





109. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Gemeinsam mit der

- 65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- 51. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
- 35. Jahrestagung des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)
- 30. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie
- 49. Jahrestagung Pädiatrische Forschung

BeKD e.V.

Eröffnungs-Pressegespräch

109. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Statement Prof. Dr. Norbert Wagner

Präsident der DGKJ

Das Konzept Soziale Prävention

Höchst besorgniserregend ist die in der KiGGS-Studie belegte unterschiedliche Verteilung der Chancen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern – abhängig vom sozio-ökonomischen Status der Eltern. Bei den psychischen Auffälligkeiten liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen bei einem niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern bei 31,2 %, bei denen aus einem Elternhaus mit einem hohen sozioökonomischen Status bei 16,6 % (U Ravens-Sieberer/N Wille/S Bettge/M Erhart 2007). Auch der letztgenannte Anteil von 17 % der psychischen Auffälligkeiten ist zu hoch, um tatenlos zu bleiben. Die Kompetenz der Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen muss dringend gestärkt werden. Aber auch somatische Probleme, wie ein Vitamin D- oder Eisenmangel, von der WHO als „hidden hunger“ bezeichnet, korrelieren mit dem sozioökonomischen Status des Elternhauses.

Hauptziele des Konzepts Soziale Prävention

Das Ziel des hier erläuterten Konzepts ist ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, unabhängig von der sozioökonomischen Lage der Eltern durch Stärkung der Elternkompetenz. In den pädiatrischen Praxen geht es hierbei um die Früherkennung von psychosozial bedingten Störungen mit einem möglichst frühen Eingreifen in einem multiprofessionellen Team. Insgesamt soll für die betroffenen Familien (inkl. der Ein-Eltern-Familien) die Schwelle für die Inanspruchnahme der Beratungs- und/oder anderen Unterstützungsleistung so niedrig wie möglich gehalten werden.

Wir greifen hier auf die Kinder- und Jugendärzte als Anlaufstelle zurück, weil die Kinder dort zuerst ankommen, auch die aus problematischen Familien. Dabei erhalten Kinder- und Jugendärzte Informationen, die andere Personen u.U. nicht so ohne weiteres mitgeteilt bekommen.

Psychosoziale Prävention

Soziale Prävention ist notwendig zur Vermeidung von sozial bedingten Gesundheits-, Entwicklungs- und Wachstumsproblemen im Kindes- und Jugendalter (im Folgenden wird hierfür die Bezeichnung psychosozial bedingte Störungen verwendet). Die soziale Prävention ist am besten dort anzusiedeln, wo die Kinder und Jugendlichen tatsächlich hinkommen. Dies ist die Kinder- und Jugendarztpraxis. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen („U"s) in den ersten Lebensjahren war ohnehin immer sehr hoch und wurde durch das formalisierte Einladungsverfahren, das viele Bundesländer eingeführt haben, nochmals erhöht. Zudem werden in der Kinder- und Jugendarztpraxis Kinder auch aus sozial schwachen Familien sowie Familien mit Migrationshintergrund wegen akuter gesundheitlicher Probleme oder wegen vermeintlich gesundheitlicher Probleme (z.B. Verhaltensauffälligkeiten, Schulproblemen) vorgestellt, die Eltern kommen selbstinitiativ und ratsuchend, so dass sie in dieser Situation besonders empfänglich für psychosoziale Präventionsansätze sind, die bisher aufgrund des fehlenden Fachpersonals hierfür nicht ausreichend greifen. Zusammenfassend bietet die Kinder- und Jugendarztpraxis ideale Voraussetzungen für ein niedrigschwelliges Angebot zur sozialen Prävention.

Dabei muss die psychosoziale Prävention in einem multiprofessionellen Team erfolgen, da diese nicht nur ein medizinisches Vorgehen, sondern auch soziale Fragestellungen beinhaltet: Neben Kinder- und Jugendärzten sind Familienhebammen/Kinderkrankenschwestern und Mitarbeiter der Jugendämter unverzichtbar. Kinder- und Jugendärzte fungieren in dieser Konstellation lediglich als Gatekeeper, da sie häufig die ersten sind, mit denen ‚Problem-Familien‘ in Kontakt kommen. Gerade wenn die psychosozialen Probleme der Kinder sich lediglich abzeichnen, aber noch nicht ausgeprägt sind, ist eher Unterstützung seitens der Jugendhilfe statt medizinische (therapeutische oder ärztliche) Behandlung erforderlich.

Elternseminare, z.B. auch abgehalten in den Räumen des Gesundheitszentrums, stellen ebenfalls eine Hilfe dar.

Zusammensetzung der multidisziplinären Teams

In der vorgesehenen zukünftigen Praxis für Kinder- und Jugendgesundheit bzw. dem ambulanten Zentrum für Kindergesundheit arbeitet ein multidisziplinäres Team:

Kinder- und Jugendärzte, auch oder v.a. in Teilzeit, sind dort angestellt bzw. teilen sich den Praxiszeit etc. Es wäre optimal, wenn hier Kinder- und Jugendärzte mit verschiedenen Schwerpunkten bzw. Zusatzweiterbildung vertreten wären, um ein möglichst breites Spektrum der pädiatrischen Versorgung abzudecken.

Kinder- und Jugendärzte arbeiten in dem multidisziplinären Team nur bei den Patienten zusammen, die diese Behandlung im Rahmen des Konzepts psychosoziale Prävention auch wirklich benötigen. D.h. die meisten Kinder und Jugendlichen erhalten lediglich die gewohnte ärztliche Versorgung; deren Eltern können aber von den zusätzlichen Angeboten wie etwa den Eltern-Seminaren profitieren.

Kinderkrankenschwestern/Familienhebammen halten feste Sprechstunden in den Räumen der Praxis bzw. des ambulanten Zentrums ab; weitere medizinische Professionen wie Therapeuten unterbreiten therapeutische Angebote, wo diese notwendig sind.

Mitarbeiter des Jugendamts bieten ebenso regelmäßige Sprechzeiten in den Räumen an und beraten (Risiko-) Familien, bei denen die Kinder in ihrer psychosozialen Entwicklung bedroht bzw.

beeinträchtigt sind. Sie koordinieren für unterstützungsbedürftige Familien Betreuungsabläufe und die Kooperation der weiteren Netzwerkakteure.

Alle Mitglieder des Teams sind räumlich der Praxis für Kinder- und Jugendgesundheit zugeordnet; sie sind in der Praxis angestellt bzw. werden von Kommunen dorthin abgeordnet (z.B. die Sozialarbeiter), oder sie sind freiberuflich tätig.

Die organisatorische Leitung des interdisziplinären Teams sollte bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten liegen. Die Fachaufsicht für die Familienhebammen und/oder Kinderkrankenschwestern sollte dem ÖGD zugeordnet sein. Die Sozialarbeiter der Jugendämter bleiben auch während der Sprechstundenzeiten in der Kinder- und Jugendarztpraxis/dem Kindergesundheitszentrum dienstlich und fachlich ihrer lokalen Behörde unterstellt.

Das Leistungsspektrum

Kinder- und Jugendärzte halten für alle Patienten der Praxis/des Zentrums die gewohnte ambulante medizinische Versorgung vor, u.U. durch die größeren Praxisstrukturen mit einer größeren Breite an pädiatrischen Spezialitäten wie pädiatrischen Allergologen/Pneumologen/Kardiologen, die in der ambulanten Versorgung sinnvoll sind.

In dieser Praxisstruktur werden die Früherkennungsuntersuchungen („U"s) so umgesetzt, dass sie als echte Präventionsinstrumente wirken können. Durch die hohe Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen werden fast alle Kinder erreicht.

Der Arzt/die Ärztin verweist die in ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung bedrohten Kinder bzw. deren Eltern an die Sozialarbeiter in der Praxis; zur Auffindung dieser Familien kommen neben dem persönlichen Eindruck des Arztes/der Ärztin vor allem entsprechende Risikofragebögen zum Einsatz.

Die ärztliche Tätigkeit würde durch die Teampartner um die soziale Thematik um bis 30 % (nach Umfrage) entlastet; soziale Probleme von Risiko-Familien würden im Zusammenhang mit der pädiatrischen Versorgung in diesem Rahmen dort verortet werden, wo sie hingehören, nämlich in die Hände der dafür ausgebildeten Sozialarbeiter oder anderer dafür ausgewiesener Experten.

Die Beratung in psychosozialen Fragen kann sich u.a. auf folgende Themen beziehen: finanzielle Belastungen, Verhalten der Kinder bei Trennung der Eltern, psychosoziale Probleme im Umfeld, Kontext Kinderschutz, bei Verhaltensauffälligkeit Erwachsener im Umfeld etc.

Kinderkrankenschwestern/Familienhebammen stehen vor allem (unterstützungsbedürftigen) Familien mit Säuglingen, Kleinkindern und chronisch kranken Kindern mit Beratungsangeboten aber auch Hausbesuchen zur Seite. Auch dieses Angebot kommt nur einem kleinen Teil der Patienten/Familien der Praxis zugute.

Nach einem vorher festgelegten Ablaufplan (Vorhandensein definierter Risikofaktoren) wird entschieden, ob einzelne Beratungsgespräche ausreichen oder weitere Maßnahmen für die Betreuung der Risikofamilien notwendig sind.

Behandlungspfade werden definiert werden müssen, ebenso Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Alle Familien erhalten die Möglichkeit, an Elternseminaren, die eine deutliche primär-präventive Wirkung entfalten, teilzunehmen; die Bereitschaft zu solchen Seminaren mit ausführlichen Informationen zum gesunden Aufwachsen von Kindern ist insbesondere vor oder kurz nach der Ge-

burt eines Kindes bei Eltern sehr groß. Die vorausschauende Beratung hat sich hierbei als besonders erfolgreich herausgestellt (KE Bergmann/RL Bergmann/R Richter/C Finke/JW Dudenhausen 2009).

Finanzierung/Vertragsstrukturen

Die Frühe Intervention spart volkswirtschaftlich betrachtet erhebliche Kosten, die sonst bei Behandlung der gesundheitlichen Störungen im späteren Alter in größerem Umfang anfallen, ganz unabhängig von dem Nutzen für die gesundheitliche Entwicklung jedes einzelnen Kindes. Dass der frühe Einsatz der sog. Frühen Hilfen Kosten spart, wurde in einer vom Nationalen Zentrum Früher Hilfen veranlassten Untersuchung nachgewiesen: Je nach Szenario liegen die Folgekosten mindestens 60-mal höher als die Präventionskosten der sog. Frühen Hilfen. Dehnt man die Präventionsangebote über das 3. Lebensjahr hinaus aus, gibt es immer noch eine Kostenersparnis von 1:13 bis 1:34 bei pessimistischem Szenario. D.h. für jeden für die Prävention ausgegebenen Euro werden mindestens 13 Euro Folgekosten eingespart. Kosten und Nutzen Früher Hilfen (Materialien zu Frühen Hilfen 4), Köln 2011.

Für die Realisierung des Konzepts Soziale Prävention werden Leistungen aus dem SGB V (Gesetzliche Krankenkassen) mit dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), vor allem aber mit denen aus dem Kinderschutzgesetz gebündelt.

Die Herausforderung wird darin bestehen, in den einzelnen Kommunen mit den beteiligten Jugendämtern und dem ÖGD tragfähige und verlässliche Netzwerk-, Vertrags- und Finanzierungsstrukturen zu realisieren.

Prof. Dr. Norbert Wagner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der RWTH Aachen
Universitätsklinikum Düsseldorf

Pauwelsstr. 30

52074 Aachen

Tel. 0241-8088700

nwagner@ukaachen.de



Download:

www.dgkj.de/presse/pressefotos