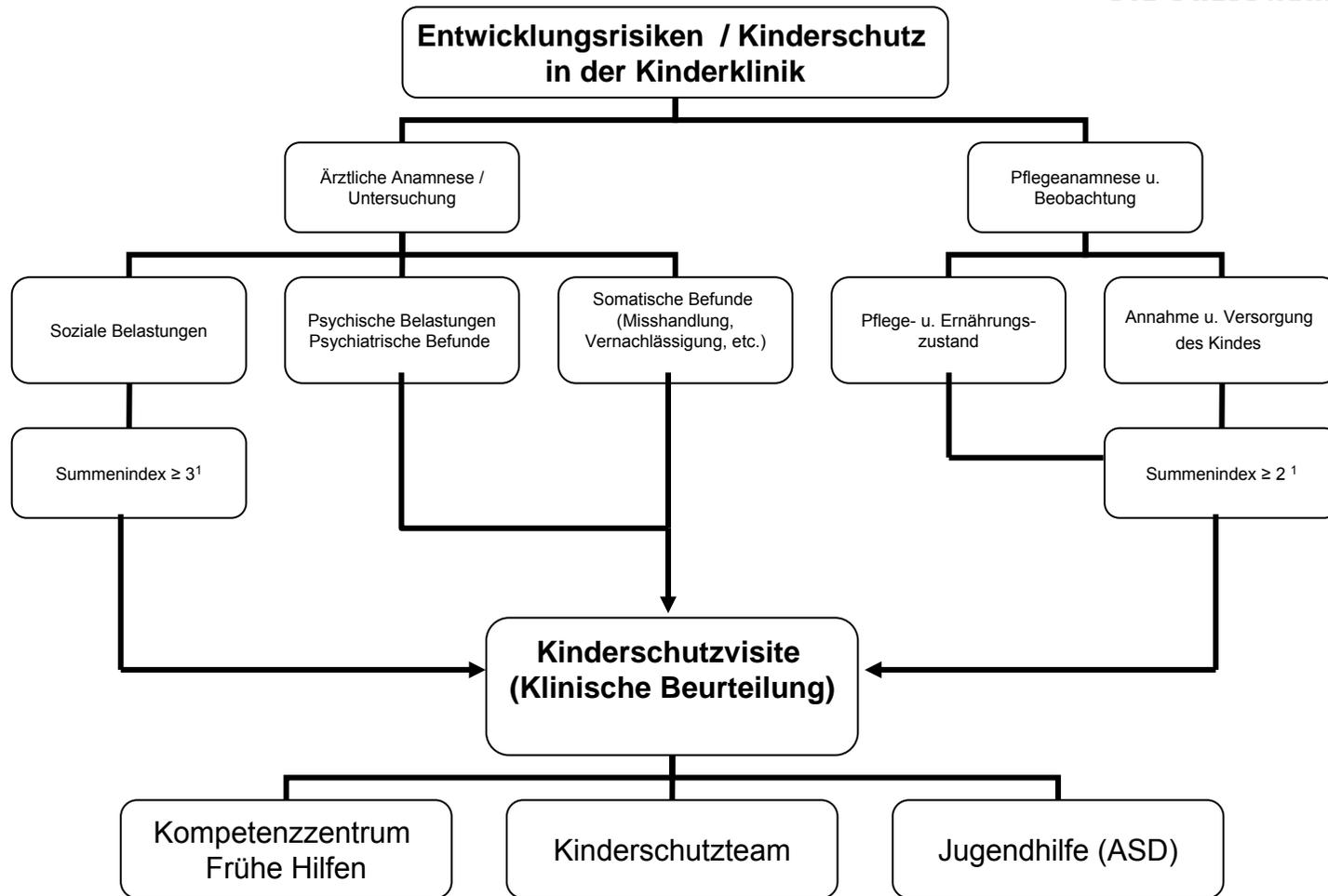
**Procedere:**

- Gewichtete Gesamtsumme der Items  $\geq 2$ , psychosoziales **Konsil** anfordern



## Validierung

- Patienten n=65
- Hohe Übereinstimmung zwischen Screening und ausführlicher psychosozialer Evaluation
  - Hohes Risiko: 100%
  - Mittleres Risiko: 90%
  - Geringes Risiko: 80%
- Eingeleitete Maßnahmen
  - Hohes Risiko: 100% (Jugendamt)
  - Mittleres Risiko: 50% (Frühe Hilfen)
  - Geringes Risiko: 10% (Frühe Hilfen)



<sup>1</sup> Gewichtete Summenindex der Risikocheckliste (Anhang 2)



Entwicklung eines Screeningverfahrens  
zum Bedarf an Frühen Hilfen  
im Rahmen  
pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen



## Kindeswohlgefährdung - Erreichbarkeit

- Außerhäusliche Betreuungseinrichtung:
  - Kleinkinder 26% (Freiburg)
- U-Untersuchungen Pädiatrie U3-U7: 90-98%
- Hohe Akzeptanz

➔ U-Untersuchungen ermöglichen gute Erreichbarkeit

➔ Screening?



## Screening – Notwendigkeit Jugendhilfe

- Stärkung der elterlichen Kompetenz - **Zugangswege**
  - **Hohe Akzeptanz** der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen
  - Hohe Akzeptanz der ausgesprochenen Empfehlungen
  - **Diagnose-/Screeningverfahren** - Belastungen erkennen
- 
- (BMFSFJ, 2009)



## Screening – Notwendigkeit Gesundheitssystem

- präventive Aufgabe für eine frühzeitige und nachhaltige Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen insbesondere aus sozial benachteiligten oder besonders belasteten Familien
  - niederschwellige Vernetzung zur Kinder- und Jugendhilfe
  - aussagekräftiges und praxistaugliches Screeningverfahren ..., (Kindler 2010, S. 1074).
  
- Gesundheitspolitischen Notwendigkeit einer präventiv ausgerichteten Pädiatrie: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS, Kamtsiuris et. al. 2007)



## Entwicklung eines Screeningverfahrens

1. Grundlage: Extrahierung bisheriger Fragebögen, Freiburger Fragebogen
2. Expertengremium: Delphi-Verfahren
3. Analyse von Vorsorgeuntersuchungen



## „Frühe Hilfen“ - Vernetzung zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe

- Notwendigkeit ergibt sich aus der präventive Aufgabe für eine frühzeitige und nachhaltige Gesundheitsförderung
- pädiatrische Früherkennungsuntersuchungen könnten einen geeigneten Zugangsweg zu belasteten Familien darstellen
- Notwendigkeit von praxistauglichen und aussagekräftigen Screeningverfahren



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.**

Volker Mall  
Leiter der Abteilung Neuropädiatrie und SPZ  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
an der TU Dresden