

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

BACHELORARBEIT

Familien mit psychosozialen Belastungen – die Rolle der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und ihre Vernetzung zur Jugendhilfe

Autorin:	Sandra Haberbosch
Matrikelnummer:	██████████
Erst Gutachter:	Prof. Dr. York Francis Zöllner
Zweit Gutachterin:	Dr. Silke Pawils
Abgabedatum:	27.04.2018

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Soziale Prävention bei psychosozial belasteten Familien	3
2.1 Bedeutung und Verbreitung von psychosozialen Belastungen	3
2.1.1 Definition psychosoziale Belastungen	4
2.1.2 Verbreitung und Folgen von psychosozialen Belastungen	6
2.2 Aufgaben und Rolle der Kinderärztinnen und -ärzten	11
2.3 Aufgaben der Frühen Hilfen und Modellprojekte	15
3 Zielsetzung und Fragestellung	20
4 Methodisches Vorgehen	22
4.1 Instrumente	22
4.2 Stichprobenziehung	24
4.3 Erhebung	24
4.4 Datenanalyse	25
5 Ergebnisse	26
5.1 Deskription der Stichprobe	26
5.2 Ergebnisse zu psychosozialen Belastungen bei Familien	27
5.2.1 Deskriptive Ergebnisse	27
5.2.2 Inferenzstatistische Ergebnisse	30
5.3 Ergebnisse zur Vernetzung von Kinderarztpraxen und Jugendhilfe	32
5.3.1 Deskriptive Ergebnisse	32
5.3.2 Inferenzstatistische Ergebnisse	34
6 Diskussion	35
7 Fazit und Ausblick	41
Literaturverzeichnis	44
Eidesstattliche Erklärung	49
Anhang	VII

Abstract

Hintergrund: Psychosoziale Belastungen können langfristige gesundheitliche Folgen für Kinder nach sich ziehen. Ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern erhöht das Risiko der Kinder, an psychischen Auffälligkeiten und chronischen Störungen zu erkranken. Die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen wurden als optimaler Zugangsweg für frühzeitige Hilfsangebote identifiziert. **Methode:** Anhand einer repräsentativen Befragung von 650 Kinderärztinnen und -ärzte aus Nordrhein-Westfalen wird untersucht, wie der aktuelle Umgang mit psychosozial belasteten Familien ist und wo Probleme in der Versorgungssituation liegen. Weiterhin wird untersucht, wie der aktuelle Stand der Vernetzung zu Einrichtungen der Jugendhilfe zu bewerten ist. **Ergebnisse:** Auf der Basis eines Datensatzes von $N = 118$ Pädiater und Pädiaterinnen bejahen 82,2% die Zuständigkeit für psychosoziale Belastungen eindeutig. 91,5% ermitteln die Belastungen im Gespräch. Wurde eine Belastung festgestellt, beraten 94,1% unmittelbar in der Praxis und führen (zusätzlich) eine Überweisung an Beratungsstellen, wie beispielsweise die Frühen Hilfen aus. Probleme in der Versorgungssituation entstehen aufgrund der finanziellen und zeitlichen Mittel sowie durch Sprachbarrieren und eine fehlende Compliance der Eltern. 92,4% der Befragten sind mit Einrichtungen der Jugendhilfe vernetzt. 28,3% sind oder waren Teil eines Kooperationsprojektes der Frühen Hilfen. **Diskussion:** Um einen adäquaten Umgang mit psychosozialen Belastungen zu gewährleisten, sollten die finanziellen und zeitlichen Barrieren bestmöglich abgebaut und die netzwerkübergreifenden Kooperationen weiter ausgebaut werden.

Background: Psychosocial stress can have long-term health consequences for children. A low socio-economic status of parents increases the risk of children suffering from mental disorders and chronic disorders. Paediatric screening tests have been identified as an optimal access route for early intervention. **Methods:** A representative survey of 650 paediatricians from North Rhine-Westphalia is used to investigate how families with psychosocial stress are currently treated and where problems lie in the care situation. Furthermore, it is examined how the status of networking to youth welfare institutions is to be evaluated. **Results:** Based on a data set of $N = 118$

paediatricians, 82.2% clearly affirmed responsibility for psychosocial stress. 91.5% determined the stress in the interview. If a psychosocial stress is found, 94.1% advise directly in practice and (additionally) make a referral to counselling centres, such as Early Aid. Problems in the care situation arise due to financial and time constraints, language barriers and a lack of parental compliance. 92.4% of respondents are networked with youth welfare institutions. 28.3% are or were part of a cooperation project for early aid. **Discussion:** To ensure an adequate handling of psychosocial stress, the financial and time barriers should be dismantled in the best possible way and the cross-network cooperation should be further expanded.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Umgang mit psychosozialen Belastungen	29
Abbildung 2 Schwierigkeiten bei der Beratung und Weitervermittlung	29
Abbildung 3 Zusammenarbeit mit Akteuren der Jugendhilfe	32
Abbildung 4: Vernetzungsart	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: psychosoziale Risikofaktoren (nach Egle, Hoffmann & Steffens 1997)	5
Tabelle 2: Belastungen der Eltern	28
Tabelle 3 Schätzung prozentualer Anteil der Familien mit psychosozialen Belastungen	31
Tabelle 4 Kreuztabelle Kooperationsprojekte - Psychosomatische Zusatzqualifikation	34

Abkürzungsverzeichnis

BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bpj	Bundeszentrale für politische Bildung
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DJI	Deutsches Jugendinstitut e.V.
KeKiz	„Kein Kind zurück lassen“
KefdN	„Keiner fällt durchs Netz“
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland
NRW	Nordrhein-Westfalen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
RKI	Robert Koch Institut

1 Einleitung

Insgesamt wird die Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder als gut eingestuft (Ravens-Sieberer, Klasen & Petermann 2016:4). Der in den letzten Jahrzehnten zunehmende Wandel des Krankheitsspektrums der Heranwachsenden von akuten zu chronischen sowie von körperlichen zu psychischen Erkrankungen stellt jedoch eine immer größer werdende, gesellschaftliche Herausforderung dar (Schlack, Kurth & Hölling 2008:246). Zu den häufigsten Krankheitsbildern im Kindesalter zählen Depressionen, Angststörungen und zahlreiche chronische körperliche Erkrankungen, wie Asthma und Übergewicht. Die psychischen Störungen gehen oftmals mit erheblichen familiären, schulischen und sozialen Beeinträchtigungen einher und können zu einer verminderten Lebensqualität der Kinder führen (Hölling u. a. 2014:807). Der dadurch entstehende Leidensdruck und die erheblichen gesundheitlichen Kosten bei einer Chronifizierung der Erkrankungen bis ins Erwachsenenalter begründen die starke Public Health Relevanz (Ravens-Sieberer, Klasen & Petermann 2016:4–5).

Das Risiko für psychische und chronische Erkrankungen steigt mit einem niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern überproportional an (Pott, Fillinger & Paul 2010:1167). Wirken mehrere Belastungsfaktoren zeitgleich auf die Heranwachsenden ein, erhöht sich das Risiko für psychische Auffälligkeiten und chronische Erkrankungen weiterhin (Ravens-Sieberer u.a. 2007:871–878). Um ein gesundes Aufwachsen zu gewährleisten, sind deshalb früh ansetzende, gesundheitsfördernde Maßnahmen notwendig.

Unterstützungsangebote werden jedoch vor allem von psychosozial belasteten Familien unzureichend wahrgenommen. Grund hierfür sind Unwissenheit, hohe Kosten sowie Angst und Scham vor Unverständnis und Stigmatisierung (Hefti u. a. 2016:90-92). Die Früherkennungsuntersuchungen – sogenannte U-Untersuchungen – werden jedoch von über 90% der Familien unabhängig ihres sozioökonomischen Status in Anspruch genommen. Die Kinderarztpraxen sind oftmals Anlaufstelle für das gesamte Beschwerdespektrum der Heranwachsenden. Somit stellen sie einen niederschweligen Zugangsweg zu den belasteten Familien dar und bieten die

Möglichkeit, ihnen die Unterstützungsangebote anzubieten (Thaiss u.a. 2010:1029–1031).

Die vorliegende Arbeit soll anhand einer repräsentativen Befragung der in Nordrhein-Westfalen (NRW) ansässigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte einen Überblick über die aktuelle pädiatrische Versorgung von Familien mit psychosozialen Belastungen geben. Dabei wird zunächst die Verbreitung von psychosozialen Belastungen in Deutschland dargestellt, um deren Auswirkungen für das Aufwachsen von Kindern darzulegen. Anschließend wird die Rolle der Kinderärztinnen und -ärzte im Umgang mit psychosozial belasteten Familien betrachtet und die *Frühen Hilfen* sowie bereits etablierte Modellprojekte vorgestellt. Anhand der anschließenden quantitativen Befragung wird untersucht, wie die Pädiater und Pädiaterinnen Familien mit psychosozialen Belastungen erkennen und versorgen und welche Probleme in der Versorgungssituation auftreten. Des Weiteren wird beleuchtet, inwieweit die Kinderarztpraxen mit Einrichtungen der Jugendhilfe zusammenarbeiten und ob diese für eine besser gestaltete Prävention an Kooperationsprojekten der Frühen Hilfen teilnehmen.

2 Soziale Prävention bei psychosozial belasteten Familien

In diesem Hintergrundkapitel werden die notwendigen Fachbegriffe definiert sowie die Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf die Kinder und die Verbreitung in Deutschland analysiert. Im Anschluss wird die Rolle der Kinderärztinnen und -ärzte im Umgang mit psychosozialen Belastungen betrachtet. Abschließend werden die Frühen Hilfen sowie einige Kooperationsmodellprojekte in Deutschland exemplarisch dargestellt.

2.1 Bedeutung und Verbreitung von psychosozialen Belastungen

Die Gesundheit im Kindesalter wirkt sich maßgeblich auf die Gesundheit im Erwachsenenalter aus (Hölling et al. 2014:807). Insbesondere die frühe Kindheit hat eine prägende Bedeutung für das gesamte Leben der Heranwachsenden, da insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter ein hohes Maß an Zuwendung für die Versorgung und Betreuung im Hinblick auf Ernährung, Körperpflege und Nähe benötigt wird. Eine Vernachlässigung dieser Grundbedürfnisse kann erhebliche Störungen in der Entwicklung nach sich ziehen. Deshalb ist es von großer Bedeutung, die Erziehungskompetenzen der Eltern zu unterstützen und zu stärken, damit eine gesundheitsgerechte Erziehung gelingt (Pott, Fillinger & Paul 2010:1166). In den letzten 20 Jahren hat sich das Krankheitsbild der Kinder von akuten Erkrankungen hin zu einem chronischen Krankheitsverlauf verändert (Kindler 2016:1332). Ebenso leiden viele Kinder an psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Diese Umwandlung des Krankheitsbildes wird als *neue Morbidität* bezeichnet und ist geprägt von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, Verzögerungen in der Sprachentwicklung, motorischen Unterentwicklungen sowie zahlreichen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angstzustände und Hyperaktivität (Schlack, Kurth & Hölling 2008:246). Weiterhin bestehen die Risiken einer Chronifizierung der psychischen Erkrankungen sowie einer Entwicklung von Komorbiditäten. Betroffene Kinder werden dadurch sowohl in ihrem individuellen Wohlbefinden als auch in ihren sozialen Fähigkeiten beeinträchtigt (Hölling u. a. 2007:784).

Laut der im Rahmen der KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland) durchgeführten BELLA-Studie, einer Befragung über das seelische und psychische Wohlbefinden und Verhalten der Heranwachsenden, leiden in Deutschland circa 20% aller Kinder und Jugendlichen unter psychischen Störungen und Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer u.a. 2007:871–878). Diese treten internal (Probleme mit sich selbst) oder external (mit der Umgebung) auf, wobei vor allem die internalen Erscheinungsbilder (z.B. Depressionen, Angstzustände) aufgrund der schwer erkennbaren Symptome nur selten rechtzeitig diagnostiziert werden und sich deshalb häufig zu einem chronischen Verlauf entwickeln (Hölling u.a. 2007:784). Ein niedriger sozioökonomischer Status, konfliktbelastete Familien, Ein-Eltern-Haushalte sowie eine psychische Erkrankung eines Elternteils zählen hierbei zu den relevantesten Risikofaktoren für Störungen im Kindes- und Jugendalter (Ravens-Sieberer u.a. 2007:871-878).

2.1.1 Definition psychosoziale Belastungen

Als psychosoziale Belastungen werden Einflüsse definiert, die durch das direkte soziale Umfeld (hier insbesondere die Familie) und die sozialen Gegebenheiten psychische Einwirkungen auf den Menschen nehmen (Groth 2013:72). Ein kumulatives Einwirken dieser Einflüsse erhöht die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsgefährdung der Kinder immens (Egle u.a. 2016:1247–1254). Die nachfolgende Tabelle 1 zeigt einige, als gesichert geltende psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit, deren Auftreten gesundheitliche Langzeitfolgen nach sich ziehen und die Wahrscheinlichkeit von psychischen und körperlichen Erkrankungen im Erwachsenenalter signifikant erhöhen können (Egle u.a. 2016:1247–1254, Hardt 2009:76–77).

<i>Familiäre Faktoren</i>	<i>Elterliche Faktoren</i>
Niedriger sozioökonomischer Status	niedrige Schulbildung
Ein-Eltern-Familien	Alter der Mutter (<18)
Arbeitslosigkeit	Sprachschwierigkeiten

Großfamilien mit wenig Wohnraum	psychische Störungen
fehlende soziale Unterstützung	eigene Misshandlungserfahrung
Disharmonie in der Familie	(Sucht-) Erkrankungen
Partnerschaftskonflikte	Schulden

Tabelle 1: psychosoziale Risikofaktoren (nach Egle, Hoffmann & Steffens 1997)

Buschhorn (2011) beschreibt die psychosozialen Risikofaktoren als „bestimmte erkennbare Merkmale von Personen, Beziehungen oder Situationen“, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Kindeswohlgefährdung erhöhen (Buschhorn 2011:40).

Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt (Bundesgerichtshof 2016).

Wirken die Belastungsfaktoren bereits früh auf das Kind ein, kann zudem die Entwicklung des Stressverarbeitungssystems beeinträchtigt werden und zu einer lebenslang erhöhten Vulnerabilität bei psychosozialen und körperlichen Belastungssituationen führen (Hardt 2009:81).

In der vorliegenden Arbeit werden die folgenden psychosozialen Belastungen untersucht: Ein-Eltern-Familien, Armut, ein niedriger sozioökonomischer Status, Partnerschaftskonflikte sowie die schwerwiegende (psychische) Erkrankung eines Elternteils.

2.1.2 Verbreitung und Folgen von psychosozialen Belastungen¹

In Deutschland leben rund 8,1 Millionen Familien mit Kindern unter 18 Jahren. Davon erziehen 1,6 Millionen (Stand 2014) Elternteile ihre minderjährigen Kinder ohne einen Ehe- oder Lebenspartner. 1,5 Millionen **Alleinerziehende** sind Frauen, wovon 63% aufgrund einer Scheidung alleine für die Kinder sorgen (Bundeszentrale für politische Bildung 2016:43–47). Ob eine Scheidung psychosoziale Belastungen und mögliche gesundheitliche Langzeitfolgen für die Kinder nach sich zieht, hängt von bestimmten protektiven Faktoren ab. Hierzu zählen eine intakte Eltern-Kind-Beziehung sowie ein stabiles und vertrauensbasiertes Umfeld. Häufig stellen diese Faktoren jedoch eine große Herausforderung für die Alleinerziehenden dar, da eine Scheidung in vielen Fällen mit Sorgerechtskonflikten, schlechten Erwerbschancen sowie einer schweren Vereinbarkeit von Beruf und Familie einhergeht und damit zu finanziellen Problemen oder Arbeitslosigkeit führen kann. In den ersten zwei Jahren nach einer Trennung benötigen die Kinder ein hohes Maß an Zuwendung und Unterstützung, um ohne Beeinträchtigungen der psychosozialen Gesundheit aufwachsen zu können (Hagen & Kurth 2007:26). Aufgrund der neuen Anforderungen an die Eltern und dem daraus folgenden Zeitmangel ist dies jedoch oftmals nur schwer zu gewährleisten. Die Folgen für die Kinder sind psychische Auffälligkeiten, Beziehungsprobleme, Angst und Verunsicherung sowie schulische Probleme. Die KiGGS- Studie hat diesbezüglich festgestellt, dass alleinerziehende Elternteile ihre Kinder signifikant häufiger als verhaltensauffällig einschätzen und das Vorhandensein von psychischen Problemen angeben. Jungen weisen dabei größere Probleme auf als Mädchen. Einen moderierenden Einfluss bei psychischen Auffälligkeiten weisen die Schulbildung und die Wohnregion aus (Hagen & Kurth 2007:25–31). Das Armutsrisiko für alleinerziehende Elternteile mit einem oder mehreren Kindern liegt mit ungefähr 40% überdurchschnittlich höher als bei anderen Haushaltstypen (Kott & Kuchler 2016:169–177).

¹ Für eine bessere Lesbarkeit werden im folgenden Abschnitt die zu untersuchenden psychosozialen Belastungen „fett“ markiert.

Bei Familien mit zwei Elternteilen erhöht sich die **Armutsgefährdung** jedoch ebenso mit einer steigenden Anzahl an Kindern, bei drei und mehr Kindern um 27,4% (Statista 2016). Insgesamt leben rund 21% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland über mindestens fünf Jahre in dauerhafter oder wiederkehrender Armut (Tophoven u.a. 2017:9 ff.). Die sozialen Benachteiligungen, die aus der relativen Armut folgen, bringen wiederum erhebliche gesundheitliche und soziale Konsequenzen für die Heranwachsenden mit sich. Die am häufigsten auftretenden Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Armut sind Entwicklungsverzögerungen, Gesundheitsstörungen, zahnmedizinische Probleme sowie Unfallverletzungen (Klocke & Lampert 2005:11). Zusätzlich werden von Armut betroffene Kinder und Jugendliche häufiger von sozialen und kulturellen Aktivitäten ausgeschlossen, haben öfter schulische Probleme und oft nur schlechte Chancen auf einen gesellschaftlichen Aufstieg (Tophoven u.a. 2017:9 ff.).

Auch der **sozioökonomische Status** der Familien beeinflusst nach wie vor die gesundheitliche Lage der Kinder. Diese treten bereits während der Schwangerschaft auf. Die KiGGS-Studie belegt einen Rückgang der in der Schwangerschaft rauchenden Mütter mit steigendem sozialem Status. Mütter mit sozial niedrigerem Status stillen ihre Kinder deutlich seltener und schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder schlechter ein. Psychische Auffälligkeiten weisen rund 30% der 3-17-jährigen Mädchen und 37% der Jungen auf. Ebenso sind sozial benachteiligte Kinder häufiger von Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivitätsstörungen betroffen. Die sportlichen Aktivitäten sowie eine gesunde Ernährung sind bei diesen Kindern seltener und daraus resultierend die Anzahl von übergewichtigen Kindern höher. Zusätzlich weisen die betroffenen Kinder häufiger Entwicklungsdefizite auf und neigen zu einer schlechteren Zahngesundheit (RKI 2015:148–152).

Ein weiterer Risikofaktor für langfristige Gesundheitsfolgen ist eine von **starken Konflikten geprägte Partnerschaft** der Eltern (Zemp & Bodenmann 2015:4–7). Besonders destruktive Paarkonflikte bergen dabei erhebliche Gefahren für die Heranwachsenden. Die Kinder können auf den verschiedenen Ebenen (emotional, physiologisch, kognitiv) stark negativ auf die Konflikte reagieren. Unmittelbarer Streit

kann auf der emotionalen Ebene Wut, Angst und Trauer auslösen und zu einer erhöhten Herzrate (physiologische Ebene) sowie Aufmerksamkeitsproblemen (kognitive Ebene) führen. Das Risiko für psychische Störungen erhöht sich für die Kinder, die über mehrere Jahre regelmäßig Konflikten der Eltern ausgesetzt sind. Zusätzlich wird die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten, Schlafstörungen und ein niedriges Selbstwertgefühl sowie Probleme in der Schule erhöht. Zemp und Bodemann beschreiben, dass sich die Anzahl der Konflikte durch den Eintritt in die Elternschaft um bis das Neunfache erhöht (Zemp&Bodemann 2015:4–7).

Rund 30% der Eltern mit einem oder mehreren Kindern in Deutschland sind aufgrund einer schweren **psychischen Erkrankung** in Behandlung. Die betroffenen Kinder haben zum einen aufgrund von genetischen Faktoren, zum anderen infolge der negativen Auswirkungen der Erkrankung auf die Eltern-Kind-Beziehung ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Krankheit zu erleiden (Herrmann B. u.a. 2016:238–239). Überdies wirken auf die betroffenen Kinder unkontrollierbare Stressoren ein. Das schadensfreie Aufwachsen der Säuglinge und Kleinkinder ist von einer angemessenen Krankheitsbewältigung abhängig. Ein offener Umgang mit der Erkrankung kann laut Lenz als ein Schutzfaktor für die Heranwachsenden konstatiert werden. Im Gegensatz dazu stellt eine Tabuisierung und Verleugnung des Themas eine Belastungsquelle dar (Lenz 2017:19). Betroffene Eltern weisen dazu häufig eine verminderte Erziehungskompetenz auf, da die Krankheit oftmals mit einem inkonsistenten, unangemessenen Erziehungsverhalten einhergeht, was ein Entwicklungsrisiko für die Kinder darstellen kann. In mehreren Studien wurde ein Zusammenhang zwischen einem schwierigen Erziehungsverhalten und der Entwicklung von Verhaltensstörungen aufgezeigt. Die Kinder wiesen dabei vor allem Störungen ihres Sozialverhaltens sowie ein aggressives Verhalten gegenüber Mitmenschen auf (Lenz 2017:19-20). Muss das erkrankte Elternteil zur Behandlung über mehrere Wochen oder Monate die Familie verlassen, kann auch das für die Kinder Folgen haben. So können Säuglinge (0-12 Monate) die Trennung von der Mutter als Bedrohung ihrer Existenz ansehen. Kleinkinder (1-3 Jahre) können das Verlassenwerden als Bestrafung interpretieren. Durch die fehlende Sicherheit und Alltagsbewältigung können die Kinder ebenso Entwicklungsrückschritte annehmen und Ängste

entwickeln. Bei Schulkindern (6-11Jahren) überwiegt die Sorge um das erkrankte Elternteil und daraus resultierend eine Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse. Häufig leiden die Kinder unter somatischen Störungen (Möller, Stegemann & Romer 2008:657–659).

Kinder aus Familien mit einem großen Ausmaß an psychosozialen Belastungen haben ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Vergleich zu Kindern aus wenig oder unbelasteten Familien (Wu u.a. 2004:1254–1262). Zu den häufigsten Folgen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung zählen neben den seelischen Schäden Störungen in der Entwicklung sowie im Verhalten (Herrmann B. u.a. 2016:244). Des Weiteren fallen die Kinder durch fehlende soziale Fähigkeiten auf, die zu einem aufmerksamkeitsgestörten, hyperaktiven und impulsiven Verhalten führen können. Im Schulkindesalter kann dies zu einer negativen schulischen Entwicklung führen mit dem Risiko, ohne Abschluss die Schule verlassen zu müssen. Laut Hermann u.a. muss rund die Hälfte der Kinder mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen einmal in der Schullaufbahn die Klasse wiederholen (ebd. 2016:244).

Wie sich durch die Analyse erkennen lässt, ist die Wahrscheinlichkeit eines Zusammentreffens mehrerer psychosozialer Belastungen für Kinder aus Deutschland immens hoch, da viele Risikogruppen zeitgleich von mehreren Belastungssituationen betroffen sind (Lampert, Kuntz & KiGGS Study Group 2015:11). Die gesundheitlichen Langzeitfolgen und Zusammenhänge zwischen einem kumulativen Einwirken der Belastungen und einem erhöhten Risiko für Erkrankungen wurden bereits in zahlreichen internationalen Langzeitstudien erforscht.

In der kalifornischen ACE-Studie (Adverse Childhood Experience Study) wurden 17.000 versicherte Personen hinsichtlich acht Belastungsfaktoren in der Kindheit befragt. Neben Missbrauch und Misshandlung wurde eine Vielzahl von psychosozialen Belastungen untersucht (Scheidung, Gewalt zwischen den Eltern, Drogenmissbrauch, psychische Erkrankungen eines Elternteils und Kriminalität). Bei einem Einwirken von vier und mehr Belastungsfaktoren wird das Risiko um das bis zu 4-fache für folgende Krankheitsbilder erhöht: Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfall und koronare

Herzkrankheiten, Hepatitis B, Lungenerkrankungen sowie Lungen-, Rachen- und Cervixkarzinome. Zusätzlich wurde in der Studie die diesbezügliche Einschränkung der Lebenserwartung untersucht. Bei früh belasteten Kindern steigt das Risiko einer früheren Sterblichkeit (vor dem 65. Lebensjahr) um das 2,4-fache. Steigt die Anzahl der kumulativ einwirkenden Belastungsfaktoren auf sechs und mehr, liegt die Lebenserwartung der betroffenen Menschen bei lediglich 60,6 Jahren (bei fehlenden Belastungsfaktoren: 79,1 Jahre). Die Ergebnisse einer erhöhten Mortalität und Morbidität vor dem 70. Lebensjahr durch das gehäufte Einwirken der Belastungsfaktoren im Kindesalter wurde in einer weiteren Studie mit einer Stichprobe von $N = 3885$ zusätzlich bestätigt. Aus der entwicklungspathologischen Sicht ist die Bindungssicherheit zu beiden Elternteilen von besonderer Bedeutung, da ein Fehlen kognitive, motivationale und affektive Störungen nach sich ziehen und dadurch die Bereiche der Beziehungs- und Leistungsfähigkeit der Heranwachsenden deutlich schädigen kann. Das gehäufte Auftreten der psychischen Störungen aufgrund von Vernachlässigung und Misshandlung im Kindes- und Jugendalter ist auf eine verstärkte Stressreaktion zurückzuführen. Hierbei konnten Veränderung der Funktion des vegetativen Nerven- und Schmerzverarbeitungssystems und Veränderungen des Blutspiegels festgestellt werden. Als gesichert gilt zudem die Veränderung der Funktion von bestimmten Hirnbereichen durch die negative Stresseinwirkung im Kindesalter. Überdies kann das Einwirken zu Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie einem falschen Selbstwertempfinden führen, welches oftmals durch ein Risikoverhalten kompensiert wird. Signifikant häufiger werden demnach Drogenmissbrauch, Bewegungsmangel, Nikotin- und Alkoholkonsum sowie häufig wechselnde Sexualpartner durch das Einwirken von mehr als vier Belastungsfaktoren im Kindesalter beobachtet. Dieses Risikoverhalten erhöht abermals das Erkrankungsrisiko der betroffenen Personen (Egle u.a. 2016:1247–1254).

Hierbei wird deutlich, dass die **Prävention im frühen Kindesalter** erforderlich für ein gesundes Heranwachsen der Kinder ist und diesbezüglich eine Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren stattfinden muss. Tendenziell werden Eltern mit den genannten psychosozialen Belastungen jedoch schlechter durch eine kommunale Prävention erreicht (Thaiss u.a. 2010:1045–1046). An diesem Punkt ist es

entscheidend, die Hürden des fehlenden Wissens und fehlender Information über die primärpräventiven Angebote zu verringern. Ist es bereits zu einer kumulativen Stresseinwirkung gekommen, ist es das Ziel der sekundären Prävention, die psychischen und physischen Auswirkungen zu senken.

Kinderärztinnen und -ärzte stehen bereits direkt nach der Geburt eines Kindes im Kontakt zu den Familien. Die Akzeptanz seitens der Eltern wird laut Renner (2010:1050) als hoch und wenig stigmatisierend bewertet. Die systematische Kooperation zwischen den Frühen Hilfen und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hat das Ziel, eine frühzeitige Prävention einzuleiten und die belasteten Familien bestmöglich zu erreichen (Renner 2010:1050–1051).

2.2 Aufgaben und Rolle der Kinderärztinnen und -ärzten

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte spielen bei der Diagnose und Behandlung von Krankheiten sowie der Prävention im Säuglings- und Kleinkinderalter eine bedeutende Rolle (Thaiss u.a. 2010:1029). In den ersten Lebensjahren werden Ärzte und Ärztinnen anderer Fachrichtung nur selten aufgesucht und die pädiatrischen Praxen sind die erste Anlaufstelle für das gesamte Erkrankungs- und Beschwerdespektrum (Janiak-Baluch & Lehmkuhl 2013:655). Des Weiteren stehen Kinderärztinnen und -ärzte aufgrund der Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) in regelmäßigem Kontakt zu den Familien. Im Durchschnitt werden diese in den ersten zwei Lebensjahren 3,8 mal pro Quartal aufgesucht (Thaiss & Burchardt 2013:29). Das Spektrum der Beschwerden und Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen reicht von somatischen, über psychosomatische hin zu psychiatrischen Störungsbildern (Janiak-Baluch & Lehmkuhl 2013:654–655). Da die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen unabhängig des Krankheitsbildes relativ hoch ist, eignen sich diese besonders gut für eine frühzeitige Identifikation psychosozialer Belastungen (Barth & Renner 2014:6).

Die verschiedenen rechtlichen Rahmenbedingungen stecken die präventiven Möglichkeiten und Aufgaben des ärztlichen Handelns ab:

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz-PrävG) trat im Juli 2015 in Kraft und hat einen weiteren Baustein für eine bessere Prävention in allen Altersgruppen und Lebensbereichen gelegt. Die Kernstrategie des Setting-Ansatzes (Gesundheitsförderung u. a. in Kitas, Schulen und Altenheimen) ermöglicht es, die Gesundheitsförderung und Prävention fester in der Gesellschaft zu verankern. Im Bereich der Kinder- und Jugendprävention wurden darüber hinaus folgende Maßnahmen festgelegt: Eine Förderung der Impfprävention sowie eine Weiterentwicklung der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen durch eine verstärkte Aufmerksamkeit auf die individuellen Belastungen und Risikofaktoren. Darüber hinaus ist darin festgehalten, dass die Ärztinnen und Ärzte für die Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten und Patientinnen Präventionsempfehlungen ausstellen sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinien) besagen: „Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (G-BA 2017:6). Neben den rein medizinischen Untersuchungen umfasst die Früherkennung „eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §20 Absatz 5 SGB², die sich altersgerecht an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“ (ebd.:6). Die U-Untersuchungen bieten die diagnostischen Möglichkeiten, Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und eine Prävention einzuleiten. Diese wurden zur Gewährleistung eines gesunden Aufwachsens von Kindern bereits 1971 im

² Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Leistungskatalog der GKV verfestigt (Langness 2007:45). Seither wird das Früherkennungsprogramm in regelmäßigen Abständen erweitert und umfasst mittlerweile zehn festgelegte Untersuchungen der Kinder im Alter zwischen 0 und 6 Jahren sowie die Erweiterung bis zum 18. Lebensjahr seit des Inkrafttretens des Präventionsgesetzes 2015. Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, Krankheiten und Störungen im Kindesalter rechtzeitig zu erkennen, diese in ihrem Verlauf zu mildern oder beseitigen und dadurch eine Verbesserung der Lebensqualität der Familien und Kindern zu erreichen. In 15 Bundesländern wurde ein zentrales Einladungs- und Meldeverfahren für die Früherkennungsuntersuchungen etabliert (Thaiss u.a. 2010:1032–1041).

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bis zur U7 liegt deutlich über 90%. Seit der Einführung des Einladungsverfahrens 2008 hat sich die Teilnahmequote auch für die nachfolgenden Untersuchungen deutlich erhöht. Besonders bei Familien mit Migrationshintergrund, jungen alleinerziehende Eltern sowie bei bildungsfernen oder sozial benachteiligten Familien konnte eine Steigerung der Teilnahme an den Untersuchungen sowie eine verbesserte Impfquote verzeichnet werden (Thaiss u.a. 2010:1041). Die Früherkennungsuntersuchungen ermöglichen den Ärztinnen und Ärzten den Entwicklungsstand des Kindes zu erfassen sowie währenddessen einen kurzen aber regelmäßigen Einblick in die Eltern-Kind-Interaktion und Lebenssituation zu erlangen. Dadurch lassen sich neben körperlichen Erkrankungen und Auffälligkeiten auch vorhandene familiäre Probleme und weitere psychosoziale Belastungen rechtzeitig erkennen und ermöglichen es an dieser Stelle, eine frühzeitige Unterstützung der jungen Familien einzuleiten. Weiterhin gilt als positive Voraussetzung die seitens der Eltern hoch eingeschätzte Kompetenz und das damit verbundene Vertrauen in die Jugendärztinnen und -ärzte (Thaiss u.a. 2010:1030; Barth & Renner 2014:6). Um eine frühe Identifikation der psychosozialen Belastungen während der U-Untersuchung zu realisieren, wurde zur Unterstützung vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) der „pädiatrische Anhaltsbogen - zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)“ entwickelt und erprobt (Barth & Mall 2015). Dieser besteht aus 13 Kategorien, die in drei verschiedene Bereiche eingeteilt sind: „Psychosoziale Belastungen, die die

Bewältigungsmöglichkeiten von Familien zu übersteigen drohen, klinisch relevante Regulationsstörungen des Säuglings sowie klinische relevante Hinweise auf eine postpartale Depression“ (Barth & Renner 2014:9). Werden von den Pädiatern und Pädiauerinnen psychosoziale Belastungen (Auffälligkeiten beim Kind, Belastungen der Hauptbezugsperson, Eltern-Kind-Interaktion) erkannt, gilt es eine ausführliche Beratung durchzuführen sowie die Frühen Hilfen verstärkt miteinzubeziehen (Barth & Renner 2014:8–10). Des Weiteren wird laut des pädiatrischen Anhaltsbogens eine Differenzierung hinsichtlich frühkindlicher Regulationsstörungen (exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütterungsstörungen) und einer postpartalen Depression (Interessenlosigkeit, Niedergeschlagenheit) empfohlen. Diese sollen ebenso durch eine vertiefende Beratung und gegebenenfalls durch die Weiterleitung an den jeweiligen Fachbereich behandelt werden (Barth & Renner 2014:9). Die Früherkennungsuntersuchungen bieten somit nicht nur die Möglichkeit, Krankheiten und Verzögerungen in der Entwicklung frühzeitig festzustellen und zu behandeln, sondern ermöglichen es, durch den direkten und regelmäßigen Kontakt Hinweise auf einen Unterstützungsbedarf während den Gesprächen mit den Familien zu erlangen. Dies schafft die Voraussetzungen dafür, die benötigten Hilfsangebote rechtzeitig anzubieten, zu besprechen und gegebenenfalls die notwendigen Kontakte frühzeitig zu vermitteln (Thaiss & Burchardt 2013:29).

Die Frühen Hilfen bilden dabei das Gesamtkonzept zu einer gelingenden frühen Prävention bereits während der Schwangerschaft und im frühen Kindesalter (Haas 2017:26–27). Die in den unterschiedlichen Sozialleistungssystemen verankerte, große Vielzahl der Einrichtungen und Unterstützungsangebote in Deutschland erschweren es Familien jedoch die benötigten Hilfen zu erlangen. Besonders widersprüchliche Aussagen der verschiedenen Fachrichtungen behindern eine selbstbestimmte Entscheidung der Eltern. Darüber hinaus beeinträchtigen die unklaren Zuständigkeiten bei der Finanzierung der Leistungen die Versorgung der belasteten Familien. Eine interprofessionelle, systemübergreifende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren ist der Leitgedanke der Frühen Hilfen, welche die Bedürfnisse der Familien in den Vordergrund rücken sollen (Beirat des NZFH o.J.:8).

2.3 Aufgaben der Frühen Hilfen und Modellprojekte

Die Frühen Hilfen

Der Begriff *Frühe Hilfen* bot seit der Einführung in den siebziger Jahren einen großen Interpretationsspielraum, da eine mangelnde Schärfe der Definition vorherrschte. Um diesem Problem entgegenzuwirken, formulierte der wissenschaftliche Beirat des NZFH 2009 folgende Begriffsbestimmung (Wissenschaftlicher Beirat NZFH 2009):

Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. (Wissenschaftlicher Beirat NZFH 2009)

Die vielfältigen gesundheitsfördernden Maßnahmen der Frühen Hilfen richten sich an (werdende) Eltern und insbesondere an sozial belastete und benachteiligte Familien (sekundär Prävention), damit eine anforderungsgerechte und frühzeitige Hilfe stattfinden kann. Ziel der Frühen Hilfen ist es, Risiken während des Heranwachsens der Kinder durch die Angebote und Maßnahmen frühzeitig zu identifizieren und gegebenenfalls zu reduzieren. Die Basis der Frühen Hilfe bildet eine multiprofessionelle Kooperation sowie die Stärkung sozialer Netzwerke. Der zentrale Punkt für das Gelingen der Frühen Hilfen ist dementsprechend, eine enge Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen, die sich für das Wohlergehen der Kinder engagieren. Das übergeordnete Ziel ist eine flächendeckend bedarfsgerechte Unterstützung der Familien und eine Verbesserung der Versorgungsqualität (Thyen 2014:8–12).

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde 2007 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eingerichtet und wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) getragen. Das Ziel des NZFH ist es, die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu fördern und Institutionen sowie Fachkräften bei der Entwicklung bedarfsgerechter Angebote zu unterstützen. Zusätzlich leitet das NZFH die Evaluation und Weiterentwicklung der Frühen Hilfen (Eickhorst 2008:157–158).

Das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ war der Startschuss für die Jugendhilfe, den Auf- und Ausbau der Unterstützungssysteme im Gesundheitswesen voranzutreiben mit dem Ziel, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter durch eine früh ansetzende Prävention zu verbessern. In diesem Rahmen wurden sieben Anforderungen an die Frühe Hilfen formuliert (Pott 2010:990):

1. Umfassenden und systematischen Zugang zur Zielgruppe finden
2. Systematisch und objektiv Risiken erkennen
3. Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren
4. Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen
5. Monitoring
6. Verankerung der Hilfen im Regelsystem
7. Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure (Pott 2010:989–990)

Die Frühen Hilfen wurden durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG), welches am 1. Januar 2012 in Kraft trat, gesetzlichen verankert. Das Gesetz trägt seither, durch die Erweiterung von Prävention und Intervention sowie der Stärkung der Akteure, zu einer umfassenden Verbesserung des Kinderschutzes bei. Obendrein werden das Netzwerk der Frühen Hilfen sowie die Familienhebammen gestärkt und die Frühen Hilfen und die damit verbundenen psychosozialen Unterstützungsangebote der Familien mit jährlich 51 Millionen Euro finanziert (BMFSFJ 2012). Durch das Gesetz wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die verbindlichen, flächendeckenden Netzwerkstrukturen verfestigt. Um den Zugang zu

den Hilfsangeboten weiterhin leichter zu gestalten, wurden alle für den Kinderschutz relevanten Akteure (Jugendamt, Schulen, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte) in einem Kooperationsnetzwerk vereint (BMFSFJ 2012).

Aufbauend auf dem Aktionsprogramm der Frühen Hilfen werden seit der Einführung des BKiSchG deutschlandweit zahlreiche Kooperationsmodellprojekte für eine besser gestaltete soziale Prävention im frühen Kindesalter initiiert und auf ihren Nutzen hin evaluiert. Folgend werden drei Projekte exemplarisch vorgestellt.

Einfach Stark

Das aktuell laufende Modellprojekt in NRW hat das Ziel, durch eine soziale Prävention das gesunde Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen unabhängig des sozioökonomischen Status der Eltern zu gewährleisten. Durch die Zusammensetzung eines multidisziplinären Teams, bestehend aus den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, Familienhebammen und Mitarbeitenden der Jugendhilfe, soll in den pädiatrischen Praxen eine frühzeitige Identifizierung von psychosozialen Belastungen sowie anderen negativen Einflüssen, die sich auf die Gesundheit der Kinder auswirken, stattfinden. Eine direkte Ansiedlung von Mitarbeitenden der Jugendhilfe sowie weiteren Mitarbeitenden des Teams in den Praxen sollen die Hürden einer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen senken und dadurch eine frühe und passgenaue Unterstützung ermöglichen. Die Mitarbeitenden der Jugendhilfen stehen hierfür in regelmäßigen Sprechstunden in den Räumlichkeiten der teilnehmenden Praxen zur Verfügung, um eine direkte Beratung der Familien sowie die Koordination zu den weiterführenden Hilfsnetzwerken zu gewährleisten. Um die belasteten Familien besser identifizieren zu können, kommen neben den persönlichen ärztlichen Eindrücken zusätzlich Risikofragebögen zur Erfassung von psychosozialen Belastungen zum Einsatz (DGKJ e.V. 2018b).

Keiner fällt durchs Netz

Das Modellprojekt wurde von den Bundesländern Hessen, Baden-Württemberg und dem Saarland initiiert. Hierbei soll ein niederschwelliger Zugang zu psychosozial belasteten Familien durch Hausbesuche von Familienhebammen erreicht werden. Das Projekt besteht aus drei verschiedenen Bestandteilen: Elternkurse, der Besuch der Familienhebamme sowie der Aufbau von lokalen Netzwerken. Das Ziel des Projektes ist es, sozial belastete Familien mit Säuglingen durch die Stärkung der Elternkompetenzen zu fördern. Neben der medizinischen Versorgung werden psychosoziale Themen behandelt. Dazu zählen, die Selbstfürsorge der Eltern, die Partnerschaft sowie die Signale des Kindes verstehen zu lernen. Speziell dafür wurde ein geeignetes Manual adaptiert und für die Hausbesuche präzisiert. Die berufserfahrenen Familienhebammen haben zusätzlich ein Curriculum absolviert (Sidor u.a. 2016:1–3).

Die Aufgabe der Kinderärztinnen und -ärzte besteht bei diesem Modellprojekt in der Identifikation der belasteten Familien sowie der Vermittlung an die lokal ansässigen Koordinatoren des Projektes (ebd:2–3).

Die Ergebnisse zeigen, dass die beschriebenen Interventionen einen positiven Einfluss auf die Heranwachsenden sowie deren soziale und emotionale Entwicklung haben und tragen dadurch effektiv dazu bei, dass sich die sozialen Fähigkeiten dem Alter entsprechend entwickeln. Ebenso konnte eine positive Beeinflussung bezüglich der Wahrnehmung seitens der Eltern zu den Verhaltensweisen der Kinder aufgezeigt werden. Die Unterstützung im ersten Lebensjahr des Kindes durch die Familienhebammen kann darüber hinaus dazu beitragen, eine stabile Beziehung zwischen Mutter und Kind aufzubauen und dadurch nachhaltig die Entwicklungsperspektiven zu verbessern sowie die mögliche Gefährdung des Kindeswohls zu reduzieren (Sidor u.a. 2016:12).

Gemeinsam gegen Kinderarmut

Das Ziel des Freiburger Modellprojekts war es, von Armut betroffene oder bedrohte Kinder in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld zu unterstützen. Dafür wurde eine sozialpädagogische Unterstützung der Frühen Hilfe über zwei Jahre (2013-2015) direkt in einer Kinderarztpraxis und in weiteren Institutionen der Stadt (Kitas und Gruppenangebote für Eltern mit Kindern) angesiedelt, um einen niederschweligen Zugang zu den Hilfsangeboten zu ermöglichen sowie einen barrierefreien Übergang zu präventiven Hilfen zu schaffen. Zusätzlich wurde die Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen gefördert. Für die Ermittlung und Dokumentation des Hilfebedarfs wurde der pädiatrische Anhaltsbogen während der Früherkennungsuntersuchung genutzt. Die festgelegten Anwesenheitszeiten der Fachkraft in der Praxis ermöglichten es, bei einem ermittelten Hilfsbedarf eine direkt anschließende Beratung durch die Frühen Hilfen durchzuführen. Die Begleitforschung des Projektes eruierte, inwieweit eine enge Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Jugendhilfe den Zugang für Familien in schwierigen Lebenssituationen zu beiden Systemen vereinfachen kann. Die Ergebnisse zeigen, dass eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme durch die Ansiedlung der Frühen Hilfen in der Praxis erreicht werden konnte. Rund die Hälfte der vermittelten Familien nahmen das Beratungsangebot an. Vor allem bei Familien mit psychosozialen Hilfebedarf wurde eine bessere Inanspruchnahme erzielt (Hugenschmidt u.a. 2015:3–18).

Die Modellprojekte weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren eine weitreichende Verbesserung der Prävention im Kindesalter für soziale belastete Familien bedeuten kann. Die Evaluation der bereits abgeschlossenen Projekte in Deutschland zeigt jedoch, dass die Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten schlechter beurteilt wird, als angenommen wurde. In den meisten Fällen wurde als Ursache ein fehlendes Eigeninteresse vermutet. Bei den interessierten Ärztinnen und Ärzten standen die damaligen zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen sowie der Problemdruck dem aktiven Handeln gegenüber. Die im Jahr 2014 erhobenen Daten lassen jedoch

vermuten, dass sich die Kooperation mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchaus verbessern lässt (Renner & Heimeshoff 2014:22).

Die nachfolgende Erhebung bildet den aktuellen Umgang der Kinderärztinnen und -ärzte sowie den Stand der Vernetzung mit Einrichtungen der Jugendhilfe ab.

3 Zielsetzung und Fragestellung

Psychosoziale Belastungen im frühen Kindesalter können erheblichen gesundheitlichen Langzeitfolgen für die Heranwachsenden nach sich ziehen (Hardt 2009:76–77). Zu den vielfältigen Risikofaktoren zählen neben dem sozioökonomischen Status, ebenso Armut und Arbeitslosigkeit, alleinerziehende und sehr junge Eltern sowie (psychische) Erkrankungen eines Elternteils (Egle, Hoffmann & Steffens 1997). Ein frühes Einwirken auf die Kinder kann zu psychischen Auffälligkeiten wie Aufmerksamkeits-, Verhaltens- und Hyperaktivitätsstörungen, Depressionen und Angstzuständen sowie Entwicklungsdefiziten und (chronischen) somatischen Erkrankungen führen (RKI 2015:148–152). Ein kumulatives Einwirken mehrere Belastungen erhöht das Risiko für die gesundheitlichen Folgen weiterhin (Egle u.a. 2016:1247–1254). Um die Belastungen und das damit einhergehende Risiko zu senken, ist eine früh ansetzende und weitreichende Prävention im jungen Kindesalter entscheidend (Thaiss u.a. 2010:1045–1046). Kinder aus Familien mit psychosozialen Belastungen werden jedoch tendenziell schlechter erreicht (Hefti u.a. 2016:89–98). Laut Thaiss u. a. (2010) eignen sich deshalb Kinderärztinnen und -ärzte für einen niederschweligen Zugang zu primärpräventiven Hilfsangeboten besonders, da in den ersten Jahren des Heranwachsens die pädiatrischen Praxen Anlaufstelle für sämtliche Beschwerden und Erkrankungen sind (Janiak-Baluch & Lehmkuhl 2013:655–656). Die U-Untersuchungen bilden dabei den optimalen Zugangsweg, um an dieser Stelle Präventionsangebote anzusiedeln, da diese auch von den nur schwer erreichbaren Familien sehr gut genutzt werden und zudem das Vertrauen als sehr hoch identifiziert wurde (Thaiss u.a. 2010:1029–1047). Durch den Aufbau die

Kooperationsnetzwerke sowie der gesetzlichen Verankerung soll die Prävention vorangetrieben werden.

Das Ziel der Forschungsarbeit ist es herauszufinden, wie Kinderärztinnen und -ärzte aktuell ihre präventive Aufgabe der Diagnose und Beratung bei psychosozial belasteten Familien umsetzen und wie die Vernetzung zu den verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe aus Sicht der Kinderärztinnen und -ärzte zu bewerten ist.

Dafür wurden folgende Fragestellungen formuliert:

***F1:** Wie ist der Umgang von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit psychosozial belasteten Familien, wo liegen die Herausforderungen und Probleme in der Versorgungssituation und wie kann diese verbessert werden?*

***F2:** Wie ist der Stand der Vernetzung mit Institutionen der Jugendhilfe und den Kinderarztpraxen? Wie hoch ist der Anteil der Kinderärztinnen und -ärzte, die die Kooperationsmöglichkeiten nutzen? Besteht ein Bedarf für weitere Interventionen, bessere Kommunikation/Vernetzung?*

4 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Erhebung veranschaulicht. Dafür werden zu Beginn die verwendeten Instrumente dargestellt, anschließend die Ziehung der Stichprobe erläutert und zum Schluss der Ablauf der Erhebung und die Auswertung der Ergebnisse konkretisiert.

4.1 Instrumente

Bei dem angewandten Instrument handelt es sich um einen Online Fragebogen, welcher mittels des Online-Portals SoSci (<https://www.soscisurvey.de/>) erstellt und versendet wurde. Der Fragenkatalog basiert auf einer bereits durchgeführten Befragung des Universitäts-Klinikums Eppendorf über die postpartale Depression in gynäkologischen Praxen in Deutschland (Pawils u.a. 2016) und wurde anhand eines Pretests an die Zielgruppe der Pädiater und Pädiaterinnen adaptiert.

Der Fragebogen (Anhang A) ist in fünf thematische Abschnitte eingeteilt: 1. *Fragen zur Praxis*, 2. *Angaben zur Person*, 3. *Fragen zum Umgang mit psychosozialen Belastungen*, 4. *Fragen zur psychosozialen Versorgungssituation* und 5. *Fragen zur Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens* (Jugendhilfe, Jugendamt, Frühen Hilfen, Familienhebammen) und enthält sowohl offene als auch geschlossene Antwortformate, wobei meist Mehrfachnennungen möglich sind.

Im ersten und zweiten Teil werden praxisbezogene Angaben und Informationen zur Person erfragt, darunter die Dauer der Berufstätigkeit und eventuelle Zusatzqualifikationen. Darüber hinaus wird die Einschätzung des durchschnittlichen prozentualen Anteils der Familien mit psychosozialen Belastungen pro Quartal in der eigenen Praxis erfasst. Weitere Items betreffen die Identifikation der von psychosozialen Belastungen betroffenen Familien sowie Fragen zum ärztlichen Versorgungsverhalten nach der Feststellung von psychosozialen Belastungen. Hierzu dienen die Items: *Wie erfahren Sie von der Belastungssituation?* Mit den hierarchisch angeordneten Antwortmöglichkeiten 1. *im Gespräch, und zwar...; ...gezielt erfragt;*

...zufällig; 2. mittels Fragebogen...; ...routinemäßig; ...bei Bedarf; 3. durch Hinweise einer dritten Person und Was unternehmen Sie, wenn Sie bei einer Familie psychosoziale Belastungen feststellen? mit den Antwortkategorien *Beratung der Familie; Vermittlung an eine spezialisierte Beratungsstelle; die Jugendhilfe oder die Frühen Hilfen, Überweisung an einen Therapeuten oder eine Klinik; Sonstiges*. Weiter wird gefragt, ob das Erkennen psychosozialer Belastungen zum Aufgabengebiet der Ärzte und Ärztinnen gehört. Als Antwortmöglichkeiten stehen die Kategorien *ja, auf jeden Fall; eher ja; eher nein* und *nein, auf keinen Fall* zur Verfügung.

Im Fragebogen wird weiter nach Aspekten gefragt, welche die Beratung und Weitervermittlung der Familien erschweren. Hierbei wird zwischen systembezogenen Umständen und patientenbezogenen Umständen unterschieden. Die geschlossenen Antwortkategorien umfassen für die systembezogenen Umstände: *die zur Verfügung stehende Beratungszeit, die geringe bzw. fehlende Vergütung der Beratung, das Fehlen effektiver Behandlungs- bzw. Betreuungsmöglichkeiten und die Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperationen*. Bei den patientenbezogenen Umständen: *das Ablehnen oder die Nichtinanspruchnahme der Überweisung, fehlende Akzeptanz der Diagnose durch die Familie und andere Probleme, die im Vordergrund stehen*. Unter *Sonstiges* können weitere Barrieren genannt werden. Ebenfalls wird erfragt, wie die Versorgungssituation für Familien mit psychosozialen Belastungen verbessert werden kann. Dafür werden Verbesserungsvorschläge geboten, denen die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zustimmen können (siehe Anhang A). Die Vernetzung und Kooperation mit Akteuren des Gesundheitswesens wird mit den folgenden Fragen erhoben: *Findet eine Vernetzung mit Akteuren des Gesundheitswesens statt? Wenn ja, mit welchen? Wenn ja, wie arbeiten Sie mit diesen Akteuren zusammen?*

Um den aktuellen Stand der Vernetzung durch die bestehenden Kooperationen festzustellen wird weiterhin gefragt: *Sind oder waren Sie Teil eines Kooperationsprojektes? Wenn ja, bei welchem Projekt? Welche Erfahrungen haben Sie gesammelt?*

Abschließend wird um die Erlaubnis einer telefonischen Kontaktaufnahme zur Befragung bezüglich der Projekte gefragt.

4.2 Stichprobenziehung

Als Bruttostichprobe wurden alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen- und -ärzte in NRW gewählt. Als bevölkerungsreichstes Bundesland kann NRW als repräsentativ erachtet werden. Zur Erhöhung der Teilnahmemotivation der in NRW niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte wurden der Bundesverband für Kinder und Jugendärzte (BVKJ) und die Deutsche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin informiert und um Schirmherrschaft gebeten. Die Arztsuche wurde auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) „Kinderärzte im Netz“ (<https://www.kinderaerzte-im-netz.de/aerzte/suche.html>) durchgeführt. Insgesamt konnten 650 Arztpraxen in ganz NRW ermittelt werden. Laut der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen praktizierten insgesamt etwa 955 Ärzte und Ärztinnen in niedergelassenen Praxen, circa ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Gemeinschaftspraxen. Diese Zahl unterscheidet sich hochgerechnet nur geringfügig von den ermittelten 650 Praxen und wurde somit als Grundgesamtheit genutzt.

4.3 Erhebung

Der Zeitraum der Onlinebefragung war vom 15.12.2017 bis 31.01.2018. Insgesamt wurden 440 Kinder- und Jugendarztpraxen in NRW per E-Mail zur Befragung eingeladen. Nach dem Jahreswechsel am 08.01.2018 wurden zusätzlich die restlichen 210 Kinderarztpraxen, deren E-Mail-Adressen nicht ermittelt werden konnten, postalisch zur Teilnahme an der Befragung aufgefordert.

Die Aufgabe der eingeladenen Kinderärzte und -ärztinnen bestand im Ausfüllen und Zurücksenden des (Online-)Fragebogens. Die E-Mail sowie die postalische Befragung umfassten ein Anschreiben und eine Aufklärung über Freiwilligkeit und Anonymität der Teilnahme. Den auf dem Postweg versendeten Unterlagen lag zusätzlich ein adressierter und frankierter Rücksendeumschlag bei.

Vor dem offiziellen Einsatz des Fragebogens wurde ein Pretest mit drei Kinder- und Jugendärzten des BVKJ zur Optimierung von Inhalt, Verständlichkeit, Relevanz und Praktikabilität des Fragebogens durchgeführt. Dabei sollten auch wichtige fehlende Aspekte genannt und Verbesserungsvorschläge gemacht werden. Die Anmerkungen wurden im Anschluss umgesetzt und der Fragebogen anschließend fertiggestellt.

Rücklaufquote

Von den 440 versandten Onlinefragebögen wurden $N = 53$ Fragebögen ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 12,05% entspricht. Die postalische Befragung konnte eine Rücklaufquote von 33,8% ($N = 67$) erzielen. Während der Datenbereinigung wurden die Fragebögen ausgeschlossen, die für Items der abhängigen Variablen ausschließlich fehlende Werte enthielten ($N = 2$). Somit bestand der für die Auswertung relevante Datensatz aus $N = 118$ Probanden und Probandinnen. Eine genaue Beschreibung der Stichprobe befindet sich im Ergebnisteil unter 5.1.

4.4 Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte anhand des Auswertungsprogramms IBM SPSS Statistics 23. Die Abbildungen und Tabellen wurden mittels Microsoft Excel und Microsoft Word (2016) erstellt. Die statistische Analyse besteht aus einem deskriptiven Teil, der mit Hilfe von Häufigkeitsanalysen zur Beschreibung der Stichprobe sowie der Verhaltensweisen und Einstellung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte dient und einem ergänzenden analytischen Abschnitt.

Für die inferenzstatistische Analyse wurde aus den freien Antwortmöglichkeiten der vorhandenen Zusatzqualifikationen eine unabhängige Variable erstellt. Die Gruppen wurden definiert als „psychosomatische und therapeutische Zusatzqualifikation“ und „andere Zusatzqualifikation“. Ein Shapiro-Wilk- und Kolmogorov-Smirnov-Test ergab eine fehlende Normalverteilung der Daten. Der Unterschied zwischen den psychosomatischen und therapeutischen Zusatzqualifikationen und der Schätzung des prozentualen Anteils der belasteten Familien in der eigenen Praxis wurde daher anhand des Mann-Whitney U-Tests überprüft.

Ob ein Zusammenhang zwischen den psychosomatischen und therapeutischen Zusatzqualifikationen und einer aktiven Beratung/Vermittlung der Familien sowie die Teilnahme an Kooperationsprojekten besteht, wurde anhand des χ^2 -Tests nach Pearson sowie dem exakten Test nach Fisher überprüft. Die Voraussetzung einer erwarteten Anzahl in allen Feldern > 5 war erfüllt (Du Prel u.a. 2010:346).

5 Ergebnisse

Dieses Kapitel stellt die in der Erhebung erlangten Ergebnisse im Einzelnen dar. Dafür wird zunächst die Stichprobe aufgezeigt, im Anschluss werden die deskriptiven Ergebnisse im Umgang mit psychosozialen Belastungen und zum Stand der Vernetzung erläutert sowie die deskriptiven Auffälligkeiten mittels inferenzstatistischer Analyse überprüft.

5.1 Deskription der Stichprobe

Die Stichprobe stellt sich wie folgt dar: Insgesamt haben 118 Ärzte und Ärztinnen aus NRW an der Befragung teilgenommen. 44,9% nutzten dafür den Online-Fragebogen ($N = 53$) und 55,1% ($N = 65$) nahmen an der postalischen Befragung teil. Davon sind 48,3% ($N = 57$) männlich, 50% ($N = 59$) weiblich und 1,7% ($N = 2$) haben ihr Geschlecht nicht angegeben. Die durchschnittliche Berufserfahrung variiert zwischen 2 und 62 Jahren mit einem Mittelwert von 25,1 Jahren ($SD = 9,6$). 61,9% ($N = 73$) gaben an, eine Zusatzqualifikation erworben zu haben. Davon haben 33,3% eine psychosomatische oder therapeutische Weiterbildung (z.B. psychosomatische Grundversorgung, Sozialpädiatrie, Psychotherapie), 69,6% eine rein medizinische Zusatzqualifikation (z. B. Allergologie, Neonatologie, Kinder-Pneumologie) und 27,2% haben zusätzliche Kenntnisse in alternativen Heilmethoden erlangt (z. B. Akkupunktur, Naturheilverfahren, Homöopathie).

Von den befragten Ärztinnen und Ärzten arbeiten 57,6% ($N = 68$) in einer Einzelpraxis, 40,7% ($N = 48$) in einer Gemeinschaftspraxis und 0,8% ($N = 1$) in einer Praxismgemeinschaft. Davon sind 97,5% in Gemeinden und Städten mit mehr als

10.000 Einwohnern angesiedelt (10.000-100.000 = 48,3%) und etwa die Hälfte (49,2%) in Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern. Lediglich 1,7% der Arztpraxen ($N = 2$) befinden sich in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohner. Nach eigenen Einschätzungen der Ärzte und Ärztinnen praktizieren 54,2% in städtischen Gegenden, 22,9% in ländlichen Gegenden und 22,0% in Einzugsgebieten, die sowohl städtische als auch ländliche Anteile einschließen. Die Anzahl der betreuten Kinder im Mittel pro Quartal beträgt $M = 1713,7$ Kinder ($SD = 779,1$).

5.2 Ergebnisse zu psychosozialen Belastungen bei Familien

5.2.1 Deskriptive Ergebnisse

Die befragten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte schätzen den prozentualen Anteil der Familien mit psychosozialen Belastungen in ihrer Praxis im Mittel auf $M = 28,85\%$ mit einer Standardabweichung von 18,1. Die Schätzungen variieren zwischen 3,0% und 80,0%. Die Belastungen der Familien ermitteln 91,5% ($N = 108$) im Gespräch, wobei 69,5% der Ärzte und Ärztinnen angaben, gezielt danach zu fragen und 22,7% zufällig während des Arztgespräches. Mittels Fragebogenerhebung identifizieren 44,9% die psychosozialen Belastungen. In 24,6% der Arztpraxen werden diese routinemäßig durchgeführt, in 26,3% nur bei Bedarf und 49,2% gaben keine Antwort. 71,2% werden durch Hinweise einer dritten Person auf die Belastungssituation aufmerksam gemacht. Nachfolgende Tabelle 2 stellt die bei den Eltern festgestellten Belastungen dar.

Belastungen der Eltern	oft	gelegentlich	selten	nie
Partnerschaftskonflikte	69,50%	24,60%	1,70%	-
die Alltagsbewältigung (z.B. als Alleinerziehende)	73,70%	23,70%	0,80%	-
geringe soziale Unterstützung	36,40%	47,50%	11,90%	-
Sprachschwierigkeiten	50,80%	38,10%	9,30%	-
Arbeitslosigkeit	18,60%	45,80%	29,70%	-
Schulden	5,10%	28%	41,50%	6,80%

die Wohnsituation	18,60%	50,80%	22%	-
fehlende Krankenversicherung		9,30%	48,30%	33,90%
psychische Belastungen	44,10%	43,20%	10,20%	-
eine Suchterkrankung	5,10%	46,60%	40,70%	2,50%
psychische Probleme oder Sucht des Partners	9,30%	48,30%	35,60%	2,50%
sonstige Belastungen	16,90%	10,20%	2,50%	0,80%

Tabelle 2: Belastungen der Eltern

Die Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte ergibt, dass die Eltern am häufigsten unter der Bewältigung des Alltags (73,70%), Partnerschaftskonflikten (69,50%), Sprachschwierigkeiten (50,80%) sowie psychische Belastungen (44,10%) leiden. Wohingegen eine Belastung aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung nach Einschätzung der Ärzte und Ärztinnen bei 33,9% der Familien *nie* und bei 48,30% *selten* auftritt

Die deutliche Mehrzahl der Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen sieht sich in der Verantwortung, psychosoziale Belastungen zu erkennen. Die Frage nach der wahrgenommenen Zuständigkeit wurde von 97 Ärztinnen und Ärzten (82,2%) eindeutig bejaht. 19 Pädiater und Pädiaterinnen (16,1%) fühlen sich *eher* zuständig und nur 2 (1,6%) sehen sich *eher nicht* und *überhaupt nicht* in der Verantwortung psychosoziale Belastungen zu erkennen.

Wird eine psychosoziale Belastung festgestellt, führen 94,1% ($N = 111$) eine aktive Beratung der Familien durch, indem sie gezielt im Gespräch oder mittels Fragebogen die Belastungen erheben. 98,3% vermitteln die Familien (zusätzlich) an eine Beratungsstelle, 79,7% an die Jugendhilfe und 83,1% an ein Projekt der Frühen Hilfen. 90,7% organisieren eine Überweisung an einen Therapeuten oder eine Klinik.

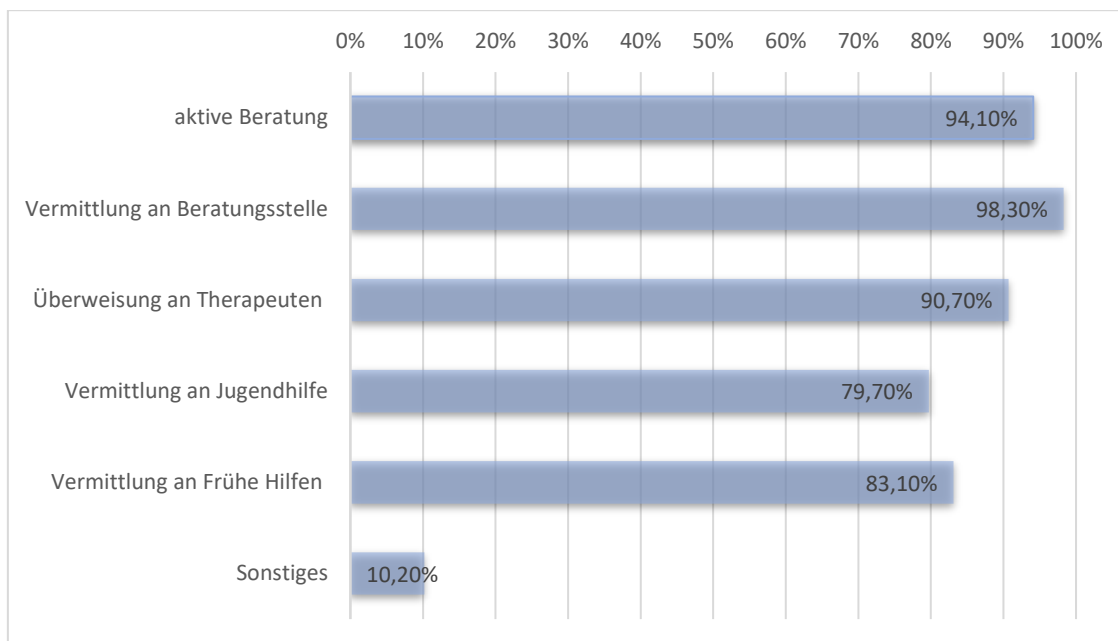


Abbildung 1 Umgang mit psychosozialen Belastungen

Die in Abbildung 2 dargestellten Aspekte erschweren aus Sicht der Kinderärztinnen und -ärzte die Beratung bzw. Weitervermittlung der Familien mit psychosozialen Belastungen:

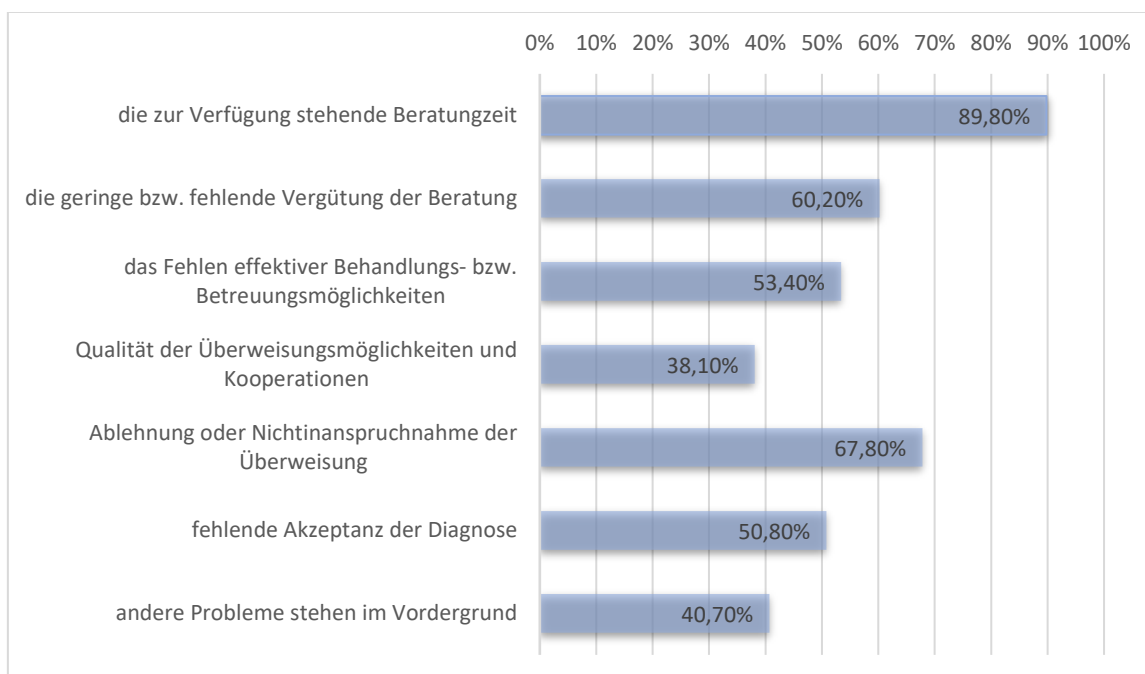


Abbildung 2 Schwierigkeiten bei der Beratung und Weitervermittlung

Knapp 90% nennen die zur Verfügung stehende Beratungszeit als einen erschwerenden Aspekt, weitere 60,2% die geringe bzw. fehlende Vergütung sowie 53,4% das Fehlen einer effektiven Behandlungs- bzw. Betreuungsmöglichkeit. Die Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperationen stellt für 38,1% eine Barriere dar. Zwei Drittel sehen die Ablehnung oder Nichtinanspruchnahme der Überweisung und die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte eine fehlende Akzeptanz seitens der Familien. Weitere 40,7% nennen zusätzlich andere vordergründige Probleme. Hier wurden häufig Sprachbarrieren (37,5%), Angst vor den Behörden bzw. Überforderung mit der Situation (12,5%), weite Wege zu den Therapeuten und lange Wartezeiten (16,7%) sowie ein mangelndes Verständnis der eigenen Problemlage oder eine fehlende Compliance (29,2%) genannt.

Möglichkeiten für eine bessere Versorgungssituation sehen 78,0% der Ärzte und Ärztinnen in einer engen Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, etc. und 73,7% in der Erstattung der Beratung durch die Krankenkassen. Ein gutes Drittel (36,4%) der Befragten sind der Ansicht, eine Teilnahme an zertifizierten Fortbildungen seitens der Ärzte und Ärztinnen sowie systematisches Nachfragen (41,5%) bieten Möglichkeiten für eine optimalere Versorgungssituation.

5.2.2 Inferenzstatistische Ergebnisse

Die deskriptiven Ergebnisse werden um eine inferenzstatistische Analyse ergänzt, um mögliche Zusammenhänge zwischen der psychosomatischen Zusatzqualifikation und der Art und Weise der Behandlung zu identifizieren. Um zu überprüfen, ob sich die zentralen Tendenzen zwischen Pädiatern und Pädiaterinnen mit einer psychosomatischen Zusatzqualifikation und denjenigen mit einer anderen Fortbildung unterscheiden, wurde ein Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt.

Kinderärztinnen und -ärzte mit einer psychosomatischen Zusatzqualifikation schätzen den prozentualen Anteil der Familien mit psychosozialen Belastungen höher ein (*Median* = 35,0) als Kinderärztinnen und -ärzte mit einer anderen Zusatzqualifikation

(*Median* = 20,0). Es konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden: $U = 313,0$; $p = 0,006$. Die Effektstärke nach Cohen liegt bei $d = 0,701$ und entspricht somit einem mittleren Effekt.

Weiterhin wurde untersucht, ob es einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Geschlecht und der Schätzung des Anteils der belasteten Familie in der Praxis gibt. Kinderärztinnen schätzen die Familien mit psychosozialen Belastungen in der eigenen Praxis höher ein (*Median* = 30,0) als Kinderärzte (*Median* = 20). Es konnte ein signifikanter Unterschied mit einem mittleren Effekt festgestellt werden ($U = 1105,5$; $p = 0,001$; $d = 0,622$).

	<i>Zusatzqualifikation</i>	<i>Geschlecht</i>
<i>U</i>	313,000	1105,500
<i>Z</i>	-2,764	-3,200
<i>p</i>	0,006	0,001
<i>d</i>	0,701	0,622

Tabelle 3 Schätzung prozentualer Anteil der Familien mit psychosozialen Belastungen

Ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und einer psychosomatischen oder therapeutischen Zusatzqualifikation wurde mittels χ^2 -Test nach Pearson untersucht. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($\chi^2 = 0,265$; $p = 0,618$).

Auch die weiteren Prüfungen des Zusammenhangs zwischen psychosomatischen Zusatzqualifikationen und anderen Fortbildungen mit dem Umgang bei einer festgestellten Belastung (Beratung und Vermittlung) mittels χ^2 -Test nach Pearson zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2 = 2,123$; $p = 0,293$).

5.3 Ergebnisse zur Vernetzung von Kinderarztpraxen und Jugendhilfe

5.3.1 Deskriptive Ergebnisse

Eine Vernetzung zwischen den Kinderärzten und -ärztinnen und der Jugendhilfe findet in 92,4% ($N = 109$) statt. Mit welchen Akteuren diese vernetzt sind, wird in Abbildung 3 dargestellt.

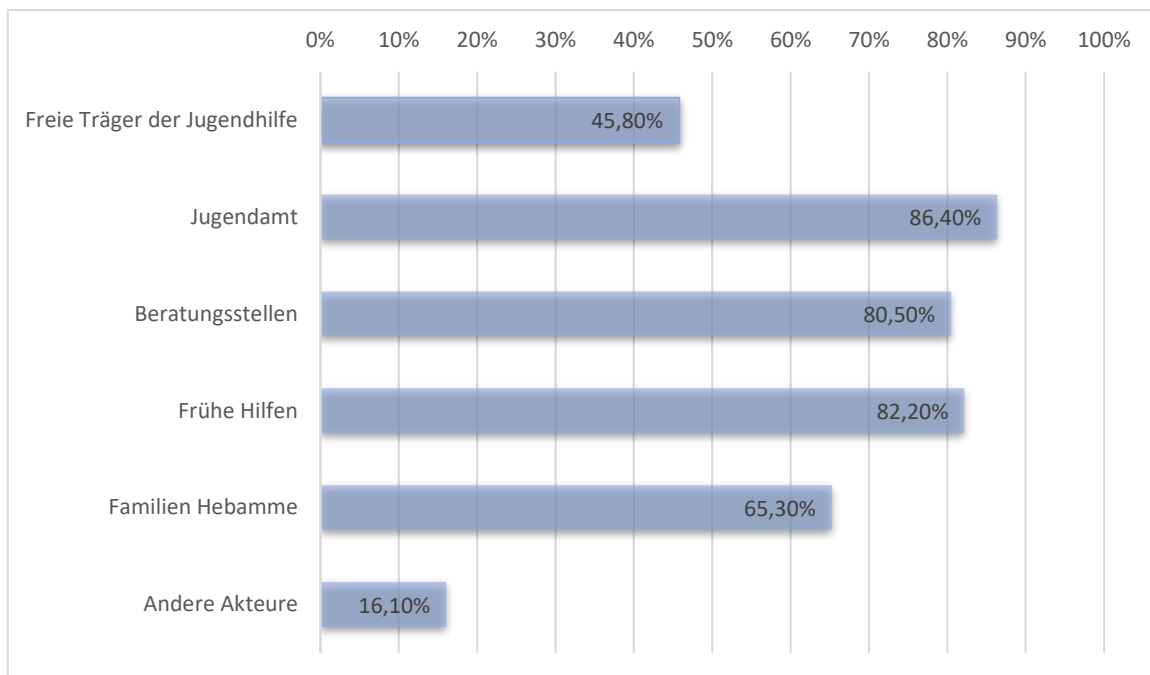


Abbildung 3 Zusammenarbeit mit Akteuren der Jugendhilfe

Über 80% der Kinder- und Jugendarztpraxen arbeiten mit dem Jugendamt, Beratungsstellen und den Frühen Hilfen zusammen. Zwei Drittel mit Familienhebammen und knapp die Hälfte mit freien Trägern der Jugendhilfe. 16,1% nannten eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wie bspw. Kinderpsychiatern, Kliniken sowie Schulen und Kindertagesstätten. Wie diese Zusammenarbeit stattfindet, zeigt folgende Abbildung 4.

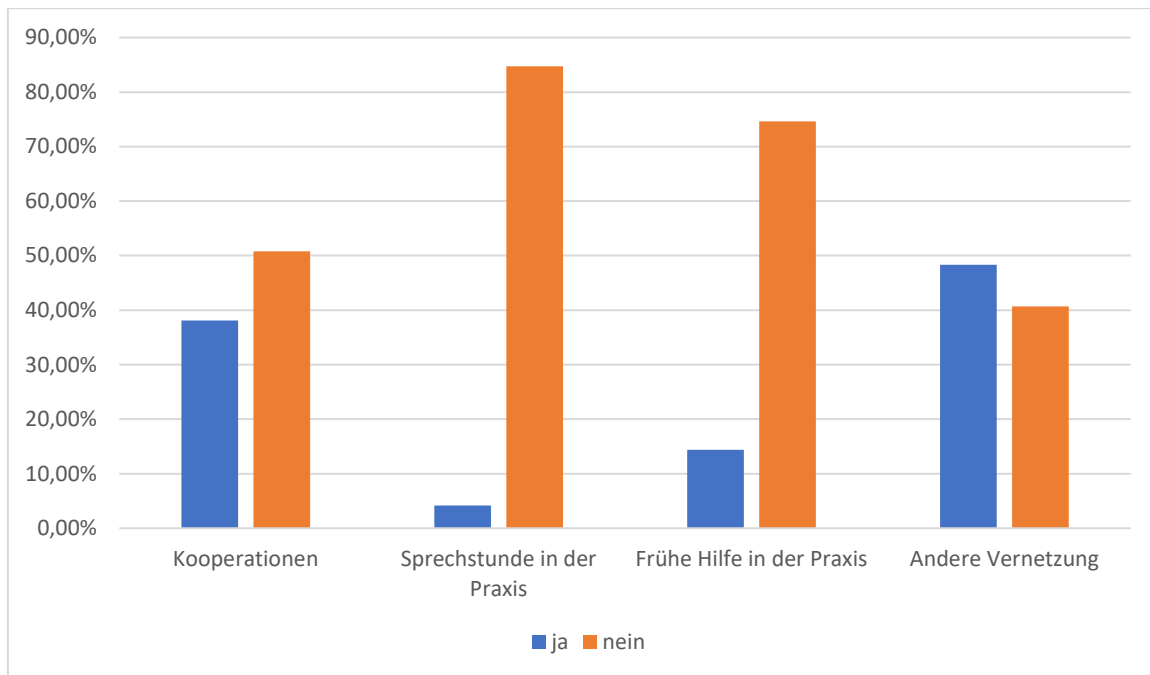


Abbildung 4: Vernetzungsart

Knapp 40% kooperieren mit den verschiedenen in Abb. 4 aufgelisteten Akteuren und 50% nannten eine andere Vernetzung. Eine Sprechstunde der Jugendhilfe bieten lediglich 4,2% ($N = 5$) an und Angebote der Frühen Hilfen in der eigenen Praxis 14,4% ($N = 17$).

Die am häufigste genannte *andere* Vernetzungsart ist mit 65,3% die telefonische Kontaktaufnahme und Austausch mit Einrichtungen der Jugendhilfe. Weitere 30,6% nehmen in regelmäßigen Abständen an Runden Tischen, Ärztekonzferenzen, Fortbildungen und Qualitätszirkeln teil. Eine direkte Vermittlung an bestimmte Akteure der Jugendhilfe leiten 16,7% ein. Desweiterem bietet eine Praxis eine Sprechstunde in der eigenen Praxis mit Sozialarbeitenden an.

27,1 der Kinder- und Jugendarztpraxen in NRW sind oder waren Teil eines Kooperationsprojektes. In den Projekten „Keiner fällt durchs Netz“, „Babylotse“ und „Stark fürs Leben“, sind oder waren dies jeweils eine Ärztin oder ein Arzt. Bei dem größten Projekt NRWs „Kein Kind zurücklassen“, sind oder waren 16,1% ($N = 5$) zugehörig. Der Großteil der Pädiater und Pädiaterinnen (83,9%) gab an, in einem anderen Kooperationsprojekt aktiv (gewesen) zu sein. Hierbei wurden von 14 (87,5%)

Ärzten und Ärztinnen die Kooperation mit den Frühen Hilfen genannt, 66,7% kooperieren in Lokalen Netzwerken und 28,6% mit dem Familienzentrum. Die gesammelten Erfahrungen variieren sehr stark und sind abhängig von dem jeweiligen Kooperationsprojekt. Insgesamt haben 13 Ärzte und Ärztinnen gute Erfahrungen gesammelt, 6 verzeichneten eher mäßigen Erfolg und 3 Personen sind oder waren mit dem Nutzen und der Umsetzung der Projekte eher unzufrieden bis enttäuscht.

5.3.2 Inferenzstatistische Ergebnisse

Die möglichen Zusammenhänge zwischen der Bereitschaft zur Teilnahme an Kooperationsprojekten der frühen Hilfen und den psychosomatischen Zusatzqualifikationen wurden mittels Kreuztabellen und χ^2 -Test ermittelt.

Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen psychosomatischen Zusatzqualifikationen und der Teilnahme an Kooperationsprojekten ergab einen signifikanten Zusammenhang mit einer mittleren Effektstärke zwischen einer psychosomatischen Zusatzqualifikation und der Teilnahme an Kooperationsprojekten: $\chi^2(1) = 11,720$; $p = 0,02$, $\phi = 0,42$.

Kreuztabelle: psychosomatische/therapeutische und andere Zusatzqualifikationen * Kooperationsprojekt

			Projekt		Gesamt
			ja	nein	
psychosomatische und andere Zusatzqualifikationen	andere	Anzahl	8	37	45
		Erwartete Anzahl	14,1	30,9	45,0
	psychosomatisch	Anzahl	13	9	22
		Erwartete Anzahl	6,9	15,1	22,0
Gesamt		Anzahl	21	46	67
		Erwartete Anzahl	21,0	46,0	67,0

Tabelle 4 Kreuztabelle Kooperationsprojekte - Psychosomatische Zusatzqualifikation

Ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Bereitschaft, an einem Kooperationsprojekt teilzunehmen, konnte nicht gezeigt werden.

6 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den aktuellen Umgang der in NRW ansässigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Kindern aus psychosozial belasteten Familien darzustellen sowie den aktuellen Stand der Vernetzung zu Einrichtungen der Jugendhilfe und diesbezügliche Kooperationsprojekte zu bewerten. Wie sich zeigt, sehen sich nahezu alle befragten Pädiater und Pädiaterinnen in der Verantwortung, psychosoziale Belastungen zu erkennen. Ein Großteil gab an, im Arztgespräch gezielt nach den Belastungen zu fragen, während nur knapp ein Viertel die Fragebogenerhebungen routinemäßig durchführt. Ebenso bedarf es sehr häufig Hinweise einer dritten Person. Die Ermittlung der Belastungen mittels Fragebogen stellt jedoch eine effektive Alternative dar, die Belastungen zu ermitteln. Zudem kann das Screeninginstrument den diagnostischen Prozess und die Treffsicherheit erleichtern. Janiak-Baluch und Lehmkuhl (2013:655) sprechen von einer niedrigen Sensitivität bei der Identifikation von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Überdies äußern belastete Familien oftmals die Sorge vor einer Stigmatisierung und Trennung vom Kind (Hefti u.a. 2016:89–98). Vermutlich werden Probleme deshalb häufig nicht von alleine angesprochen und möglicherweise trotz Nachfrage zurückgehalten. Die Erhebung psychosozialer Belastungen mittels Fragebogen könnte dieser Problematik entgegenwirken.

Die meisten Kinderärztinnen und -ärzten beraten die belasteten Familien aktiv in der Praxis und/oder vermitteln diese (zusätzlich) an Beratungsstellen, Therapeuten, die Frühen Hilfen oder die Jugendhilfe. Somit scheint die Versorgung von den erkannten Familien mit psychosozialen Belastungen in NRW grundsätzlich gewährleistet zu sein. Der prozentuale Anteil der psychosozialen Belastung in der eigenen Praxis weist jedoch trotz der rechtlichen Verpflichtungen eine sehr große Diskrepanz auf (3,0-80,0%). Ein möglicher Grund hierfür könnte das von Renner und Heimeshoff (2014:22) festgestellte fehlende Eigeninteresse vieler Ärztinnen und Ärzte sein. Zudem konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem erhöhten geschätzten prozentualen Anteil belasteter Familien in der eigenen Praxis und einer psychosomatischen Zusatzqualifikation festgestellt werden. Der Unterschied kann somit zudem auf den

verschiedenen Zusatzqualifikationen beruhen sowie auf dem damit verbundenen Eigeninteresse am Thema. Ebenso kann der Unterschied den in den Fortbildungen vermittelten Inhalten zugeschrieben werden. Dazu zählen neben den Grundlagen der Psychosomatik und Pädagogik auch die ärztliche Kommunikation sowie Interaktion (DGKJ e. V. 2018a). Die psychosomatische oder therapeutische Zusatzqualifikation kann dadurch zu einer besseren Einordnung der Symptomatik und einer genaueren Erfassung der belasteten Familien führen. Ein Zusammenhang mit der Beratung und einer psychosomatischen Zusatzqualifikation konnte jedoch nicht festgestellt werden, da keine qualitative Befragung bezüglich der Beratungsinhalte stattfand.

Die Betrachtung der Versorgungssituation von psychosozialen Belastungen zeigt eine eindeutige Unzufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen. Rund 90% nannten die zur Verfügung stehende Beratungszeit als problematisch. Ebenso bewerten über die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte die geringe bzw. fehlende Vergütung der psychosozialen Beratung als ungenügend. Das Fehlen einer effektiven Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeit sowie die Qualität der Überweisungen bzw. Kooperation stellen weitere Schwierigkeiten dar. Anhand der sehr häufig durchgeführten aktiven Beratung sowie der Weiterleitung und Überweisungen der belasteten Familien wird deutlich, dass die Ärztinnen und Ärzte häufig mit dieser Unzufriedenheit im Alltag konfrontiert werden. Diese Problematik wurde bereits während der Evaluation der Modellprojekte im Jahr 2014 festgestellt. Der damals häufig formulierte Problemdruck sowie die Rahmenbedingungen standen selbst bei interessierten Ärztinnen und Ärzten einer optimalen Versorgung der belasteten Familien und einer gelingenden Kooperation im Weg (Renner & Heimeshoff 2014:22). Weiterhin stellte Renner (2010:1052–1053) fest, dass die positive Zustimmung einer Zusammenarbeit häufig aufgrund des zeitlichen Aufwandes und Unsicherheit im Kontakt mit Einrichtungen der Jugendhilfe sowie aus Angst, die behandelnden Familien aufgrund von Vertrauensbruch zu verlieren, scheiterte. Überdies statuierten Thaiss u.a. bereits 2010, dass für das Gelingen der frühen Interventionen in den Kinderarztpraxen die primärpräventive Aufgabe der Kinderärztinnen und -ärzte anerkannt und angemessen honoriert werden muss (Thaiss u.a. 2010:1045).

Am 1. Januar 2017 wurde zwar die Vergütung der U-Untersuchungen U2 bis U7a an die durch die Einführung der Kinderrichtlinien erweiterten Inhalten (bspw. verstärkte Beachtung psychosozialer Belastungen bei Familien) mit 10 Euro mehr je U-Untersuchung angepasst (KBV 2017), für ein Erstgespräch und die Folgetermine mit Mutter (Vater) und Kind stehen den Pädiatern und Pädiaterinnen jedoch weiterhin nur begrenzt Zeit zur Verfügung. Ebenfalls scheint die etwas höhere Vergütung der Untersuchungen keine ausreichende Wirkung zu zeigen. Zwar sehen sich die meisten Ärztinnen und Ärzte in der Verantwortung die Belastungen zu behandeln; die offenen Kommentare lassen jedoch vermuten, dass die soziale Erwünschtheit der Antworten aufgrund der vorgeschriebenen Kinderrichtlinien miteinfließt. Der Unmut über die aktuelle Situation ist bei einigen Kommentaren eindeutig zu erkennen, wie dieses Beispiel verdeutlicht: „Zu erkennen ja, aber im Praxisalltag fehlt mir die Zeit, Anlaufstelle, Beichtvater, Problemlöser für jede Kleinigkeit zu sein [...]“. Die Ergebnisse der vorliegenden Erhebungen deuten somit daraufhin, dass der zeitliche Aufwand sowie die Vergütung der psychosozialen Beratung ein fortlaufendes Problem darstellen.

Die Studie zeigt, dass bei einem Großteil der befragten Arztpraxen (92,4%) eine Vernetzung mit der Jugendhilfe stattfindet, am häufigsten mit dem Jugendamt, den Frühen Hilfen sowie Beratungsstellen. Zumeist wurde eine Kooperation angegeben. Vielfach wurde als Vernetzungsart die telefonische Kontaktaufnahme genannt, in vielen Fällen jedoch nur bei Bedarf und je nach Einzelfall. Insgesamt kann gesagt werden, dass zwar eine hohe Bereitschaft für eine Zusammenarbeit mit Akteuren der Jugendhilfe vorhanden ist, die Art und Weise der Vernetzungsart sich jedoch noch deutlich unterscheidet. Des Weiteren ist die Unzufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit hoch, denn die Mehrzahl der befragten Ärzte und Ärztinnen wünscht sich eine engere Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, Kliniken, Beratungsstellen und den Frühen Hilfen. Die Einführung des BKiSchG hat sowohl die Frühen Hilfen als auch die Kooperationsnetzwerke gesetzlich etabliert (BMFSFJ 2012). Durch die Unzufriedenheit der Studienteilnehmenden, kann jedoch eine unzureichende Wirkung und Verbreitung der Kooperationsnetzwerke festgestellt werden.

Ferner sehen die Ärztinnen und Ärzte eine Teilnahme an zertifizierte Fortbildungen als eine geeignete Methode die Versorgungssituation zu optimieren. Durch die schwierige Differenzierung der verschiedenen Krankheitsbilder im psychischen, psychosomatischen und somatischen Bereich, formulieren viele Kinderärztinnen und -ärzte den ansteigenden Problemdruck sowie eine Unsicherheit im Umgang mit den verschiedenen Patienten und Patientinnen, die den eigenen Kompetenzbereich übersteigen. Die weiterführenden Fortbildungen konnten bereits in vorherigen Forschungsarbeiten eine hohe Resonanz erzielen (Renner 2010:1050). Hier zeigt sich ein deutlicher Widerspruch zwischen dem Wunsch nach einer besseren Zusammenarbeit sowie Fortbildungen und den zeitlichen Rahmenbedingungen. So stellte Renner (2010:1052–1053) fest, dass die Vernetzungsaktivitäten wie bspw. Veranstaltungen der Frühen Hilfen aufgrund des zeitlichen Aufwands mit Verdienstaussfällen in den pädiatrischen Praxen einhergehen und aus diesem Grund eher abgelehnt werden. Weiterhin werden die Voraussetzungen für das Erkennen der Risikofaktoren und des Unterstützungsbedarfs sowie die Weiterleitung zu den benötigten Hilfen mit einem hohen Zeitaufwand betitelt, welcher aber nicht speziell im Rahmen einer Krankenkassenvergütung abgerechnet werden kann. Somit stellen weiterführende Fortbildungen zwar eine geeignete Methode dar, die Unsicherheit seitens der Ärzte und Ärztinnen zu reduzieren, der zeitliche und unvergütete Aufwand erhöht die Wahrscheinlichkeit jedoch, dass eine flächendeckende Umsetzung nicht erfolgen wird und weiterhin nur themeninteressierte Ärzte und Ärztinnen an Fortbildungen sowie an den lokalen Vernetzungsaktivitäten teilnehmen werden. Um dem entgegenzuwirken, wäre es denkbar, bereits während der Fachausbildung die psychosomatischen und psychosozialen Inhalte stärker zu vermitteln.

Weitere Schwierigkeiten im Umgang mit psychosozial belasteten Familien stellen die Ablehnung oder Nichtinanspruchnahme der Überweisung seitens der Familien dar. Zusätzlich fehlt den Familien häufig die Akzeptanz der Diagnose. Die fehlende Compliance wurde neben Sprachbarrieren ebenso in den freien Kommentarfeldern genannt und sollte dadurch besonders betrachtet werden. Ein möglicher Grund für das mangelnde Verständnis kann mitunter ein niedriger sozioökonomischer Status und das damit einhergehende fehlende Wissen sein. Ebenso denkbar sind

Verständnisprobleme aufgrund sprachlicher Barrieren, die eventuell Missverständnisse verursachen. Des Weiteren können Angst, Scham und Unwissenheit dazu führen, die eigene Situation zu verleugnen. Als Ablehnungsgründe der Hilfsangebote werden ebenso vermeintlich hohe Kosten, Trennungsangst und Sorgerechtsentzug genannt (Hefti u.a. 2016:94).

Die Bereitschaft für Kooperationsprojekte scheint ebenfalls vorhanden zu sein, denn ein gutes Viertel der befragten Arztpraxen ist oder war Teil eines Modellprojektes. Von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten gaben 83,9% eine Kooperation mit den Frühen Hilfen an. Bei den erhobenen Erfahrungen gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, gute Erfahrungen in den Kooperationsprojekten gesammelt zu haben. Jedoch verzeichnete auch ein Drittel eher mäßigen Erfolg und drei Arztpraxen waren von dem Nutzen der Umsetzung enttäuscht. Hierin spiegeln sich die Ergebnisse der vergangenen Evaluationen der Modellprojekte wider (Renner 2010:1053–1054). Die psychosomatischen Weiterbildungen haben einen Einfluss auf die Teilnahme an den Kooperationsprojekten. Ein möglicher Grund hierfür kann auf das allgemeine Interesse am Thema sowie der Behandlung von psychosozialen Belastungen zurückgeführt werden. Weiterhin ist anzunehmen, dass angesichts der psychosomatischen Fortbildung die Relevanz eines flächendeckenden Netzwerkes besser vermittelt wurde und die Ärztinnen und Ärzte aus diesem Anlass kooperativer sind. Trotz der vielen Weiterentwicklungen der Kooperationsnetzwerke wird deutlich, dass weiterhin eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten sowie eine Erweiterung der Projekte der Frühen Hilfen für eine gelingende Prävention erforderlich ist.

Limitationen:

Für die vorliegende Arbeit lassen sich methodische und inhaltliche Einschränkungen feststellen, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Da es sich um eine freiwillige Teilnahme an der Befragung handelt, ist die Möglichkeit vorhanden, dass es sich bei der Gruppe der Befragten um einen selektiven Personenkreis mit hauptsächlich themeninteressierten Ärztinnen und Ärzten handelt. Weiterhin wurde festgestellt, dass sich die Erreichbarkeit der Kinderärztinnen und -ärzte eher schwierig gestaltet. Bei der Online-Befragung konnte nur eine schlechte Rücklaufquote erzielt werden, was dazu geführt hat, eine zusätzliche postalische Befragung durchzuführen, welche sich als deutlich ergebnisreicher entpuppte. Ein möglicher Grund dafür kann die Angst vor Datenmissbrauch o. ä. sein. Da das methodische Herangehen ursprünglich nicht auf zwei verschiedene Erhebungsmethoden (online/ postalisch) ausgelegt war, können die Ergebnisse der unterschiedlichen Methoden nicht bei der Interpretation berücksichtigt werden, da eine Verzerrung aufgrund der fehlenden Wahlmöglichkeit wahrscheinlich ist. Für nachfolgende Befragungen von Kinderärztinnen und -ärzten ist es effizienter, die Befragung ausschließlich postalisch durchzuführen oder alternativ eine Wahlmöglichkeit zwischen online und postalisch anzubieten, damit die Wahl der Befragungsmethode in die inferenzstatistische Analyse mit einfließen kann.

Weiterhin ist zu beachten, dass von den befragten Ärztinnen oder Ärzten insgesamt lediglich zwei Personen angaben, *eher nicht* bzw. *gar nicht* für das Erkennen von psychosozialen Belastungen verantwortlich zu sein. Aspekte der sozialen Erwünschtheit können dabei trotz ausdrücklichem Verweis auf Anonymität nicht ausgeschlossen werden und lassen sich mit den rechtlichen Rahmenbedingungen erklären, welche die Erhebung von psychosozialen Belastungen vorschreiben. Ebenfalls gab der Großteil der Befragten an, *ja, in jedem Fall* in der Verantwortung zu stehen, psychosoziale Belastungen zu erkennen (82,2%). Neben der sozialen Erwünschtheit könnte hier die Ursache in einem Druckfehler der postalischen Befragung liegen, bei welchem die Antwortmöglichkeiten *ja, auf jeden Fall* und *ja eher* in dieselbe Linie verschoben wurden. Womöglich hat die Masse der postalisch

befragten Ärzte und Ärztinnen deshalb *ja, auf jeden Fall* angekreuzt, da die nächstmögliche Antwort *eher nein* gewesen wäre. Mittels χ^2 -Test konnte diesbezüglich ein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Befragungsmethoden festgestellt werden (Anhang B) und verweist somit nochmals auf eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Antworten verfälscht sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss dieser Fehler berücksichtigt werden.

Die vorliegende Untersuchung konnte nur eine eingeschränkte Anzahl möglicher Einflussfaktoren prüfen, die einen Erklärungswert für den Umgang mit psychosozial belasteten Familien haben. Zudem muss angemerkt werden, dass mit dem genutzten Instrument keine qualitative Aussage über die Beratung, Überweisung und Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe sowie keine inhaltlichen Aspekte der durchgeführten Beratung möglich sind.

Darüber hinaus blieb die genaue Beschreibung der *sonstigen* Kooperationsprojekte in den meisten Fällen aus. Somit kann nicht gesagt werden, an welchen Kooperationsprojekten eine Teilnahme stattfand. Häufig wurden auch keine Kommentare zu den gesammelten Erfahrungen hinterlassen. Eine Aussage über die Zufriedenheit und den Ablauf der Kooperationsprojekte ist dadurch nur bedingt möglich.

7 Fazit und Ausblick

Psychosoziale Belastungen von Familien können für Kinder weitreichende, negative gesundheitliche Langzeitfolgen nach sich ziehen. Um einen niederschweligen Zugang zu früh ansetzenden Hilfen zu ermöglichen, sind Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte eine wichtige Instanz. Durch die U-Untersuchungen und dem regelmäßigen Kontakt zu den Familien in den ersten Lebensjahren können Belastungen früh identifiziert und die Unterstützungsangebote stigmatisierungsfrei vermittelt werden. Der Aufbau von Kooperationsnetzwerken und die Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und Gesundheitswesen sind dafür entscheidende Faktoren.

Die vorliegende Erhebung legt dar, dass die meisten Pädiater und Pädiaterinnen die Zuständigkeit für psychosoziale Belastungen bejahen und zumeist eine Beratung in der Praxis sowie eine Überweisung oder Vermittlung zu Beratungsstellen, den Frühen Hilfen und dem Jugendamt erfolgen. Hier bedarf es weiteren qualitativen Überprüfungen bezüglich der Beratungsinhalte. Ebenfalls konnte festgestellt werden, dass eine aktive Anamnese durch gezieltes Fragen nach Belastungen in vielen Fällen stattfindet. Der Einsatz von Fragebögen wird dahingegen noch nicht flächendeckend als ein zuverlässiges Screeninginstrument angewandt. Hier wäre es wünschenswert, in Zukunft einen standardisierten Risikofragebogen zu psychosozialen Belastungen zusätzlich zu dem Anamnesebogen einzuführen.

Die Studie zeigt weiterhin, dass die Problematik bei der Behandlung von psychosozialen Belastungen durch die Unzufriedenheit mit der Versorgungssituation, die Wahrnehmung von strukturellen Barrieren wie beispielsweise den finanziellen und zeitlichen Mitteln sowie die fehlende Compliance der belasteten Familien verstärkt wird. Hier werden die Relevanz und Notwendigkeit der Verbreitung von Informationen sowie Aufklärung über psychosoziale Belastungen und deren Folgen für Familien deutlich. Für einen sichereren Umgang mit psychosozial belasteten Familien wären psychosomatische Fortbildungen für die Kinderärztinnen und -ärzte oder eine stärkere Integration des Themas bereits in der Ausbildung sinnvoll. Um die Versorgungssituation weiterhin zu verbessern, wäre eine gezielte Vergütung der psychosozialen Beratung wünschenswert.

Überdies zeigt die Studie, dass eine Kooperation mit den verschiedenen Akteuren der Jugendhilfe stattfindet, häufig jedoch nur bei Bedarf und nur selten als primärpräventive Zusammenarbeit um ein gesundes Aufwachsen der Kinder zu ermöglichen. Es konnte gezeigt werden, dass die Bereitschaft für Kooperationsprojekte zwar teilweise vorhanden ist, diese aber noch nicht weitreichend etabliert sind und die Umsetzung in einigen Fällen problembehaftet ist. Eine Erhöhung der Teilnahme an den Kooperationen konnte bei psychosomatischen oder therapeutischen Zusatzqualifikationen festgestellt werden. Um diesen Zusammenhang zu bestätigen, sind weitere Studien notwendig. Darüber hinaus ist es

für ein funktionierendes flächendeckendes Kooperationsnetzwerk notwendig, weitere Modellprojekte in pädiatrischen Arztpraxen einzuführen und diese auf ihre Wirksamkeit hin zu evaluieren.

Die hier gewonnenen Ergebnisse bilden die aktuellen Probleme im Umgang mit psychosozial belasteten Familien sowie bei der Vernetzung zwischen pädiatrischen Praxen und der Jugendhilfe in NRW ab und können dazu beitragen, die Versorgungssituation der Familien durch eine Optimierung der Kooperationen zu verbessern. Um die Ergebnisse zu stützen sowie einen Gesamtüberblick der Thematik für Deutschland geben zu können, bedarf es künftig weiteren Studien.

Literaturverzeichnis

- Barth, M. & Mall, V. 2015. *pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)*. Köln. URL: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Paediatrischer_Anhaltsbogen_160415.pdf [Stand 2018-03-04].
- Barth, M. & Renner, I. 2014. *Kindermedizin und frühe Hilfen: Entwicklung und Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (Kompakt).
- Beirat des NZFH o.J. Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz: Frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. *Kompakt(7)*, 1–20. Online im Internet: URL: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-kompakt07-FH-und-praeventiver-Kinderschutz-Unterstuetzung-fuer-Familien-Empfehlungen-NZFH-Beirat.pdf [Stand 2018-04-22].
- BMFSFJ 2012. *Das Bundeskinderschutzgesetz*. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/bundeskinderschutzgesetz/das-bundeskinderschutzgesetz/86268?view=DEFAULT> [Stand 2018-02-27].
- Bundesgerichtshof 2016. *Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB: Bundesgerichtshof, Beschluss v. 23.11.2016 – XII ZB 149/16*. URL: <https://www.famrz.de/entscheidungen/kindeswohlgefaehrdung-im-sinne-des-1666-i-bgb.html> [Stand 2018-03-03].
- Bundesministerium für Gesundheit 2015. *Präventionsgesetz*. URL: https://ac.els-cdn.com/S0145213404002558/1-s2.0-S0145213404002558-main.pdf?_tid=spdf-1c160174-5908-4b68-8eb7-1202170d22fd&acdnat=1519464750_4702ce950ebb8ea7328c57c303a6c28f [Stand 2018-02-21].
- Bundeszentrale für politische Bildung 2016. *Familie, Lebensformen und Kinder: Auszug aus dem Datenreport 2016 - Kapitel 2*. 15. Aufl. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016Kap2.pdf?__blob=publicationFile [Stand 2018-03-07].
- Buschhorn, C. 2011. *Frühe Hilfen: Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern*. zugl. Diss. Westfälische Wilhelms-Universität, 2011. Springer VS: Münster. (Bd. 978-3-531-19598-8Bd)
- DGKJ e.V. 2018a. *Kurs: Psychosomatische Grundversorgung*. URL: <https://www.dgkj.de/termine/terminkalender/termin/ansicht/kurs-psychosomatische-grundversorgung/> [Stand 2018-04-18].

- DGKJ e.V. 2018b. *NRW- Modellprojekt Soziale Prävention*. URL: <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/projekte-fuer-die-kindergesundheit/nrw-modellprojekt-soziale-praevention/> [Stand 2018-03-06].
- Du Prel, Jean-Baptist, u.a. 2010. Choosing statistical tests: Part 12 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Arzteblatt international* 107(19), 343–348 [Stand 2018-04-16].
- Egle, U., u.a. 2016. Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. *Bundesgesundheitsblatt*, 1247–1254.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. 1997. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *der Nervenarzt*(9-97), 683–695.
- Eickhorst, Andreas 2008. Gründung des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“. *Psychotherapeut* 53(2), 157–161.
- G-BA 2017. Richtlinie: des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). *Bundesanzeiger AT*, 6–126. Online im Internet: URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/#tab/weitere-informationen> [Stand 2018-02-16].
- Groth, K. 2013. Psychische Belastung und Beanspruchung, in Baur, X. (Hg.): *Arbeitsmedizin*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 72.
- Haas, S. 2017. Frühe Hilfen - Netzwerke für einen guten Start von Anfang an. *Pädiatrie & Pädologie*(52), 26–32.
- Hagen, C. & Kurth, B.-M. 2007. Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter | bpb. *Aus Politik und Zeitgeschichte*(42), 25–31. Online im Internet: URL: <http://www.bpb.de/apuz/30185/gesundheit-von-kindern-alleinerziehender-muetter?p=all> [Stand 2018-03-07].
- Hardt, J. 2009. Welche Auswirkungen können Verletzungen des Kindeswohls auf Kinder haben?: Kindeswohlgefährdung aus neurobiologischer Sicht, in Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hg.): *Kindeswohlgefährdung - Erkennen und Helfen*. Berlin: Eigenverlag, 76–87.
- Hefti, S., u.a. 2016. Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einme psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten?: Kindheit und Entwicklung. *Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* 25(2), 89–98.
- Herrmann B., u.a. 2016. *Kindesmisshandlung*. 3. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Hölling, H., u.a. 2007. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).

- Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 784–793.
- Hölling, H., u.a. 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), 807–819.
- Hugenschmidt, B., u.a. 2015. *Gemeinsam gegen Kinderarmut in Freiburg: Abschlussbericht*. Freiburg.
- Janiak-Baluch, B. & Lehmkuhl, G. 2013. Psychische Störungen und somatoforme Symptome in der ambulanten pädiatrischen Versorgung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*(62), 654–669.
- KBV 2017. *Praxisinformation Früherkennungsprogramm Kinder*. URL: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisInformation_Kinder_Richtlinie.pdf [Stand 2018-04-20].
- Kindler, Heinz 2016. Kindesmisshandlung und neue Morbidität in der Pädiatrie: Konsequenzen für Frühe Hilfen und Kinderschutzmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59(10), 1332–1336.
- Klocke, A. & Lampert, T. 2005. *Armut bei Kindern und Jugendlichen*. überarb. Neuaufl. Berlin: Robert-Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. H. 4Bd). URL: http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWText/TextElemente/Kinder/RKI_Armut_bei_Kindern_GBE_03_2001.pdf [Stand 2018-03-07].
- Kott, K. & Kuchler, B. 2016. Armutsgefährdung und materielle Entbehrung, in Statistisches Bundesamt (Destatis) & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hg.): *Datenreport 2016: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: bpb, 169–177.
- Lampert, T., Kuntz, B. & KiGGS Study Group 2015. Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu. *GBE Kompakt*(1). URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.pdf%3F__blob%3DpublicationFile [Stand 2018-03-27].
- Langness, A. 2007. *Prävention bei sozialbenachteiligten Kindern: Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Lenz, A. 2017. Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen: Grundlagen und Handlungswissen. *Materialien zu Frühen Hilfen*(9), 7–88.

- Möller, B., Stegemann, T. & Romer, Georg 2008. Psychosoziale Belastungen bei Kindern körperlich kranker Eltern: Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51(6), 657–663.
- Pawils, S., u.a. 2016. Patients with Postpartum Depression in Gynaecological Practices in Germany - Results of a Representative Survey of Local Gynaecologists about Diagnosis and Management. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(8), 888–894.
- Pott, E. 2010. Frühe Hilfen. Eine Herausforderung für die intersektorale Zusammenarbeit von Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53(10), 989–991.
- Pott, E., Fillinger, U. & Paul, M. 2010. Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53(11), 1166–1172.
- Ravens-Sieberer, U., u.a. 2007. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 871–878.
- Ravens-Sieberer, Ulrike, Klasen, Fionna & Petermann, Franz 2016. Psychische Kindergesundheit. *Kindheit und Entwicklung* 25(1), 4–9.
- Renner, I. 2010. Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53(10), 1048–1055.
- Renner, I. & Heimeshoff, V. 2014. *Modellprojekte in den Ländern: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. 2 // (2. Auflage)*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Robert Koch-Institut (RKI) 2015. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?, in RKI (Hg.): *Bericht Gesundheit in Deutschland 2015*. Berlin, 148–152.
- Schlack, R. & Hölling, H. o.J. *Neue Morbidität: Psychische Auffälligkeiten und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin.
- Schlack, R., Kurth, B.-M. & Hölling, H. 2008. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmed Forsch Prax* 13 (4), 245–260. URL: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reH8q4ULJcpSY/PDF/28tgPU5RAfa.pdf> [Stand 2018-03-29].

- Sidor, A., u.a. 2016. Wirksamkeit des Präventionsprojekts „Keiner fällt durchs Netz“ (KfdN) in Modellprojektstandorten im Saarland. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 48(1), 1–13 [Stand 2018-04-11].
- Statista 2016. *Armutgefährdungsquote in Deutschland nach Haushaltstyp*. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/436185/umfrage/armutsgefaehrungsquote-in-deutschland-nach-haushaltstyp/> [Stand 2018-03-07].
- Thaiss, H., u.a. 2010. Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53(10), 1029–1047.
- Thaiss, H. & Burchardt, S. 2013. Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld zwischen Kinderschutz und Gesundheitsförderung, in Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): *Datenreport Frühe Hilfen*. Köln, 28–35.
- Thyen, U. 2014. *Leitbild Frühe Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats*. [1. Auflage, Stand: 10.11.2014]. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (Kompakt, 1).
- Tophoven, S., u.a. 2017. *Armutsmuster in Kindheit und Jugend: Längsschnittbetrachtungen von Kinderarmut*. Gütersloh. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/armutsmuster-in-kindheit-und-jugend/> [Stand 2018-04-15].
- Wissenschaftlicher Beirat NZFH 2009. *Was sind Frühe Hilfen?: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)*. URL: <https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> [Stand 2018-02-19].
- Wu, Samuel S., u.a. 2004. Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child abuse & neglect* 28(12), 1253–1264. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.005> [Stand 2018-02-24].
- Zemp, M. & Bodenmann, G. 2015. Die Folgen von destruktiven Paarkonflikten für Kinder, in Zemp, M. & Bodenmann, G. (Hg.): *Partnerschaftsqualität und kindliche Entwicklung: Ein Überblick für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater*. Berlin: Springer. (essentials), 3–10.
- Zemp, M. & Bodenmann, G. (Hg.) 2015. *Partnerschaftsqualität und kindliche Entwicklung: Ein Überblick für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater*. Berlin: Springer. (essentials).

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe des Literaturzitats gekennzeichnet.

Hamburg, den 27.04.2018

Sandra Haberbosch

Anhang

Anhang A: Fragebogen

Befragung der niedergelassenen Kinderärzte in NRW

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf untersucht in einer NRW- weiten Befragung, wie niedergelassene Kinderärzte und Kinderärztinnen damit umgehen, wenn sie bei Familien **psychosoziale Belastungen** feststellen und wie sie mit anderen Akteuren vernetzt sind. Wir freuen uns, wenn Sie sich etwas Zeit für die Beantwortung der Fragen nehmen, die im Rahmen des NRW-Modellprojekts "Einfach Stark" zur Sozialen Prävention in Kinderarztpraxen, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, einem Überblick der aktuellen Lage dienen soll. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und anonym. Wenn Sie Informationen über die Befragung erhalten möchten und Ihre E-Mailadresse angeben, werden diese Daten getrennt gespeichert, so dass die Anonymität gewährleistet bleibt. Eine nachträgliche Zuordnung ist somit nicht möglich! Alle von Ihnen gemachten Angaben werden ausschließlich gruppenstatistisch zusammengefasst und zu Forschungszwecken genutzt.

Sollten Sie weitere Fragen haben, melden Sie sich gerne per Email bei

██████████ oder unter der Telefonnr. ██████████



Dr. Silke Pawils



Im folgenden Fragebogen wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung keine genderspezifische Form verwendet, es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint und der Begriff Kinder bezieht sich ebenfalls auf Jugendliche.

1. Fragen zu Ihrer Praxis

Praxisart:

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft

Einwohnerzahl der Stadt/Gemeinde Ihrer Niederlassung:

- bis 10.000
- 10.000 bis 100.000
- mehr als 100.000

Einzugsgebiet:

- eher städtisch
- eher ländlich
- beides

Anzahl der betreuten Kinder pro Quartal im Mittel
geschätzte Anzahl

2. Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht:

- männlich
- weiblich

Dauer der Berufstätigkeit:

_____ Jahre

Zusatzqualifikationen

- ja
welche? _____

- nein

Was unternehmen Sie, wenn Sie bei einer Familie Hilfebedarf aufgrund von psychosozialen Belastungen feststellen?

(Mehrfachantwort möglich)

- Beratung der Familie
- Vermittlung an eine Beratungsstelle
- Überweisung an einen Therapeuten oder eine Klinik Vermittlung an eine Jugendhilfe
- Vermittlung an ein Projekt der Frühen Hilfen
- Sonstiges: _____

Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Aufgabenbereich, psychosoziale Belastungen bei den von Ihnen betreuten Familien zu erkennen?

- ja, auf jeden
- Fall eher ja
- eher nein
- nein, auf keinen Fall

Begründung: _____

4. Fragen zur psychosozialen Versorgungssituation für Kinder und Familien

Welche Aspekte erschweren aus Ihrer Sicht die Beratung bzw. Weitervermittlung der Kinder und Familien mit psychosozialen Belastungen?

(Mehrfachantwort möglich)

Systembezogene Umstände

- die zur Verfügung stehende Beratungszeit
- die geringe bzw. fehlende Vergütung der Beratung
- das Fehlen effektiver Behandlungs- bzw. Betreuungsmöglichkeiten
- Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperationen (z.B. mit Beratungsstellen, Kliniken, Therapeuten, Krankenkasse, etc.)

Patientenbezogene Umstände

- Ablehnung oder Nichtinanspruchnahme der
 - Überweisung fehlende Akzeptanz der Diagnose
 - andere Probleme stehen im Vordergrund
 - Sonstiges: _____
-

Wie kann die Versorgungssituation verbessert

werden? (Mehrfachantwort möglich)

- ärztliche Teilnahme an zertifizierten Fortbildung
- systematisches Nachfragen nach psychosozialen, finanziellen oder
- psychischen Problemen enge Zusammenarbeit mit Jugendhilfe, Kliniken,
- Beratungsstellen, Frühen Hilfen, etc.
Erstattung der Beratung durch
- Krankenkassen
- Sonstige: _____

Bemerkungen: _____

5. Fragen zur Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren, wie z.B.: Frühen Hilfen, Jugendhilfe, Jugendämter, Hebammen und anderen Beratungsstellen für Familien

Arbeiten Sie mit Einrichtungen der Jugendhilfe zusammen?

- ja
- nein

Wenn ja, mit welchen Einrichtungen/Akteuren? (Mehrfachantwort möglich)

- Freie Träger der Jugendhilfe
- Jugendamt
- Beratungsstellen
- Frühen Hilfen
- Familienhebammen
- Anderen Akteuren:

Wenn ja, wie arbeiten Sie mit diesen Einrichtungen/Akteuren zusammen?
(Mehrfachantwort möglich)

- Kooperation mit:
- Angebot einer Sprechstunde der Jugendhilfe in der eigenen Praxis
- Angebote der Frühen Hilfen in der Praxis
- Andere Vernetzung:

Sind oder waren Sie Teil eines Kooperationsprojektes?

- ja
- nein

Wenn ja, bei welchem Projekt? (Mehrfachantwort möglich)

- „Keiner fällt durchs Netz“
- „Babylotse“
- „Stark fürs Leben“
- „Kinderforum“
- „Kein Kind zurücklassen“
- Andere Projekte: _____

Welche Erfahrungen haben Sie gesammelt?

Dürfen wir Sie hierzu kurz telefonisch befragen?

Telefonnr: _____

Möchten Sie über die Ergebnisse der Befragung informiert werden?

E-Mail Adresse: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Anhang B: SPSS Auswertungen

METHODE * Aufgabebereich Kreuztabelle

			Aufgabebereich				Gesamt
			ja, auf jeden Fall	eher ja	eher nein	nein, auf keinen Fall	
METHODE	Online	Anzahl	36	15	1	1	53
		Erwartete Anzahl	43,6	8,5	,4	,4	53,0
	Postalisch	Anzahl	61	4	0	0	65
		Erwartete Anzahl	53,4	10,5	,6	,6	65,0
Gesamt		Anzahl	97	19	1	1	118
		Erwartete Anzahl	97,0	19,0	1,0	1,0	118,0

-

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	13,733 ^a	3	,003
Likelihood-Quotient	14,850	3	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	12,563	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	118		

a. 4 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,45.