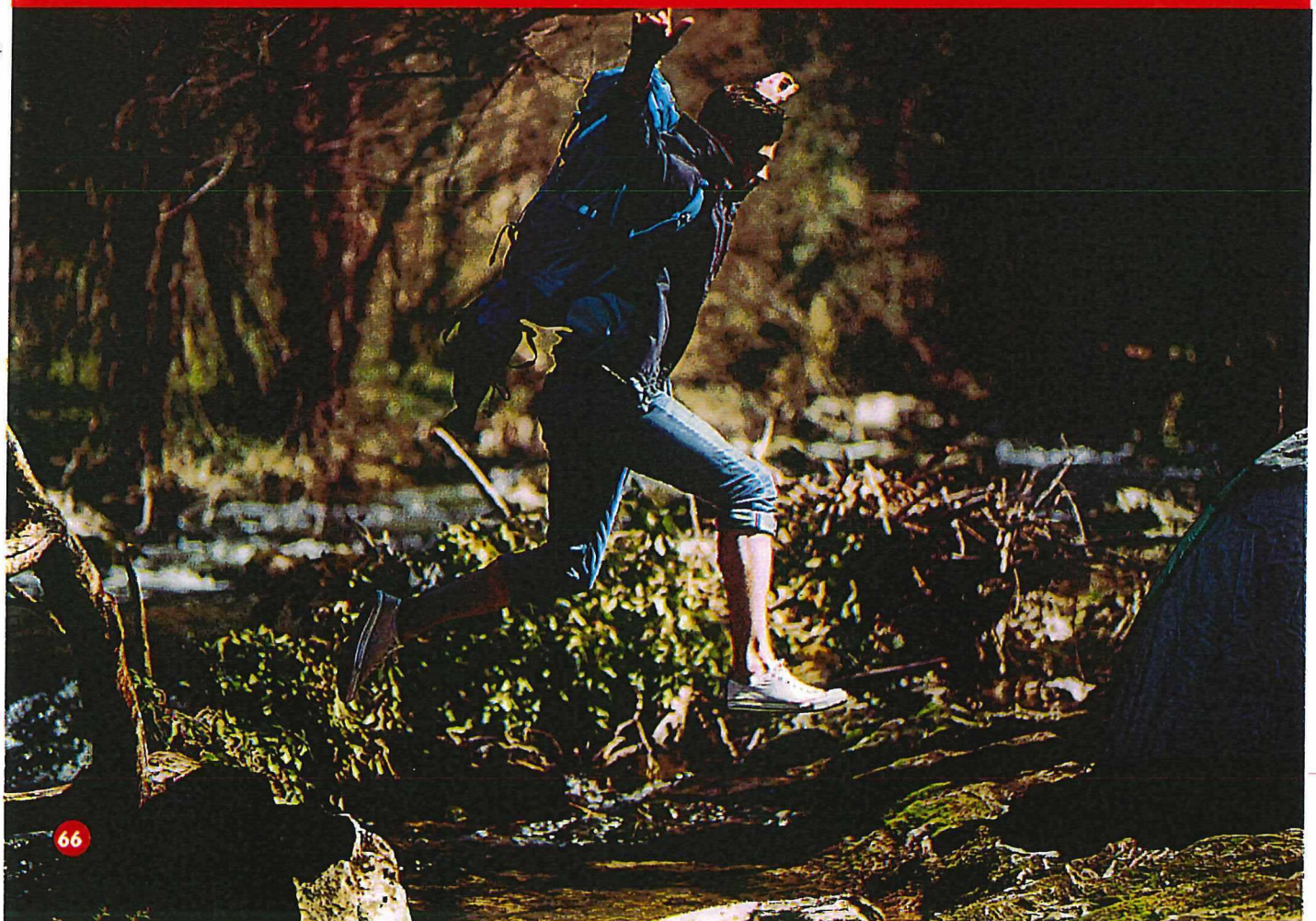


Kooperation zwischen Kinder- und Jugendmedizin Jugendhilfe

Chancen und Grenzen des Modellprojekts »Jugendhilfe
vor Ort in Kinderarztpraxen«



Die Forderung nach Kooperation und Vernetzung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendmedizin ist nahezu allgegenwärtig. Neue Unterstützungsangebote an den Schnittstellen dieser Systeme werden geschaffen und erprobt. Im Dortmunder Projekt »Jugendhilfe vor Ort in pädiatrische Praxen« beraten in sieben pädiatrischen Praxen zwei pädagogische Fachkräfte Eltern zu psychosozialen Themen und weiterführenden Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse werden hier vorgestellt.

Von Silvia Denner

Kooperation als Herausforderung

Die Kooperationsforschung sowie die bisherige Praxis zeigen, dass es trotz beidseitigem Interesse viele Hindernisse in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendärzt_innen gibt. Gelingende Kooperation ist keine Selbstverständlichkeit. Unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, Denkmodelle, Leistungen sowie fehlende Kooperationsstrukturen und mangelnde Kenntnisse über das jeweils andere Arbeitsfeld sind bekannte Hemmnisse, mit denen sich Projekte, die an der Schnittstelle beider Systeme angesiedelt sind, auseinandersetzen müssen (vgl. Lenz 2008).

Selbstverständnis und Wirklichkeiten von Kinder- und Jugendärzt_innen

Kinder- und Jugendärzt_innen sind überwiegend in eigenen Praxen niedergelassen und beschäftigen eigene Mitarbeiter_innen. Nach ihrem professionellen Selbstverständnis als medizinische Dienstleister_innen liegen ihre Aufgaben vorrangig in der Behandlung, Prävention und

Rehabilitation von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Weiterbildungsordnung Bundesärztekammer 2003, S. 90). Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind im Sozialgesetzbuch V geregelt.

.....
Kooperieren Ärzt_innen eigenmotiviert mit der Jugendhilfe, gibt es für diese Arbeitszeiten keine Vergütung.
.....

In ihren Praxen arbeiten sie in der Regel als alleinige Entscheidungsträger_innen und »Einzelkämpfer_innen«, die eingespannt sind in einem eng getakteten Zeitrahmen. Kinder- und Jugendärzt_innen diagnostizieren und behandeln Erkrankungen und Störungen nach standardisierten Leitlinien und Klassifikationssystemen¹. Dafür werden sie von den Krankenkassen bezahlt. Da das Handlungskonzept auf einem Krankheitsmodell oder Störungsansatz basiert, liegt der Fokus der ärztlichen Dienstleistung auf der Heilung bzw. Besserung der Symptome. Die Sichtweise von Ärzten/Ärztinnen bleibt aus o.g. Gründen zwangsläufig auf dem Kind/Jugendlichen

als Individuum und seinen Defiziten fokussiert, wenn gleich ein Problembewusstsein für das soziale und das familiäre Lebensumfeld vorausgesetzt werden kann.

Es existiert für sie keine gesetzliche Kooperationspflicht. Kooperieren und vernetzen sich Ärzt_innen eigenmotiviert mit der Jugendhilfe, gibt es für diese Arbeitszeiten keine Vergütung seitens der Krankenkassen.

Selbstverständnis und Wirklichkeiten von Jugendhilfe

Pflichtaufgaben und Leistungen der Jugendhilfe sind im Sozialgesetzbuch VIII geregelt. Danach hat die Jugendhilfe den Auftrag, junge Menschen in ihrer Entwicklung zu fördern, Erziehungsberechtigte zu beraten, Kinder und Jugendliche zu schützen und positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu schaffen. Im Gegensatz zur Regelung im SGB V gibt es im § 81 SGB VIII eine gesetzliche Verpflichtung zur Kooperation.

Die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sind an den Lebenslagen von jungen Menschen orientiert. Ihre Mittel sind pädagogische Methoden der Beratung, der Begleitung und Bildung. Die Sichtweise der Jugendhilfe auf die Familien versteht sich als ressourcenorientiert und ganzheitlich. Finanziert werden ihre Angebote mit Steuermitteln. Sozialpädagogische Diagnostik vollzieht sich im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens (§ 36 SGB VIII). Daran sind Fachleute beteiligt, um die komplexe Lebenssituation der Familie – mit dieser gemeinsam – einzuschätzen. Dieses prozessorientierte Fallverstehen ist gegenüber dem medizinischen Modell zeitlich und personell sehr aufwendig. Die Jugendhilfe arbeitet tendenziell teambezogen. Sie ist im Vergleich zu den medizinischen Praxen ein eher heterogen organisiertes System aus öffentlicher Jugendhilfe und vielen freien Trägern, das für Außenstehende nicht einfach zu erschließen ist (vgl. Rätz, Schroer, Wolff 2014).

.....
Die Jugendhilfe arbeitet im Vergleich zu niedergelassenen Ärzt_innen tendenziell teambezogen.
.....

Sichtweisen der Familien

Dienstleistungen von Kinder- und Jugendärzt_innen in Anspruch zu nehmen, ist in der Regel für Eltern eine Selbstverständlichkeit und wird von der Gesellschaft positiv konnotiert. Es entspricht dem Bild von guten, sorgen-

den Eltern, sich um die Gesundheit ihrer Kinder zu kümmern. Eltern kommen eigenmotiviert in die Praxis mit der Erwartung, dass ihrem Kind geholfen wird, gesund zu werden bzw. gesund zu bleiben. Da der Kinderarzt/die Kinderärztin diese Erwartungshaltung in den meisten Fällen durch eine erfolgreiche Behandlung bestätigt, entsteht eine Vertrauensbeziehung. Oft besteht diese schon seit der Geburt des ersten Kindes und ist über Jahre konstant. Die Eltern kommen, wenn sie es für notwendig erachten. Und sie wissen, dass sie bei Unzufriedenheit mit der Behandlung die Beziehung jederzeit beenden können, ohne dass dies negative Folgen für sie hätte.

Dienstleistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen, entspricht hingegen keiner gesellschaftlich als normal anerkannten Selbstverständlichkeit. Deren Hilfen zu benötigen, ist für viele Eltern mit den Gedanken verbunden, dass sie in ihrer Elternschaft ungenügend sind und versagt haben. Sie befürchten daher, dass sie von der Behörde und der Gesellschaft stigmatisiert werden.

Die Eltern kommen nicht immer eigenmotiviert zur Jugendhilfe. Es sind häufig die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertagesstätten und den Schulen, die einen Hilfebedarf ausmachen und die Eltern an das Jugendamt verweisen. Manche Eltern können bedingt durch ihre spezifische Lebenswirklichkeit aber eine andere Sicht auf die Phänomene haben, die von Professionellen als problematisch beurteilt werden und deshalb diese Hilfen ablehnen (vgl. Luckmann, Schütz 2003).

Ein weiterer Grund der Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen liegt häufig darin begründet, dass Eltern die öffentliche Jugendhilfe nicht in ihrer Unterstützungsfunktion wahrnehmen, sondern vorwiegend in ihrer amtlichen Kontrollfunktion. Sie haben Angst, dass sie »übergriffig« wird, in das Familiensystem eingreift, ihnen die Kinder wegnimmt und ihnen die Selbstbestimmung entzogen wird. Daher kommen viele erst zur Jugendhilfe, wenn die Krise offensichtlich wird.

.....
Im Rahmen der Zusammenarbeit können geeignete Übergänge von der Medizin zur Jugendhilfe geschaffen werden.
.....

Kooperation als Chance

Die Ausführungen zeigen, wie sehr sich die Rahmenbedingungen der beiden Systeme unterscheiden und wie dementsprechend unterschiedlich sie von den Eltern

wahrgenommen werden. Kinder- und Jugendmedizin sowie Jugendhilfe vereint, dass sie das Wohl des Kindes im Blick haben, die Verantwortung dafür spüren sowie die Grenzen ihrer Profession kennen. Eine Kooperation beinhaltet zwar eine hohe Herausforderung von Verstehens- und Verständnisprozessen der Partner. Ist sie aber erfolgreich, bietet sie für alle Beteiligten große Vorteile. Gemeinsam könnten frühzeitige und passgenaue Hilfen für und mit Familien mit biopsychosozialen Belastungen entwickelt werden. Chronische und krisenhafte Verläufe würden so teilweise vermieden. Weiterhin könnten im Rahmen dieser interdisziplinären Zusammenarbeit geeignete Übergänge von der Medizin zur Jugendhilfe geschaffen werden, die den Eltern den Weg zu deren Angeboten erleichtern und erste oder korrigierende Erfahrungen damit ermöglichen.

Projekte², wie das hier vorgestellte »Jugendhilfe vor Ort in pädiatrischen Praxen«, erproben neue Modelle dieser Zusammenarbeit und stellen sich den damit verbundenen Herausforderungen.

Rahmenbedingungen des Projekts

Das Projekt »Jugendhilfe vor Ort in pädiatrischen Praxen in Dortmund« zielt darauf ab, Kinder und deren Familien in belastenden Lebenslagen frühzeitig und niedrigschwellig mit Hilfsangeboten zu erreichen sowie Hemmnisse in der Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe zu erfassen und abzubauen. Diese Ziele sollen erreicht werden durch eine bessere Verzahnung von Kinderärzt_innen und der Jugendhilfe des jeweiligen Stadtbezirks mittels eines psychosozialen Beratungsangebots, das in pädiatrischen Praxen – vor Ort – installiert wird.

Vier Dortmunder Stadtteile wurden als Projektstandort ausgewählt. Diese sind eingebunden in das kommunale Entwicklungsprogramm für Stadtteile mit besonderen Bedarfen (»Nordwärts«). Alle sieben Kinderärzt_innen in diesen Stadtteilen sind daran beteiligt.

.....
Es zeigte sich bald, dass die vereinbarten Beratungszeiten nicht immer benötigt wurden.

Als Projektträger fungiert das Jugendamt Dortmund, mit der Durchführung wurde das Kinderschutz-Zentrum beauftragt. Das Projekt wird gefördert durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) und dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales in Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW). Die Projektlaufzeit ist festgelegt für den

Zeitraum Februar 2017 bis Dezember 2018. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Fachhochschule Dortmund. Grundlage der Auswertung ist die Datenerhebung in der Zeit vom 1. August 2017 bis zum 21. Juli 2018.

Konzept

Das Konzept sieht vor, dass zwei pädagogische Fachkräfte (eine Heilpädagogin und eine Sozialpädagogin) des Kinderschutz-Zentrums wöchentlich zweistündige Beratungen in den sieben beteiligten pädiatrischen Praxen anbieten. Bei Bedarf werden auch Hausbesuche durchgeführt. Weiterhin fungieren die pädagogischen Fachkräfte als »Lotsen« zu Einrichtungen der Jugendhilfedienste sowie der freien Träger in den Stadtteilen. Die psychosoziale Beratung der Familien geschieht in enger Absprache mit den beteiligten Ärzt_innen. Sie sind quasi die Türöffner für das psychosoziale Beratungsangebot, denn sie sprechen die Familien an und motivieren sie. Die Anmeldung ist freiwillig und erfolgt über die Praxismitarbeiterinnen.

Es zeigte sich bald, dass die vereinbarten Beratungszeiten nicht immer benötigt wurden. Es gab Wochen, an denen einzelne Ärzte Eltern nicht an Beraterinnen verwiesen haben. »Es kommt ja nicht jeden Tag jemand mit einem Problem an, sondern es sind manchmal zwei bis drei Wochen gar nicht, woran liegt es eigentlich, und dann kommen auf einmal wieder zwei bis drei Eltern an« (Arzt im Interview).

Aufgrund der angespannten Raumsituation und dem Gefühl der Beraterinnen, »unnötig einen Raum zu blockieren« (Aussage im Interview), wurde mit den Ärzt_innen vereinbart, dass Erstgespräche mit Familien bei hohen Belastungen in der Praxis auch in deren Zuhause stattfinden konnten.

Leitfragen der Untersuchung

Im Rahmen des Projekts wird folgenden Fragen nachgegangen:

- Wo liegen die Stolpersteine in der Umsetzung des Projekts und in der Kooperation aus der Sicht der Ärzt_innen und der Beraterinnen?
- Wie viele Eltern haben aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes Bedarf an psychosozialer Beratung?
- Wie wird das Beratungsangebot angenommen?
- Welche psychosozialen Belastungen haben die Familien aus der Sicht der beiden Beraterinnen?
- Werden weiterführende Hilfen vermittelt und werden sie angenommen?
- Wie nehmen die Eltern das Angebot wahr?



Heide Barenhoff (Kinderschutz-Zentrum), Marco Guse (Kinderarzt), Christine Dreier (Kinderschutz-Zentrum), Prof. Dr. Silvia Denner, Dr. Andreas Ptok (Kinderarzt), Uta Nagel (Gesundheitsamt), Marline Niemann (Geschäftsführerin Kinderschutz-Zentrum), Pilar Wulff (Jugendamt Projektträger)
Quelle: Schütze, Ruhr Nachrichten

Methodischer Ansatz

Prozessbegleitend wurden familien- und beratungsbezogene Daten durch die beiden pädagogischen Fachkräfte erhoben und dokumentiert. Mit ihnen sowie den sechs Ärzt_innen (eine Ärztin wollte nicht interviewt werden) und den Jugendhilfediensten in den ausgewählten Stadtteilen wurden zu Beginn und Ende des Evaluationszeitraums leitfragengestützte Interviews geführt, u. a. zu Fragen der Erwartung, der Umsetzung, zu den Bedarfen ihrer Einrichtung und zu Kooperationswünschen. Die Ermittlung der Zufriedenheit der Eltern mit dem Beratungsangebots erfolgte durch einen standardisierten Fragebogen, den die Eltern nach abgeschlossener Beratung ausfüllten. Nach vier bis sechs Wochen erfolgte durch die Beraterinnen eine leitfadengestützte telefonische Nachbefragung der Eltern zur Inanspruchnahme einer weiterführenden Hilfe:

Positive Erwartungen der Ärzt_innen

Die Ärzt_innen sahen die Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung vor allem gegeben bei Verhaltensauffälligkeiten (Schlafstörungen, Schreiproblemen, Essstörungen, Aggressionen) und Schulproblemen von Kindern.

Ebenso bei mangelnder Erziehungskompetenz und Überforderung der Eltern. Für diese Familien wünschten sie sich schnelle und kompetente Hilfen. Klinische Störungen, eigen- und fremdgefährdendes Verhalten wurden als Ausschlusskriterien bewertet. Das gleiche galt, wenn die Ärzt_innen wussten, dass die Eltern bereits mit der Jugendhilfe zusammenarbeiteten.

.....
Die Bedenken bezogen darauf, wie man die Organisation unter den zeitlichen Belastungen bewerkstelligen könne.
.....

Hinsichtlich der Kooperation mit den Beraterinnen erwarteten sie zügige Rückmeldungen und einen guten Informationsaustausch. Diese Punkte sahen die meisten befragten Ärzt_innen in der Kooperation mit der öffentlichen Jugendhilfe als nicht zufriedenstellend an. Auch hofften sie eine mögliche Zeitersparnis für sich. »Also Erwartung habe ich, dass diese Psychosozialsachen, dass ich die abgeben kann. Das ist ja auch eine Hilfe in der Praxis, hab auch Zeitersparnis, die ich eben zur Versorgung kranker Kinder brauche« (Arzt im Interview).



Stolpersteine aus der Sicht der Ärzt_innen

Fünf der sieben beteiligten Ärzt_innen waren bereits in Kinderschutzvereinen als Vorstände und Mitglieder aktiv. Und trotz dieses besonderen Engagements und der Bedarfe, die sie sahen, äußerten sie in den Gesprächen große Bedenken, ob sich das Projekt in ihren Praxen umsetzen lässt. Die Bedenken bezogen sich vor allem darauf, wie man die Organisation unter den hohen zeitlichen und beruflichen Belastungen bewerkstelligen könne. Es wurde deutlich, dass in ihren Arztpraxen alle Räume dringend benötigt wurden. »Wenn man einen festen Raum zur Bedingung gemacht hätte, hätte das Projekt nicht durchgeführt werden können«, so die Geschäftsführerin des Kinderschutzzentrums. Weiterhin wurde es als schwierig angesehen, ein Zeitfenster für die Beratung zu finden ohne eine Störung des routinemäßigen Ablaufs in der Praxis.

Als ungewiss wurden die Reaktionen der Eltern auf das Angebot eingeordnet. So wurde von den Ärzt_innen überlegt, wie sie die Eltern motivieren könnten, sich auf eine Beratung einzulassen. Sie äußerten in den Interviews die Befürchtung, Eltern könnten sich abgeschreckt fühlen, wenn sie dächten, dass das Jugendamt eingebunden sei. Zitat eines Arztes: »Also, wenn da nur das Wort Jugendamt fällt bei einigen Familien, da drehen die sofort wieder um«.

Stolpersteine aus der Sicht der Beraterinnen

Die Herausforderungen, die sich den Beraterinnen stellten, waren vielfältig und komplex. Sie betraten ein bereits laufendes, routiniertes und funktionales System einer ärztlichen Praxis. Als Vertreterinnen der Jugendhilfe bedeutete dies ein »unsicheres Terrain«, da es keine erprobten Selbstverständlichkeiten und Routinen gab, auf die sie zurückgreifen konnten. Weiterhin bestand keine vertragliche Regelung, die ihre Stellung und Aufgaben klar definierte. Eine Beraterin formulierte dies im Interview wie folgt: »Es war am Anfang schwierig, ich bin in die drei Praxen jeweils gekommen wie eine Besucherin. Ich habe versucht, sehr unauffällig zu sein, damit die Ärzte sich auf keinen Fall gestört fühlen, dass die keine Extraarbeit empfinden, so war meine Grundeinstellung.«

Die Beraterinnen haben gemeinsam mit den Ärzt_innen vereinbart, wie das Setting für die einzelne Praxis gestaltet sein muss (Raum, Präsenzzeiten, Rückmeldung und Austausch). Die Voraussetzungen waren jeweils anders. In den meisten Praxen standen den Beraterinnen keine eigenen Räume für die Beratung zur Verfügung.

Kooperation zwischen Kinder- und Jugendmedizin Jugendhilfe

Sie berieten z. T. in Wartezimmern, während der Mittagspause im Behandlungszimmer, in sehr engen Räumlichkeiten zwischen medizinischen Geräten.

In den Praxen gab es keine einheitliche Struktur für Austausch und Rückmeldungen. Diese gestaltete sich je nach Betrieb in den Praxen anders und forderte von den Beraterinnen sehr viel Flexibilität. Eine Beraterin im Interview: »Es gibt keinen regelmäßigen Raum für Besprechungssituationen oder kleine Teamsitzungen oder irgend so etwas. Man muss immer gucken, wie kriegt man das denn unter, ist der Arzt gerade greifbar, oder wie bekommt man dann so eine Kooperation auch mal hin, wenn es irgendwie um Fragen zur Familie geht«.

Bedarfe der Kinder- und Jugendärzt_innen an psychosozialer Beratung

Alle Arztpraxen liegen in Stadtteilen mit vergleichbaren Voraussetzungen. Aber die Auswertung der Daten zeigt, dass die Bedarfe an psychosozialen Beratungen von den Ärzt_innen höchst unterschiedlich gesehen werden. Die Anzahl der vermittelten Familien reicht von 4 bis zu 46. Praxis 7 äußerte sich bereits im Vorfeld skeptisch darüber, ob überhaupt ein psychosoziales Beratungsangebot notwendig ist.

Beschreibung der Familien

Tab. 1: Beschreibung der Familien, die die Beratung in Anspruch nahmen (N = 159)

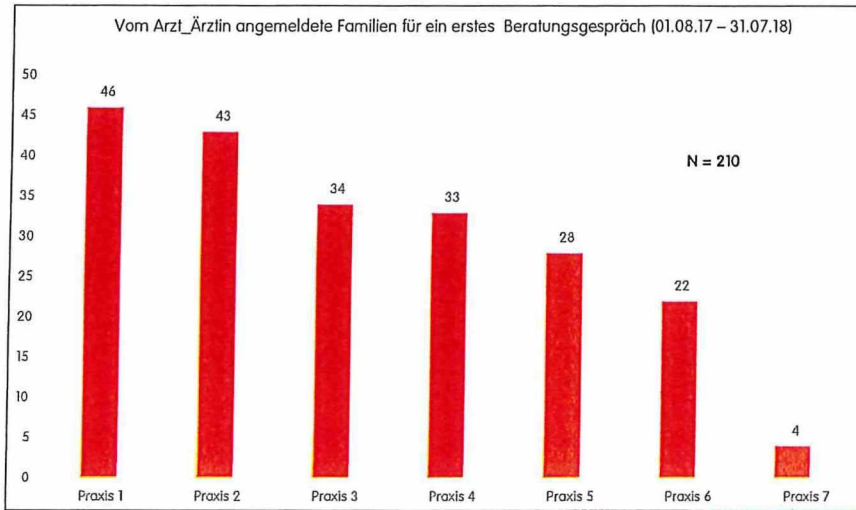
Transverleistungsbezug	52 (35 %)
Elternteil alleinerziehend	43 (27 %)
Haushalte mit 3 oder mehr Kindern	40 (26 %)
Lebensjahr des Kindes	
0-3 Jahre	63 (40 %)
4-6 Jahre	41 (26 %)
>6	53 (34 %)
Geschlecht des Kindes	
männlich	82 (52 %)
weiblich	75 (48 %)
Kontakt mit Jugendhilfe – Geschwisterkind	20 (13 %)
Kontakt mit Jugendhilfe – Indexkind	47 (27 %)

Die Daten zeigen, dass die Familien überdurchschnittlich durch benachteiligte (Transverleistungsbezug) und herausfordernde (alleinerziehend, viele Kinder) Lebenslagen betroffen sind (vgl. Statistisches Jahrbuch 2017).

Der Kontakt zum Jugendamt war im geringen Maß schon über Hilfen für ein Geschwisterkind vorhanden. Auch für das aktuell betroffene Kind (Indexkind) existierte bei

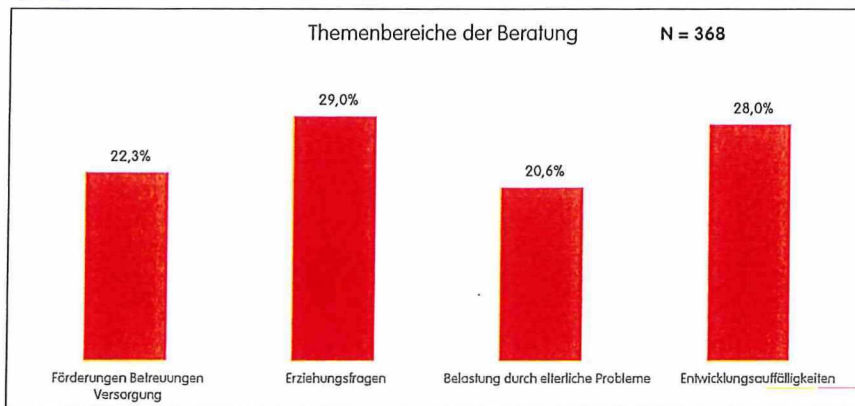


Abb. 1: Vom Arzt/Ärztin angemeldete Familie für ein erstes Beratungsgespräch



Quelle: eigene Darstellung

Abb. 2: Themenbereich der Beratung



Quelle: eigene Darstellung

ca. ¼ bereits ein Jugendhilfeangebot. Doch für ca. ¾ dieser Familien war die psychosoziale Beratung in der Praxis das erste Jugendhilfeangebot für das Indexkind.

Beratungshäufigkeit und Beratungsthemen

Bei der überwiegenden Mehrheit (70 %) der 159 Familien beschränkte sich die Beratung auf 1–2 Termine. 16 Familien (8 %) haben fünf und mehr Beratungen in Anspruch genommen. Zu über 90 % kamen die Mütter. 6 % der Familien sprachen nur wenig Deutsch, bei weiteren 5 % musste ein Dolmetscher hinzugezogen werden. Von den 368 stattgefundenen Beratungen fanden 45 % in der Praxis,

23 % als Hausbesuche, 22 % als Telefonberatungen und 10 % in anderen Einrichtungen statt.

Die Themenbereiche der Beratungen waren sehr breit gefächert und verteilen sich verhältnismäßig gleichmäßig über 368 Beratungstermine. Das deutet darauf hin, wie komplex die familiären Problematiken waren. Auch wenn die Familien nur mit einer Fragestellung in die Beratung gingen, wurden im Verlauf der Gespräche andere Themen ebenso wichtig.

Weiterführende Hilfen

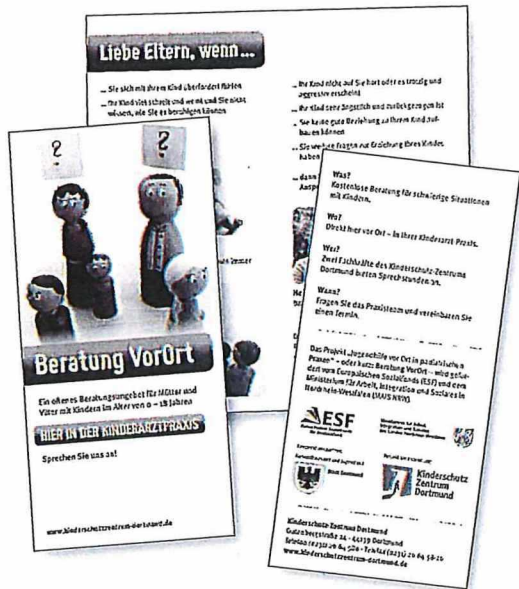
136 Familien haben die Beratungen bei den beiden Pädagoginnen abgeschlossen. Davon 67 ohne Empfehlung für eine weiterführende Hilfe. 69 bekamen eine oder mehrere Empfehlungen, sich einen Termin bei einer anderen Einrichtung geben zu lassen. 23 der Familien

wurden durch die Beraterinnen dorthin begleitet.

Das Spektrum der Einrichtungen in der Jugendhilfe sowie in der Medizin und Therapie gestaltet sich sehr breit. Zusammengefasst zeigt sich, dass insbesondere beratende Einrichtungen sowie therapeutische Hilfen empfohlen wurden.

Inanspruchnahme des Beratungsangebots und der weiterführenden Hilfen

Fast alle Kontakte (99,8 %) liefen über die Vermittlung der Ärzte. Nur zwei Familien fanden den Weg zur Beratung über ausgelegte Flyer in der Praxis.



210 Familien haben einen Termin für eine Erstberatung vereinbart. Davon sind 51 (25 %) ohne Begründung nicht erschienen. Von den verbliebenen 159 Familien haben 23 das Angebot im Laufe der Beratung einseitig abgebrochen. Der Rest von 136 Familien hat die Beratung in der Praxis mit beidseitigem Einverständnis beendet, davon 67 ohne und 69 mit einer oder mehreren Empfehlungen für eine weiterführende Hilfe.

Alle 69 Familien mit einer solchen Empfehlung wurden von den Beraterinnen nach vier bis sechs Wochen

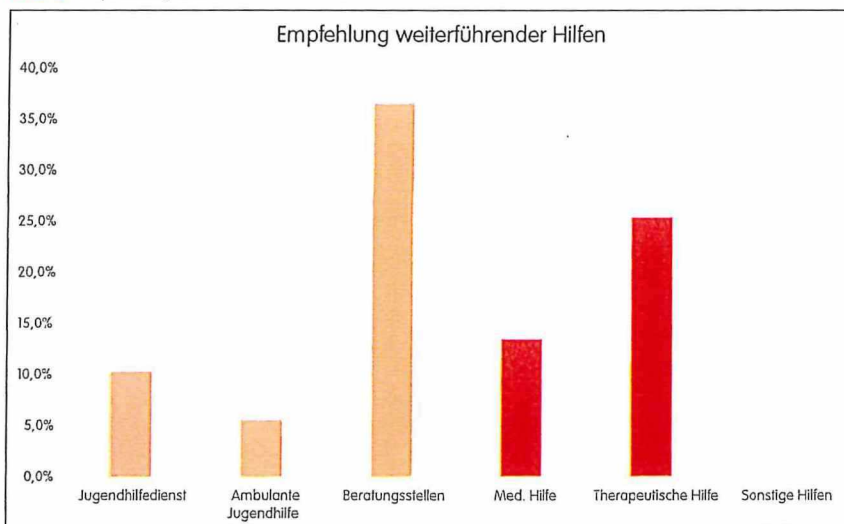
telefonisch kontaktiert. Dies war mit den Familien abgestimmt. 39 Familien konnten trotz mehrfacher Anrufe und Hinterlassen einer Nachricht nicht mehr gesprochen werden. Von den 30 erreichten Familien hatten sieben aus unterschiedlichsten Gründen noch keinen Termin in der empfohlenen Institution vereinbart. Insgesamt gibt es nur von 23 (1/3) dieser Familien eine positive Rückmeldung, dass sie diese Hilfe auch in Anspruch genommen haben. Unter diesen 23 Familien sind 17 Familien, die durch die Beraterinnen dorthin begleitet wurden. Ohne Begleitung – eigenmotiviert – haben demnach nur sechs Familien einen Termin mit einer empfohlenen weiterführenden Hilfe vereinbart.

Compliance

Insgesamt sind es nach diesen Berechnungen 90 (43 %) von 210 Familien, die im beidseitigen Einverständnis die Beratung – inklusive einer erfolgten Anbindung an eine weiterführende Hilfe – abgeschlossen haben und die damit eine hohe Compliance zeigen.

57 % zeichnen sich durch eine niedrige Compliance aus, d. h. sie sind den Empfehlungen der Ärzt_innen und der Beraterinnen nicht bzw. nur zum Teil gefolgt. Dass mehr als die Hälfte der Familien den Empfehlungen von Ärzt_innen und von Beraterinnen nicht folgt, trifft auch für ähnliche Modellprojekte zu. Im Freiburger Modell »Gemeinsam gegen Kinderarmut« wurde die Beratung von 51 % der Familien nicht angenommen.

Abb. 3: Empfehlung weiterführender Hilfen

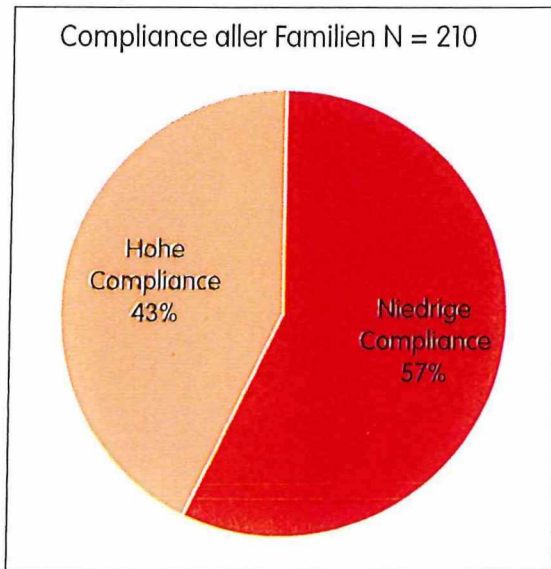


Quelle: eigene Darstellung

Rückmeldungen der Familien

Nach abgeschlossener Beratung wurden die Familien gebeten, eine Rückmeldung zu geben. Dazu wurde ihnen ein kurzer Fragebogen ausgehändigt. 46 Familien haben diesen ausgefüllt, das entspricht ca. 1/3 der beratenen Familien. Diese haben auf die Frage: »War das Beratungsangebot für Sie hilfreich?« mit »Ja« geantwortet. Die Kommentierungen wurden in drei Kategorien zusammengefasst:

Abb. 4: Compliance aller Familien N = 210



Quelle: eigene Darstellung

Erste Kategorie: Unsicherheiten und Ängste genommen

- Meine Unsicherheit wurde mir zumindest teilweise genommen und ich konnte entspannter an die neue Situation heran gehen.
- Ich bin jetzt sehr beruhigt, die Kita hat im letzten Monat von keinen Problemen berichtet.
- Ich weiß jetzt, dass mit meinem Kind alles in Ordnung ist.

Zweite Kategorie: Sich verstanden und entlastet fühlen

- Genau die Hilfe, die ich gesucht habe. Endlich mal Alles von der Seele gesprochen.
- Sie geht wirklich auf alle Fragen ein und gibt mir ein sicheres Gefühl mit nach Hause.
- Hat viel geholfen. Wenn ich viel erzähle, kommen selber Gedanken für Lösung in meinem Kopf. Ich bin jetzt besser sortiert.

Dritte Kategorie (wurde am häufigsten genannt): Hilfreiche Informationen, Ratschläge und neue Ideen

- Gute Tipps zum Umsetzen bekommen, gute Gedankenschübe gegeben.
- Ich wurde sehr nett beraten und konnte hilfreiche Ratschläge annehmen.
- Beim Hausbesuch hat die Beraterin mir gezeigt, was wir verändern können. Seitdem zeigen sich wieder positive Entwicklungsschritte bei unserem Sohn.

Rückmeldung der Ärzt_innen

Die Rückmeldungen der Ärzte waren durchweg positiv. »Ja, weil ich denke, dass es ein gutes Angebot ist und dass man das definitiv auch sinnvoll einsetzen kann. Gerade für die Leute, die man sonst schwer erreicht, dass die wirklich davon profitieren und wirklich sinnvoll unterstützen kann, dass glaube ich schon.« (Arzt im Interview)

Einige Ärzt_innen sahen in dem Projekt den Vorteil, dass sie ein Angebot anbieten konnten ohne dass bei den Familien der Eindruck entstand »... da steckt irgendwie die Stadt, ein Amt, irgendeiner hinter und dann ist bald ein Richter da und dann habe ich nur Theater oder so etwas«. (Interviewzitat) Damit steige die Akzeptanz eines solchen Angebots. Weiterhin wurde die Möglichkeit, dass Familien zu anderen Einrichtungen begleitet werden konnten, als positiv bewertet, denn viele hätten große Hemmnisse und würden das nicht von alleine tun. Als schwierig formulierten sie, dass der Bedarf an psychosozialer Beratung kaum planbar sei.

Die Möglichkeit, dass Familien zu anderen Einrichtungen begleitet werden konnten, wurde positiv bewertet.

Alle Ärzt_innen haben ihr Interesse formuliert, dass Projekt weiterlaufen zu lassen, aber unter der Prämisse, dass das Projekt nicht größer werden sollte, nie mit viel Aufwand betrieben werden dürfte, sondern ganz unerschwert laufen sollte. »Das Projekt weiterführen, so wie es ist, anders geht es aus zeitlichen und räumlichen Gründen nicht, das jedoch sehr gerne und nötig, die Eltern kennen und schätzen die Atmosphäre, haben Vertrauen und müssen nicht in die Fremde« (Arzt im Interview).

Fazit

Die beiden genannten Ziele des Projekts – Kinder und deren Familien in belastenden Lebenslagen frühzeitig und niedrigschwellig mit Hilfsangeboten zu erreichen sowie Hemmnisse in der Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe zu erfassen und abzubauen – sind nur zum Teil erfüllt worden. Es zeigte sich, dass auch mithilfe des Arztes bzw. der Ärztin als Türöffner nicht alle Familien erreicht wurden, bei denen eine Beratungsnotwendigkeit erachtet wurde. Viele Termine wurden nicht eingehalten und Beratungen abgebrochen.

Besonders auffällig ist der Kontrast zwischen der Menge und der Vielfältigkeit der getätigten Empfehlungen einerseits und andererseits den wenigen Kontakten, die Familien mit den weiterführenden Hilfen angebahnt haben. Wenn die Familien aus der Beziehung mit den Beraterinnen entlassen wurden, wurde die Compliance sehr gering. Die Brücke zwischen den pädiatrischen Praxen und der Jugendhilfe aufzubauen gelang erst dann, wenn die Beraterinnen die Familien in Beziehung gehalten und sie begleitet haben.

.....
Die Schwierigkeiten in der Kooperation haben sich im Verlaufe des Prozesses nach Angaben positiv verändert.

Gründe dafür liegen sicherlich schon in den genannten Vorbehalten der Eltern gegenüber der Jugendhilfe. Ihr Handeln kann aber auch so verstanden werden, dass es in ihrer Lebenswelt durchaus Sinn ergeben kann, die Sichtweisen der Beraterinnen erstmal nicht anzunehmen. Es ist zu überlegen, wie an dieser Schnittstelle der Systeme eine verbesserte Compliance möglich ist. Es wird Zeit und eine gute Zusammenarbeit brauchen, die habitualisiert und institutionalisiert werden muss. Die Elternlogik wird mit berücksichtigt werden müssen (vgl. Luckmann, Schütz 2003).

Die als Stolpersteine dargestellten Schwierigkeiten in der Kooperation haben sich im Verlaufe des einjährigen Prozesses nach Angaben der Beteiligten positiv verändert. Beide Partner haben damit Neuland betreten. Im weiteren Verlauf müssen die strukturellen Bedingungen und die verbindlichen Regeln der Zusammenarbeit nochmals für beide Seiten geklärt und abgestimmt werden. Denn gute Kooperation bedeutet, dass für unterschiedliche Sicht- und Handlungsweisen Raum geschaffen werden muss und auf Augenhöhe diskutiert werden kann (vgl. Lenz 2008). Für das Modellprojekt bedeutet dies erstens eine Vereinbarung über feste Zeiten für gemeinsame Fallbesprechungen, zweitens die Schaffung adäquater Beratungsräume sowie drittens Transparenz der Abläufe und Kommunikation. Gemeinsame Fortbildungen für Praxismitarbeiter_innen zur Arbeitsweise der Jugendhilfe und – im Rahmen einer erweiterten Kooperation – ein Austausch mit Mitarbeiter_innen des Jugendhilfedienstes des jeweiligen Stadtteils wären ein weiterer Schritt zur gemeinsamen Verständigung.

Trotz der beschriebenen Stolpersteine kann ein positiver Schluss gezogen werden. Das Vorhandensein eines

Zur Person



Foto: FH Dortmund

Silvia Denner ist Diplompädagogin, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Professorin an der Fachhochschule Dortmund.

kurzfristigen Beratungsangebots in einer Arztpraxis, nah und in vertrauter Umgebung, das nicht nur für schwere Krisen, sondern auch für Alltagsprobleme in Anspruch genommen werden kann, und über die Möglichkeit verfügt, Familien zu Hause zu besuchen und zu weiterführenden Hilfen zu begleiten, alles das macht das Projekt besonders und füllt eine Lücke in der Versorgungslandschaft.

Literatur

- Frühe Hilfen in der Kinder- und Jugendarztpraxis Modellprojekt: »Gemeinsam gegen Kinderarmut in Freiburg«. www.kvjs.de/fileadmin/dateien/jugend/Modellvorhaben/foerderprojekte/20150723_Abschlussbericht_Gemeinsam_gegen_Kinderarmut.pdf (Abruf 23.8.2018).
- Lenz, A. (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe.
- Luckmann, Th./Schütz, A. (2003): Strukturen der Lebenswelt. Stuttgart: UTB
- Modellprojekt »Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis in drei Pilotkommunen in Nordrhein-Westfalen«. www.lwl.org/lja-download/fobionline/anlage.php?urlID=13908 (Abruf 23.8.2018).
- Rätz, R./Schroer, W./Wolff, M. (2014): Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe: Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven. Weinheim, München: Beltz Juventa.
- Statistisches Jahrbuch 2017. www.destatis.de/DE/.../StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2017.html (22.08.2018)
- Weiterbildungsordnung Bundesärztekammer 2003, in der Fassung vom 28.06.2013, S. 90. www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf (Abruf 22.8.2018)

- 1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, WHO
- 2 Weitere Projekte sind »Soziale Prävention in der Kinderarztpraxis in drei Pilotkommunen in NRW«, Freiburger Modell »Gemeinsam gegen Kinderarmut«