

Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr

Heike Martens-Le Bouar¹, Ilona Renner², Florian Belzer¹, Michael Barth¹, Lorena Krippel¹, Julia Ufer³, Anna Friedmann³, Margret Ziegler⁴, Rüdiger von Kries⁵, Mechthild Paul², Volker Mall^{3,4} gemeinsam mit der Expertengruppe Frühe Hilfen | ¹ Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg; ² Nationales Zentrum Frühe Hilfen; ³ Lehrstuhl Sozialpädiatrie der Technischen Universität München; ⁴ kbo Kinderzentrum München; ⁵ Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München

Hintergrund

Starke psychosoziale Belastungen von Eltern wirken sich nachweislich negativ auf die gesunde Entwicklung von Säuglingen und kleinen Kindern aus [9, 10, 16]. Demnach könnte das frühzeitige Erkennen solcher Faktoren und das Bereitstellen eines breitgefächerten Unterstützungsangebots für belastete Familien in dieser wichtigen Zeit eine Möglichkeit darstellen, die gesunde Entwicklung eines Kindes langfristig zu sichern.

Zu den ersten Berufsgruppen, die in einer von Vertrauen geprägten, professionalisierten und oft mehrjährigen Beziehung zu jungen Familien stehen, zählen die Kinder- und Jugendärzte. Nach einer Erhebung von Kamtsiuris et al. 2007 [15] werden über 95% der Kinder unter einem Jahr regelmäßig zu den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) vorgestellt. Die frühe Identifikation von Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich der motorischen, mentalen oder sozialen Entwicklung ist im Rahmen der U-Untersuchung möglich und erlaubt effektive Frühinterventionen [17]. Sofern der Pädiater psychosoziale Belastungen in der Familie beobachtet, kann er außerdem bei der Vermittlung von unterstützenden präventiven Maßnahmen helfen.

Solche frühzeitig und niederschwellig ansetzenden Unterstützungsangebote für junge Familien [14] werden seit dem Ak-

tionsprogramm „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ [3] kontinuierlich ausgebaut und stehen zunehmend auch Pädiatern als eine wichtige und hilfreiche Option für die von ihnen betreuten psychosozial belasteten Patientenfamilien zur Verfügung. Um die Früherkennungsuntersuchungen partiell um den Aspekt der Einschätzung von psychosozialen Hilfebedarf zu erweitern, ist eine auf den pädiatrischen Kontext hin ausgerichtete Erhebungsstrategie nötig. Diese erweiterte Strategie sollte die folgenden 3 Kriterien erfüllen:

1. Vereinbarkeit mit der gesetzlich vorgegebenen Zielsetzung der Früherkennungsuntersuchungen: die „Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“ [4]
2. Vorrangige Erfassung von psychosozialen Belastungsfaktoren und Auffälligkeiten, die sich nachweislich negativ auf die Entwicklung eines Kindes auswirken und durch Praxispädiater ausreichend gut erfasst und behandelt bzw. in ein Netzwerk der Frühen Hilfen oder eine entsprechende Fachstelle vermittelt werden können [13]
3. Integrierbarkeit in den für Früherkennungsuntersuchungen vorgegebenen und abrechenbaren Zeitrahmen [11]

Vor diesem Hintergrund wurde ein Do-

kumentationsinstrument entwickelt, das Praxispädiater bei der Erfassung und Einschätzung von psychosozialen Belastungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr unterstützen soll.

Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf bei der U₃ bis zur U₆

Die Entwicklung des pädiatrischen Anhaltsbogens

Gefördert vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen [14] wurde zwischen November 2011 und Dezember 2012 mittels einer deutschlandweiten strukturierten Expertenbefragung der „Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf bei der U₃ bis U₆“ entwickelt. Im Rahmen des mehrstufigen Befragungsprozesses (Delphi-Technik [6]) wurden die 41 teilnehmenden Experten gebeten, Faktoren aus einem Pool an bekannten psychosozialen Belastungsfaktoren (im Wesentlichen zusammengestellt anhand von 3 Literaturübersichten [8, 12, 13]) hinsichtlich der Relevanz für einen psychosozialen Hilfebedarf und der Anwendbarkeit in einem praxispädiatrischen Kontext zu bewerten. Anschließend wurde während eines eintägigen Workshops im direkten

Austausch mit den Experten eine weitgehende Übereinstimmung über die Inhalte und den Aufbau des Anhaltsbogens erzielt.

Um eine möglichst hohe Akzeptanz und Praktikabilität des Anhaltsbogens zu gewährleisten, wurden zusätzlich erfahrene Praxispädiater zu einer Gesprächsrunde eingeladen. Aufbau, Inhalte und strukturelle Rahmenbedingungen der Anwendung des pädiatrischen Anhaltsbogens fanden hier eindeutige Zustimmung.

Ziel, Aufbau und Inhalt des pädiatrischen Anhaltsbogens

Der pädiatrische Anhaltsbogen dient dem übergeordneten Ziel der Prävention von nachteiligen kindlichen Entwicklungsverläufen durch psychosoziale Belastungen in der Familie. Ebenso wird durch ihn die Erfassung der Ressourcen junger Familien ermöglicht sowie die Abwägung des Verhältnisses zwischen vorliegenden Belastungen und vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten.

Der Aufbau des Anhaltsbogens ist eng an die Struktur und den Ablauf der Früherkennungsuntersuchungen angelehnt: Zunächst werden organische Erkrankungen ausgeschlossen und anschließend klinisch relevante Symptome, die auf psychosoziale Belastungen hinweisen können, abgegrenzt und eingeschätzt. Die im Bogen aufgeführten Interaktionsaspekte zwischen Hauptbezugsperson und Kind sollten vom Pädiater vorrangig selbst beobachtet und behutsam erfragt werden. Psychosoziale Belastungen der Hauptbezugsperson können entweder beobachtet (Erschöpfung) oder im Hinblick auf die Kapazitäten für die Betreuung des Kindes erfragt werden (mangelnde Unterstützung). Der Anhaltsbogen unterstützt dabei die pädiatrische Wahrnehmung und dient als Dokumentationshilfe. Gemäß den Empfehlungen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte [11] ermöglicht der Anhaltsbogen sowohl die quer- als auch die längsschnittliche Dokumentation von Befunden von der U3 bis zur U6. Zudem ist er sehr zeitökonomisch durchführbar. Die Paper-Pencil-Version des Bogens ist im DIN-A5-Format gestal-

Abb. 1: Die erste Seite des pädiatrischen Anhaltsbogens.

tet und besteht aus 4 Seiten (eine elektronische Version des pädiatrischen Anhaltsbogens ist in Vorbereitung).

Auf der ersten Seite (siehe Abb. 1) sind insbesondere Angaben aus der Familienanamnese und der gesundheitlichen Fürsorge der Eltern dokumentierbar. Diese werden im Elterngespräch erhoben und durch Übertragung der Befunde der U1 aus dem „gelben“ Untersuchungsheft oder dem Mutterpass ergänzt. Die erste Seite dient daher dem Pädiater als Basiswissen über die „Startbedingungen“ des Kindes sowie als Erinnerungshilfe bei weiteren Vorstellungen.

Der Anhaltsbogen enthält auf seiner zweiten Seite die in Abbildung 2 zusammengefassten Kerninhalte der Dokumentation:

1. Psychosoziale Belastungen, die die Bewältigungsmöglichkeiten junger Familien zu übersteigen drohen, aber noch

zu keinen klinisch relevanten Störungen geführt haben: *Verhaltensauffälligkeiten beim Kind, Belastungen der Hauptbezugsperson sowie die Eltern-Kind-Interaktion.*

2. Klinisch relevante *Regulationsstörungen* des Säuglings.
3. Klinisch relevante Hinweise auf eine *postpartale Depression* der Mutter.

Die dritte Seite des Bogens (siehe Abb. 2) ermöglicht eine übersichtliche Zusammenfassung der Befunde. Bei einer positiven Befundung eines oder mehrerer der 3 im Bogen aufgeführten Bereiche liegt ein psychosozialer Hilfebedarf vor, der in einer vertiefenden pädiatrischen Beratung zunächst weiter exploriert werden kann.

Auf der Grundlage von Anhaltsbogen und Arzt-Eltern-Gespräch kann der Pädiater seine Entscheidung zum weiteren Vorgehen anhand des folgenden Ausschlussverfahrens treffen (siehe Abb. 3):

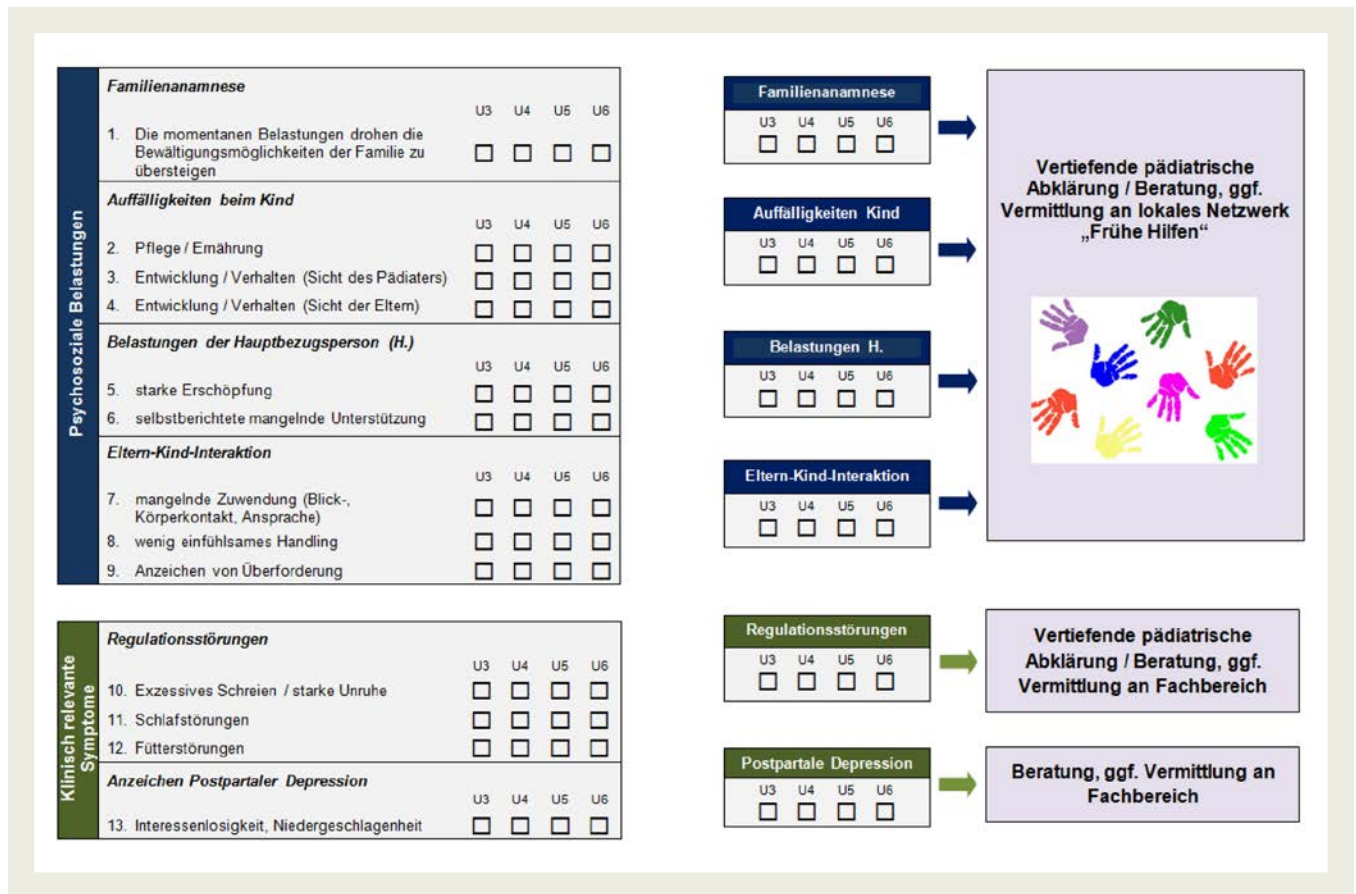


Abb. 2: Die beiden Innenseiten des pädiatrischen Anhaltsbogens.

a) Liegt eine klinisch relevante Regulationsstörung des Säuglings vor, sollte diese zuerst behandelt werden. Dies kann entweder durch den Pädriater selbst oder durch entsprechend qualifizierte Therapeuten, an die der Pädriater die Familie weitervermitteln kann, erfolgen.

b) Liegt nach Einschätzung des Pädriaters eine Postpartale Depression (PPD) der Mutter ohne Regulationsstörung des Säuglings vor, sollte die Mutter an einen Facharzt (Psychiater) vermittelt werden.

c) Liegen weder a) noch b), jedoch psychosoziale Belastungen vor, kann der Pädriater an die lokale Koordinierungsstelle Frühe Hilfen vermitteln oder selbst die Familie beraten.

d) Ist sich der Pädriater auch nach einem pädiatrischen Beratungsgespräch in seiner Bewertung von psychosozialen Belastungen unsicher, kann er die weitere Entwicklung bis zur nächsten Früherkennungsuntersuchung abwarten.

Die vierte Seite des Bogens bietet sowohl Platz für die Dokumentation von Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten der Familie, für Freitext als auch für die Eintragung von lokal verfügbaren wichtigen Adressen zur weiteren Vermittlung, z. B. Stellen der Frühen Hilfen (Abb. 4).

Begleitend zum Bogen ist eine kurze Handanweisung zur Anwendung des Bogens erstellt worden. Darüber hinaus hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen die Entwicklung einer Kommunikationshilfe für Pädriater beauftragt. Diese Kommunikationshilfe soll Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten die Vermittlung von

Familien ins lokale Netzwerk Frühe Hilfen erleichtern.

Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens

Vor einem breiten Einsatz dieses Dokumentationsbogens sind folgende Schritte nötig:

1. Überprüfung der Praktikabilität,
2. Überprüfung der Treffsicherheit: Werden auffällige Kinder mit hinreichender Präzision erkannt (geringe Anzahl falsch-positiver Fälle),
3. Etablierung von Mindeststandards für die flächendeckende Implementierung des Anhaltsbogens,
4. Entwicklung eines Schulungsprogramms für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte,
5. Definition von Indikatoren für die Ergebnisqualität des Anhaltsbogens (langfristiger Nutzen).

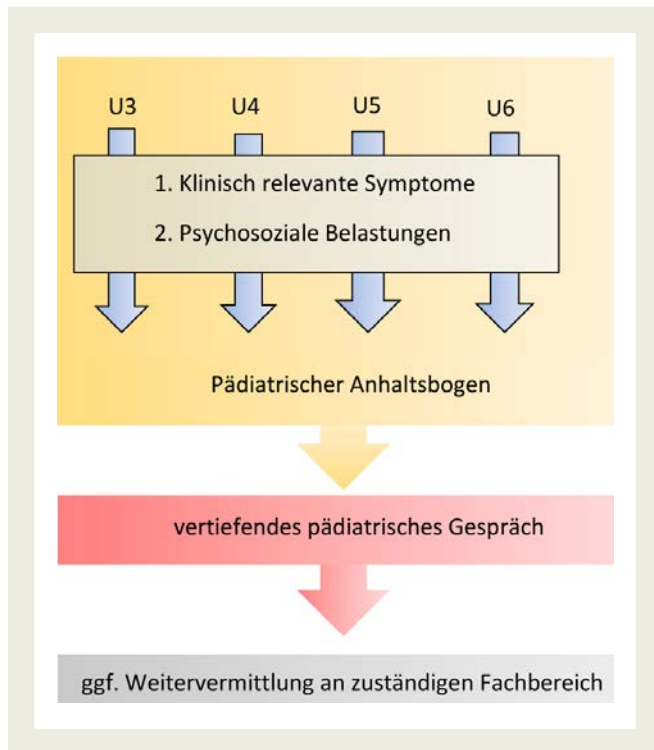


Abb. 3: Einschätzungsprozess von psychosozialen Hilfebedarf in den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen.

Diesen notwendigen Schritten wird bereits teilweise im Rahmen der angestrebten Evaluierungsstudie Rechnung getragen: ein Praxistest des Anhaltsbogens, Schulungen zum Thema Kommunikationsstrategien für Praxispädiater sowie die Entwicklung eines Leitfadens zur Vermittlung von unterstützenden Hilfsangeboten sind geplant. Außerdem soll in einem nächsten Schritt die dokumentierte Einschätzung mit einem vertiefenden strukturierten Interview durch geschulte Experten verglichen werden. Damit werden etablierte Evaluationsstrategien – Praktikabilitätstest und Einsatz von Vergleichsinstrumenten – eingesetzt wie sie z. B. zur Evaluation von Screeninginstrumenten verwendet werden [1, 5, 7].

Diskussion

Der Anhaltsbogen dient dem Pädiater/der Pädiaterin als Wahrnehmungshilfe, die ihn in seiner Handlungsautonomie stärkt und eine psychosozial ausgerichtete Beratung gezielt unterstützt. Erste Rückmeldungen von Praxispädiatern zeigen, dass der pädiatrische Anhaltsbogen für die systematische Identifikation von psychosozialen Belastungen und Hilfebedarf in pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen als sehr nützlich bewertet wird. Besonders hilfreich sei der niederschwellige Ansatz des Bogens, der es dem Pädiater ermögli- che, einen ihm bereits vertrauten Einstieg in die Thematik zu finden.

Als Kritikpunkt am Bogen kann ange- führt werden, dass er primär defizito- rientiert ist und die familiären und per- sönlichen Ressourcen nur in Form eines Freitextes auf der vierten Seite des Bogens erfasst werden können. Allerdings liegen bisher kaum Konzepte vor, wie Ressour- cen zeitsparend und aussagekräftig er- hoben werden könnten [2]. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Obgleich bis- lang befragte Praxispädiater den Anhalts- bogen und den damit assoziierten Erhe- bungsprozess sehr positiv beurteilen, wird außer den oben genannten Evaluie-

Abb. 4: Die vierte Seite des pädiatrischen An- haltsbogens.

Familiäre Ressourcen:

Notizen:

Vorstellung empfohlen bei:

Datum: _____

Durchgeführte Maßnahmen:

Beginn: _____

Beendet: _____

© Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Freiburg, Kinderzentrum München, Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Keine Weitergabe oder Vervielfältigung ohne Rücksprache mit den Autoren (florian.belzer@uniklinik-freiburg.de)

4

Die Studie wurde gefördert vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln.

Wesentliches für die Praxis ...

- Der im Rahmen einer Expertenbefragung entwickelte pädiatrische Anhaltsbogen unterstützt Kinder- und Jugendärzte in der Praxis bei der Einschätzung von psychosozialen Hilfebedarf von Familien mit Kindern im 1. Lebensjahr während der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U6.
- Der Aufbau des Anhaltsbogens ist eng an die gängige Praxis der Früherkennungsuntersuchungen angelehnt.
- Sofern im medizinischen System keine Behandlungsnotwendigkeit besteht und behandelbare Ursachen und klinisch relevante Symptome des Kindes (z.B. Regulationsstörungen) und der Mutter (z. B. postpartale Depression) ausgeschlossen werden konnten, sind die Angebote der Frühen Hilfen eine von mehreren Unterstützungsoptionen für Familien.

rungsbestrebungen noch folgender dringender Handlungs- und Verbesserungsbedarf gesehen:

1. eine Entwicklung von kommunikativen Strategien im Elterngespräch,
2. eine Unterstützung für die Vermittlung von Eltern in das psychosoziale Hilfesystem,

3. eine bessere Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitssystem,
4. ein Rückmeldesystem zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem zur Qualitätssteigerung der Versorgung.

Der pädiatrische Anhaltsbogen könnte ein weiterer Schritt sein, die multidisziplinäre Zusammenarbeit von Akteuren des

Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe zu systematisieren und zu festigen.

Literatur

1. Alexandrowicz R, Weiss M, Marquart B, Wancata J (2008) Zur Validität eines zweistufigen Screenings am Beispiel des Depressionsscreening. *Psychiatr Prax* 35:294–301
2. Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottmann N (2009) Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. BzGA, Köln
3. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kristina Schröder startet Bundesinitiative Frühe Hilfen (2012) <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=192034.html> (abgerufen am 19.11.2012)
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). Seite 2, Absatz 1. http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_kinder.pdf. (abgerufen am 11.01.13).
5. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B (2004) Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). *Diagnostica* 50: 171–181
6. Häder M (2002) Delphi-Befragungen: Ein Arbeitsbuch. VS Verlag, Wiesbaden
7. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L et al. (2000) Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 157: 1873–75

Expertengruppe Frühe Hilfen:

Gertrud Ayerle, Pascal Bastian, Katherine Bird, Claudia Buschhorn, Daniel Clauß, Günther Deegener, Klaus Deichmann, Barbara Filsinger, Reiner Frank, Roland Fressle, Raimund Geene, Olaf Germeroth, Herbert Grundhewer, Gregor Hensen, Wolfgang Jonitz, Martina Jotzo, Christoph Jungjohann, Barbara v. Kalkreuth, Helga Kelle, Heinz Kindler, Wilfried Kratzer, Wilfried Kratzsch, Alexander Krieg, Susanna Lillig, Ulrich Lips, Barbara Lütticke, Franka Metzner, Silke Pawils, Bettina Prothmann, Hellgard Rauh, Jörg Reichert, Martin Sack, Michael Schieche, Stephan Schmid, Markus Sandrock, Sönke Siefert, Hans-Michael Straßburg, Heidrun Thaiss, Ute Thyen, Ute Ziegenhain

8. Kindler H (2010) Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? Bundesgesundheitsblatt 53: 1073 – 79
9. Laucht M, Esser G, Schmidt MH, Ihle W, Löffler W et al. (1992) „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 41: 274 – 285
10. Laucht M, Schmidt MH, Esser G (2002) Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 30: 5 – 19
11. Lindlbauer-Eisenach U, Kahl H, Terhardt M (2006) Manual zum Umgang mit dem Gesundheits-Checkheft des BVKJ. Download für Mitglieder des BVKJ über Pädinform (Ordner: Prävention, Unterordner: Download Präventionsdokumente)
12. Metzner F, Pawils S (2011) Zum Einsatz von Risikoinventaren bei Kindeswohlgefährdung. In: Körner W, Deegener G (Hrsg.) Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst, Lengerich, S. 251 – 277
13. Meysen T, Schönecker L, Kindler H (2009) Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Juventa, Weinheim und München
14. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) Begriffsbestimmung Frühe Hilfen (2009) <http://www.fruehehilfen.de/fruehehilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> (abgerufen am 19.11.2012)
15. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGs). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:836–850
16. Thyen U, Meysen T, Dörries A (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz- Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, S. 126 – 149
17. Weber P, Jenni O (2012) Screening in child health—studies of the efficacy and relevance of preventive care practices. Dtsch Arztebl Int 109: 431 – 435

Korrespondenzadressen

Florian Belzer
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
 Universitätsklinikum Freiburg
 Mathildenstraße 1
 79106 Freiburg im Breisgau
 E-Mail: florian.belzer@uniklinik-freiburg.de

Heike Martens-Le Bouar
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
 Universitätsklinikum Freiburg
 Mathildenstraße 1
 79106 Freiburg im Breisgau
 E-Mail: heike.martens-le.bouar@uniklinik-freiburg.de

