Monatsschr Kinderheilkd 2020 · 168:195–207
<https://doi.org/10.1007/s00112-020-00859-2>
 Online publiziert: 4. Februar 2020
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2020

Redaktion
 O. Jenni, Zürich
 G. Hansen, Hannover

U. Thyen¹ · L. Simon²

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

² Medical School Hamburg – Fachhochschule für Gesundheit und Medizin, Hamburg, Deutschland

Frühe Förderung und Frühe Hilfen in Deutschland

Hintergrund und Begriffsbestimmungen

Die Begrifflichkeiten Frühe Hilfen (FH) und frühe Förderungen/Frühförderungen werden im internationalen Sprachgebrauch überwiegend als „early intervention services“ zusammengefasst. Es finden sich jedoch auch international verschiedene Interventionen, die als „early childhood development (ECD) programs“ bezeichnet werden, häufig auch mit dem Zusatz „inclusive“ (IECD) versehen, wenn die Förderung und der Einschluss von Kindern mit Behinderungen betont werden sollen [9, 10]. Gemeinsame Kriterien der Programme für Kinder mit und ohne (drohende) Behinderungen sind, dass sie individualisiert und an die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes angepasst erbracht werden, eine ausreichende Intensität erreichen, familienorientiert gestaltet werden, trans- oder interdisziplinär durch ein Team erbracht werden sowie wissenschaftlich und ergebnisorientiert sind [20]. Sowohl für die Frühförderung wie auch die FH gibt es ausreichende Evidenz für ihre Wirksamkeit, sodass es wichtig ist, von Behinderung bedrohte Kinder und solche mit vermehrtem Förderbedarf frühzeitig zu identifizieren und ihnen den Zugang zu geeigneten Unterstützungsmaßnahmen zu verschaffen. Dies ist eine wesentliche Aufgabe von hausärztlich sowie in den Kliniken tätigen Kinder- und Jugendärzten.

U. Thyen ist Vorsitzende des Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). L. Simon ist Vorsitzende der Vereinigung Interdisziplinäre Frühförderung (VIFF e. V.).

Zugang und Rolle der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte

In diesem Beitrag werden die in Deutschland verfügbaren Angebote und Leistungen im Bereich der Early intervention services, d. h. der Frühförderung und der FH, sowie deren sozialrechtliche Verortung dargestellt. Der Zugang zu beiden Systemen erfolgt häufig durch die hausärztlich betreuenden niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, wenn Entwicklungsdefizite oder Interaktionsstörungen festgestellt oder vermutet werden. Die im Gesundheitswesen tätigen und dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) verpflichteten Ärztinnen und Ärzte stehen oft vor großen Herausforderungen in der sozialrechtsübergreifenden Kooperation mit Eingliederungs- und Jugendhilfe, um ihren kleinen Patienten die geeigneten und passgerechten Angebote empfehlen zu können, zumal die Beratungs- und Bewilligungspraxen von Kommune zu Kommune und von Bundesland zu Bundesland erheblich variieren.

Entwicklung in Deutschland

Heilpädagogische und interdisziplinäre Frühförderung

Frühförderung beschreibt Angebote für die frühe Unterstützung und Förderung von Kindern von ihrer Geburt bis zur Einschulung. Sie umfasst ein offenes niedrigschwelliges Beratungsangebot, interdisziplinäre Diagnostik, heilpädagogisch-psychologische und/oder me-

dizinisch-therapeutische Leistungen und Beratung. Frühförderung wurde in den 1970er-Jahren als zunächst rein (heil-)pädagogische Frühförderung heraus für Kinder entwickelt, die körperlich, seelisch oder geistig beeinträchtigt sind und deshalb in ihrer Teilhabe behindert werden oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Sie ist familienorientiert und ganzheitlich ausgerichtet und schließt sowohl die Beratung der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten als auch die des pädagogischen Fachpersonals in Kindertagesstätten ein. Dabei soll die Frühförderung dazu beitragen, Behinderung zu beseitigen, zu mildern oder zu beheben.

» Als Komplexleistung wird Frühförderung individuell ausgestaltet

Seit den 1990er-Jahren, insbesondere aber mit Einführung des SGB IX 2001, haben sich zunehmend interdisziplinäre Frühförder(IFF)-Stellen etabliert, die Leistungen auch aus dem Spektrum der Heilmittel erbringen. Wirken pädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen zusammen, spricht man von einer *Komplexleistung*. Als Komplexleistung wird Frühförderung individuell ausgestaltet und kann Angebote verschiedener Art, die fachübergreifend für das jeweilige Kind und seine Familie vorgehalten werden, umfassen. Angebote, Finanzierung sowie Ausgestaltung der pädagogischen und/oder interdisziplinären Frühförderung unterscheiden sich in den Ländern erheblich. Üblicherweise wird neben der *allgemeinen Frühförde-*

rung eine *spezielle Frühförderung* für Kinder mit erheblichen Beeinträchtigungen der Sinnesfunktionen (Sehen und Hören) angeboten, die von einem Landesförderzentrum organisiert und mobil erbracht wird.

Die Finanzierung der Leistungen der pädagogischen Frühförderung erfolgte zunächst über das Bundessozialhilfegesetz und wurde dann 2001 über das SGB IX als Komplexleistung Frühförderung (SGB V und SGB XII) neu definiert, die u. a. in den regionalen IFF-Stellen und den überregionalen sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) interdisziplinär erbracht werden kann. In einigen Ländern arbeiten Frühförderstellen weiterhin als überwiegend (heil-)pädagogische Einrichtungen. Der Grund ist die schwierige Frage der Finanzierung von familienorientierten Komplexleistungsangeboten. Die Kooperation verschiedener Fachdisziplinen innerhalb der IFF und den SPZ sowie der Einbezug aller mit dem Kind und der Familie beschäftigten Fachleute wird in beiden Einrichtungen sichergestellt. Kinder- und Jugendärzte haben die Aufgabe, über die Möglichkeiten der Frühförderung zu beraten, den Eltern Informationen über eine Kontaktaufnahme zu vermitteln und zu erklären, dass es sich um Leistungen handelt, die die Eltern selbst im Interesse ihres Kindes beantragen. Sie können die Leistungen nicht über ein Heilmittelrezept verordnen und können den Antrag der Eltern lediglich durch fachliche Stellungnahmen und Arztbriefe unterstützen. Die Bewilligung erfolgt durch Fachleute, die von der Eingliederungshilfe der Kommune bestimmt werden; sehr häufig übernimmt der kinder- und jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter diese Aufgabe. Ob, wie intensiv oder zu welchem Zeitpunkt Kinder in die Frühförderung empfohlen werden, variiert in großem Umfang und hängt von den persönlichen Einstellungen, dem Wissenstand und den Erfahrungen mit der Bewilligungspraxis bei den zuleitenden Kinder- und Jugendärzten ab. Eine aktuelle Studie zum Zugang ehemaliger frühgeborener Kinder zur Frühförderung zeigt, dass dies in erster Linie von der fachlichen Verortung der Sprechstunde zur Früh-

geborenennachsorge (neonatologische, neuropädiatrische oder sozialpädiatrische Sprechstunden) abhängt, und in geringerem Maß von den Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder [17].

Frühe Hilfen

Die FH haben das Ziel, das gesunde Aufwachsen von Kindern aus erschwerten Lebens- und Entwicklungskontexten zu fördern [18]. Hier liegt der Fokus bei der Unterstützung von Familien mit hohen psychosozialen Belastungen. Frühe Hilfen werden über das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) finanziert und haben das Ziel, Risiken für das Kindeswohl, die aus schwierigen Lebenslagen entstehen können, frühzeitig zu erkennen und negative Entwicklungen möglichst schon in der Entstehung zu verhindern. Die Hilfen sollten möglichst schon während der Schwangerschaft angesprochen und zugänglich gemacht werden. Da die Zielgruppe für FH immer Leistungen des Gesundheitswesens um die Geburt eines Kindes herum in Anspruch nimmt, sollte „das Gesundheitswesen“ als Eintrittsort für FH fungieren. Sowohl in den Landeskinderschutzgesetzen als auch im Bundeskinderschutzgesetz wird den Gesundheitsberufen eine besondere Rolle im Zugang zu FH als auch in der Steuerung zugewiesen. Die Fachkräfte, die Unterstützung anbieten, kommen überwiegend aus den Gesundheitsberufen, z. B. (Familien-)Hebammen oder spezifisch fortgebildete Familien- und Kinderkrankenpfleger*innen.

Kinder- und Jugendärzte sind wichtige Partner in der Vermittlung der Angebote der FH. Im Jahr 2015 wurden die sog. Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dahingehend überarbeitet, dass Aspekte der Beratung psychosozial belasteter Eltern mehr Gewicht erhalten. In einer Befragung niedergelassener Kinder- und Jugendärzte berichteten diese, dass im Durchschnitt 13,8 % der Familien psychosozial in einem Ausmaß belastet sind, dass dies für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes bedeutsam ist. Über 90 % gaben an, dass in ihrem Umfeld Angebote der FH gibt; ein Drittel hat bereits an Netzwerktreffen oder Qualitätszirkeln teilgenommen [14]. Die

FH erfreuen sich also zunehmender Akzeptanz in der Zusammenarbeit vor Ort.

Insgesamt orientieren sich die FH an Konzepten der Gesundheitsförderung. Sie werden niedrigschwellig von den Kommunen angeboten und gehören nicht zum Leistungsrecht der Jugendhilfe. Eltern können und sollen die FH frühzeitiger und niedrigschwelliger ansteuern, können jedoch keine Leistungen einfordern (im Gegensatz zu den Hilfen zur Erziehung in SGB VIII).

» Frühe Hilfen orientieren sich an den Kinderrechten und dem individuellen Kindeswohl

Der wissenschaftliche Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) hat 2009 [11] eine Begriffsbestimmung vorgelegt, die sich mit den Zielen der FH, den unterschiedlichen Maßnahmen zur Zielerreichung sowie den dafür relevanten Akteuren und Hilfesystemen auseinandersetzt. Im Unterschied zur Frühförderung beschränken sich die Angebote der FH in den Kommunen auf die Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen, beginnen allerdings bereits während der Schwangerschaft und stehen allen (werdenden) Müttern und Vätern offen. Frühe Hilfen befinden sich in einem permanenten Spannungsfeld zwischen Hilfe und Wächteramt über das Kindeswohl, wobei die Gewichtung dieser beiden Pole in der Praxis ganz unterschiedlich ausfallen kann [15]. Dieser Kontext kann die Zugangswege zu den Familien, aber auch die Zusammenarbeit mit Berufsgeheimnisträgern wie Ärzten und Psychotherapeuten erschweren. Leitmotiv bei der Entwicklung eines Leitbilds der FH [12] war, die zu Beginn des Aktionsprogramms der Bundesregierung im Vordergrund stehende einseitige Fokussierung der FH auf eine Gefahrenabwehr zu überwinden und diese in ein umfassenderes Verständnis der Förderung positiver Entwicklungsbedingungen einzubetten.

Frühe Hilfen verfolgen einen Mehrgenerationenansatz. Die Übertragung elterlicher Problemlagen wie Sucht, Bindungsinstabilität oder Trauma auf die nächste Generation ist wissenschaftlich vielfach belegt [1]. Insbesondere die ma-

Hier steht eine Anzeige.

U. Thyen · L. Simon

Frühe Förderung und Frühe Hilfen in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Programme, die der frühen Förderung und Bildung von Kindern mit und ohne Behinderungen dienen, werden international als „early intervention services“ bezeichnet. Die in Deutschland bereits vor 50 Jahren etablierte interdisziplinäre Frühförderung (IFF) beschränkt sich auf Kinder mit körperlicher, seelischer, geistiger oder Sinnesbeeinträchtigung, die zu einer Behinderung der Teilhabe führen kann bzw. führt. Die vor 20 Jahren eingerichteten Frühen Hilfen (FH) wenden sich an Familien mit vermehrtem psychosozialen Unterstützungsbedarf und sollen eine Beeinträchtigung in der sozial-emotionalen Entwicklung abwenden.

Ziel der Arbeit. Diese Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der IFF und den

FH sollen herausgearbeitet und eingeordnet werden, um Transparenz für die Familien und betreuenden Ärzte zu schaffen.

Material und Methoden. Recherche zu Entstehungsgeschichte, Zielsetzung, sozialrechtlicher Verankerung und Praxis der IFF und der FH.

Ergebnisse. Weder in Bezug auf die IFF noch in Bezug auf die FH kann ein gemeinsames, einheitliches System für Deutschland mit seinen föderalen Strukturen beschrieben werden. Die Zugangsmöglichkeiten erfüllen (noch) nicht die Ansprüche der UN-Behindertenrechtskonvention und der UN-Kinderrechtskonvention, die beide Orientierung für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der beiden Systeme bieten.

Schlussfolgerung. Konzeptuell bestehen große Überschneidungen zwischen der IFF und den FH, indem sie individuell passgerecht, familienorientiert und wissensbasiert ausgerichtet sind. Die Berücksichtigung des Lebensspannenansatzes und der sozialräumlichen Orientierung bietet eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten und ermöglicht die Organisation von kooperativen Netzwerken vor Ort, ohne die Familien durch die Vielfalt der Möglichkeiten und Ansprechpartner zu überfordern.

Schlüsselwörter

Prävention · Gesundheitsförderung · Psychosoziale Unterstützung · Behinderung · Familie

Early promotion and early preventive services in Germany

Abstract

Background. Programs that promote the early promotion and education of children with and without disabilities are internationally known as early intervention services. The early intervention services (interdisziplinäre Frühförderung, IFF) were established in Germany 50 years ago but are limited to children with physical, intellectual, sensory or mental impairments that could lead to restrictions in participation. The early preventive services (Frühe Hilfen, FH) set up 20 years ago are aimed at families with increased psychosocial support needs and to avert an impairment in socioemotional development.

Objective. To work out and describe the differences and similarities between the IFF

and the FH in order to create transparency for the families and caring physicians.

Material and methods. Research on the genesis, objectives, sociolegal foundations and practice of the IFF and the FH.

Results. Neither the IFF nor the FH can be described in a common unified system for Germany with its federal structures. The opportunities for access do not (yet) fulfil the requirements of the United Nations (UN) Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the UN Convention on the Rights of the Child, which both provide orientation for the design and development of the two systems.

Conclusion. Conceptually, there is a great deal of overlap between the IFF and the

FH in that they are individually tailored, family-oriented and knowledge-based. The consideration of the life span approach and the sociospatial orientation offers a variety of points of contact and enables the organization of cooperative networks in the community without overburdening the families through the wide variety of possibilities and contact persons.

Keywords

Prevention · Health promotion · Psychosocial support · Disability · Family

teriellen und sozialen Lebensumstände sowie seelische Belastungen von Frauen während der Schwangerschaft beeinflussen die Entwicklung von Kindern, sodass FH folgerichtig bereits Angebote an werdende Eltern richten. Psychisch und sozial „erschöpften Familien“ [7] können die Bereitstellung von Schutz und Sicherheit bietender Aufmerksamkeit sowie Ermutigung und Anerkennung der Kompetenzen und Autonomiebestrebungen des Kindes schwerfallen – daher bilden diese Familien eine spezifische Zielgruppe

der FH, damit ihre Ressourcen gestärkt werden. Dabei bedarf es besonderer Bemühungen, um Familien in schwierigen Lebenslagen zu erreichen und bedarfsgerecht zu unterstützen. Denn gerade den belasteten Familien fehlen oft das Wissen und auch die Kraft, sich Unterstützung aktiv zu erschließen.

Fachkräfte der FH verorten sie sich in einem großen kommunalen Netzwerk mit sehr vielen Kooperationspartnern, die im Grunde alle Institutionen und Einzelpersonen einschließt, die professionell

mit Familien mit jungen Kindern zu tun haben. Sie kommen aus unterschiedlichen Bereichen der Sozialgesetzgebung und wirken in der familiären Gesundheitsförderung von der Schwangerschaft bis zum abgeschlossenen 3. Lebensjahr eines Kindes zusammen. Dazu gehört neben den Schwangerschaftsberatungen und allen Angeboten des Gesundheitswesens insbesondere die Frühförderung (Abb. 1).

Um die FH bundesweit zu etablieren, erfolgte ab 2007 eine Finanzierung durch

Hier steht eine Anzeige.

Abb. 1 ▲ Kooperationspartner der Frühen Hilfen. (Mit freundl. Genehmigung, © Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, alle Rechte vorbehalten)

Abb. 2 ▲ Ansätze der Frühförderung und der Frühen Hilfen auf den unterschiedlichen Ebenen der Prävention und bezogen auf den Lebensabschnitt

das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), seit 2019 als Bundesstiftung. Die Finanzierung besteht aus zwei wesentlichen Komponenten: (1) der Mittelweiterleitung aus der Bundesstiftung an die Kommunen über die Länder (derzeit 50 Mio. €) und (2) der Finanzierung des NZFH mit seinen vielfältigen Aufgaben. Das NZFH ist die Koordinierungsstelle des Bundes für die Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen mit Sitz in Köln. Träger sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München. Die

Aufgaben des NZFH beinhalten die Bereitstellung einer Wissensplattform und den Wissenstransfer, den Auf-, Ausbau und die Weiterentwicklung der FH sowie die Bereitstellung von Qualifizierungsangeboten, fachspezifischen Informationen und Öffentlichkeitsarbeit.

Unterschiede und Übereinstimmungen

Weder in Bezug auf die Frühförderung noch in Bezug auf die FH kann ein gemeinsames, einheitliches System für Deutschland beschrieben werden. Im Ergebnis heißt dies, dass in jeder Kommune

in Deutschland sowohl Frühförderstellen etabliert sind (in Trägerschaft der freien Träger der Eingliederungshilfe) als auch Angebote der FH in unterschiedlichen Organisationsformen und unterschiedlichen programmatischen Schwerpunkten sowie Zielgruppen [21].

Demgegenüber lassen sich große Übereinstimmungen in zentralen Inhalten und konzeptueller Fundierung beider Systeme beschreiben, die sich aus der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz zu Unterstützungssystemen und Interventionen im familiären Setting speisen (Abb. 2). Dazu gehören Familienorientierung, Berücksichtigung des Lebensspannenansatzes, der Bedeutung des Sozialraums und der Bildungschancen.

Familienorientierter Ansatz

Bei der Betrachtung von Kindern, ihrer Entwicklung und ihrer Förderung muss der Blick auch auf das Umfeld gerichtet werden, in dem Kinder leben und aufwachsen. Die kindliche Entwicklung verläuft in einem dynamischen Prozess und in kontinuierlicher Interaktion mit der Familie und dem sozialen Nahfeld. Frühförderung und FH haben sich deshalb schon in ihren frühen Ansätzen systemtheoretisch ausgerichtet und die Familie des jeweiligen Kindes einbezogen, durch die Beratung der Eltern, die Vernetzung der Familie mit anderen sozialräumlichen Angeboten und die Förderung der familiären Beziehungen. Die frühen Bindungserfahrungen des Kindes an einzelne Fürsorgepersonen, aber auch stärkende Verbindungen der Familie im sozialräumlichen Netz können als Grundlage für soziale Kooperationen von Kindern angesehen werden [13].

» Die Familienorientierung der FH und IFF dient der Förderung von Bindung und Autonomie des Kindes

Kinder brauchen zuverlässige Bindungspersonen, die ihnen Schutz und Sicherheit bieten, bei denen sie sich angenommen und geliebt fühlen. Sie brauchen

Hier steht eine Anzeige.

Abb. 3 ◀ Lebensspannenansatz („life course perspective“)

als Gegenpol dazu aber ebenso die Möglichkeit, Kompetenzen zu entwickeln und Autonomie zu erleben. Dies bedeutet die Gewährung von Freiheit und Wahlmöglichkeiten, ohne zu einschränkende Regeln. So können eigene Ziele erkannt und verfolgt werden. Autonomie wird auch als Entwicklungsschritt verstanden, als Übergang zu selbstreguliertem Verhalten, der jedoch nicht unabhängig von der Umwelt geschehen kann und somit sehr beeinflussbar ist. Die Unterstützung von Autonomie ist ein wesentlicher Aspekt von Erziehung und eine notwendige Kompetenz von Bezugspersonen der Kinder. Autonomiebestrebungen können durch übermäßige Kontrolle oder Strafen gehemmt werden. Förderung von Bindung und Autonomie sind deshalb Begriffe, die die Familienorientierung in den FH, aber auch in der Frühförderung bedeutsam machen.

Der Ansatz der gesamten Lebensspanne („life course perspective“) beachtet wirksame Faktoren aus der Herkunft des Individuums sowie die persönlichen Projektionen und Wünsche eines Menschen. Die frühe biologische Programmierung bereits während des intrauterinen Lebens und die soziale Programmierung während der ersten Lebensjahre unterstreichen die Bedeutung der frühen Kindheit im Hinblick auf Gesundheit, Wohlbefinden, Bildung und Teilhabe im weiteren Leben (Abb. 3). Die Unterstützung der Eltern nicht nur als Agenten für eine bessere Versorgung und Förderung der Kinder, sondern als Zielgruppe in ihrem eigenen Recht ergibt eine neue Orientierung, die kind- und elternzentrierte Maßnahmen einschließt.

Gerade bei sehr jungen Kindern sollen die Förderung der Entwicklungspotenziale der Eltern, die Stärkung bei der Umsetzung der eigenen Lebensziele der Eltern und deren Befähigung zur aktiven Teilhabe an der Gesellschaft helfen, ihre eigenen Wünsche nach einer guten Zukunft ihrer Kinder zu verwirklichen. Die Einbindung von Vater und Mutter in ein Netzwerk sowie die Förderung des Gefühls dazuzugehören und verstanden zu werden, sind Voraussetzungen dafür, diese Erziehungsaufgaben bewältigen zu können sowie die grundlegenden kindlichen Bedürfnisse nach Schutz und Förderung der Autonomie befriedigen zu können.

Early intervention services im Alltag

Kindertagesbetreuung und -pflege

Viele aktuelle Studien zeigen, dass eine außerfamiliäre Betreuung bei guter Qualität nicht schlechter ist als die Erziehung in der Familie allein und dass sie bei stark belasteten oder benachteiligten Familien mit einem Vorteil für die Entwicklung und Bildung des Kindes verbunden sein kann [8]. Wenngleich die Initiative für den Ausbau der Tagesbetreuungsangebote für Kinder unter 3 Jahren in Deutschland zunächst arbeitsmarktpolitisch motiviert war, um Frauen eine Berufstätigkeit zu ermöglichen, wurde frühzeitig jedoch auch der mögliche kompensatorische Effekt früher Bildung, Betreuung und Erziehung diskutiert. Nachgewiesenermaßen kann dieser kompensatorische Effekt nur durch eine

fachliche und strukturelle Qualität erreicht werden, die im Vergleich zu Tagesstätten für ältere Kinder deutlich höhere Anforderungen an die baulichen Gegebenheiten, die Ausstattung sowie die fachlichen und persönlichen Kompetenzen der Mitarbeiter*innen stellt. Frühe außerfamiliäre Tagesbetreuung kann ein wichtiges Element der FH sein. Genauere Hinweise gibt die Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (NU-BEKK) aus dem Jahr 2012: Eine frühe und zeitlich ausgedehnte außerhäusliche Betreuung bedeutet kein Risiko für die Bindungsqualität von Kindern, sie kann sogar positive kompensierende Wirkungen bei Kindern aus hochbelasteten familiären Bezügen haben, aber nur, wenn eine hinreichende Betreuungsqualität gegeben ist. Besonders kommt hinzu, dass nachhaltig positive Effekte nur dann erzielt werden, wenn elternzentrierte Interventionen durchgeführt werden [19].

» Außerfamiliäre Betreuung in hochwertiger Qualität kann bei familiärer Belastung kompensierend wirken

Dazu bedarf es der Integration der Krippen und Kindertagesstätten in die Netzwerke der FH und der Absicherung der Qualitätsstandards durch das gesamte Netzwerk. Wichtig ist insbesondere bei vulnerablen Kindern aus benachteiligten Familien und Kindern mit besonderem Versorgungsbedarf, den kompensatorischen Effekt dadurch abzusichern, dass sie Einrichtungen besuchen, in denen Mitarbeiter*innen mit besonders hohen Qualifikationen im Bereich der frühkindlichen Entwicklung und Entwicklungsförderung, Eltern-Kind-Interaktion und Erziehungspartnerschaft arbeiten.

Quartiers-/sozialräumliche Bildungsangebote in der frühen Kindheit

Frühförderung, FH und Frühkindpädagogik können sich in ihren Stärken ergänzen und jeweilige systembedingte

Hier steht eine Anzeige.

Abb. 4 ◀ Netzwerk vor Ort. (Aus [6]; mit freundl. Genehmigung, © NZFH/Ciça Camargo, alle Rechte vorbehalten)

Problemstellen gegenseitig kompensieren. Sie können im Sozialraum mit ihren individuellen Schwerpunkten ineinandergreifen, um Resilienz zu fördern. Resilienz beschreibt Anpassungs- und Entwicklungsprozesse unter Belastung und stresserzeugenden Einflüssen. Sie wird durch entwicklungsförderliche Erfahrungen entwickelt und kann als das Ergebnis positiver Erfahrungen beschrieben werden, „in deren Windschatten sich Fähigkeiten wie Empathie und Selbstkontrolle entfalten und spätere Resilienzprozesse unterfüttern können“ [13]. Resilienz ist damit auch eine Frage der Bildungsangebote für Familien und Kinder. Diese müssen im Sozialraum entwickelt und angeboten werden, und zwar auf eine Art, die als sinnvoll und stärkend von den Familien erlebt wird [4]. Dazu erfordert das Zusammenwirken in den FH auf kommunaler Ebene die Verantwortungsgemeinschaft aller Fachkräfte und der sorgeberechtigten Bezugspersonen mit einer gemeinsamen Zielsetzung. Es gilt individuelle, passgenaue Lösungen für jede Familie zu finden und diese vor Ort umzusetzen. In **Abb. 4** ist ein solches Netzwerk dargestellt. Die Illustration entstammt der Trickfilmsequenz „Ein Netzwerk bilden“ [5].

Hier kann es nicht allein um Bildungsangebote für die Kinder gehen. So weist u. a. das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit folgendermaßen hin:

... Bildung drückt sich außerdem in Wissen und Handlungskompetenz aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungssituationen unterstützen. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen entwickeln. (Bundesministerium für Soziales und Arbeit [2])

Diese Vorgabe macht klar, dass Kinder- und Jugendärzte, insbesondere auch die im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen, die Rolle von Anwälten für die Gesundheitsförderung in der Kommune übernehmen müssen.

Ausblick und Empfehlungen für die Weiterentwicklung

Zwischen den Systemansätzen und Hilfekzepten der Frühförderung und den FH gibt es zahlreiche Überschneidun-

gen. Durch eine gute Kooperation können die in der Frühförderung vorhandenen Kompetenzen genutzt werden, damit dieser Ansatz über die breiteren Zugangswege der FH einer größeren Gruppe von Familien zugutekommen kann.

Die Trennung, die auch durch die verschiedenen Zugänge zu sozialpädiatrischen Zentren (überwiegend SGB V), interdisziplinären Frühförderstellen (überwiegend SGB IX) und den FH (überwiegend SGB VIII) entsteht, stellt eine Schwierigkeit dar, die Leistungen sinnvoll einzusetzen und interdisziplinäre, aber auch interinstitutionelle Zusammenarbeit zu fördern. Aktuell bestehen in der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe und der Gesundheitshilfe in Deutschland nach wie vor geteilte Zuständigkeiten je nach „Art“ der Behinderung. So werden Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) „seelischen Behinderung“ sowie ihre Familien vom Kinder- und Jugendhilfesystem unterstützt, solche mit einer (drohenden) „körperlichen oder geistigen Behinderung“ fallen hingegen in die sachliche Zuständigkeit der Sozialämter (Eingliederungshilfe). Dies führt zu Ungleichbehandlungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die den Diskriminierungsverboten der UN-Behindertenrechtskonvention sowie der UN-Kinderrechtskonvention widersprechen und die aufgelöst werden müssen, wenn die beiden Konventionen in Einklang gebracht und in der Praxis verwirklicht werden sollen [3, 16]. Behinderung wird auch noch heute nicht entsprechend der UN-BRK als Wechselwirkung betrachtet, noch immer wird sie eher dem Kind zugeordnet.

In der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und dem daraus folgenden Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird Behinderung völlig anders definiert: Sie entsteht in der Wechselwirkung zwischen den Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eines Menschen und seinem Kontext bezogen auf seine Teilhabe. Ein Mensch ist also nicht behindert, er wird behindert. Der geforderte Paradigmenwechsel ist noch nicht vollzogen.

Als wichtigste Prinzipien für Gesundheits- und Bildungsförderung werden heute partizipative Ansätze verfolgt, die

Hier steht eine Anzeige.

Eltern, Familien und Kinder nicht mehr als Zielgruppen definieren, sondern als Handlungsakteure, zu denen sich Fachleute sowie Institutionen als Umweltfaktoren der Familien definieren. Kinder- und Jugendärztinnen werden oft als fördernder Umweltfaktor wahrgenommen und können im gemeinsamen Gespräch mit den Familien klären, welche Unterstützung erforderlich ist, und den Eltern helfen, für die Rechte ihres Kindes auf gesundes Aufwachsen, Bildung und Teilhabe einzutreten.

» Zu fordern ist der Paradigmenwechsel: Ein Mensch ist nicht behindert; er wird behindert

Wesentliches Handlungsfeld sowohl der Frühförderung als auch der FH ist deshalb die Lebenswelt der Familien. Dazu gehören v. a. die Familie selbst, aber auch das Quartier, die Kommune, der Kindergarten, die Schule der Geschwister, die Arbeitsstätten der Eltern usw., in denen Menschen ihren Alltag leben.

Präventive Aktivitäten müssen ausgebaut werden, die sektorenübergreifend und lebensweltorientiert sind, als stärkend erlebt werden und auf eine Erhöhung der allgemeinen Bildungs- und Gesundheitskompetenz abzielen.

Die bestehende Fragmentarisierung verhindert die umfassende und integrierte Versorgung von Kindern. Auf der politischen Ebene verlangt dies nach einer ressortübergreifenden Politik für Kinder und ihre Familien, die sowohl auf Bundes- als auch auf Länder- und kommunaler Ebene FH als Querschnittsaufgabe organisiert, d. h. der Umsetzung einer „Health-in-all-policies“-Strategie folgt. Diese Strategie bezieht sich darauf, dass Gesundheit sowohl eine Voraussetzung für ein gelingendes Leben als auch eine Folge von Chancengleichheit und Befähigungsgerechtigkeit ist.

Fazit für die Praxis

- Sowohl für die Frühförderung wie auch die Frühen Hilfen gibt es ausreichende Evidenz zur Wirksamkeit.

- Kinder- und Jugendärzte sollten Familien frühzeitig auf die möglichen Angebote zu Förderung und Unterstützung hinweisen und die Zugänge dazu erleichtern.
- Frühförderung kann ab der Geburt des Kindes bis zum 6. Lebensjahr bei der Eingliederungshilfe der Kommune nach SGB IX von den Eltern beantragt werden. Voraussetzung für die Leistungen ist eine zumindest drohende körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung, die zu einer Behinderung in der Teilhabe führt bzw. führen kann.
- Eine Leistung bei (drohender) Behinderung aufgrund einer seelischen Beeinträchtigung kann bei der Jugendhilfe als Rehaträger nach SGB VIII beantragt werden; die Trennung der Zuständigkeiten nach Behinderungsarten ist reformbedürftig und derzeit Gegenstand der Diskussion.
- Bei vermehrtem psychosozialen Unterstützungsbedarf der Familie können niedrigschwellig unterschiedliche Leistungen durch die kommunal vorgehaltenen Frühen Hilfen genutzt werden, ohne dass eine spezifische Zuweisung oder ein Antrag gestellt werden muss.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Thyen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck,
Deutschland
ute.thyen@uksh.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Thyen und L. Simon geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

Verwendete Literatur

1. Braveman P, Barclay C (2009) Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. *Pediatrics* 124(Suppl 3):S163–S175
2. Bundesministerium für Soziales und Arbeit (2008) Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin, S 102
3. Deutsches Institut für Menschenrechte (2019) Jugendhilfe inklusiv gestalten. Positionspapier. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/jugendhilfe-inklusive-gestalten/>. Zugriffen: 21. Okt. 2019
4. Fritsch T, Oesch T (2008) Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland – Eine ökonomische Bewertung langfristiger Bildungseffekte bei Krippenkindern. Bertelsmann Stiftung; <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/volkswirtschaftlicher-nutzen-von-fruehkindlicher-bildung-in-deutschland-kurzfassung/>. Zugriffen: 23. Jan. 2020
5. <https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/filme-fuer-fachkraefte-und-eltern/guter-start-in-die-familie/trickfilmsequenzen-guter-start-in-die-familie>. Zugriffen: 23. Jan. 2020
6. Lehrfilm *Guter Start in die Familie – Frühe Hilfen verstehen und verwirklichen*, 2014. BZgA. Bestell-Nr.: 16000159; DVD + Begleitheft
7. Lutz R (2014) Soziale Erschöpfung. Kulturelle Kontexte sozialer Ungleichheit. Beltz, Weinheim, Basel
8. Maywald J (2008) Krippenerziehung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. In: Maywald J, Schön B (Hrsg) Krippen: Wie frühe Betreuung gelingt. Beltz, Weinheim, Basel, S 10–48
9. Milner KM et al (2019) Contextual design choices and partnerships for scaling early child development programmes. *Arch Dis Child* 104:S3–S12. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315433>
10. Milner KM et al (2019) Counting outcomes, coverage and quality for early child development programmes. *Arch Dis Child* 104:S13–S21. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315430>
11. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009) NZFH Begriffsbestimmung Frühe Hilfen. NZFH, Köln (Bestelladresse/Download: <https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen>)
12. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014) NZFH Leitbild frühe Hilfen, 1. Aufl. NZFH, Köln (2. Auflage 2016)
13. Opp G, Weiß H (2019) „Kinder im Blick!“ – eine Gedankenskizze zum Thema Peerkultur und ihre Umsetzung im Kontext der Frühförderung. *Padagog Blick*. (im Druck)
14. Renner I, van Staa J, Backes J, Paul M (2019) Ärztebefragung: Frühe Hilfen aus Sicht der Pädiatrie. *Kinderarzt Prax* 90:330–335
15. Sann A, Landua D (2010) Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme bei Jugend- und Gesundheitsämtern. *Bundesgesundheitsz* 53:1018–1028
16. SOCCLES (2019) Appell für inklusive Jugendhilfe. <https://www.socles.org/inklusion-projekte>. Zugriffen: 26. Nov. 2019
17. Spiegler J, Ortfeld S, Herting E, Göpel W, Thyen U (2018) Frühförderung bei sehr kleinen Frühgeborenen in Deutschland. *Monatsschr*

Kinderheilkd. <https://doi.org/10.1007/s00112-018-0517-z>

18. Thyen U, Pott E (2016) Konzepte der Frühen Hilfen in Deutschland. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung-Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 4. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 744–763
19. Tietze W, Becker-Stoll F, Benschel J, Eckhardt A, Haug-Schnabel G, Kalicki B, Keller H, Leyendecker B (Hrsg) (2012) NUBBEK. Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit. Fragestellungen und Ergebnisse im Überblick. <http://www.nubbek.de/media/pdf/NUBBEK%20Broschuere.pdf>. Zugriffen: 30. Okt. 2019
20. Vargas-Barón E, Small J, Wertlieb D, Hix-Small H, Gómez Botero R, Diehl K, Vergara P, Lynch P (2019) Global Survey of Inclusive Early Childhood Development and Early Childhood Intervention Programs. RISE Institute, Washington, DC (<https://www.ecdan.org/assets/global-survey-of-iecdd-and-eci-programs---2019.pdf>)
21. Weiss H, Sann A (2013) Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung. NZFH, Köln (Bestelladresse/Download: <https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen>)

Weiterführende Literatur

22. Hollenweger J, Kraus de Camargo O (2017) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Kinder und Jugendliche. Huber, Bern

Hannes Haberl, Sigrid Weigel, Birgit Griessecke, Uta Kornmeier, Simon Strick Schädel Basis Wissen I

Kultur und Geschichte der chirurgischen Korrektur der Schädelform

Berlin: Kulturverlag Kadmos 2017, 1. Aufl., 288 S., 88 Abb., (ISBN: 978-3-86599-361-8), broschiert, mit Fadenheftung; 24,80 EUR

Welchen Schädel hätten's denn gern? Ein kluger Rundumschlag über die chirurgische Korrektur der Kopfform

Rund 650 Kinder werden in Deutschland jährlich mit verwachsenen Schädelnähten, einer Schädelnahtsynostose (CS) geboren. Nur eine Operation kann dafür sorgen, dass ihre Köpfe gleichmäßig wachsen. Wird die CS früh erkannt, kann ein schonender endoskopischer Eingriff Abhilfe schaffen. Die Verformungen, die bei einer CS entstehen, sind nicht nur medizinisch, sondern auch ästhetisch und psychosozial folgenreich. Schließlich ist der Schädel nicht nur die Verpackung des Gehirns, sondern gibt dem Kopf seine Gestalt.

Das Werk SchädelBasisWissen betrachtet die chirurgische Korrektur der Schädelform mit allen Aspekten. Dabei geht es nicht nur um Diagnose und Operation von Schädelnahtsynostosen sowie die Geschichte des Eingriffs, sondern auch um die kritische Betrachtung von Norm und Normalität. Schließlich müssen Ärzte und Eltern entscheiden, wie das Kind aussehen soll. Das unausgesprochene OP-Ziel ist eine Veränderung der Kopfform von auffällig zu unauffällig.

Die Definition des „Normschädels“ hat eine lange und teils unrühmliche Geschichte, die Sigrid Weigel, Ex-Leiterin des Leibniz-Zentrums für Literatur- und Kulturforschung, beleuchtet. Lange glaubte man, Veranlagungen wie Intelligenz, Gewaltbereitschaft oder Edelmüt an der Kopfform ablesen zu können, und auch in der Rassedefinition spielte der Kopf eine große Rolle. Selbst der Knochen musste sich Schönheitsbehandlungen beugen: So wie in China die Füße band man in Europa die Köpfe von Kindern. In Südamerika klemmte man Kleinkinderköpfe zwischen Hölzer, um breite Schädel zu schaffen. Nicht immer ist Natürlichkeit oder Normalität das Ideal.

Birgit Griessecke behandelt das Phänomen des Andersseins in der Literatur. Wie erle-

ben Betroffene, Außenstehende und Eltern den Alltag mit verformtem oder gar entstelltem Kopf? Der lesenswerte Jugendroman „Wunder“ von Raquel Palacio liefert Beispiele für alle Aspekte. Literarischer wird die Abhandlung über den autobiografischen Erstlingsroman des Literaturnobelpreisträgers Kenzaburo Oe („eine persönliche Erfahrung“). Die Kunsthistorikerin Uta Kornmeier schließlich untersucht Anhaltspunkte für den plastischen Chirurgen wie für Künstler, an denen sich Schönheit, Ästhetik und Norm in Proportionen festmachen lassen.

Medizinisch auf der Höhe, kenntnisreich und gut zu lesen ist das Buch eine gelungene fächerübergreifende Gesamtschau des Phänomens besonderer Schädel aber es ist auch weit mehr als das: Der Neurochirurg Hannes Habers entwickelt aus seiner Praxis Entwürfe für einen besseren Umgang mit von Entstellung bedrohten kleinen Kindern und unter Handlungsdruck leidenden Eltern. Seine Empfehlungen vom Betreten des Krankenzimmers bis hin zum Aufbau einer Ambulanz, die funktional Rücksicht auf die besondere Situation schwieriger Arzt-Patienten-Gespräche nimmt, sind auf viele Gebiete übertragbar.

Ein zweiter Band des Werks (Uta Kornmeier (Hg.): SchädelBasisWissen II. Texte zur Wissensgeschichte eines Knochens, Kulturverlag Kadmos, Berlin 2017, 398 Seiten, 29,80 Euro) umfasst eine grandiose Anzahl von Kornmeier gut kommentierter und eingeführter Texte über den Schädel aus der Antike bis heute.

Jutta v. Campenhausen, Hamburg