

# Der Mutter-Kind-Pass als Früherkennungstool zu Eltern- Kind-Interaktionsstörungen

Brigitte Andre

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Master of Arts in Sozialmanagement  
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2018

ErstbegutachterIn: FH-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr. <sup>in</sup> Sylvia Supper

ZweitbegutachterIn: FH-Prof. Dr. Tom Schmid

## Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei meinem Vorgesetzten, Herrn Bezirkshauptmann Dr. Philipp Enzinger, bedanken. Er hat mir die Teilnahme an dem Masterehrgang für Management im Sozialwesen nicht nur genehmigt, sondern auch erst durch seinen persönlichen Einsatz ermöglicht.

Besonderer Dank gebührt auch der FH St. Pölten für die großartige Unterstützung und der Erweiterung meines Horizontes.

Explizit vor den Vorhang gehören FH-Prof. Mag. Dr. Sylvia Supper deren Betreuung in jeglicher Form unterstützend, fordernd und auch motivierend war und FH-Prof. Mag. Dr. Monika Vyslouzil die keinen Zweifel aufkommen ließ, dass diese Arbeit gelingen würde.

Bedanken möchte ich mich auch bei lieben Arbeitskolleginnen die mir Zuspruch und Ansporn geschenkt haben.

Die niederösterreichische Landesregierung hat diesen Lehrgang für uns Landesbedienstete finanziell stark gestützt und dafür sei herzlich gedankt.

Meine Interviewpartner\*innen haben mir nicht nur ihr Vertrauen, sondern auch ihre Zeit geschenkt und dafür möchte ich mich besonders herzlich bedanken.

Vielen Dank auch an Frau Dr. Sabine Haas von den *Frühen Hilfen*, die mir sehr wertvolle Unterlagen zur Verfügung gestellt hat.

Gedankt sei auch meiner wundervollen Familie, meinem Mann Ing. Thomas Andre und meinen Kindern Markus und Marlies sowie meinen drei großartigen Freundinnen Lisi, Margot und Marianne die an mich geglaubt und mich unterstützt haben.

# Abstract

Psychosoziale Aspekte des Kindes sind im Untersuchungsspektrum des Mutter-Kind-Passes derzeit kaum abgebildet. Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass sich in der frühen Eltern-Kind-Interaktion Warnzeichen für Kindeswohlgefährdungen identifizieren lassen.

Diese Arbeit geht der Forschungsfrage nach *„Inwiefern kann der Mutter-Kind-Pass genutzt werden, um beim Erkennen früher Eltern-Kind-Interaktionsstörungen entsprechende Unterstützungsmaßnahmen anzubieten?“*

Ziel ist es, durch Beantwortung der Forschungsfrage den Mutter-Kind-Pass als wichtigstes Gesundheitsinstrument für Kinder außerhalb rein somatischer Aspekte zu betrachten und die gewonnenen Erkenntnisse den realen gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen in diesem Bereich gegenüberstellen zu können.

Methodisch wurde vorgegangen, indem leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit zwei Expert\*innengruppen geführt wurden (nach Bogner et al.). Eine Gruppe kann als Expert\*innen für frühe Eltern-Kind-Interaktion bezeichnet werden, die zweite Gruppe setzt sich aus niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen zusammen. Die aus den Ergebnissen der Interviews gewonnenen Erkenntnisse wurden qualitativ durch thematisches Kodieren nach Flick ausgewertet und die Resultate beider Gruppen einander gegenübergestellt.

Die Betrachtungen der Ergebnisse zeigen, dass das Wissen um Definition und Bedeutung von früher Eltern-Kind-Interaktion nicht schlüssig ist. Die Intentionen, wie mit Eltern-Kind-Interaktionsstörungen umgegangen werden soll, zeigen sich unkonkret und haben wenig Bezug zum eigenen kinderfachärztlichen Handeln.

---

Psychosocial aspects of the child are currently barely reflected in the examination range of the mother-child pass.

Scientific evidence shows that in the early parent-child interaction warning signs for child endangerment can be identified.

This work addresses the following research question: "To what extent can the mother-child pass be used to provide supportive measures in the detection of early parent-child interaction disorders?"

By answering the research question, the aim should be to consider the mother-child pass as the most important health tool for children outside of purely somatic aspects, and to compare the findings gained to the real health and social policy measures in this area.

The methodology of conducting guideline-based expert interviews with two expert groups (according to Bogner et al.)

was applied.

One group can be described as experts for early parent-child interaction, the second group consists of pediatric nurses.

The insights gained from the results of the interviews were evaluated qualitatively (Flick thematic coding) and the results of both groups compared.

The evaluation of the results shows that the knowledge about the definition and significance of early parent-child interaction is inconclusive. The intentions how to deal with parent-child interaction disorders are unconcrete and have little relation to the pediatric specialists' own acting.

# Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                                           |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung.....</b>                                                                    | <b>7</b>  |
| <b>2</b> | <b>Der Mutter-Kind-Pass.....</b>                                                          | <b>10</b> |
| 2.1      | Geschichte und Entwicklung .....                                                          | 10        |
| 2.2      | Der Mutter-Kind-Pass heute .....                                                          | 11        |
| 2.2.1    | Anspruchsvoraussetzungen .....                                                            | 11        |
| 2.2.2    | Kritik am Mutter- Kind- Pass.....                                                         | 11        |
| <b>3</b> | <b>Der Einfluss der frühen Eltern-Kind-Interaktion als Basis für sichere Bindung</b>      | <b>13</b> |
| 3.1      | Sichere Bindung .....                                                                     | 13        |
| 3.2      | Gestörte Bindungsbeziehungen .....                                                        | 13        |
| 3.3      | Gelungene Eltern-Kind-Interaktion .....                                                   | 15        |
| <b>4</b> | <b>Feinfühliges Verhalten- Grundlage für gelungene Eltern-Kind-Interaktion .....</b>      | <b>17</b> |
| 4.1      | Definition von feinfühligem Verhalten.....                                                | 17        |
| 4.2      | Beurteilung von feinfühligem Verhalten.....                                               | 18        |
| <b>5</b> | <b>Aufsuchende Hilfen für Familien .....</b>                                              | <b>20</b> |
| 5.1      | Aufsuchende Hilfen für Familien im (internationalen) Überblick .....                      | 20        |
| 5.2      | <i>Frühe Hilfen</i> in Österreich.....                                                    | 22        |
| 5.3      | Assoziation von <i>Frühen Hilfen</i> und Eltern-Kind-Interaktionsbeurteilung im MKP ..... | 23        |
| 5.4      | Die Wirkung von <i>aufsuchenden Hilfen</i> .....                                          | 27        |
| <b>6</b> | <b>Methodische Überlegungen.....</b>                                                      | <b>28</b> |
| 6.1      | Qualitative Sozialforschung aus theoretischer Perspektive .....                           | 28        |
| 6.1.1    | Kennzeichen qualitativer Sozialforschung.....                                             | 28        |
| 6.1.2    | Ethik in der Sozialforschung .....                                                        | 29        |
| 6.2      | Das Vorgehen in dieser Arbeit.....                                                        | 30        |
| 6.2.1    | Leitfadengestützte Experteninterviews.....                                                | 30        |
| 6.2.2    | Das Sampling .....                                                                        | 31        |
| 6.2.3    | Thematisches Codieren in der qualitativen Sozialforschung .....                           | 34        |
| <b>7</b> | <b>Ergebnisse.....</b>                                                                    | <b>36</b> |
| 7.1      | Darstellung der Interviews .....                                                          | 36        |
| 7.1.1    | Kompetenzen für die Wahrnehmung von Eltern-Kind-Interaktionsstörungen ....                | 36        |
| 7.1.2    | Ängste und Unsicherheiten .....                                                           | 45        |
| 7.1.3    | Persönliche Einstellung und Wertehaltung versus Fachlichkeit .....                        | 48        |
| 7.1.4    | Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.....                                             | 53        |
| 7.1.5    | Zeit und Geld .....                                                                       | 55        |
| 7.1.6    | Ideen, Wünsche, Vorschläge und Kritik .....                                               | 59        |
| <b>8</b> | <b>Schlussfolgerungen .....</b>                                                           | <b>67</b> |
| <b>9</b> | <b>Quellenverzeichnis.....</b>                                                            | <b>69</b> |

|           |                                                                        |           |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>10</b> | <b>Abbildungsverzeichnis .....</b>                                     | <b>74</b> |
| <b>11</b> | <b>Anhang.....</b>                                                     | <b>75</b> |
| 11.1      | Auswertungsbeispiel.....                                               | 75        |
| 11.2      | Leitfaden zur Befragung der niedergelassenen Kinderfachärzt*innen..... | 78        |
| <b>12</b> | <b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>                                  | <b>81</b> |

# 1 Einleitung

Anfang des Jahres 2016 berichtete eine Kollegin aus der Kinder- und Jugendhilfe über einen dreijährigen Buben, der verwahrlost und ganz alleine in einer vermüllten Wohnung von einem Gerichtsvollzieher aufgefunden worden war. Der Kollegin fiel auf, dass das Kind nicht einmal einen Mutter-Kind-Pass besessen hatte. Daraufhin stellte ich mir die Frage, ob zwischen einer Kindeswohlgefährdung und nicht erfolgten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ein Zusammenhang bestehen könnte.

Die Recherche zu dieser Frage ergab, dass bei Kindern, die von der Kinder- und Jugendhilfe im Kleinkindalter fremduntergebracht werden müssen, häufig Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen fehlen. Diese Erhebungen führte ich in einem Säuglings- und Kleinkinderheim durch, wo bis vor wenigen Jahren alle gefährdeten niederösterreichischen Säuglinge und Kleinkinder untergebracht wurden, bevor sie von Pflegeeltern übernommen wurden bzw. zu den leiblichen Eltern zurückkonnten, sowie bei den in NÖ seit einigen Jahren etablierten Krisenpflegeeltern. Da der finanzielle Schaden bei nichterbrachten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen relativ groß ist (vgl. KBGG 2018, §7) gibt es kaum nachvollziehbare Gründe, diese nicht durchführen zu lassen. Aus der Aktenlage war ersichtlich, dass die Hauptgründe für das Einschreiten der Kinder- und Jugendhilfe in einer allgemeinen Überforderung durch eine Mehrkindbelastung, psychischen Krankheiten und schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen zu finden sind. Diese Umstände führen dazu, dass die Eltern nicht in der Lage sind den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden und unter anderem auch dazu, dass die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nicht durchgeführt werden. Fehlende Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen können also auf eine Kindeswohlgefährdung hinweisen.

Im Zuge der Recherchearbeit stieß ich auf die Information, dass das deutsche Pendant zum österreichischen Mutter-Kind-Pass, das Kinderuntersuchungsheft, ab dem Jahr 2017 vorsah, die Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie die Beurteilung psychosozialer Entwicklungsaspekte in den Rahmen der Untersuchungen zu integrieren (vgl. G-BA 2015, S. 1f)

„Als ein wesentliches Element der Früherkennungsuntersuchungen wird die Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson in den Fokus genommen. Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion können zu Störungen in der Entwicklung mit emotionaler Unter- oder Überforderung des Kindes, aber auch zu mangelndem Schutz, mangelnder Pflege bis hin zu manifester oder drohender Vernachlässigung und/oder Misshandlung durch die Eltern führen. Die Beobachtung solcher Auffälligkeiten durch den Kinderarzt in Kenntnis der Entwicklung des Kindes, der möglicherweise vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren der Familie und der

klinischen Interaktionsbeobachtung des Kindes im Beisein primärer Bezugspersonen kann von hohem präventiven Wert in Hinblick auf das Kindeswohl sein“ ( G-BA<sup>1</sup>, 2015).

Die Vorstellung, Eltern und Kinder im Rahmen einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung identifizieren zu können, die ein problematisches Interaktionsmuster aufweisen, und ihnen frühzeitig Unterstützung anbieten zu können, ist für eine Sozialarbeiterin der Kinder- und Jugendhilfe ein durchwegs positiver Gedanke. Deshalb drängte sich die Frage auf, ob der österreichische Mutter-Kind-Pass ebenso geeignet wäre, Interaktionsstörungen zu erkennen. Somit war das Thema für meine Masterarbeit gefunden. In Deutschland erwartet ich erste Modelle zur Umsetzung dieser Idee. Dazu suchte ich Informationen beim deutschen gemeinsamen Bundesausschuss. Die Recherche ergab, dass die Durchsetzung dieser Erneuerung der Vorsorgeuntersuchungen politisch gewollt war und keiner Nutzwertanalyse unterzogen worden war. Vom Bundesausschuss wurde ich an einen berufspolitisch sehr engagierten Kinderfacharzt verwiesen, der mir telefonisch Auskunft über seine Sicht zu den Erneuerungen mitteilte. Er gab an, mit der Entwicklung nicht zufrieden zu sein. Es gab keine zusätzlichen Fortbildungen für die Ärzt\*innenschaft, er erachte das Konzept als nicht gut durchdacht. Es könne mir keine Forschungsergebnisse zur Verfügung stellen, auf deren Grundlage man die Sinnhaftigkeit dieser Erneuerungen im Kindervorsorgeheft festmachen kann.

Die mageren Ergebnisse dieser Recherche waren für mich sehr unbefriedigend, da der Idee für diese Masterarbeit die Forschungserkenntnisse der Bundesrepublik über die Sinnhaftigkeit eines neuen Kindervorsorgeheftes vergleichend zugrunde gelegt werden sollten. Trotzdem wollte ich an meiner Forschungsfrage festhalten: *„Inwiefern kann der Mutter-Kind-Pass genutzt werden, um beim Erkennen früher Eltern-Kind-Interaktionsstörungen entsprechende Unterstützungsmaßnahmen anzubieten“?*

Als Sozialarbeiterin der Kinder- und Jugendhilfe bin ich immer wieder mit Kindern konfrontiert, die Gewalt erleben, vernachlässigt werden, mangelernährt werden, alleine gelassen werden und deren grundlegende Bedürfnisse nicht befriedigt werden. Vieles davon ist sichtbar. Sichtbar, wenn Familien zu Hause aufgesucht werden, sichtbar, wenn Eltern gefragt werden, wie sie ihr Kind erleben, sichtbar, wenn man sieht, wie Kinder auf ihre Eltern reagieren und Eltern mit ihren Kindern umgehen.

Der Mutter-Kind-Pass ist ein in Österreich gesellschaftlich sehr akzeptiertes Instrument der Vorsorgeuntersuchung. Die Beteiligungsrate am Mutter-Kind-Pass ist sehr hoch und lag im

---

<sup>1</sup> Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gebildet von der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Der G-BA legt in Richtlinien fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Das Gelbe Heft ist eine Anlage der Kinder-Richtlinie des G-BA. Weitere Informationen finden Sie auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

Jahr 2013 bei fast 94% (vgl. Lipp 2013, S.8). Umso erstaunlicher ist es, dass der Mutter-Kind-Pass bei der Identifizierung von psychosozialen Belastungen von Kindern keine oder nur eine sehr geringe Rolle spielt. Offenkundige Körperverletzungen würden zwar im Rahmen einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung transparent werden, aber Eltern brauchen bloß der Untersuchung fernbleiben, um etwaige Verletzungen zu verbergen. Sie müssen zwar finanzielle Einbußen in Kauf nehmen, eine Überprüfung des Kindeswohls hat das aber nicht zur Konsequenz (vgl. KBGG 2018, §7).

Diese Arbeit wurde im Masterlehrgang für Sozialmanagement verfasst und kann keinen psychologischen oder medizinischen Einblick in die Materie anbieten. Ein Verständnis für die Begrifflichkeiten ist aber Voraussetzung, um über Eltern-Kind-Interaktionsdiagnostik im Mutter-Kind-Pass, eine sozialpolitische Auseinandersetzung zu führen.

Das erste Kapitel widmet sich dem Gesundheitsinstrument Mutter-Kind-Pass, seiner Geschichte und den Anspruchsvoraussetzungen.

Der Einfluss der frühen Eltern-Kind-Interaktion gilt als Basis für sichere Bindung, dieser Aspekt wird in einem weiteren Kapitel beleuchtet.

Grundlage für gelungene Eltern-Kind-Interaktion ist *feinfühliges Verhalten* der Bezugspersonen. Wie feinfühliges Verhalten definiert und beurteilt wird, soll hier erklärt werden. *Aufsuchende Hilfen* gelten als besonders effektiv in der frühen Kindheit bei Risikogruppen im sozialmedizinischen Bereich. *Aufsuchende Hilfen* im Allgemeinen und *Frühen Hilfen* im Speziellen wird auch ein Kapitel gewidmet.

Der empirische Teil dieser Arbeit soll die unterschiedlichen Sichtweisen aufzeigen, wie eine Interaktionsbeobachtung in Rahmen einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung von den Expert\*innen beurteilt wird.

Das Kapitel Schlussfolgerungen soll einen kurzen Überblick über die Ergebnisse und Raum für Empfehlungen bieten.

In den letzten zwei Jahren der intensiven wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Gesundheitsinstrument Mutter-Kind-Pass bin ich zur Überzeugung gelangt, dass das Tool Potential hat, um hochbelastete Familien zu identifizieren und dadurch die psychosozialen Lebensumstände und psychosozialen Belastungen der Kinder zu verbessern.

Vielleicht können die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit ein wenig dazu beitragen.

## 2 Der Mutter-Kind-Pass

### 2.1 Geschichte und Entwicklung

„Der Mutter-Kind-Pass war eine der bahnbrechenden Entwicklungen auf dem Sektor Public Health und hat durch die umfassende Betreuung von Mutter und Kind ab dem Zeitraum Schwangerschaft eine segensreiche Entwicklung genommen, die sich unschwer an den Parametern „Abnahme der Säuglingssterblichkeit“ und „Müttersterblichkeit“, festmachen lässt.“ (Kunze 2007, S. 40)

1973 wurde die Österreichische Gesellschaft für Perinatale Medizin gegründet. Federführend daran beteiligt waren die Professoren Kurt Baumgarten als Geburtshelfer, Otto Thalhammer als Neonatologe und Otto Mayrhofer-Krammel als Anästhesist. Gesundheitsministerin Ingrid Leodolter veranlasste, dass Abteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie installiert wurden und die Geburtshilfe nicht mehr von den Chirurgen durchgeführt wurden. (vgl. Leodolter 2014, S. 10)

Der Sozialpädiater Hans Czermak entwarf den Mutter-Kind-Pass, der unter Gesundheitsministerin Ingrid Leodolter 1974 eingeführt wurde. Das große Ziel war, die Säuglingssterblichkeit zu reduzieren. Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen wurden allen Schwangeren und Kindern angeboten, unabhängig vom Versicherungsstatus und ohne Kosten bei der Inanspruchnahme. (vgl. Popow 2009, S. 24)

Das Schwerpunktprogramm „Perinatalogie und Neonatologie“ gemeinsam mit dem Mutter-Kind-Pass mündete in einem Erfolgsprogramm. „In den ersten fünf Jahren ab Einführung des Mutter-Kind-Passes nahmen die perinatale Mortalität und die Säuglingssterblichkeit um jeweils knapp 40 Prozent ab. Man kann hier wohl von einer der größten Erfolgsgeschichten in der Medizin sprechen“ (Leodolter 2014, S. 13).

1987 wurde die Geburtenbeihilfe eingeführt. Diese betrug insgesamt 15.000 Schilling. Voraussetzung für die Auszahlung in voller Höhe war der Nachweis der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

1996 erfolgte eine ersatzlose Streichung dieser Beihilfe. Die Folge war ein Rückgang der Beteiligungsraten am Mutter-Kind-Pass. Es erfolgte ein Aufschrei, die Maßnahme wurde als eine der größten gesundheitspolitischen Fehlleistungen der letzten Jahre bezeichnet und dass der Mutter -Kind-Pass dadurch entwertet werde. (vgl. Plass 2001, S. 87)

Um dem Beteiligungsrückgang entgegen zu wirken, führte man 1997 einen Mutter-Kind-Pass Bonus in der Höhe von 145,40 Euro ein. Im Jahr 2002 wurde er abgeschafft. Seitdem ist die

Absolvierung der vorgeschriebenen Untersuchungen im Mutter-Kind-Pass an die Höhe des Kinderbetreuungsgeldes gekoppelt. (vgl. Österreichischer Familienbericht 1999, S. 443-444)

## 2.2 Der Mutter-Kind-Pass heute

Der Mutter-Kind-Pass ist ein Screeningprogramm, welches Untersuchungen an vorwiegend Gesunden durchführt. (vgl. Lipp 2013, S. 1)

In der Schwangerschaft sind fünf ärztliche Untersuchungen vorgesehen. Innerhalb der 18.-22. Schwangerschaftswoche kann eine freiwillige Hebammenberatung erfolgen.

In den ersten 14 Lebensmonaten des Kindes sind fünf ärztliche Untersuchungen vorgeschrieben. Sollten diese Untersuchungen nicht innerhalb des vorgegebenen Zeitraumes erfolgen, hat das eine Kürzung des Kinderbetreuungsgeldes zur Folge. Fehlt auch nur eine Untersuchung oder wurde sie nicht rechtzeitig nachgewiesen, so werden vom Kinderbetreuungsgeld 1.300 Euro abgezogen. Beziehen beide Elternteile Kinderbetreuungsgeld, erfolgt der Abzug von 1.300 Euro auch bei beiden. (vgl. help.gv.at)

### 2.2.1 Anspruchsvoraussetzungen

Für einen Anspruch auf den Mutter-Kind-Pass ist keine österreichische Staatsbürgerschaft Voraussetzung. Grundsätzlich sind die Untersuchungen für Versicherte kostenlos, sofern sie von eine\*r Vertragsärzt\*in durchgeführt werden. „Nicht krankenversicherte Frauen müssen sich vor Inanspruchnahme einer Untersuchung von der Gebietskrankenkasse, die für den Wohnort zuständig ist, einen Anspruchsbeleg ausstellen lassen. Mit diesem Beleg können dann bei einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt des Krankenversicherungsträgers die jeweiligen vorgesehenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen kostenlos durchgeführt werden“ (help.gv.at).

### 2.2.2 Kritik am Mutter- Kind- Pass

Der Mutter-Kind-Pass ist in erster Linie organmedizinisch orientiert.

Dies ist einer der wichtigsten Kritikpunkte am Mutter-Kind-Pass. Das Krankheitsspektrum der Kinder ist zunehmend weniger von somatischen, sondern von psychischen Störungen geprägt. Diese sind zu einem hohen Anteil durch die psychosozialen Lebensumstände und der psychosozialen Belastungen der Kinder bedingt. Trotzdem gibt es bislang keine Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, die sich ausschließlich dem psychosozialen Bereich widmet. (vgl. Damm/Migitsch 2009, S. 1).

Die reale Gesundheitsgefährdung von Kindern wird im Mutter-Kind-Pass nicht abgebildet. 1/3 der motorischen Störungen, 2/3 der kognitiven Auffälligkeiten und 4/5 der sozio-emotionalen Auffälligkeiten lassen sich auf psychosoziale Risiken in der Lebenswelt der Kinder zurückführen. (vgl. Damm/ Migitsch 2009, S. 2).

## 3 Der Einfluss der frühen Eltern-Kind-Interaktion als Basis für sichere Bindung

### 3.1 Sichere Bindung

Neugeborene und Säuglinge sind auf die Fürsorge ihrer Bezugspersonen angewiesen. In welcher Form es Eltern (oder anderen Bezugspersonen) gelingt, sich den Kindern gegenüber fürsorglich zu zeigen, ist die Grundlage vieler Bindungstheorien. Sobald für das Kind eine innere oder äußere Gefahr auftaucht, wird unser Bindungsverhalten ausgelöst. Gelingt es Eltern, im ersten Lebensjahr ihres Kindes verlässlich auf dessen Bedürfnisse einzugehen, dann entwickelt es zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat eine sichere Bindungsbeziehung (vgl. Ascherleben 2008, S. 298).

Nach der Definition von Mary Ainsworth ist Bindung ein emotionales Band, das sich dadurch auszeichnet, dass besonders in belastenden Situationen Nähe zu bestimmten Personen gesucht wird (vgl. Crittenden, 2003, S. 36).

Für Patricia Crittenden ist „Bindung das Verhalten, das entsteht, wenn sich ein Individuum bedroht fühlt und sich zum Schutz und Trost an jemanden wendet, der älter, stärker und klüger ist. Es ist die Strategie des Individuums, die bei einem anderen Fürsorgeverhalten hervorruft, wenn es sich nicht in der Lage dazu fühlt, für sich selbst zu sorgen“ (Crittenden 2003, S. 37).

### 3.2 Gestörte Bindungsbeziehungen

Reagieren die Bezugspersonen auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes mit Zurückweisung, entwickelt der Säugling ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten. Das bedeutet, dass der Säugling Nahe-Wünsche wenig intensiv äußert. Dies führt allerdings beim Säugling zu einer erhöhten Stressbelastung. Werden die Bedürfnisse des Säuglings manchmal wahrgenommen und erfüllt, ein anderes Mal aber mit Zurückweisung beantwortet, entwickelt sich ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster. Diese Kinder sind auch nach einer kurzen Trennung von den Bezugspersonen kaum zu beruhigen. Dabei können sie auch gegen die Bezugsperson aggressiv werden und strampeln und treten. (vgl. Brisch 2007, S. 225)

Wie nachhaltig die negativen Auswirkungen für die Entwicklung von Kindern sein können, wenn die Bindungsbeziehung zur Gänze gestört ist, wurde vielfach untersucht; etliche empirisch überprüfbare Hypothesen konnten davon abgeleitet werden. Sowohl positive als auch negative Bindungserfahrungen werden in späteren Lebensphasen auf andere Menschen übertragen (vgl. Braun et al. 2009, S. 53). Nicht nur das Verhalten, sondern auch die

Entwicklung des Gehirns und das Wachstum von Kindern werden durch Bindungsbeziehungen beeinflusst. Mitte des 20. Jahrhunderts wurde der erste medizinische Bericht verfasst, der einen Zusammenhang zwischen vernachlässigten Kindern und Minderwuchs herstellte. Heute wird diese Entwicklungsstörung als psychosozialer Minderwuchs bezeichnet (vgl. Johnson 2006, S. 138f). Die neuronalen Schaltkreise des Gehirns, besonders die Areale, die für das emotionale Verhalten und auch für Lernprozesse zuständig sind, sind in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, wenn Kinder kein adäquates Bindungsangebot bekommen. Beobachtungen von Rene Spitz bei Heimkindern ließen deutlich erkennen, dass das fehlende Beziehungsangebot zu Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen bis hin zum Hospitalismus führte. (vgl. Braun et al. 2009, S. 53)

Als Sozialarbeiterin der Kinder- und Jugendhilfe kann ich aus eigener Wahrnehmung von schwer hospitalisierten und deprivierten Kindern berichten, die in den 1990er-Jahren aus rumänischen Kinderheimen nach Österreich adoptiert wurden. Viele Adoptiveltern wurden mit massiven Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten und Schulproblemen der Adoptivkinder konfrontiert. Mittlerweile gibt es aus Rumänien kaum Adoptionen, aber die Kinder- und Jugendhilfe ist häufig mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt, wo sich die Adoptivwerber der Betreuungsaufgabe nicht mehr gewachsen sehen und die Kinder und Jugendlichen in Heimen oder psychiatrischen Einrichtungen untergebracht werden müssen. In der Regel wird bei diesen Kindern eine Bindungsstörung diagnostiziert.

Pflegeeltern, die Kleinkinder in Dauerpflege übernehmen, sind häufig mit auffälligem Bindungsverhalten von den Pflegekindern konfrontiert. Dies ist natürlich im Ausmaß nicht mit den deprivierten Heimkindern aus Rumänien in den 90er Jahren vergleichbar. Trotzdem kann eine professionelle Unterstützung für Pflegeeltern nach der Aufnahme des Kindes sehr hilfreich sein. Die Bezirkshauptmannschaft Mödling ermöglichte einigen Pflegefamilien, die 3- bis 4-jährige Kinder in Pflege genommen hatten, aufsuchende Beratung einer Therapeutin und Safe-Mentorin<sup>2</sup>, die für das auffällige Bindungsverhalten des Kindes Erklärungen anbieten konnte und dadurch das Verständnis der Pflegeeltern erarbeiten konnte. Dies ermöglicht den Pflegeeltern, dem Kind das richtige Angebot zu machen, um sich sicher und geborgen zu fühlen und die Reaktionen des Kindes richtig einzuordnen.

Besonderer Unterstützungsbedarf besteht auch bei psychosozial hochbelasteten Familien (vgl. Ziegenhain/Fegert 2008, S. 7).

---

<sup>2</sup> Safe ist ein Programm zur Förderung sicherer Bindung zwischen Eltern und Kind und wurde von Prof. Dr. Med. Karl Heinz Brisch, dem Kinder- und Jugendpsychiater und Bindungsforscher entwickelt. (vgl. [safe-programm.de](http://safe-programm.de) 2018)

Psychosozial hochbelastete Familien sind z. B. durch psychiatrische Krankheiten, Gewalt, finanzielle Probleme, Trennungssituationen oder durch problematische Wohnverhältnisse gekennzeichnet. „Frühe und dezente Warnzeichen von Kindeswohlgefährdungen lassen sich jedoch in der Beziehung und Interaktion mit den Eltern identifizieren“. (Ziegenhain/Fegert 2008, S. 7).

Zahlreiche Untersuchungen, die mit Hilfe des Care-Index<sup>3</sup> durchgeführt wurden, konnten bei folgenden Personen ungünstige Interaktions-Ergebnisse ermitteln:

- Depressive Mütter
- Adoleszente Mütter
- Mütter mit psychiatrischen Störungen
- Mütter mit kognitiven Auffälligkeiten
- Mütter mit wenig sozialer Unterstützung
- Mütter mit Drogenmissbrauch
- Misshandelte Mütter
- Vernachlässigende Mütter
- Mütter mit unsicherer Bindungsrepräsentation
- Mütter, die keine Einsicht in ihre Störung haben
- Mütter mit wenig kommunikativem Verhalten ihren Kindern gegenüber (vgl. Lengning 2009, S. 65f)

### 3.3 Gelungene Eltern-Kind-Interaktion

„Die Charakteristika der frühkindlichen Lern- und Erfahrungsprozesse im Verlauf der Entstehung der emotionalen Eltern-Kind-Bindung, die Geschwindigkeit des Lernvorgangs und die Nachhaltigkeit, mit der sie im Gedächtnis haften bleiben, lassen einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Grad der frühkindlichen geistigen Förderung und der Qualität des emotionalen Umfelds einerseits und den späteren intellektuellen und sozio-emotionalen Fähigkeiten andererseits vermuten“ (Brisch et al. 2009, S. 55).

Eine gelungene Eltern-Kind-Bindung und Interaktion macht Kinder also klüger und lässt sie mit emotionalen Lebensbereichen besser umgehen. Sicher gebundene Kinder können ihrem Bedürfnis nach Autonomie und Exploration besser nachkommen. Sie wissen, dass sie die Welt erkunden können, ihnen Grenzen gesetzt werden und sie nach ihrer Entdeckungsreise in einen sicheren Hafen zurückkehren können (vgl. Ascherleben 2008, S. 298).

---

<sup>3</sup> „Beim Care-Index handelt es sich um ein Screening-Verfahren, welches es ermöglicht, die Qualität der Interaktion zwischen einem Kind und einem Erwachsenen einzuschätzen.“ (Lengning 2009, S. 7)

Um die Entwicklung sicherer Bindung zu fördern, ist eine feinfühligke Eltern-Kind-Interaktion erforderlich.

Das elterliche Verhalten ist aus der Perspektive des Säuglings zu bewerten. Die Eltern brauchen die Fähigkeit, ihrem Kind Umweltbedingungen zur Verfügung zu stellen, die es dem Kind ermögliche, mit Vertrauen auf seine Umwelt zuzugehen, Regeln zu erlernen, neugierig zu bleiben, kommunikativ zu sein und sein Explorations- und Selbstwirksamkeitsbedürfnis zu stillen. (vgl. Papousek 2001, S. 3).

Entscheidend für die Basis von Bindung, Beziehung und Individualität ist die vorsprachliche Kommunikation in der Eltern-Kind-Interaktion – die Bewältigung und das Verständnis der Bedürfnisse des Kindes beim Stillen, Füttern, Schlafenlegen und Beruhigen sowie im Zwiegespräch und beim Spielen. Gelingt dies, belohnt das Kind die Eltern durch Signale wie Anlächeln und Anschmiegen und bestärkt dadurch die Eltern in ihren Interaktionsmustern. (vgl. Papousek 2001, S. 9f).

Dieses System der positiven Bestärkung ist aber nicht resistent gegenüber Störungen oder Irritationen. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Einerseits passiert dies durch Eltern mit hochbelastetem familiären Hintergrund (vgl. Papousek, S. 11), andererseits durch eine Behinderung des Kindes oder einen „schwierigen Säugling“, der sich reifungs- oder temperamentsbedingt nur schwer beruhigen lässt, häufig schreit und für die Eltern nur unverständliche Signale aussendet. Dies alles kann die Interaktionsmuster aus den Fugen geraten lassen (vgl. Papousek 2001, S. 13f). Diese negative Spirale beschreibt Helga Papousek „als dysfunktionale Entgleisung der Eltern-Kind-Kommunikation“ (Papousek 2001, S. 1).

Gelungene Eltern-Kind-Interaktion ist die Basis für sicherere Bindung. Diese ist für uns Menschen universal, damit wir geschützt werden und unsere Nachkommen schützen. Für Kinder haben Bindungen auch den Zweck, sie zu beruhigen, sobald sie sich unsicher fühlen. Die Bindungen ermöglichen auch den Eltern, ihren Kindern zu vermitteln, wie diese ihre geistigen Fähigkeiten einsetzen können, um sich und später auch ihre eigenen Nachkommen schützen zu können (vgl. Crittenden 2003, S. 42).

## 4 Feinfühliges Verhalten- Grundlage für gelungene Eltern-Kind-Interaktion

### 4.1 Definition von feinfühligem Verhalten

Eltern, die feinfühliges Verhalten zeigen, können die Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen, sie richtig interpretieren und sowohl angemessen als auch prompt darauf reagieren (vgl. Ainsworth 2003, S. 414).

Die Entwicklung des Kindes vollzieht sich in fortwährender Interaktion mit seinem Umfeld, hauptsächlich mit seiner primären Bezugsperson. Das bedeutet, dass schon der Säugling stark die Interaktionsmuster mitgestaltet. Funktioniert die Eltern-Kind-Interaktion, dann bestärken sich das Kind und die Hauptbezugsperson gegenseitig in dem, was sie tun. Das Baby weint, weil es Hunger hat. Die Bezugsperson interpretiert das richtig und füttert das Kind. Das Baby hat die Erfahrung gemacht, dass seine Bedürfnisse von den Bezugspersonen gestillt werden. Ein enger zeitlicher Zusammenhang ist wichtig für den Säugling. Er muss erkennen können, dass die Reaktion der Bezugsperson mit seiner Bedürfnisäußerung in Zusammenhang steht. (vgl. Grossmann 2008, S. 32) „Umgekehrt bedeutet dies, dass die Qualität elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenz eine zentrale Informationsquelle für die Einschätzung von Risiken bei (drohender) Kindeswohlgefährdung ist“ (Ostler/Ziegenhain 2007, S. 68).

Versteht die Bezugsperson die Signale des Kindes nicht oder zu spät, lernt das Kind, dass seine Bedürfnisäußerung nicht funktioniert und Missverständnisse zwischen Eltern und Kind können die Folge sein. „Nahezu alle feinfühligen Antworten liegen im Bereich von unter 3 Sekunden, meist sogar nur 2 Sekunden und kürzer“ (Grossmann 2001, S. 36).

Jede künftige Interaktion ist von der Erfahrung der vorherigen geprägt, deshalb hat die frühe Eltern-Kind-Interaktion so eine große Bedeutung für die Entwicklung des Kindes, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne. Die stetige Erfahrung des Säuglings, bei Unwohlsein oder Übererregung getröstet zu werden, führt dazu, dass sich das Kind selber besser beruhigen kann und deshalb weniger oft weint (vgl. Ziegenhain/Fegert 2008, S. 19).

Grundsätzlich bringen Neugeborene erstaunliche Fähigkeiten mit, um sich selbst regulieren zu können und ihr Umfeld zu motivieren, sich um sie zu kümmern. Ihr Äußeres (das Kindchenschema), sich anzuschmiegen und zu weinen, bringt Erwachsene dazu, die Nähe des Kindes zu suchen und dort zu bleiben. Durch das Saugen an den Fäusten sowie daran, Hände und Füße zu falten, können sich Säuglinge in einen Zustand der Aufmerksamkeit

versetzen. In diesem Zustand registrieren sie besonders gut Gesichter und Stimmen, ganz besonders die der Mutter (vgl. Ziegenhain/Fegert 2008, S. 23).

#### 4.2 Beurteilung von feinfühligem Verhalten

Feinfühliges Verhalten ist nicht schlicht als warmer, mütterlicher Persönlichkeitsstil zu verstehen.

Die Beurteilung von feinfühligem Verhalten ist äußerst komplex und führt leicht zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen. Feinfühliges Verhalten bezieht sich darauf, auf welches Signal des Säuglings die Bezugsperson reagiert, und in welcher Art und Weise sie das tut. Die angemessene Reaktion ist abhängig vom Alter des Kindes, von der Individualität, vom Kontext und von kulturell bestimmten Merkmalen (vgl. Papousek 2006, S. 62).

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm gab im Jahr 2008 ein Manual für Fachkräfte im Gesundheitswesen heraus. Dieses Manual soll das Personal in Ordinationen und Klinken darauf sensibilisieren, wenig oder überhaupt nicht feinfühliges Verhalten von Eltern zu erkennen. Das Handbuch ist fachlich fundiert aufgebaut und mit Fotos leicht verständlich gemacht. Zudem wurde eine CD-ROM beigelegt, wo anhand von Videobeispielen gezeigt wird, wie bedenkliches oder unbedenkliches Verhalten von Eltern und Kind einzuordnen ist.

Elterliche Feinfühligkeit lässt sich mittels dreier Kriterien einordnen:

- „Inwieweit Eltern in der Lage sind, die Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, sie angemessen zu interpretieren und sowohl angemessen als auch prompt darauf zu reagieren.
- Inwieweit der Verhaltensausdruck der Eltern auf den jeweiligen Verhaltensausdruck des Kindes abgestimmt ist (Lächeln des Kindes wird aufgegriffen und erwidert vs. keine Erwidern bei ausdruckslosem Gesichtsausdruck, weinendes Kind wird getröstet vs. keine Reaktion bei ausdruckslosem Gesichtsausdruck oder ärgerliche Reaktion).
- Emotional negativer Verhaltensausdruck
  - inwieweit und wie ausgeprägt und häufig Eltern ärgerliches, feindseliges und/oder aggressives Verhalten im Umgang mit dem Kind zeigen.
  - inwieweit und wie ausgeprägt und häufig Eltern emotional flaches, verlangsamtes Verhalten oder ein ausdrucksloses Gesicht zeigen“ (Ziegenhain/Fegert et al. 2008, S. 39)

Elterliche Feinfühligkeit lässt sich kategorisieren. Sie kann von sehr feinfühlig und feinfühlig über wenig feinfühlig bis überhaupt nicht feinfühlig eingeordnet werden.

Anhand von Demovideos können die Benutzer\*innen des Manuals ihre Einschätzung über die Feinfühligkeit von Eltern mit Hilfe eines Lösungsheftes überprüfen.

Um zu beurteilen, ob Eltern angemessen auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren, ist es notwendig, den Gemütszustand des Kindes einordnen zu können. Anhand von Fotos wird erläutert, wie sich ein offenes und aufmerksames Kind verhält oder wie sich ein belastetes Kind verhält, welches sich nicht mehr alleine regulieren kann (vgl. Ziegenhain et al. 2008, S. 42ff).

Diese Informationsbroschüre für medizinisches Personal in Krankenhäusern und Ordinationen soll als Anleitung zur Interaktionsbeobachtung über gelingendes bzw. weniger gelingendes Verhalten von Eltern gegenüber ihren Kinder dienen.

Der bekannte Säuglingsforscher Daniel N. Stern (vgl. Stern 1998, S. 86) berichtete von einer Gruppe sehr qualifizierter, in ihrer psychiatrischen Fortbildung fortgeschrittenen Assistenzärzt\*innen, welche die Mutter-Kind-Interaktionen nur sehr miserabel einzuschätzen vermochten. Dass Fortbildung in diesem Bereich für diese Zielgruppe notwendig ist, zeigt auch der empirische Teil dieser Arbeit.

## 5 Aufsuchende Hilfen für Familien

Die Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion im Mutter-Kind-Pass macht nur dann Sinn, wenn im Anschluss entsprechende Beratungs- und Betreuungsangebote für Familien folgen. Im deutschen Kinderorsorgeheft wird explizit auf das Angebot der *Frühen Hilfen* hingewiesen (vgl. G-BA 2016, S. 18). Da sich die *Frühen Hilfen* in Österreich derzeit sehr stark etablieren (vgl. GÖG 2016, S. 1), wird dieses Angebot der aufsuchenden Hilfen beispielgebend in Kapitel 5.2 vorgestellt. Interessant ist aber auch ein genereller Überblick über aufsuchende Hilfen im Bereich von Eltern-Kind-Programmen, und zwar über die Effizienz, die Kosten, die Ausbildungsanforderungen und die Wirksamkeit.

### 5.1 Aufsuchende Hilfen für Familien im (internationalen) Überblick

Für aufsuchende Hilfen für Familien mit Kindern gibt es prinzipiell zwei Zugangsweisen: entweder werden Betreuungsmaßnahmen für alle Familien mit Kleinkindern angeboten oder es gibt Unterstützungsangebote für differenzierte Zielgruppen wie z. B. Familien mit psychosozialen Belastungsfaktoren. In einigen Ländern wie Großbritannien und den nordeuropäischen Ländern gibt es ein Health-Visiting- und Public-Health-Nursing-Konzept. Dies ist ein standardmäßig angebotenes Eltern-Kind-Programm, das Hausbesuche und Betreuung von grundsätzlich allen Familien vorsieht (ohne eine spezielle Ausrichtung in Bezug auf Familien mit besonderen Belastungen). Diese aufsuchenden Hilfen sehen sich als Universalangebot, das allen Familien zur Verfügung steht (vgl. LBI 2012, S. 25f).

Kontrastierend gibt es Programme im Bereich der aufsuchenden Hilfen, die einer bestimmten Zielgruppe zur Verfügung stehen, die nach einem vorausgegangenen Screening für bestimmte Risikofaktoren ausgewählt werden. Dies können z. B. hochbelastete Familien mit sozio-ökonomischen Belastungsfaktoren oder Familien mit frühgeborenen Kindern sein (vgl. LBI 2012, S. 27).

Diesem Bereich der aufsuchenden Hilfen möchte ich das Hauptaugenmerk widmen. Die Bewertung von Eltern-Kind-Interaktionsproblemen im Mutter-Kind-Pass würde das oben erwähnte Screening darstellen. Aufgrund dieser Mutter-Kind-Pass-Untersuchung sollten Familien mit einem erhöhten Betreuungsbedürfnis in der Interaktion identifiziert werden und geeigneten Unterstützungsmaßnahmen zugeführt werden. Welche Voraussetzungen dafür notwendig sind, um hochbelastete Familien zu erkennen, soll aus den bereits vorhandenen Studien rückgeschlossen werden. Die Frage, wie die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durch

die Kinderärzt\*innenschaft diese Voraussetzungen erfüllen kann, wird die Auswertung der Interviews zeigen.

Die britische „quality Assurance Agency for higher Education“ sieht Health Visiting als Strategie, die Risiken und Bedürfnisse von bestimmten Zielgruppen erkennen zu können. Dabei können rein medizinische wie auch sozial-medizinische Probleme im Vordergrund stehen. Public Health Nursing sieht neben Pflege- und Versorgungsaufgaben auch Beratung und Aufklärung als Schwerpunkt (vgl. LBI 2012, S. 25f).

„Eine primäre Intention, die mit aufsuchenden Hilfen jedoch verfolgt wird, liegt im ´Abschätzen´ von Risiko- bzw. Belastungsfaktoren und des jeweiligen Unterstützungsbedarfs“ (vgl. LBI 2012, S. 33).

Dafür braucht es gut ausgebildete Mitarbeiter\*innen, deren Qualifikation nicht allein durch ihre Grundausbildung besteht, sondern die auch explizites Wissen mitbringen müssen, um aufsuchende Hilfe leisten zu können. Die in Österreich etablierten *Frühen Hilfen* bilden die Mitarbeiter\*innen, unter anderem, in folgenden Kompetenzen aus:

- Kommunikationstechniken und -stile
- Haltung und Gesprächseinstieg
- Gesprächsführung und schwierige Elterngespräche
- Gesprächsleitfaden
- Struktur eines Gesprächs, Rollenspiele zur Kommunikation
- Überblick über soziale Lebenslagen wie Armut, Migration
- Ein-Eltern-Familien etc.
- Interventionen
- Vermittlung von Hilfsangeboten (vgl. GÖG/ÖBIG 2017, S. 9ff)
- Diese Liste ließe sich noch fortführen. Gezeigt werden soll anhand dieser Beispiele, dass das Erkennen von Risiko- und Belastungsfaktoren in Familien ein nicht unerhebliches Ausmaß an Kompetenz und Qualifikation erforderlich macht.

Ähnliche Weiterbildungsinhalte für aufsuchende Hilfen finden sich in Großbritannien, Dänemark und Schweden. Die Ausbildung erfolgt auf Fachhochschulniveau oder universitär. (vgl. LBI 2012, S. 58ff).

Aufsuchende Hilfssysteme anderer Länder unterscheiden sich in Details, nicht aber im Selbstverständnis, dass es Wissen und Techniken braucht, um die spezifischen Bedürfnisse von Familien zu erkennen und zielbringend mit ihnen zu arbeiten.

Dass eine deutliche Diskrepanz zwischen der erforderlichen Kompetenz und der realen Situation im Bereich der niedergelassenen Ärzt\*innen besteht, zeigt das Ergebnis des

Endberichts der Begleit-Evaluation der *Frühen Hilfen*. Als zuweisende Stellen zum Unterstützungsangebot der *Frühen Hilfen* werden vier Gruppen aufgezählt:

- Gesundheitsberufe (Hebammen)
- Bedienstete des LKH ( Leitung, Pflegepersonal, ...)
- Sozialarbeiter\*innen aus diversen Betreuungs- und Beratungseinrichtungen
- Niedergelassene Ärzt\*innen

Die niedergelassenen Ärzt\*innen sind in der Aufzählung der Evaluierung explizit rot unterlegt und es wird darauf hingewiesen, dass es noch nicht ausreichend gelungen sei, diese Gruppe in das Netzwerk einzubinden (vgl. Stoppacher/Edler 2017, S. 33).

Die Ergebnisse der Interviews werden dazu auch aufschlussreiche Erkenntnisse bringen.

## 5.2 *Frühe Hilfen* in Österreich

„Frühe Hilfen repräsentieren – entsprechend der für Österreich akkordierten Definition – ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), das die Ressourcen und Belastungen von Familien in spezifischen Lebenslagen berücksichtigt. Ein zentrales Element von Frühen Hilfen ist die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung von vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteur/inn/en in allen relevanten Politik- und Praxisfeldern“ (Haas/Weigel 2017, S. 1).

Die *Frühen Hilfen* sehen es als zentrale Aufgabe an, werdenden Eltern oder Familien mit kleinen Kindern, die aufgrund von belastenden Lebenssituationen Unterstützungsbedarf haben, ihre Hilfe anzubieten – mit dem vorrangigen Ziel, Chancengleichheit für alle Kinder herbeizuführen.

In Österreich wurde ein einheitliches Grundmodell erarbeitet. Dieses sieht ein universelles Basisangebot für alle Familien mit Kindern bis zum ersten Lebensjahr vor. Die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke bieten bedarfsgerechte Unterstützung für psychosozial belastete Familien mit Kindern bis zum sechsten Lebensjahr an (vgl. Haas/Weigel 2017, S. 2f).

Das Angebot der regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke richtet sich an Familien mit Problemen durch:

- „besondere soziale Belastungen, wie finanzielle Notlage, soziale Isolation oder ungesicherter/unzureichender Wohnraum;
- besondere psychische Belastungen, wie psychische Erkrankung/Suchterkrankung der Hauptbezugsperson oder des Partners/der Partnerin, unerwünschte Schwangerschaft;
- spezifische Merkmale der Eltern, wie minderjährig, alleinerziehend, Behinderung oder körperliche chronische Erkrankung der Hauptbezugsperson oder des Partners/der Partnerin;

- erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes, wie Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsgeburt, Entwicklungsrückstand, Erkrankungen oder Behinderung;
- starke Zukunftsängste der Hauptbezugsperson(en);
- Schwierigkeiten in der Annahme/Versorgung des Kindes bzw. Störungen in der Mutter-/Eltern-Kind-Interaktion“ (Haas/Weigel 2017, S. 5).

Mitarbeiter\*innen, die als Familienbegleiter\*innen tätig sind, können aus verschiedenen Berufsgruppen kommen. Idealerweise sind die Teams interdisziplinär besetzt. Dadurch wird der Blickwinkel aus unterschiedlichen Perspektiven möglich.

### 5.3 Assoziation von *Frühen Hilfen* und Eltern-Kind-Interaktionsbeurteilung im MKP

Abgesehen vom universellen Basisangebot für alle Familien und die bedarfsgerechte Unterstützung für psychosozialbelastete Familien, ist ein weiteres wichtiges Element des regionalen *Frühe-Hilfen*-Netzwerks, das Netzwerk-Management. Kernaufgabe ist dabei der Aufbau der Kooperationen und die Pflege der kontinuierlichen Netzwerkarbeit. (vgl. Haas/Weigel 2017, S. 9).

Im deutschen Pendant zu österreichischen Mutter-Kind-Pass, dem Kinderuntersuchungsheft, wird seit 2017 auf die Eltern-Kind-Interaktion geachtet. Bei erweitertem Beratungsbedarf ist explizit auf die *Frühen Hilfen* zu verweisen. (vgl. G-BA 2016, S. 18)

Dieses Prozedere macht eine Zusammenarbeit und zumindest ein Basiswissen um das Angebot der *Frühen Hilfen* unabdingbar.

(Abbildung 1) Untersuchung 3 des deutschen Kindervorsorgehefts:

**U3** 4.-5. Lebenswoche

**Beobachtung der Interaktion**  
 Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

**Stimmung/Affekt:**  
 Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

**Kontakt/Kommunikation:**  
 Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die

primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

**Regulation/Stimulation:**  
 Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen. Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

---

**Untersuchung** ! Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Haut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> auffällige Blässe</li> <li><input type="checkbox"/> Zyanose</li> <li><input type="checkbox"/> Ikterus</li> <li><input type="checkbox"/> Hämangiome</li> <li><input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien</li> <li><input type="checkbox"/> Ödeme</li> <li><input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)</li> <li><input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen</li> </ul> | <p><b>Thorax, Lunge, Atemwege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Auskultation: Atemgeräusch</li> <li><input type="checkbox"/> Atemfrequenz</li> <li><input type="checkbox"/> Einziehungen</li> <li><input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration</li> <li><input type="checkbox"/> Schlüsselbeine</li> </ul> <p><b>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anomalien</li> <li><input type="checkbox"/> Nabelveränderungen</li> <li><input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße</li> <li><input type="checkbox"/> Hernien</li> </ul> | <p><b>Herz, Kreislauf</b></p> <p><i>Auskultation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Herzfrequenz</li> <li><input type="checkbox"/> Herzrhythmus</li> <li><input type="checkbox"/> Herztöne</li> <li><input type="checkbox"/> Herznebenegeräusche</li> <li><input type="checkbox"/> Femoralispulse</li> </ul> <p><b>Ohren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z. B. Ohrfeistein, Anhängsel)</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4.-5. Lebenswoche **U3**

**Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)**

*Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:*

- ☐ Asymmetrien
- ☐ Schiefhaltung
- ☐ Sportanmotorik
- ☐ Muskeltonus
- ☐ Opisthotonus
- ☐ passive Beweglichkeit der großen Gelenke
- ☐ Muskeleigenreflexe
- ☐ Handgreifreflex
- ☐ Moro-Reaktion
- ☐ Saugreflex
- ☐ klinische Frakturzeichen

**Kopf**

- ☐ Fehlhaltung
- ☐ Dysmorphiezeichen
- ☐ Schädelnähte
- ☐ Kephalhämatom
- ☐ Fontanellenstatus
- ☐ Crepitatio capitis
- ☐ lagebedingte Schädelasymmetrie

**Mundhöhle, Kiefer, Nase**

- ☐ Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkammes
- ☐ Kiefer- Gaumenanomalie
- ☐ Verletzungszeichen
- ☐ abnorme Größe der Zunge

- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ orofacialer Hypotonus

**Augen**

*Inspektion:*

- ☐ morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom)
- ☐ Nystagmus

*Prüfung im durchfallenden Licht:*

- ☐ Transilluminaionsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

---

**Beratung** ! Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

- ☐ plötzlicher Kindstod
- ☐ Unfallverhütung
- ☐ Umgang mit Schreibaby
- ☐ Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D
- ☐ Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- ☐ Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen

- ☐ Stillen/Ernährung/Mundhygiene
- ☐ Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins
- ☐ Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

Bemerkung:

---

Quelle: G-BA 2016, S. 16

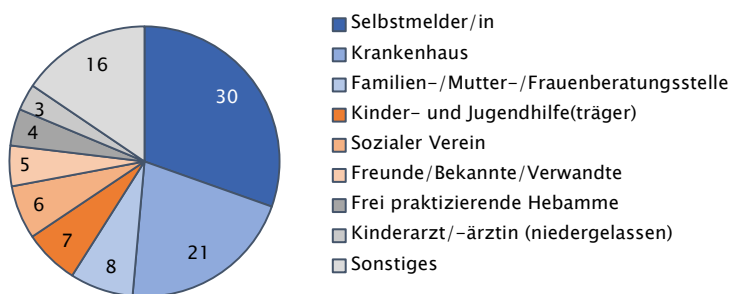
Mehrere Studien belegen die Schwierigkeit, Risikofamilien zu erreichen, um ihnen Unterstützungsangebote machen zu können.

„In der Literatur zur gesundheitlichen und sozialen Chancengerechtigkeit zeigt sich, dass der sozioökonomische Status (vertikales Merkmal) gemeinsam mit weiteren horizontalen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder Nationalität, mit sozialen Vor- und Nachteilen einhergeht und somit die Lebensbedingungen und die Möglichkeiten, diese zu gestalten, beeinflusst. In der Gesundheitsförderungs- und Präventionspraxis stehen Projekte allerdings immer wieder vor der Herausforderung vulnerable Gruppen zu erreichen“ (Anzenberger et al. 2017, S. 38)

Auch in diesem Zitat findet sich die Problematik wieder, hochbelastete Familien zu identifizieren und zu erreichen um ihnen Unterstützung anbieten zu können.

In der abgebildeten Grafik sehen wir, dass dies offenbar niedergelassenen Ärzt\*innen eher nicht gelingt. Gerade drei Prozent der an die *Frühen Hilfen* zugewiesenen Familien kam über eine Empfehlung von niedergelassenen Ärzt\*innen (Abbildung 2).

Abbildung 2: „Personen bzw. Institutionen, die den Kontakt aufgenommen haben, in Prozent

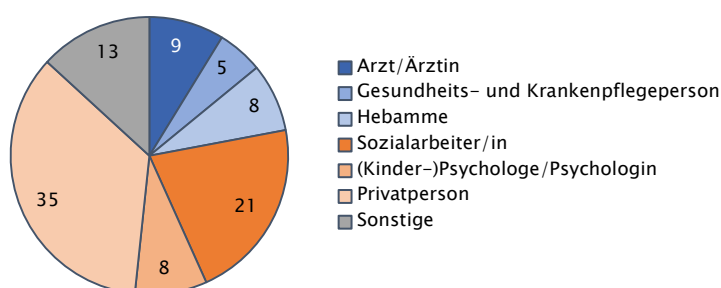


Kontaktaufnahmen 2016, n=1.134"

Quelle: Anzenberger et al 2017, S.9

Da sich die Profession der Ärzt\*innen signifikant häufiger finden lässt, zeigt, dass (wie auch in den nachfolgenden Interviews deutlich wird) die Bereitschaft zur Überweisung an ein anderes Unterstützungssystem mit einer Institution im Hintergrund (wie z. B. ein Krankenhaus) deutlich höher ist (Abbildung 3).

Abbildung 3: „Häufigste Profession der Person bzw. Institution, die den Kontakt aufgenommen hat, in Prozent



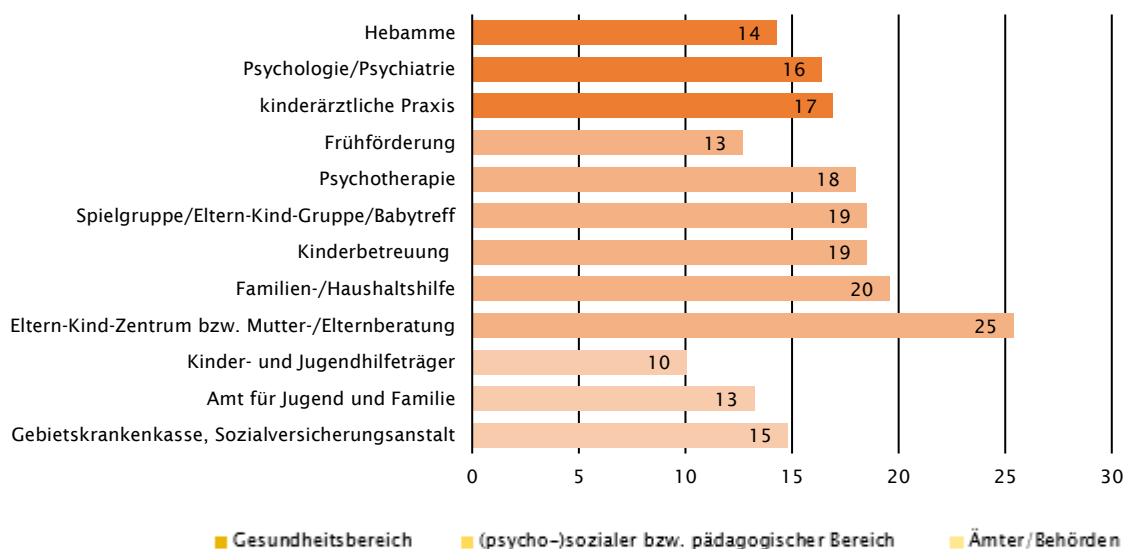
Kontaktaufnahmen 2016, n=1.130

Selbstmeldende Personen fallen unter die Kategorie Privatperson".

Quelle: Anzenberger et al 2017, S.9

Die Überweisungsbereitschaft der *Frühen Hilfen* zu den niedergelassenen Kinderärzt\*innen hingegen ist sehr groß (Abbildung 4).

„Häufigste Weitervermittlungen pro Bereich, in Prozent



Abschlüsse 2016, n=189

Als Grundgesamtheit wurden die Familien gewählt, für die angegeben wurde, zumindest in einem Bereich weitervermittelt worden zu sein“.

Quelle: Anzenberger et al 2017, S.10

Das bedeutet, dass die universelle Ausrichtung von aufsuchenden Hilfen mit multiprofessionellen Mitarbeiter\*innen gut geeignet ist, medizinische Probleme wahrzunehmen und diese dem niedergelassenen Gesundheitssystem zuzuführen, dass niedergelassene Ärzt\*innen aber nicht in der Lage sind, universelle oder sozioökonomische Probleme, die auf die Eltern-Kind-Interaktion negativ wirken, zu identifizieren und geeigneten Hilfesystemen zuzuführen.

Dies wäre auch ein Ziel des Basisangebotes der *Frühen Hilfen*: eine Einbettung in eine neue Form der Eltern-Kind-Vorsorge, die **alle Familien** umfasst, einen Termin während der Schwangerschaft und zwei Termine in den ersten Lebensmonaten des Kindes vorsieht. (vgl. Haas/Weigel 2017, S. 15).

## 5.4 Die Wirkung von *aufsuchenden Hilfen*

Amerikanische Studien ergeben, dass aufsuchende Hilfen dazu beitragen können, dass Kinder höhere Schulabschlüsse erlangen (besonders wenn die Unterstützungsprogramme spezifische Vorschulförderung miteinbeziehen), dass die Kriminalitätsrate sinkt und dass die Wahrscheinlichkeit für ein höheres Einkommen steigt. Langfristig bringen aufsuchende Hilfen einen höheren finanziellen Nutzen, als sie kosten. Besonders deutlich ist die Wirkung bei Familien mit sozioökonomischem Risiko (vgl. LBI 2012, S. 47).

Britische Studien zeigen hingegen wenig Effekt, wobei die Studien zu den bereits etablierten Programmen die Effizienz zusätzlicher Unterstützungsmaßnahmen untersuchte. Der Vergleich mit der Effizienz von aufsuchenden Hilfen bei Familien, die gar keine Unterstützung erhalten haben, ist daher nicht gegeben (vgl. LBI 2012, S. 56).

Zusammenfassend wird festgestellt, dass aufsuchende Hilfen in der frühen Kindheit bei Risikogruppen im sozialmedizinischen Bereich das größte Potential für eine hohe Wirkung und langfristigen Nutzen zeigen. Dies lässt auch auf einen monetären volkswirtschaftlichen Nutzen Rückschlüsse zu (vgl. LBI 2012, S. 58).

Dass die gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern von der sozioökonomischen Situation der Familien abhängt, ist unbestritten.

„Sie (Anmerk. Kinder aus sozioökonomisch belasteten Familien) sind stärkeren Belastungen ausgesetzt, entwickeln einen riskanteren Lebensstil und haben erschwerten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Diese Umstände tragen dazu bei, dass die Bildungschancen geringer sind, wodurch im Erwachsenenalter die Armutsgefährdung steigt und die Gesundheit weiter belastet wird. Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien und aus solchen mit beidseitigen Migrationshintergrund sind von Armut und sozialer Benachteiligung besonders häufig betroffen“ (BMG 2015, S. 36).

Aufsuchende Hilfesysteme haben nämlich die Aufgabe, genau an diesem Punkt anzusetzen und die Chancengerechtigkeit der Kinder zu erhöhen.

Eine aktuelle Studie aus Deutschland konnte belegen, dass die Betreuung von weniger stark belasteten Familien durch aufsuchende Hilfen einen signifikanten Zuwachs an Kompetenzen mit sich brachte. Weniger ausgeprägt zeigte sich die positive Wirkung bei besonders belastenden Familien. Gelungen ist aber die Anbindung an weiterführenden Hilfsangeboten, wie z. B. die Einbindung der Kinder und Jugendhilfe, wodurch intensivere Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet werden konnten (vgl. Renner/Scharmanski 2016, S. 323-331).

## 6 Methodische Überlegungen

### 6.1 Qualitative Sozialforschung aus theoretischer Perspektive

Der Titel dieser Forschungsarbeit „Frühe-Eltern-Kind-Interaktion als Indikator einer Kindeswohlgefährdung –Ist der MKP ein geeignetes Tool zur Früherkennung?“, führte mich zu der Forschungsfrage: *„inwiefern kann der Mutter-Kind-Pass genutzt werden um Frühe-Eltern-Kind-Interaktionsstörungen zu erkennen, um Unterstützungsmaßnahmen anzubieten?“*

Um diese Frage zu beantworten, braucht es vorrangig eine Entscheidung, mit welcher Forschungsmethode diese Forschungsfrage bestmöglich beantwortet werden kann. Informationen können mit qualitativen oder quantitativen Forschungsmethoden eingeholt werden. Mittels quantitativen Forschungsmethoden können leichter viele Expert\*innen befragt werden, qualitative Forschung orientiert sich an anderen Leitgedanken. Die Interpretation und Reflexion der unterschiedlichen Perspektiven der Expert\*innen bietet nur eine qualitative Forschungsmethode (vgl. Flick 2016, S. 26).

Diese Überlegungen führten zu der Entscheidung, Expert\*inneninterviews zu führen und diese möglichst offen zu lassen, aber mit einem Leitfaden um den Interviews Struktur zu verschaffen. Dazu werde ich in einem der nächsten Kapiteln Erläuterungen anführen.

Schlussendlich müssen diese Interviews ausgewertet werden um ein Ergebnis präsentieren zu können. Eine geeignete Methode dafür ist thematisches Kodieren. Auch dazu gibt es nähere Ausführung in einem eigenen Kapitel.

#### 6.1.1 Kennzeichen qualitativer Sozialforschung

Qualitative Forschung hat lange gegen das Vorurteil ankämpfen müssen, ein explorativer Schritt zur quantitativen Forschung zu sein. (vgl. Froschauer/Lueger 2003, S. 7)

Grabenkämpfe zwischen den beiden Forschungsstrategien sind mittlerweile zu Auseinandersetzungen geworden, die in beiden Bereichen zu einer differenzierteren Unterscheidung in der jeweiligen Forschungspraxis geführt haben. (vgl. Flick 2016, S. 39)

Kennzeichen qualitativer Forschung sind:

- „Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien
- Perspektiven der Beteiligten und ihre Vielschichtigkeit
- Reflexivität des Forschers und der Forschung
- Spektrum der Ansätze und Methoden qualitativer Forschung“ (Flick 2016, S. 30)

Mit Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien ist die Überlegung gemeint, die im Vorfeld notwendig ist, um ein möglichst aufschlussreiches Untersuchungsergebnis zu erhalten. Wenn ich z. B. wissen möchte, wie viele dreijährige Kinder nicht den Kindergarten besuchen, werde ich eine andere Forschungsmethode anwenden, als bei der Frage, warum sie den Kindergarten nicht besuchen.

Qualitative Sozialforschung hat zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse nicht alle Perspektiven ausleuchten kann, sondern die der handelnden Personen. Im Falle dieser Forschungsarbeit zum Mutter-Kind-Pass wird z. B. die Perspektive der Patient\*innen nicht berücksichtigt, sondern die der Expert\*innen.

Qualitative Sozialforschung fordert zum Interpretieren der Ergebnisse auf und die Subjektivität der beteiligten Personen ist Teil des Ergebnisses.

Qualitative Sozialforschung greift auf ein breites Spektrum von Methoden zurück, verschiedene Ansätze und Methoden sind Teil der Forschungspraxis (vgl. Flick 2016, S. 26ff).

#### 6.1.2 Ethik in der Sozialforschung

Aufgrund der Tatsache, dass es etliche verwerfliche Forschungsbeispiele gibt (ganz aktuell, die Abgasforschung von Autokonzernen, wo Abgasschäden bezweifelt werden sollten, indem Affen zur Inhalation von Abgasen eingesetzt wurden), gab und gibt es gute Gründe, Regeln guter Praxis zu entwickeln und diese zum Standard zu machen.

Deshalb möchte ich auch noch einen Blick auf die Notwendigkeit von Ethik in qualitativer Sozialforschung werfen. Im Ethikkodex der deutschen Gesellschaft für Soziologie das Prinzip der Nicht-Schädigung der Studienteilnehmer. Es finden sich auch Prinzipien wie der informierten Beteiligungen und der Freiwilligkeit, sowie die Sicherstellung der Anonymität. (vgl. Flick 2016, S. 57)

Die Anonymität sicherzustellen, ist nicht damit gewährleistet, indem keine Namen genannt werden. In Falle dieser Forschungsarbeit musste darauf verzichtet werden, die für das Forschungsergebnis nicht uninteressante geografische Lage der Ordinationen der Expert\*innen zu nennen, da eine Rückbeziehung auf deren Identität sehr leicht möglich wäre. Die zweite Interviewgruppe gestattete mir prinzipiell die Namensnennung, ließ sich aber zusichern, dass Interviewinhalte nicht ihnen als Person zugeordnet werden können. Theoretisch wäre es mit Sicherheit möglich, aufgrund des kleinen, aber in Fachkreisen bekannten Sample, einzelne Aussagen, den Personen zuzuordnen. Mein Grundsatz war deshalb, keine Aussagen zu verwenden, deren Vertraulichkeit den einzelnen Personen explizit wichtig war.

Abgesehen davon, dass das Wohlergehen der Untersuchungsteilnehmer gesichert sein soll, muss die wissenschaftliche Qualität gewährleistet sein. (vgl. Flick 2016, S. 62)

In diesem Zusammenhang gibt es ebenfalls ein sehr aktuelles Beispiel. Eine Studie zu islamischen Kindergärten in Wien hat medial sehr viel Aufmerksamkeit erlangt, da den Verfasser\*innen der Studie vorgeworfen wurde, durch verbale Zuspitzung der Interviews und anderer politischer Einflussnahme ein wissenschaftliches Fehlverhalten gezeigt zu haben. (vgl. Die Presse 2017)

Wie komplex die Beurteilung darüber sein kann, ist durch die Berichterstattung der Kindergartenstudie auch einer breiten Öffentlichkeit bekannt geworden. Die Agentur für wissenschaftliche Integrität<sup>4</sup> wurde beauftragt, die besagte Studie zu überprüfen. Schlussendlich wurde den Verfasser\*innen kein wissenschaftliches Fehlverhalten nachgewiesen, aber erhebliche Gütemängel und eine politische Einflussnahme kritisiert. (vgl. *news.ORF.at*. 2017)

Dies sind sehr praxisnahe Beispiele, wie wichtig die Einhaltung von Ethikregeln ist.

## 6.2 Das Vorgehen in dieser Arbeit

### 6.2.1 Leitfadengestützte Experteninterviews

In der Forschungspraxis der qualitativen Sozialforschung ist die Bedeutsamkeit von Expert\*inneninterviews unumstritten. Das Prinzip der leitfadengestützten Interviews beruht darauf, dass zu erwarten ist, dass in eher offen geführten Interviews die inhaltliche Aussagekraft der interviewten Person höher ist, als bei standardisierten Fragebögen. (vgl. Flick 2016, S. 194)

Für die Durchführung der Expert\*inneninterviews erschien mir die Erstellung eines Leitfadens sehr sinnvoll. Das Interview kann dadurch leichter strukturiert werden. Die Struktur kann einerseits hilfreich sein, andererseits aber einengend wirken. (vgl. Bogner et al. 2014, S. 27f)

Zu rechnen ist damit, dass Zeit für die Expert\*innen eine große Rolle spielt, andere sprechen sogar davon, „dass die Zeitknappheit fast schon zum Professionshabitus gehört“ (Bogner et al. 2014, S. 27). Diesem Dilemma sollte ein Leitfaden, der eine Gesprächsstruktur vorgibt, entgegenwirken.

---

<sup>4</sup> Die Österreichische Agentur für wissenschaftliche Integrität (OeAWI) wurde Ende 2008 als ein Verein nach dem österreichischen Vereinsgesetz gegründet. Gründungsmitglieder sind 12 österreichische Universitäten, die Akademie der Wissenschaften sowie der Wiener Wissenschafts-, Forschungs- und Technologiefonds (WWTF), das IST Austria und der Wissenschaftsfonds FWF.

Um den Leitfaden zu strukturieren, wurden abseits der Forschungsfrage, Interviewfragen erarbeitet. Ziel dieser Fragen war nicht, die Forschungsfragen zu vereinfachen, sondern den Expert\*Innen eine Gesprächsbasis anzubieten, in der sie die Möglichkeit haben, Informationen preiszugeben und Bewertungen zu treffen, die für das Forschungsinteresse relevant sein können. Im Fokus steht das eigentliche Thema der Forschungsarbeit und nicht die Abarbeitung einzelner Fragen. (vgl. Bogner et al. 2014, S. 33)

Das Expert\*inneninterview kennzeichnet sich dadurch aus, dass nicht die Biographie der interviewten Person im Vordergrund des Interesses steht, sondern dessen Expertise zu einem bestimmten Thema. In der Regel steht dieses spezifische Fachwissen in Zusammenhang mit professioneller oder beruflicher Tätigkeit. (vgl. Flick 2016, S. 214f)

### 6.2.2 Das Sampling

Die Überlegungen zur Beantwortung meiner Forschungsfrage auf Expert\*innenwissen zu setzen, beruhten darauf, dass Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in der Regel von niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen durchgeführt werden und diese Gruppe geeignet wäre, viel zu diesem Thema zu sagen. Wie sich herausgestellt hat, scheint die erste Annahme falsch zu sein, da die Ergebnisse der Interviews zu Tage brachten, dass die Mehrzahl der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen von Allgemeinmediziner\*innen durchgeführt werden. Die Ergebnisse sind dadurch aber nicht geschmälert, sondern lassen eher eine Verschärfung des Forschungsergebnisses zu. Des Weiteren hielt ich es für Aufschlussreich, Personen zu befragen, die eine hohe Expertise im Bereich Eltern-Kind-Interaktion aufzuweisen haben. Diese Personen bilden den zweiten Teil der Expert\*innengruppen.

Die Auswahl der befragten Expert\*innen orientiert sich daran, welche Personengruppen über den Forschungsgegenstand relevante und interessante Informationen bieten kann. (vgl. Bogner et al. 2014, S. 34f)

Interessant erschienen mir deshalb zwei Zugänge für meine Forschungsfragen: ein eher Theoretischer und ein praktischer Zugang. Eine Gruppe von Expert\*innen die viel Basiswissen über psychosoziale Aspekte und Interaktionsstörungen in Eltern-Säuglingsbeziehungen haben, aber einen theoretischen Zugang zum Mutter-Kind-Pass und eine zweite Gruppe, die einen praktischen Zugang zum Mutter-Kind-Pass haben (weil sie ihn ausfüllen), aber vermuteter Weise wenig theoretisches Wissen über Frühe-Eltern-Kind-Interaktionsstörungen, sollten einen guten Einblick in die Materie erhoffen lassen. Die Besonderheit der ersten Gruppe kennzeichnet sich dadurch aus, dass mir gestattet wurde sie namentlich anzuführen. Da die Teilnehmer\*innen dieser Gruppe in Fachkreisen ein sehr hohes Ansehen genießen,

war mir die namentliche Nennung wichtig, um die Güte der Expertise zu untermauern. Diese Gruppe kann als Expert\*innen für Frühe-Eltern-Kind-Interaktionsstörungen gesehen werden. Die Ergebnisse der Interviews werden den einzelnen Personen nicht zugeordnet, um die ihnen zugesicherte Anonymität zu gewährleisten.

Die Expert\*innen 1-4 in alphabetischer Reihenfolge sind:

- Monika Fenz arbeitet als systemische Familientherapeutin in freier Praxis. Sie ist auch Familienbegleiterin, Frühförderin, Sozialpädagogin und Safe-Mentorin<sup>5</sup> und wird von der KJH Mödling als eine Art „Bindungsbegleiterin“ bei Pflegefamilien eingesetzt.
- Dr. Sabine Fiala-Preinsberger ist Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Babys und ihre Eltern sowie Fachärztin für Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in eigener Praxis in Mödling.  
Etliche Publikationen und Vorträge zur „Psychoanalyse und Psychotherapie in der frühen Kindheit“ Vortrags- und Forschungstätigkeit zu Themen der frühen Kindheit, sowie Lehrtätigkeit für Palliative Care in der Pädiatrie und ihre Arbeit im Leitungsteam des Weiterbildungslehrgangs für Psychoanalytisch Orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT) der Wiener Psychoanalytischen Akademie, belegen ihre Expertise zu Früher-Eltern-Kind-Interaktion.
- Mag. Dr. Katharina Pal-Handel ist Klinische- und Gesundheitspsychologin, Kinder- Jugend und Familienpsychologin im Ambulatorium Wiental.  
Sie war, unter vielen anderen Tätigkeiten, Lektorin an der Universität Wien und am FH- Campus Wien.
- Primarius Dr. Klaus Vavrik ist Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde (Zusatzfach Neuropädiatrie) und Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeut. Er ist ärztl. Leiter des „Ambulatoriums für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie Fernkorngasse“ hat vielfältige Lehrtätigkeiten inne und engagiert sich in zahlreichen Projekten und Fachgremien im gesundheitspolitischen Bereich und ist Präsident der „Österreichischen Liga für Kinder – und Jugendgesundheit“.

In weiterer Folge werden sie als Expert\*innen E 1-4 bezeichnet, wobei die Nummerierung nicht mit dieser alphabetischen Reihung übereinstimmt. Die Gruppe wird im Text zum besseren Verständnis als Interaktionsexpert\*innen bezeichnet.

---

<sup>5</sup> Safe ist ein Programm zur Förderung sicherer Bindung zwischen Eltern und Kind und wurde von Prof. Dr. Med. Karl Heinz Brisch, dem Kinder- und Jugendpsychiater und Bindungsforscher entwickelt.

Die zweite Expert\*innengruppe E 5-8, setzt sich aus niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen zusammen und wird im Text auch so genannt. Zu erläutern ist, dass zwei Personen aus der Interaktionsexpert\*innengruppe ebenfalls eine Ausbildung zum\*r Kinderfacharzt\*ärztin haben, die namentliche Unterscheidung der beiden Gruppen soll dem besseren Verständnis dienen.

Ausgewählt wurde die Gruppe der Kinderfachärzt\*innen aufgrund des Schneeballprinzips, das heißt, dass es von den Expert\*innen Weiterempfehlungen gab. Ich erachte es als wichtig, zu E 5 nähere Erläuterungen zu geben. Im Schneeballprinzip wurde mir von einer Person dieser Gruppe eine Empfehlung für E 5 gegeben und diese Empfehlung mit den Worten, E 5 wäre rustikal, begleitet. Offenbar hätte ich rustikal als Codewort für Eigenschaften wie rassistisch, abwertend, und ähnliches verstehen sollen, was mir aber nicht in den Sinn gekommen ist. Aufgrund der Grundhaltung, die man als Interviewerin einnimmt, gelang es gut, dieses Gespräch sachlich zu führen. Tatsächlich spielt auch eine Rolle, dass mir persönlich, als Interviewerin, von E 5 mit Wertschätzung begegnet wurde und E 5 viel Freizeit opferte um mir das Interview einzuräumen und dafür Wertschätzung verdient. Das transkribierte Interview lässt aber wenig Raum für Interpretationsmöglichkeiten und zeigt die sehr deutliche rassistische Sprache und Haltung von E 5.

E 5 ist mit Sicherheit ein\*e außergewöhnliche\*r Vertreter\*in der Ärzt\*innenschaft für Kinder - und Jugendheilkunde. Trotzdem erachte ich dieses Interview als bedeutsam, weil es deutlich darauf hinweist, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Personen, die beauftragt werden den MKP auszufüllen, dies mit derselben ethischen und moralischen Grundhaltung tun.

Alle Expert\*innen haben ihre Ordinationen in Wien in dicht besiedelten Wohngegenden, in denen auch ein nicht unerheblicherer Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund lebt. Ein Gebietskrankenassenvertrag für alle interviewten Ärzt\*innen erschien mir auch wichtig, da davon auszugehen ist, dass die besagte Expert\*innengruppe dadurch einen sehr breiten Querschnitt der Wiener Bevölkerung an Patient\*innen betreut. Interviewt wurden drei Männer und eine Frau. Drei der Expert\*innen sind schon mindestens zwei Jahrzehnte in ihrer eigenen Ordination tätig, eine Person seit ca. fünf Jahren. Alle vier sind aber schon lange als Kinderfachärzt\*innen tätig.

Das im Kapitel „leitfadengestützte Expert\*inneninterviews“ angesprochene Dilemma des Zeitdrucks, kann ich für keines der durchgeführten Interviews bestätigen. Die Bereitschaft, sich dem Thema zu widmen und sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen, war enorm groß.

Das kürzeste Interview dauerte 40 Minuten, das längste fast zwei Stunden. Kein Interview musste vorzeitig abgebrochen werden, oder mir auch nur das Gefühl vermittelt, zu einem Ende finden zu müssen.

In jedem Gespräch wurde mir Wertschätzung entgegengebracht und Interesse an den Forschungsfragen. Alle Interviews wurden vor ihrer Auswertung transkribiert. Die transkribierten Interviews sind die Grundlage für den nächsten Schritt, der Auswertung durch die Methode des thematischen Kodierens.

### 6.2.3 Thematisches Codieren in der qualitativen Sozialforschung

Erster Schritt des Vorgehens ist ein thematisches bzw. inhaltliches Kodieren. Jedes Interview wurde nach größeren Themen sortiert. Nach dem Beschlagworten, habe ich für jedes Interview eine Kurzbeschreibung formuliert. Diese Kurzbeschreibung inkludiert die wichtigsten Eckdaten des Interviews und die wichtigsten Inhalte.

Die offenen Kodes wurden strukturiert also axial kodiert.

Mit diesen bereits vorstrukturierten offenen Kodes wird wie folgt an Hand eines Beispiels ausgewertet:

Dieses Verfahren geht davon aus, dass in unterschiedlichen sozialen Gruppen, also auch in unterschiedlichen professionellen Zugängen, differierende Sichtweisen aufeinandertreffen. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, werden dabei Aussagen themenspezifisch kodiert. Hilfreich sind folgende Leitfragen:

„Bedingungen: Warum? Was führte zu der Situation? Hintergrund? Verlauf?

Interaktion zwischen den Handelnden: Wer handelte? Was geschah?

Strategien und Taktiken: Welche Umgangsweisen? Z.B. Vermeiden, Anpassen,....

Konsequenzen: Was veränderte sich? Folgen, Resultate?“ (Flick 2007, S. 405).

Eine Bedingung ist z.B. der Zeitdruck, der bei der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung herrscht. Das führt zur Interaktion zwischen den Handelnden, zum Umgang mit dem Kind und seinen Eltern.

Strategien und Taktiken sind, sich bei der Untersuchung zu beeilen und darauf zu konzentrieren, was in der kurzen Zeit wahrnehmbar ist.

Eine Konsequenz ist, dass vieles nur oberflächlich oder gar nicht wahrgenommen wird.

Der Zeitdruck ist natürlich nicht das einzige Thema. Andere Themen unter sind z.B. die schlechte Bezahlung der MKP-Untersuchungen und auch das fehlende Wissen zur frühen Eltern-Kind-Interaktion.

Alle diese Themenbereiche wurden axial kodiert.

Im selektiven Kodieren wurde versucht, alle Themen einer Struktur einem Konzept zuzuordnen.

Diese Auswertungsmethoden wurden für jede Gruppe vorgenommen und das Ergebnis der beiden Gruppen in einem letzten Schritt einander gegenübergestellt.

Die sich daraus ergebende „thematische Struktur“, erleichtert den Gruppenvergleich der zwei Expert\*innengruppen und lässt die Differenzen und Gemeinsamkeiten besser herausarbeiten. (vgl. Flick 2016, S. 405)

## 7 Ergebnisse

### 7.1 Darstellung der Interviews

#### 7.1.1 Kompetenzen für die Wahrnehmung von Eltern-Kind-Interaktionsstörungen

Das zentrale Thema innerhalb der Expert\*inneninterviews betrifft die Kompetenz der handelnden Personen. Kompetenz, welche die Expert\*innengruppe 1 der Expert\*innengruppe 2 abspricht bzw. nur unter bestimmten Bedingungen zugesteht und über deren Mangel sich auch die Teilnehmer innerhalb der Expert\*innengruppe 2 Gedanken machen. Bezweifelt werden Kompetenzen zu Themenbereichen, wie frühe Eltern-Kind-Interaktionsstörungen und auch die notwendigen Kompetenzen zur Identifizierung von Kindeswohlgefährdungen.

Den Teilnehmer\*innen der Expert\*innengruppe 1 ist Früherkennung bei Interaktionsproblemen sehr wichtig. Gelungene Interaktion sei feinfühlig, adäquat und prompt. Eltern, die Interaktionsprobleme mit ihren Kindern hätten, könnten diese Kriterien nicht erfüllen und deshalb die Bedürfnisse ihrer Kinder nicht im notwendigen Ausmaß wahrnehmen. Kinder und ihre Bedürfnisse würden abgewertet werden, gar nicht erkannt oder falsch interpretiert werden. Sobald die Interaktion zwischen Eltern und Kindern gestört sei, führe das wechselseitige „Nichtverstehen“ zu Ohnmacht und Wut.

Als erste Anzeichen werden sogenannte Regulationsstörungen genannt, wie Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen, die innerhalb der ersten drei Lebensmonate auftreten. Das seien sehr gravierende Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen. Hinter diesen Regulationsstörungen würden sehr oft frühe Eltern-Kind-Interaktionsstörungen stehen. Dies wären entscheidende Kriterien, die zu Misshandlungen an Kindern führen könnten. Maßgeblich wäre nicht, wie die Eltern offenkundig mit ihrem Kind umgehen, sondern, wie das Kind auf die Eltern reagiere. Eltern seien in der Lage, ihr Verhalten kurzzeitig anzupassen, der Säugling könne das nicht. Interaktion, Bindung, Beziehung, das alles gehöre zusammen, damit sich Kinder gut entwickeln können.

Kinder, deren Bedürfnisse adäquat wahrgenommen werden, würden auch lernen auf die Bedürfnisse anderer zu achten. Sie wären frustrationstoleranter, dadurch auch lernfähiger und konfliktfähiger. Sie würden sich nicht nur psychisch und emotional besser entwickeln, sondern auch kognitiv und körperlich.

„... dass es maßgebliche Einflüsse hat auf die Lernfähigkeit z. B. bei Kindern, wenn sie die Offenheit behalten. Ich glaube auch, dass sie auf die Konfliktfähigkeit von Menschen einen

Einfluss hat, weil sie sowohl ihre eigenen Bedürfnisse gut vertreten können als auch wissen, dass die eigene Freiheit an der Grenze der anderen aufhört“ (E 2, S.5, Z. 251-255).

Frühe Eltern-Kind-Interaktionsstörungen würden die psychische, emotionale und körperliche Entwicklung von Kindern beeinträchtigen. Sie werden als „weichenstellend“ für die weitere Entwicklung eines Kindes beschrieben. Sie würden die eigene Beziehungsfähigkeit und den Umgang mit Krisen beeinträchtigen.

Kinder, die eine gelungene frühe Eltern-Kind-Interaktion erlebt hätten, könnten als Erwachsene ihren eigenen Kindern eine sichere Bindung anbieten und mehr Lebensfreude entwickeln, als Menschen, die in einem gestörten Interaktionsumfeld groß geworden sind.

Eine Interaktionsstörung sei nicht gleichzusetzen mit einer Belastung aus der sozialen Umgebung des Kindes. Dies im Rahmen einer MKP-Untersuchung zu unterscheiden, sei eine grundlegende Problematik. Interaktionsstörungen zu diagnostizieren, bedarf einer hohen Kompetenz und Erfahrung, die sowohl den niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen als auch den praktischen Ärzt\*innen, die 70% aller MKP-Untersuchungen durchführen und nur auf eine dreimonatige pädiatrische Ausbildung zurückgreifen können, fehlt.

Um Interaktionsqualität zwischen Eltern und Kind beurteilen zu können, wird von Expert\*innengruppe 1 ein hohes Qualifikationsniveau vorausgesetzt. Generell wird festgehalten, dass niedergelassene Kinderfachärz\*innen und Hausärzt\*innen dieses Wissen nicht haben, wenn sie sich nicht zusätzlich qualifiziert haben. Es wird gefordert, dieses spezifische Wissen über die Psyche des Kindes in die Ausbildung aufzunehmen.

„... im Rasterzeugnis müsste es verankert sein, dass die Chefs von den Abteilungen dem so viel Wert beimessen, dass es dort gelehrt wird, dass bestätigt wird, dass man das auch kann“ (E 3, S. 6. Z. 241-242).

Expert\*in 3 aus der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen geht davon aus, dass Kinderfachärzt\*innen besonders gravierende Interaktionsstörungen diagnostizieren können, wenn sie sich zirka eine Woche einer verpflichtenden Fortbildung unterziehen würden. Berichtet wird von E 4 über einen spezifischen Lehrgang zum Thema Entwicklungs- und Sozialpädiatrie. Dieser Lehrgang würde seit einigen Jahren angeboten werden und sei von Kinderfachärzt\*innen immer sehr gut besucht und würde auf großes Interesse stoßen. Im Rahmen dieser Fortbildung würden Themen wie Bindung, Trauma und Sozialverhaltensstörung vorkommen. Erwartet würde eine Vorleistung des Gesundheitsministeriums bezüglich geeigneter Fortbildung, bevor Interaktionsdiagnostik im MKP aufgenommen würde.

Diese Expert\*innengruppe ist gehäuft mit Kindern befasst, wo Interaktionsprobleme über lange Zeit (aus Sicht der Expert\*innengruppe) von niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen nicht

erkannt wurden und wo passgenaue und prompte Hilfe nicht rechtzeitig angeboten wurde. Die Skepsis dieser Expert\*innengruppe, dass die bislang unerkannten Interaktionsstörungen, alleine durch die Aufnahme im MKP häufiger richtig diagnostiziert wird, ist nur folgerichtig. Falsche Diagnosen bezüglich Interaktionsstörungen werden problematischer angesehen als gar keine Diagnose. Falsche Diagnosen würden Eltern zutiefst verunsichern, das hätte auch Auswirkungen auf die Lebensqualität.

„... und vor dem Schaden den das tatsächlich bewirken kann. Des ist ned eine Intervention, die ned einfach nur nützt`s nix, schad`s nix ist, sondern das is ja ein Schaden, der entstehen kann dadurch“ (E 4, S. 3, Z 136-137).

Der Vermerk einer Interaktionsstörung im Mutter-Kind-Pass wird als für Eltern sehr verletzend bezeichnet. Die Befürchtung, dass Eltern sich persönlich angegriffen fühlen, ist hoch und auch, dass dadurch ein respektvolles Vertrauensverhältnis gestört werden könnte.

„...man ist irrsinnig kränkbar als Eltern. Es ist ein Dokument und das macht dann jeder Kinderarzt“ (E 3, S. 2, Z. 29-30).

“... ich glaube es gehört was aufgenommen im MKP, das wäre fein, aber wie man das macht, das muss man sehr differenziert und vorsichtig machen. Dass es wirklich messbar ist“ (E 3, S.2, Z. 33-37).

Frühe Eltern-Kind-Interaktionsdiagnostik wird von Expert\*innengruppe 1 generell als sinnvoll erachtet, die Zweifel gelten dem „Instrument Mutter-Kind-Pass“ und der Qualifikation der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen und praktischen Ärzt\*innen in diesem psychosozialen Kontext.

„... ich hab 1000 Videos gesehen, ja? Videoanalysen gemacht, selber, im Forschungsprojekt und so. Ich weiß, wie viel Aufwand das ist, dass man das wirklich lernt und beurteilen kann ...“ (E 3, S.2, Z. 30-33).

Allen Interviewpartner\*innen dieser Expert\*innengruppe wurde das deutsche Vorsorgeuntersuchungsheft (ein Pendant zum MKP), vorgelegt. Dieses Vorsorgeuntersuchungsheft sieht bei jeder Untersuchung durch die Kinderfachärzt\*innen vor, dass eine Sozialanamnese und eine Beobachtung der Interaktion gemacht werden. Eltern sollen demnach nach der Betreuungssituation und nach besonderen Belastungen in den Familien gefragt sowie eingeschätzt werden, ob sich das Kind über Zuwendung freut, Blickkontakt halten kann und positive Reaktionen auf die Bezugspersonen zeigt.

Die Meinungen der Expert\*innen sind hier widersprüchlich. Obwohl die Expert\*innen den Kinderfachärzt\*innen die Kompetenz für Interaktionsdiagnostik an anderer Stelle abgesprochen haben, sehen zwei Expert\*innen eine ähnliche Vorgabe im österreichischen MKP für durchaus sinnvoll.

„... So wie's da steht, glaube ich schon, dass sie's können (Anm.: die Kinderfachärzt\*innen), so wie's die in Deutschland formuliert haben, glaube ich eigentlich schon, dass sie's können, ja“ (E 3, S. 5, Z. 30-32).

„Hmm, ja, das find ich grundsätzlich, ah, also das gefällt mir gut, die, einfach die, das Augenmerk auf das Kind eben zu lenken“ (E 3, S. 3, Z. 15-16)

„Andererseits denke ich mir, wenn der MKP, den ich für eine großartige Erfindung halte, ahm aber ahm, schon alleine die diagnostizierenden Kinderfachärzte so involviert, dass die dazu in der Lage sind, die Bindung, die Interaktion, die Art wie Interaktion zwischen Eltern und Kind passiert, in den Fokus zu nehmen und zu beobachten, wäre es sicher gut integrierbar in jede Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, auch die Entwicklung beim Kinderarzt sich anzuschauen.“ (E 2, S. 2, Z. 82-87).

Eine andere Einschätzung aus dieser Expert\*innengruppe ist klar ablehnend.

„Also das alles ist, finde ich, keine Grundlage, um dann so ein vages Thema, wie die Interaktionsstörungen einzubringen. Und wenn das nicht gewährleistet ist, bin ich eher der Anhänger des anderen Systems, nämlich dass der Mutter-Kind-Pass eine internistische, somatische Vorsorgeuntersuchung bleiben sollte in kinderärztlicher Hand“ (E 4, S. 2, Z. 8-10).

„Wenn's ein Alibisystem wird, dann finde ich, ist es schade um die Zeit, um das Geld und den Menschen ist überhaupt nicht geholfen“ (E 4, S. 3, Z. 16-17)

Die Interviewpartner\*innen von Expert\*innengruppe 2, also die Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen äußern sich größtenteils im Gegensatz zu Gruppe 1 sehr vage zum Thema frühe Eltern-Kind-Interaktionsdiagnostik. Der Zugang zu diesem Thema ist divergent. Die einzelnen Teilnehmer\*innen dieser Gruppe definieren eine frühe Eltern-Kind-Interaktion unterschiedlich bzw. weisen auch einen differierenden Wissensstand zu dem Thema auf.

„Na, weil sie gesagt haben, die Interaktion zwischen Eltern und Kind. Da gibt's kaum Eltern, die eine normale Beziehung zu ihrem Kind haben, ganz wenige“ (E 5, S. 1, Z. 9-11).

„Das merken's ja, das ist ja der Job. Interaktionsprobleme bei Müttern, das ist das tägliche Brot. Das ist doch top, ich sag ja, die meisten, die meisten haben ein Interaktionsproblem. Das fängt damit an, dass sie für das Neugeborene ständig irgendwas tun. Das zieht sich durch die ganze, durch die ganze Lebensgeschichte des Kindes bis zu: die Mutter schreibt eine Entschuldigung, damit das Burli nicht in die Schule gehen muss, weil er dort leidet, weil er dort was arbeiten muss. Ja?“ (E 5, S. 10, Z. 393-399)

Diese Einschätzung einer Interaktionsstörung widerspricht nicht nur den Erläuterungen zur Eltern-Kind-Interaktion der Expert\*innen aus Gruppe 1, sondern auch der wissenschaftlichen Definition von Eltern-Kind-Interaktionsstörung und elterlicher Feinfühligkeit. Außerdem ist es auch statistisch äußerst unrealistisch, dass in einer herkömmlichen Kinderfach\*ärztinnenpraxis hauptsächlich Familien mit einer Eltern-Kind-Interaktionsstörung zu finden sind.

Offenbar wird hier eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion mit einem subjektiv empfundenen Übermaß an Zuwendung zum Kind verwechselt. Es wird z. B. kritisiert, dass ein Unmut zeigendes Kind von der Mutter sofort Beachtung findet. Diese Beobachtung in einer Ordination

als Interaktionsstörung zu diagnostizieren, ist doch zumindest hinterfragenswert, da Eltern in solchen Situationen naturgemäß versuchen, die Kinder möglichst schnell zu beruhigen.

Während die Beschreibung zur Interaktionsdiagnostik mit der Literatur zu diesem Thema bei Expert\*innengruppe 1 übereinstimmt, ist besonders bei zwei Personen der Expert\*innengruppe 2 deutlich erkennbar, das essentielle Wissen zu diesem Thema nicht vorhanden ist.

Die Expert\*innen dieser Gruppe sind sich auch in der grundsätzlichen Frage nicht einig, ob sich Interaktionsstörungen negativ auf das Kind auswirken bzw. wird auch kein Zusammenhang hergestellt zwischen dem Verhalten des Kindes und seiner Reaktion auf die vermeintliche Interaktionsstörung.

„Ok, da ist das Interaktionsmuster zwischen Kind und Mutter schon gestört oder ah oder ah nicht ganz normal, sagen wir so. Und die Frage ist dann halt, inwieweit sich das später einmal auswirken wird auch. Also wenn ich z. B. eine Mutter, die das Kind permanent am Busen legt, wo das Kind schon zweieinhalb Jahre ist, man kann das Kind nicht in Ruhe untersuchen, ned impfen, gar nix, weil eigentlich dauernd der Busen dazwischen ist, ja. Also das ist sicher eine auffälliges Verhalten, ja aber ob das jetzt, ... das Kind fängt jetzt an bei einer Tagesmutter, ist sonst völlig unauffällig, auch kommunikativ und auch nach der Impfung wieder freundlich und nett, also. Ich glaube nicht, dass das eine störende Entwicklung nehmen wird, das Kind, ja, obwohl das Verhalten der Mutter sicher grenzwertig ist.“ ... „Ich wollte nur sagen, was uns auf der einen Seite grenzwertig vorkommt, ob sich das aufs Kind auch immer auswirkt, weiß ich nicht, ja.“ (E 6, S.1, Z. 33-44)

Hier wird von E 6 vermutet, dass eine Interaktionsstörung vorliege, die auf das Kind aber keinen Einfluss habe. Der Interpretationsmöglichkeit, dass hier durch das Verhalten des Kindes **keine** Interaktionsstörung vorliege, wird kein Augenmerk gewidmet.

E 8 hat keine Zweifel, dass eine gelungene Eltern-Kind-Interaktion für die positive Entwicklung des Kindes wichtig ist:

„... das noch zur letzten Frage, was die Interaktion betrifft zwischen Eltern und Kind ist irrsinnig wichtig, weil es für die psychologische Entwicklung des Kindes wichtig ist, ja, dass man auch das beurteilen kann, wie die Mutter, wie die Eltern mit dem Kind umgehen, wie sie sich verhalten gegenüber dem Kind ja, wie sie auf das Kind eingehen können und das natürlich ist wichtig für die Entwicklung des Kindes ja, ...“ (E 8, S.1, Z. 28-32)

E 8 unterscheidet sich in ihrer Expertise zur Interaktionsdiagnostik von den anderen Interviewpartnern\*innen dieser Gruppe. Diese Person absolviert zum Zeitpunkt des Interviews eine intensive Ausbildung, die das Verständnis für die Psyche des Säuglings in den Mittelpunkt rückt. Die unterschiedlichen Zugänge von E 8 zu diesem Thema, im Gegensatz zu den Aussagen der anderen Expert\*innen der Gruppe 2, zieht sich durch das gesamte Interview.

E 8 wäre es wichtig, die Eltern zu ihrem Kind zu befragen, die Sicht der Eltern auch im Mutter-Kind-Pass abzubilden. E 8 hätte deshalb einen Fragebogen entwickelt, um Eltern nach ihrer Einschätzung zu befragen. Unter anderem würden die Eltern nach dem Schreiverhalten des Kindes und nach seiner Regulationsfähigkeit gefragt werden. Eltern größerer Kinder würden

nach Alltagsfertigkeiten und nach dem Spielverhalten befragt werden. Würden sich in diesem Fragebogen Auffälligkeiten bemerkbar machen, dann würde E 8 darauf näher eingehen.

E 7 hat eine andere Methode, wie er\*sie Eltern-Kind-Interaktion beobachtet:

„Also des soll bewusst hier, das sind keine Stiegen, sondern das is für mich, wenn ich vorbeigeh ein Test: Wenn die Mama da sitzt und mim Handy spielt und der Zweijährige da oben rumklettert, hat die Assistentin den Auftrag ... (unverständlich) ... kriegt sie (Anm. die Mutter) dann eine intensivere Einschulung sozusagen, dass man sagt: Ok, das geht ned, ich kann ned, an 5Jährigen kann ich allein da rauf und runter lassen, aber an 2-3Jährigen kann ich dort ned aufsetzen und alleine lassen. Also es gibt ein paar so Dinge, die ich im Vorbeigehen von der Interaktion mir anschau, ja“? (E 7, S. 6, Z. 278-286)

Auf die Interaktion versuche man zu achten, indem man beobachte, wie die Eltern tun, wie die Kinder „beisammen“ wären, wie die Eltern das Kind ausziehen würden und wie sie es halten würden. Interaktionsbeobachtung wird von E 7 auch als „Zuwendungsmedizin“ und „Sozialmedizin“ bezeichnet. Nicht alleine der Termin für die MKP-Untersuchung wird von dieser Person für die Interaktionsbeobachtung als bedeutend gesehen, sondern ein zusätzlicher Kontrolltermin, zeitnah an die Geburt, wird als sinnvoll erachtet.

„Und des san scho die Punkte, die eigentlich ich dann sehe als sozusagen, als Zuwendungsmedizin, a Mutter-Kind-Pass, des is ja meistens ned beim Mutter-Kind-Pass, sondern irgendwann zwischendurch, wenn’s glei kummen, ja? In den ersten 2 Wochen, da bestell ma’s, ich bestell’s immer zur Nabelkontrolle, aber ned, weil I ma den Nabel und des Gwicht unbedingt anschau, sondern routinemäßig sozusagen: Ok, wie tun die Eltern, wie tun sie sich dabei, ja? Und da is der 4-Wochen-Mutter-Kind-Pass zum Beispiel dann sozusagen das, dass ich amal gesehen hab: Ok, wie isses gegangen, aber ma kriegt halt für die Zuwendungsmedizin, ah, auch ka Honorar, ja? Sag ma mal so. Aber ich glaub des ghört, ich seh des als Package sozusagen, also der reine Mutter-Kind-Pass ist ein Teil dessen, dass man hier Sozialmedizin betreibt, ja? Aber ned unbedingt, dass ich sozusagen die Punkte des Mutter-Kind-Pass dann zum Zeitpunkt des Mutter-Kind-Pass unbedingt mir anschau, das is oft schon vorher, oder zwischendurch, ja? Aber es is halt ein Fixpunkt, des stimmt auch ...“ E 7, S. 7, Z. 324-337)

Das Interview mit E 5 lässt starke Tendenzen erkennen, dass Interaktionsprobleme besonders Familien mit einem anderen kulturellen Hintergrund zugeordnet werden. Die Aussagen sind als regelrecht rassistisch einzuordnen.

„... vor kurzem habe ich wieder eine gehabt, die war das letzte Mal bei mir, vor, mit zehn Monaten, dann war’s irgendwo in Jugo, also Ex-Jugoslawien, wo immer, ja? Und gestern war sie wieder da, ohne irgendeine einzige Impfung, ohne irgendwas. Aus dem wird nie was werden, die werden ewige Sozialhilfeempfänger bleiben.“ (E 5, S. 5-6, Z. 217-222)

Deutlich erkennbar sind die unterschiedlichen Zugänge innerhalb von Gruppe 2, in der Interpretation einer Interaktionsstörung. Erkennbar ist auch keine stringente Auseinandersetzung zur frühen Eltern-Kind-Interaktion. Während besonders im Interview von E 8 deutlich wird, dass Begriffe wie Feinfühligkeit und adäquate und prompte Reaktionen in der Interaktion bekannt sind, scheint das Wissen darum nicht bei allen Expert\*innen dieser Gruppe vorhanden zu sein.

Teile der Expert\*innengruppe 2 haben unkonkrete Vorstellungen davon, wie sich frühe Eltern-Kind-Interaktion im Rahmen einer MKP-Untersuchung bemerkbar machen soll. In einer Aussage wird vermutet, dass man diese Störungen erst bemerke, wenn das Kind in den Kindergarten käme. Dann würde es im Kindergarten auffallen, dass das Kind sehr auffällig wäre. E 7 würde dann die Eltern zu einer Kinderschutzgruppe ins Spital schicken. Ein einzelner in einer Ordination gewonnene Eindruck könne in jegliche Richtung falsch sein. Sinnvoll sei, sich so zu vernetzen, dass man wisse, wohin man die Familien überweisen könne und dann auch eine Rückmeldung erhalten würde.

Es wird angegeben, dass man in einer Kinderordination recht wenig registrieren könne, obwohl einem bewusst wäre, dass es eine Diskrepanz gäbe, zwischen der Realität, in der Kinder leben würden, und dem, was man wahrnehmen könne, bei einer MKP-Untersuchung. Man habe kein Rüstzeug und keine Methoden dafür, wenn man nicht auf einer psychosomatischen Station ausgebildet worden wäre. Hätte man seine Ausbildung auf einer intern orientierten Abteilung gemacht, dann würde der Einblick, den man in psychosoziale Aspekte gewonnen hätte, minimal sein. Psychologische Diagnostik käme auch im Studium faktisch nicht vor.

Dass es unterschiedliche Kompetenzen zur Interaktionsbeobachtung innerhalb der Kinderfachärzt\*innenschaft geben dürfte, wird innerhalb der Expert\*innengruppe 2 ganz deutlich geäußert. Auch die Person, die eine Aufnahme der Interaktionsbeobachtung in den MKP befürworten würde, bemängelt die Qualifikation und Ausbildung der Kolleg\*innenschaft, explizit auch die der praktischen Ärzt\*innen.

„Aber psychotherapeutisch oder psychologische Ausbildung ist gering, das muss man schon sagen. Das muss man sich selbst aneignen. Ich versuch ja jetzt, also ich mach Fortbildungen in Säuglingspsychotherapie, weils einfach spannend ist, ja, und dadurch fällt mir sicher mehr auf seit ich Vorlesungen besuche und mich einlese in das Thema. Ja, da merk ich, da fehlt den Kinderärzten sicher einiges.“ (E 8, S. 3, Z. 125-130)

„... die der praktischen Ärzte wird immer weniger bis gar nichts. Die haben zum Teil drei Monate gehabt, jetzt nur mehr zwei Monate, wenn überhaupt. Und in zwei Monaten die Kinderheilkunde zu erlernen und danach ein Kind zu beurteilen, das ist ein Ding der Unmöglichkeit.“ (E 8, S. 3, Z. 461-464)

Noch deutlicher ist folgende Expert\*innenaussage aus der Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen zur Frage einer qualifizierten Interaktionsbeobachtung. Sie ist inhaltlich fast deckungsgleich mit einer Aussage aus der Interaktionsexpert\*innengruppe.

„I: Kann jeder Kinderfacharzt ...“  
„E 7 : ... nein ...“  
„I: ... geschweige denn die Hausärzte, ja?“  
„E 7: ... nein.“  
„I: ... weil die machen das ja auch.“  
„E 7: ... nein, nein, nein.“  
„I: ... einen Mutter-Kind-Pass vernünftig ausfüllen.“  
„E 7: ... nein.“  
„I: ... und auch noch ...“  
„E 7: Nein“ (E 7, S. 17-18, Z. 727-734)

Im Anschluss zur Verdeutlichung die Aussage aus der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen:

I: „... ein niedergelassener Kinderarzt hat das gelernt, um das (Anm.: Eltern-Kind-Interaktion) zu beurteilen?“

E 3: „ein niedergelassener Kinderarzt?“

I: „Kinderfacharzt, ja.“

E 3: „Jeder?“

I: „ja“.

E 3: „in Österreich?“

I: „Ja“.

E 3: „Hat das nicht gelernt, nein“. (E 3, S. 5, Z 188-198)

Resignierend wird in der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen von Kindern berichtet, die kein Wort sprechen könnten, aber im Mutter-Kind-Pass hätten Kolleg\*innen alles als in Ordnung angekreuzt.

Zum Problem der Kindeswohlgefährdung besteht große Unsicherheit bei Expert\*innengruppe 2. Eine Person in dieser Expert\*innengruppe verfügt nach eigenen Angaben über eine sehr geringe Erfahrung mit der Kinder- und Jugendhilfe. In über 20 Jahren Praxis wäre es lediglich zwei oder dreimal notwendig gewesen, beim Jugendamt nachzufragen, ob die Familie bekannt wäre. Ansonsten hätte man das Gefühl, dass das nicht notwendig wäre. Man könne eben während einer kurzen Untersuchung sehr wenig wahrnehmen. Es wird durchaus selbstreflektiert von einem Fall berichtet, der deutlich macht, dass es große Defizite gibt, in der Wahrnehmung von psychosozial bedingten Krankheitsbildern. Die psychische Erkrankung eines pubertierenden Mädchens nicht erkannt zu haben, scheint den/die Experten/in sehr zu beschäftigen.

E 7 geht davon aus, Kindeswohlgefährdungen erkennen zu können, scheint dies aber auf medizinische Belange einzuschränken.

„Wenn jemand, wenn ich der Meinung bin sozusagen, irgendwie: Kindeswohl gefährdet, dann kriegen sie, dann kriegen´s bei uns a Info, ob sie auftauchen, also intern im Kalender, dann kommen´s auf die sogenannte Zu-Tun-Liste, das heißt dann familiäre Belastungssituation, wenn man schon über konkrete Fälle redet, ja? Wo ich der Meinung bin, also wirkliches medizinisches Problem ist, die versuchen wir schon unter Kontrolle zu behalten. Nicht 100-prozentig, aber das funktioniert.“ (E 7, S.3, Z. 114-120)

#### 7.1.1.1 Zusammenfassung und Interpretation

Die Interviewpartner\*innen der Interaktionsexpert\*innen zeichnen sich als solche aus. Die Erkenntnisse zu frühe Eltern-Kind-Interaktion decken sich mit der vorherrschenden Literatur zu diesem Thema. Gelungene Interaktion wird, wie in der wissenschaftlichen Literatur, als feinfühlig, adäquat und prompt beschrieben (vgl. Ainsworth 2003, S. 414).

Die Erkenntnis, dass eine hohe Kompetenz notwendig ist, um Interaktionsstörungen zu erkennen, ist grundsätzlich in beiden Gruppen vorhanden. Die Skepsis wird, wie in Kapitel 4.2 ersichtlich, vom bekannten Säuglingsforscher Daniel N. Stern geteilt, der von einer Gruppe psychiatrisch geschulter Ärzt\*innen berichtete, die bei Eltern-Kind-Interaktionsdiagnostiken nicht reüssieren konnten (vgl. Stern, 1998, S. 86). Die Sinnhaftigkeit, Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtungen in den Mutter-Kind-Pass in seiner derzeitigen Form aufzunehmen, wird von beiden Expert\*innengruppen in Zweifel gezogen. Innerhalb der Expert\*innengruppe 1 gibt es Widersprüche, ob die Beobachtung über die Eltern-Kind-Interaktion in den Mutter-Kind-Pass Einzug finden soll oder nicht. Diese Widersprüche finden sich nicht nur in den unterschiedlichen Positionen der einzelnen Personen wieder, sondern auch innerhalb der eigenen Aussagen. Eine Hypothese dazu ist, dass eine Diagnose nicht mehr als Diagnose gesehen wird, sobald von einer bloßen Einschätzung gesprochen wird und auch kein Befund geschrieben wird, sondern nur ein Ankreuzen erforderlich ist. Die zweite Hypothese ist, dass der Aufmerksamkeit, der Erfahrung, dem Interesse der Kinderfachärzt\*innen bei näherer Betrachtung mehr zugetraut wird, als im ersten Impuls geäußert wird. Die dritte Hypothese ist die, dass die Expert\*innen die Hoffnung haben, dass ein klarer Auftrag an die Ärzt\*innen, die den MKP ausfüllen, tatsächlich die Aufmerksamkeit mehr auf das Kind und auf seine Reaktionen, auf seine Bezugspersonen lenken kann und etwaige Interaktionsauffälligkeiten schlussendlich doch wahrgenommen werden können.

Die Kritik, dass auch die praktische Ausbildung im Spital einen psychosozialen und entwicklungspsychologischen Zugang zu Kindern unberücksichtigt lässt, sofern man diese in einer internistischen Station macht, zieht sich auch durch beide Expert\*innengruppen.

Die Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen weist zum Teil Lücken hinsichtlich des Wissens um die Bedeutung gelungener Eltern-Kind-Interaktion auf. Ob gelungene bzw. misslungene Eltern-Kind-Interaktion auf die Entwicklung des Kindes Einfluss nimmt, wird nicht stringent mit Zustimmung beantwortet. Dies steht in deutlichem Widerspruch zur Wissenschaft. Eine gelungene Eltern-Kind-Bindung und Interaktion macht Kinder klüger und lässt sie mit emotionalen Lebensbereichen besser umgehen (vgl. Ascherleben 2008, S. 298). Gelungene Eltern-Kind-Interaktion ist die Basis für sicherere Bindung. Diese ist für uns Menschen universal, damit wir geschützt werden und unsere Nachkommen schützen. (vgl. Crittenden 2003, S. 42).

Zum Teil sehen Mitglieder aus der Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen ihre fehlende Kompetenz zur Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung sehr selbstreflektiert. Andere Erhebungen als meine, bestätigen diese Analyse: Nur etwas über 20% der niederösterreichische Pädiater\*innen, die an einer Umfrage teilnahmen, sehen sich bei Entwicklungs- und sozialpädiatrischen Problemen als sehr gut ausgebildet. Ein

Fortbildungswunsch in diesem Bereich wird von annähernd 70% der Befragten angegeben (vgl. Püspök et al. 2008, S. 78f).

Ein Teil dieser Gruppe hegt eher die Befürchtung, dass anderen Kolleg\*innen die Kompetenzen dafür fehlen würden (Ich kann es schon, aber die anderen können es nicht). Auffällig ist, dass diese Gruppe nicht den Aspekt einbringt, eine andere Berufsgruppe wäre möglicherweise zur Durchführung der Interaktionsbeobachtung besser geeignet. Dies spricht dafür, dass die Gruppe der Ansicht ist, dass Kinderfachärzt\*innen prinzipiell geeignet dafür sind, es fehle eben an einigen Rahmenbedingungen. Der Eindruck, dass die Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen Schwierigkeiten mit der Vorstellung hat, anderen Berufsgruppen bessere Kompetenzen zuzuschreiben als sie sie haben, zieht sich durch diese Interviews zu praktisch allen Themenbereichen. Eine Hypothese dazu ist, dass Ärzt\*innen im niedergelassenen Bereich wenig Austausch mit anderen Berufsgruppen haben und deshalb auch wenig Erfahrung vorhanden ist, wie Vernetzung und Austausch funktionieren und entlasten kann.

Teilnehmer\*innen aus beiden Gruppen sprechen Zweifel bezüglich der kurzen pädiatrischen Ausbildung der Allgemeinmediziner\*innen an. Angesprochen wird, dass 70% der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen von dieser Gruppe durchgeführt werden, und die Bedenken bezüglich des fehlenden Wissens zu Interaktionsbeobachtungen sind noch einmal erhöht.

Zu diesem Diskussionspunkt gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Expert\*innengruppen. Beide Gruppen sind sich, aus der jeweiligen Perspektive heraus einig, dass es dafür an Kompetenzen mangelt.

### 7.1.2 Ängste und Unsicherheiten

Dieses Kapitel widmet sich den sehr persönliche Zugängen, die die Expert\*innen zu ihrer Arbeit haben. Gehäuft wird von der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen von einem Unwillen gesprochen, Eltern zu brüskieren. Es wird berichtet, dass man unangenehmen Erlebnissen mit Eltern aus dem Weg gehen wolle. Dass das in einer Ordination, ohne Rückhalt durch eine Institution wie z. B. in einem Krankenhaus, tatsächlich unangenehm ist, wird auch von der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen bestätigt. Eltern zu sagen, dass ihr Kind möglicherweise schlecht höre und sie zu einem Spezialisten zu überweisen, ist kein Problem, aber Eltern zu sagen, dass man Defizite in der Interaktion wahrnehme, ist offenbar mit großen Ängsten besetzt.

E 3 aus der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen kann die Befürchtungen der Kinderfachärzt\*innen, sich mit den Eltern konfrontieren zu müssen, gut nachvollziehen. Es

wäre wesentlich einfacher, an elterlicher Kompetenz Kritik zu üben, wenn man in einer Institution arbeiten würde und nicht alleine in einer Praxis.

„Weil wer, ich mein ... i find es ist leichter oft wenn, ich bin ja vom Spital gekommen und dann in die Niederlassung und es is, find i im Spital viel leichter, drauf aufmerksam zu werden, weil da habe i a Institution, da bin i ned allein und i muss ned leben von dem, ja? In der Ordination ist es vü schwerer, weil es is, da, man lebt letztlich ja auch von den Patienten, ja? Und es is vü schwerer, man wird aber vü mehr a beschimpft persönlich. So wird's Spital beschimpft, wenn ich was ankreuz was Eltern irritiert, aber wenn du des in der Ordination, dich dem aussetzen musst, das is zehnmal schwerer.“ (E 3, S. 7, Z. 265-272)

E 5 möchte sich keinesfalls mit Eltern konfrontieren. Abseits von der bereits mehrfach erwähnten abwertenden Grundhaltung zu manchen Patienten sind auch Befürchtungen erkennbar, sich rechtfertigen zu müssen (für seine Eintragungen im Mutter-Kind-Pass). Er vermute zwar, dass die meisten Mütter ohnehin Analphabeten wären, aber wenn sie das zufällig lesen würden, dann könnten sie ihm riesige Probleme machen. Er würde das deshalb ablehnen.

„... da muss ich mich dann rechtfertigen, warum i des ankreuz, da hab i gar ka Lust dazu. Das will ich nicht machen. Das ist zwar, ich versuche das zu beheben, ich versuch das zu erklären, aber ich würde das niemals im Mutter-Kind-Pass ankreuzen. Auf gar keinen Fall. Da komme ich in Teufels Küche. Das ist ja ein Dokument.“ (E 5, S. 1-2, Z. 45-49)

Die Angst vor der Rechtfertigung für Eintragungen im Mutter-Kind-Pass zieht sich durch viele Passagen dieses Interviews. E 5 stellt auch in Frage, warum er sich die Mühe mit der Auseinandersetzung mit den Eltern machen solle, wenn die Gebühren für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung so niedrig seien. „Also um das Geld, was ich da krieg, mache ich das sicher nicht.“ (E 5, S. 2, Z. 63)

Zuweisungen zu Ergotherapeut\*innen oder Logopäd\*innen sind laut E 5 nur aufgrund fehlender Kapazitäten schwierig, aber nicht, weil man das den Eltern gegenüber nicht ausreichend begründen könne.

Ein deutlicher Hinweis, dass fachliche Kompetenz Sicherheit im Umgang mit Eltern bietet, wird bei E 8 deutlich. Diese Person fühlt sich aufgrund von Zusatzausbildungen in der Interaktionsdiagnostik sicherer als die anderen Kinderfachärzt\*innen aus dieser Gruppe und gibt an, keine Hemmungen zu haben, Behörden zu informieren, wenn es notwendig wäre.

„Ich hab überhaupt keine Hemmschwelle mit irgendwelchen Ämtern zu telefonieren und jemanden zu kontaktieren, wenn ich jemanden brauche. Nein.“ (E 8, S. 5, Z. 205-207)

Allerdings gibt auch E 8 an, noch niemals die Kinder- und Jugendhilfe gebraucht zu haben, während die anderen Personen dieser Expert\*innengruppe auf unangenehme Erfahrungen mit Eltern im Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe verweisen. Denkbar ist natürlich, dass diese Erfahrungen prägend sind und künftig versucht wird, diesem Konfliktpotential aus dem Weg zu gehen. Das Kapitel 7.1.3 bietet darüber mehr Aufschluss.

Im Interview mit E 5 wird auf die Funktion als „Berater“ (E 5, S. 9, Z. 365), die Kinderärzt\*innen hätten, hingewiesen, andererseits wird ein Umgang mit Eltern beschrieben, der durchaus als übergriffiges Verhalten zu interpretieren wäre. „Ich nehm sie, i nimm sie ein bisschen strenger zur Brust“ (E 5, S. 4, Z. 158-159), womit häufigere Kontrolltermine gemeint sind. Die Gründe dafür scheinen aber weniger psychosozialer Natur zu sein als eher in der mangelnden Pflege der Kinder zu finden sein. Auch in dieser Interviewpassage geht es darum, Problemen aus dem Weg zu gehen:

„Wenn ich wirklich eine Entwicklungsdiagnostik haben will in Wien, da kann ich Monate warten und hab noch keinen Termin, also das is, da hängt man in der Luft und daher vielleicht auch aus dem Grund versucht man solche Hilfen aus dem Weg zu gehen, weil sie machen dann auch nur wieder Probleme.“ (E 6, S. 4, Z. 198-202)

Das lässt kaum eine andere Interpretationsmöglichkeit zu, als die, dass hier eine Intervention unterlassen wird, wenn Entwicklungsdefizite bemerkt oder befürchtet werden, um Unannehmlichkeiten aus dem Weg zu gehen.

E 7 hat keine Ressentiments gegen die Zusammenarbeit mit schwierigen Eltern. Die Ordination liegt in unmittelbarer Nähe zur Bezirksstelle der zuständigen Kinder- und Jugendhilfe und deshalb gäbe es oft einen Austausch. Offenbar passiert dies aber eher aufgrund des Ersuchens der KJH. E 7 selbst würde nicht primär die KJH kontaktieren, sondern sich an die Kinderschutzgruppe eines Spitäles wenden. Die Gründe dafür sind bereits mehrfach erwähnt worden. Die Eltern würden anders reagieren, wenn sie mit ihrem Kind in ein Spital geschickt würden, als wenn sie aufgefordert würden, sich z. B. mit der Kinder- und Jugendhilfe in Verbindung zu setzen. Die Hemmungen, sich mit den Eltern konfrontieren zu müssen, sind groß. Mehrmals wird von E 7 erwähnt, dass sich das Personal im Spital damit leichter tun würde. Man hätte eine Institution hinter sich stehen und wäre nicht alleine.

#### 7.1.2.1 Zusammenfassung und Interpretation

Dieses Kapitel macht deutlich, dass die Interviewpartner\*innen der Kinderärzt\*innengruppe der Aufnahme einer Interaktionsbeobachtung im Mutter-Kind-Pass äußerst skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen. Für diese Gruppe sind die Konsequenzen für die eigene Person sehr zentral. Die Befürchtung, sich bei den Eltern für die Diagnose einer auffälligen Eltern-Kind-Interaktion rechtfertigen zu müssen, ist der wichtigste Punkt der Argumentation. Dass die Entwicklung der Kinder positiv beeinflusst werden könnte, schlägt sich kaum nieder.

Die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen fordert einen sensiblen Umgang mit Eltern, die Defizite in der Eltern-Kind-Interaktion aufweisen. Im Vordergrund steht die Bedürftigkeit der Eltern und Kinder und nicht die eigene Befindlichkeit.

Dies lässt einiges an Interpretationsspielraum zu:

Niedergelassene Kinderfachärzt\*innen stehen in der Regel alleine an der Front. Sie können sich nicht mit Kolleg\*innen absprechen und sich eine zweite Meinung einholen. Sie können auch auf keine vorgesetzte Person verweisen, sondern müssen sich ungefiltert mit, unter Umständen, erbosten Eltern auseinandersetzen. Deutlich ist erkennbar, dass sich die Person E 8, aufgrund einer Zusatzausbildung dafür gut qualifiziert fühlt, die Ängste der Kolleg\*innenschaft nicht teilt. Dies scheint der zweite zentrale Punkt zu sein. Offenbar macht das Wissen um die vorhandene Fachlichkeit sicher, man könne dadurch leichter eine Argumentationslinie für Eltern entwickeln. Ein Expert\*innenmitglied der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen teilt die Erfahrung, dass es einen großen Unterschied macht, sich in einer eigenen Praxis konfrontieren zu müssen oder als Teil einer Ambulanz oder Klinik.

Nicht unerwähnt bleiben kann der Umstand, dass notwendige Zuweisungen zur Entwicklungsdiagnostik nicht getätigt werden, weil der Wunsch, Unannehmlichkeiten aus dem Weg zu gehen, höher bewertet wird als die Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes. Diese Einstellung ist besorgniserregend.

### 7.1.3 Persönliche Einstellung und Wertehaltung versus Fachlichkeit

Dieses Kapitel zeigt, mit welcher Grundhaltung der Beruf ausgeübt wird, inwiefern man eigene Erfahrungen mitbringt und wie sehr die Arbeit dadurch beeinflusst wird.

Innerhalb der Interaktionsexpert\*innengruppe wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass es problematisch ist, Interaktion, Bindung oder Beziehung zu bewerten, ohne die eigene Bindungsgeschichte aufgearbeitet zu haben.

„... und ned eine persönliche Meinung, wie alle in der Psychotherapie und ähnlichen Berufen wissen, wie sehr man aus der eigenen persönlichen Geschichte subjektiv beeinflusst wird und manchmal die Diagnose mehr über einen selber sagt als über den anderen, nicht über den, über den man sie gestellt hat, quasi.“ (E 4, S. 1, Z. 38-41)

Die Auswertung der Interviews aus der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen deutet auf die Gültigkeit dieser Sicht hin:

Während des Interviews wird den Expert\*innen aus der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen das deutsche Vorsorgeuntersuchungsheft vorgelegt. Dazu gibt eine Person aus der Expertengruppe an, dass sie sich nicht vorstellen könne, wo sie etwas besonders Auffälliges

diagnostizieren solle. Außer bei Frühgeburten oder behinderten Kindern wäre in den letzten 20 Jahren immer alles in Ordnung gewesen.

E 5 sieht das ganz anders. Er wäre sehr oft mit Interaktionsstörungen konfrontiert, aber das im Mutter-Kind-Pass zu dokumentieren, würde nicht in Frage kommen.

„Das ist ein großer Teil des Jobs da in der Praxis. Die Interaktion zwischen Mutter und Kind, das ist ein großer Teil. Ich würde es nicht reinschreiben in den Mutter-Kind-Pass, weil das füllt Ihnen keiner korrekt aus.“ (E 5, S. 10, Z. 405-405)

Mehrmals wird von E 5 darauf hingewiesen, dass man ankreuzen könne, was man wolle. Es hätte ohnehin keinen Wert. Niemand interessiere sich für den Mutter-Kind-Pass. Den schaue ja niemand an. Es würde ihn niemand kontrollieren und da könne man bei Interaktion ankreuzen, was man wolle. Es ist anzunehmen, dass man den Schwierigkeiten aus dem Weg gehen könne, indem man die Eltern nicht brüskiere. Die Aussagen von E 5 sind auch aufgrund ihrer Verallgemeinerung auffällig. E 5 würde im Mutter-Kind-Pass keine Interaktionsauffälligkeiten vermerken. Er geht aber auch davon aus, dass das auch sonst niemand tun würde. Dieses Beispiel zeigt, dass E 5 kein Unrechtsempfinden zeigt, wenn er den MKP in der Theorie falsch ausfüllen würde. Das Unrechtsempfinden abzuwenden, gelingt besser, indem man die Hypothese aufstellt, dass alle anderen auch so handeln würden.

Auf die (vermeintliche) Sinnlosigkeit von Unterstützung wird auch verwiesen und auf eine gewisse Unrechtmäßigkeit, wenn man sich in das Privatleben anderer einmischen würde, da E 5 Erziehung als etwas Privates ansieht. Grundsätzlich sind die folgenden Aussagen wieder gespickt mit einer abwertenden Grundhaltung gegenüber einem Teil der Patient\*innen. Hingewiesen wird, dass Erziehung etwas Privates sei. E 5 würde Unterstützung für Eltern grundsätzlich als hoffnungslose Geschichte erachten. Die Eltern hätten so wenig Bildung und zum Teil auch zu wenig Verstand, um überhaupt zu begreifen, worum es gehen würde. Er hätte zwar auch tolle Mütter, aber um die ginge es ja nicht. Bei den anderen hätte man ohnehin keine Chance.

„... da haben sie keine Chance. Da haben sie keine, also ich bemühe mich da auch nicht mehr wirklich, also ich versuch's, ich biete es Ihnen an, aber sie nutzen's nicht.“ (E 5, S. 5, Z. 208-210)

Besonders schwierig ist die Vorstellung, dass Eltern eine häusliche Unterstützung als Hilfe ansehen können. Die Frage, ob ein Hausbesuch bei allen Eltern mit einem Neugeborenen als sinnvoll erachtet wird, wird mehrfach verneint.

„Nein, weil das widerspricht vollkommen meinen persönlichen Vorstellungen und auch meiner Erfahrung muss ich sagen.“ (E 7, S. 13, Z. 619-620)

E 6 aus der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen kann Rechtfertigungsgründe angeben, warum er mit der Meldung von Interaktionsauffälligkeiten so zurückhaltend wäre:

„Ja und nein. I denk, wenss positiv ist, wenss eine gute Gesellschaft gibt, dann kümmert man sich um die Kinder, und wenn die Gesellschaft irgendwo ein Gefahrenzeichen sieht, dann alarmiert, ja. Das heißt, wenn in einem Mietshaus des Kindergeschrei irgendwie abnormal ist, dann werden die sagen: Ok, schau wir mal bei der Familie nach, warum schreien die Kinder so viel.“ (E 6, S. 7, Z. 310-312)

Hier wird die Verantwortung auf die Zivilgesellschaft abgeschoben, die Erwartungshaltung ist jene, dass Nachbarn oder Bekannte melden würden, wenn das Kindeswohl in Gefahr wäre. Dahinter steht eine klare Abgrenzung zur eigenen Verantwortung:

„Wenss umgekehrt rennt, dass der Arzt oder irgendwer sagt: Gehts dort oder dort hin, das geht in die Hose.“ (E 6, S. 7, Z. 332-333)

Ein Eingriff in die Privatsphäre wird befürchtet, wenn bei allen Familien mit Neugeborenen Hausbesuche durchgeführt werden und Parteipolitik wird vermengt mit aufsuchender Familienarbeit. Weder gibt es einen differenzierten Blick darauf, dass Eltern dadurch auch Unterstützung bekommen könnten, noch darauf, dass damit keine Zwänge zu einer anderen Lebensführung einhergehen müssen.

„Da habe ich ein großes Problem mit sowas. Jemanden reinlassen bei mir, was geht sie das an? Also grundsätzlich, nicht? Die, die, die skandinavischen Länder haben ein Faible für Überwachung. Und für: den Leuten vorzuschreiben, was gut für sie ist. Das ist eine Entscheidung, die ich selber treffe, für mich. Ja? Ich schluck meine Blutdrucktabletten, aber ich tue rauchen. Aber das ist meine Entscheidung. Ich will vielleicht nicht 90 werden und gefüttert werden die letzten zehn Jahre. Macht jeder für sich. Das, das halte ich für einen Eingriff in die Persönlichkeitssphäre, den ich persönlich nicht haben will, ja? Oder bei uns die Grünen. Die Grünen schreiben, die letzte Zeit fällt mir das auf, dass sie, immer wieder, mir erklären, wie ich gesund leben soll. Oder wie ich mich zu verhalten habe, um gesund zu sein, vielleicht will ich gar nicht gesund sein. Oder, um was auch immer es geht, meine Lebensführung. Die greifen in die Lebensführung der, das würd ich nie, also ich persönlich will das nicht.“ (E 5, S. 16, Z. 648-697)

Hier wird das Thema des Interviews völlig ausgeblendet und eigene Befürchtungen und Bedürfnisse eingebracht. In Folge werden auch noch weitere, als polemisch einzuordnende Äußerungen getätigt, in denen Dr. Bruno Kreisky die Schuld an der Unselbstständigkeit der Eltern zugeschrieben wird. Wegen ihm würde immer jemand zur Verantwortung gezogen werden, wenn etwas passiert wäre. E 5 würde das ablehnen. „... ich finde Eltern, wenn sie ein Kind machen, sollen sie die Verantwortung übernehmen“ (E 5, S.18, Z. 781).

Da der Großteil der Expert\*innen dieser Gruppe sich kaum mit unterstützenden Angeboten für Familien auseinandergesetzt hat, und das, was angeboten wird, als unpraktisch, unzureichend oder unpassend erlebt, gibt es kaum eine Vorstellung davon, was Familien als Unterstützung und nicht als Schikane wahrnehmen könnten.

E 8 bewertet ein Zuviel als Kontrolle auch negativ. Hausbesuche bei allen Familien, die die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungstermine nicht wahrnehmen, werden von E 8 sehr skeptisch gesehen.

„Es ist eine philosophische Frage, wie weit man den Eltern ihre Kinder zutraut, da muss man schon ein bisserl aufpassen. Wir leben doch in Österreich in einem freien Land, das würd ich jetzt einmal betonen. Ich glaube, dass man eine gewisse Verantwortlichkeit auch den Eltern überlassen kann.“ (E 8, S. 10, Z. 346-349)

Kindeswohlgefährdung wird in der Gruppe der niedergelassenen Kinderfach\*ärztinnen in unterschiedlicher Intensität wahrgenommen. Zwei Personen aus dieser Gruppe geben an, in zwei Jahrzehnten keine oder nur eine Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe gemacht zu haben. Eine Person gibt an, am Anfang der Berufskarriere im Rahmen eines Hausbesuches nur Erwachsene, die unter Drogen standen, vorgefunden zu haben. Sie habe den großen Fehler begangen das Jugendamt zu informieren. Die Mutter hätte dann einen riesigen Wirbel in der Ordination verursacht. Die Person würde sich „nicht mehr in die Nesseln setzen“. Sie sei nur ein „Berater“ und was die Mutter mit ihrem Kind mache, wäre ihre Angelegenheit. Sie sei sehr konsequent, was die eigenen Aufgaben betreffe und was nicht.

Ressentiments gegen die Kinder- und Jugendhilfe werden auch angeführt. Angeblich wäre einmal ein Kollege wegen Amtsmissbrauch angezeigt worden. Die Kinder- und Jugendhilfe hätte dem Kollegen vorgeworfen, den Mutter-Kind-Pass nicht ordnungsgemäß ausgefüllt zu haben. Dieser Arzt hätte bestätigt, dass die Kinder „in Ordnung“ gewesen seien, dies hätte aber nicht gestimmt.

E 5 hat auch eine klare Haltung zum monetären Anreiz für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Diese geht leider mit einer pauschalen Abwertung der Patient\*innen einher:

„Aber bei den Eltern, die sich eh drum kümmern, um die Kinder, ist ja das kein Thema. Ob des spät kommt, zrück kommt, des is ned wichtig, ja? Aber des Gsindel, I sag des jetzt amal so niedrig, ah, de´s nur wengan Geld machen, das war der einzige Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe, war die Kohle. Und denen die Kohle, so wie es jetzt ist, zu kürzen, ah, ich glaub es ist besser ihnen eine Kohle zu geben, damit sie das tun. Das wissen Sie dann vorher, dass sie a Geld kriegen. Und wann sie´s ned, ... und wann sie es ned machen, dann kriegen´s die Kohle ned. Ja? Das halt ich persönlich für wahrscheinlich sinnvoller als sie im Nachhinein zu strafen. Weil die sin so primitiv und dumm, dass sie ja gar nimma wissen, warum sie die Strafe kriegen. Die verstehen des afoch ned.“ (E 5, S. 13, Z. 555-566)

#### 7.1.3.1 Zusammenfassung und Interpretation

Die eigene Wertehaltung und persönliche Erfahrungen spielen eine große Rolle im Umgang mit anderen. Die Interviewpartner\*innen bringen eine bestimmte Grundhaltung mit, wie sie Eltern bzw. den Umgang dieser Eltern mit ihren Kindern erleben.

Zentrales Thema ist hier die Frage der Verantwortlichkeit. Die Gruppe der niedergelassenen Kinderfach\*ärztinnen äußert große Bedenken, verantwortlich gemacht zu werden: für das Nichterkennen von Kindeswohlgefährdungen, das Nichterkennen von Interaktionsstörungen oder das fälschliche Erkennen davon. Nicht der Kinderfacharzt oder die Kinderfachärztin soll

Verantwortung übernehmen, um Unterstützungsbedarf für Familien einzuschätzen, sondern die Zivilgesellschaft, die Nachbarn oder die Eltern selbst müssen das erkennen. Und wenn Eltern dazu nicht in der Lage sind, dann ist sogar die sozialistische Politik der 70er Jahre daran schuld.

Große Vorurteile bestehen zur aufsuchenden Familienarbeit. Es wird als Kontrolle empfunden, als Verletzung der Privatsphäre und als Belästigung. Dass Eltern aufsuchende Hilfen als Unterstützung erleben könnten, scheint kaum vorstellbar. Diese Einstellung widerspricht den Erkenntnissen der in Kapitel 5.4 beschriebenen Studien. Diese bestätigen, dass aufsuchende Hilfen in der frühen Kindheit bei Risikogruppen im sozialmedizinischen Bereich das größte Potential für eine hohe Wirkung und langfristigen Nutzen zeigen. Dies lässt auch auf einen monetären volkswirtschaftlichen Nutzen Rückschlüsse zu (vgl. LBI 2012, S. 58).

Um als Vergleich das deutsche Pendant zum Mutter-Kind-Pass heranzuziehen, ist festzuhalten, dass bei auffälliger Eltern-Kind-Interaktion auf die *Frühen Hilfen* zu verweisen bzw. eine Empfehlung dazu abzugeben ist. Die Überwindung das zu tun, ist natürlich eine ungleich größere, wenn ich diese Form von Unterstützung nicht als Hilfe erlebe, sondern als Belästigung. Dazu kommt auch noch das Gefühl der Sinnlosigkeit. Obwohl nur eine Person aus der Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärztinnen Eltern als dumm, primitiv, geldgierig und Gesindel beschreibt, kann diese Werthaltung nicht negiert werden.

Bedenklich sind diese Vorurteile auch in Hinblick auf eine Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung. Für den Umgang mit Eltern ist „eine freundliche, zugewandte und wertschätzende Haltung, die die Vorstellungen und Wünsche der Eltern ebenso wie ihr Verhalten respektiert, von besonderer Bedeutung“ (Ziegenhain et al. 2008, S. 69). Der Weg von dumm und primitiv, zu wertschätzend und zugewandt ist weit und wird nicht so leicht überwindbar sein.

Die Einstellung der Expert\*innengruppe zur Interaktion, bezüglich *aufsuchender Hilfen*, ist eine ganz andere als die der Vergleichsgruppe. *Aufsuchende Hilfe* und der persönliche Kontakt zu Familien steht im Zentrum der Vorschläge für Frühe-Eltern-Kind-Unterstützung. Die Expert\*innen wurden alle nach ihren Einschätzungen zu Hausbesuchen bei Eltern nach der Geburt eines Kindes befragt. Alle sind sich einig, dass das eine gute Methode ist, um Eltern mit einem Neugeborenen zu unterstützen und mögliche Probleme im Umgang mit dem Kind frühzeitig zu erkennen. Wie in Kapitel 7.1.6 deutlich wird, hängen viele Ideen und Wünsche dieser Gruppe mit *aufsuchender Hilfe* für Eltern zusammen und wird als Gesundheitsprophylaxe und zielführende Präventionsmaßnahme gesehen.

Der Zugang der beiden Gruppen zu *aufsuchender Hilfe* ist gänzlich diametral. Warum das so ist, lädt zur Interpretation ein. Zum Teil haben die Mitglieder beider Gruppen dieselbe

Berufsausbildung. Zwei Personen der Interaktionsgruppe sind ebenfalls Kinderärzt\*innen. Der Beruf alleine kann also nicht der Grund für die unterschiedlichen Sichtweisen sein. Eigene, persönliche Erfahrungen mit *aufsuchender Hilfe*, sind wohl eher nicht anzunehmen. Vielmehr ist zu erwarten, dass der Austausch mit anderen Berufsgruppen den Zugang dazu verändert. Die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen kennt gelungene Systeme von *aufsuchender Hilfe*. Sie wissen, welche Angebote die Kinder- und Jugendhilfe für Familien hat, sie werden immer wieder von der Kinder- und Jugendhilfe um Expertisen gebeten oder sogar engagiert bzw. werden auch von *aufsuchenden Hilfen* um Zusammenarbeit ersucht. Der Austausch mit anderen Hilfesystemen ermöglicht ein gemeinsames Bild von bedürftigen Familien, vielleicht auch eine ähnliche Werthaltung. Ängste und Befürchtungen können abgebaut werden, Feindbilder verschwinden. All das fehlt der Gruppe der niedergelassenen Kinderfach\*ärztinnen. Die Erfahrungen mit *aufsuchenden Hilfen* sind nur am Rande vorhanden, die mit der Kinder- und Jugendhilfe sehr oft negativ besetzt. Der Vergleich der beiden Gruppen zu diesem Thema ist sehr relevant für die Interaktionsbeobachtung im Mutter-Kind-Pass. Eltern passgenaue Unterstützung anzubieten, ist eine Grundvoraussetzung für die Sinnhaftigkeit dieser Untersuchung. Dafür braucht es ein Grundverständnis für aufsuchende Hilfesysteme und auch einen Grundkonsens für deren Wirksamkeit.

#### 7.1.4 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Kritisiert wird von der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen das Einzelkämpferdasein der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen. Diese seien keine Netzwerker\*innen und das wäre einer der Gründe, weshalb es so selten Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe geben würde. Dass Gewaltmaßnahmen als Erziehungsmittel in Familien immanent sind, würden nicht nur die Interaktionsexpert\*innen wissen.

„Wir wissen, dass 55 % der Kinder mit Gewaltmaßnahmen erzogen werden, laut Gewaltpräventionsbericht des Familienministeriums 2012, glaub ich, und wir wissen, dass 16 % mit schweren Maßnahmen, nämlich ähm mit Gegenständen schlagen, mit Stockprügeln und ähnlichen Sachen. Ich frag mich dann, wo sind die dann, wenn nicht bei den Kollegen innerhalb von 25 Jahren oder irgendwo und das händeln die dann alles selbst?!“ (E 4, S. 6, Z.275-280)

E 6 aus der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen ist bewusst, dass es bezüglich Gewalt gegen Kinder schon aus statistischen Gründen ein Wahrnehmungsdefizit geben müsste.

„... Ahm, es gibt ja auch das Problem beim Kinderarzt, im niedergelassenen Bereich, man liest immer vom Kindesmissbrauch und man wird vom ahm Prozentsatz wird einem gesagt, wie viele zehn Prozent der Kinder haben eine, sind Opfer von Missbrauchsfallen und in der Ordination, man findet keine. Also da gibts eine Diskrepanz und drum glaub ich auch, dass zwischen dem, der Realität und was ma registrieren kann in der Kinderordination, eine Diskrepanz liegt. Ich

weiß nicht, wie man diese Diskrepanz, also wie man näher zur Realität kommt, weiß i ned.“ (E 6, S. 2, Z. 69-75)

Ein generell fehlendes Bewusstsein, dass man auch als Mediziner\*in nicht alle Probleme lösen können muss und sich auch von anderen Berufsgruppen Unterstützung holen kann, wird der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen von den Integrationsexpert\*innen unterstellt :

„... Sie sind nicht die Ernährungsberatungsspezialisten (Anm. die Kinderfachärzt\*innen), sie brauchen vielleicht eine Diätassistentin in der Nähe, wo man dann hinschicken kann, wenn das Kind immer mehr auseinander geht. Auch ein wöchentliches Bestellen ändert nix an den familiären Konstruktionen, die eh schon ums Essen herrschen. Und eine Familie, die vielleicht ahh Gewalterziehung betreibt, wird durch das wöchentliche Wiederbestellen vielleicht auch ein bisserl aufgeschreckt sein, aber sie werden es nicht damit lösen können. Offensichtlich sehen sie es gar nicht. Und wenn sie es gar nicht sehen, dann ist es eine Frage der Wahrnehmung ...“ (E 4, S. 6, Z. 285-292)

„Wenn ich das Gefühl hab: Ok, ich brauch es nur sehen und dann geht es weiter, das Problem, und ich bin nicht der, der es lösen muss als Kinderarzt, dann fällt es vielleicht schon ein bissl leichter. Und solche Netzwerke müssen eine Kultur entwickeln, die muss man erst verstehen, da muss sich Vertrauen entwickeln, da muss man das Gesicht vom anderen kennen. Da muss ma rasch anrufen können und sagen können: I hab gerade wirklich eine Hochrisiko-Familie, habts ihr Zeit, habts ihr Platz? Und dann bin ich das Problem als Kinderarzt aber Gott sei Dank auch los mit all meiner Verantwortung und Sorgen und meinen Zweifeln.“ (E 4, S. 6, Z. 296-302)

Die obige Aussage zeigt ein großes Verständnis für die Ängste und Befürchtungen der Kinderfachärzt\*innen, aber wenig Verständnis dafür, dass so selten vernetzend gearbeitet wird, obwohl das eigentlich eine Entlastung für den niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen bedeuten müsste.

Das mangelnde Vernetzung tatsächlich ein Thema der Kinderfachärzt\*innen sein könnte, und das von E 4 kritisierte wöchentliche Wiederbestellen als Patentrezept gesehen wird, bestätigt sich in der Aussage von E 8 aus der Gruppe der Kinderfachärzt\*innen, sogar wörtlich.

„Und ich hab oft Eltern, die kommen zu mir mit dem ersten Kind und fragen mich, wie man das Kind umdreht, ja. Diese Eltern seh ich wöchentlich, ja. Einfach weil ich weiß, sie haben keine Anleitung zuhause, wie sie mit dem Kind umgehen können, auch im Gefühl. Das heißt, die haben nie jüngere Geschwister gehabt oder konnten nie selbst ein Kind händeln, ja. Das heißt, die sind wöchentlich hier, wir besprechen alles, wies baden ist und so weiter, also wirklich Basiskinderpflege. Basiserziehung auch. Und die sind sehr gut an mich gebunden.“ (E 8, S. 2, Z. 80-86)

#### 7.1.4.1 Zusammenfassung und Interpretation

Für die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen Alltag. Zwei der Expert\*innen arbeiten in einer Institution und sind von verschiedenen Berufsgruppen umgeben, die auch verschiedene Aufgaben erfüllen. Die anderen beiden Expert\*innen stehen viel im Austausch mit der Kinder- und Jugendhilfe,

werden zum Teil auch von dieser auf Honorarbasis für die Arbeit mit Familien eingesetzt. Deshalb gibt es bezüglich der Zusammenarbeit konkrete Erfahrungswerte, die sich dann auch in der Einstellung zum Netzwerk positiv niederschlagen. Diese Expert\*innengruppe ist deutlich häufiger mit der Lebenswelt der Familien konfrontiert als die Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen. Das Bewusstsein, dass es Expert\*innen für verschiedene Probleme gibt, ist bei den Interaktionsexpert\*innen aufgrund des anderen Erfahrungsspektrums vorhanden, ebenso wie das Vertrauen in die Kompetenz anderer Professionen.

E 8 steht für das von E 4 genannte Beispiel der Kinderfachärzt\*innen, die mit dem Wiederbestellen der Familien in die Ordination hoffen, das Bestmögliche für ihre Patient\*innen getan zu haben. Die Frage, ob einer unsicheren und unbeholfenen Mutter nicht mit einer Unterstützung zu Hause, die mehrmals wöchentlich (wenn notwendig) angeboten werden kann, nicht effektiver geholfen würde, drängt sicher allerdings auf.

Die Aussagen der Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen bestätigen das Vorurteil der Expert\*innengruppe. Sie sind keine Netzwerker. Das hat aber negative Folgen für den Patient\*innen. Wenn Arzt\*innen ein psychosoziales Problem bei ihren Patient\*innen vermuten, aber keine Möglichkeit sehen, an diesem Problem zu arbeiten, werden sie Hemmungen haben, das anzusprechen, oder sie werden Strategien entwickeln psychosoziale Probleme auszublenden bzw., wie in den Interviews mehrmals gehört, von anderen erwarten, diese zu erkennen. Zuweisungen zu anderen Institutionen oder Berufsgruppen gibt es fast nur in rein organmedizinischen Belangen. Explizit genannt wurden Zuweisungen zu Kinderabteilungen der diversen Spitäler. Keine Person hatte Kontakt zu den *Frühen Hilfen*, die sich in den betroffenen Bezirken aber bereits in der vollen Ausbaustufe befinden. Im Kapitel 5.3 wird deutlich, dass der Bereich der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen derjenige ist, der auffällig geringe Zuweisungsraten zu den *Frühen Hilfen* aufweist.

Dass die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen durch ein grundsätzliches Misstrauen nicht begünstigt wird, ist nur folgerichtig. Hier spielen die Werthaltung und Erfahrungen sowie die Ängste und Unsicherheiten, wie in den Kapiteln 7.1.3 und 7.1.2 bereits beschrieben, ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle.

#### 7.1.5 Zeit und Geld

Die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen sieht die Versorgungssituation der Patient\*innen bei Kinderfachärzt\*innen als schlecht an, womit gemeint ist, dass die Kinderärzt\*innenpraxen mit einem Kassenvertrag sehr überfüllt sind und das Zeitfenster für MKP-Untersuchungen zwischen fünf und zehn Minuten liegt. Es wird angezweifelt, dass in den maximal zehn

Minuten, die eine Mutter-Kind-Pass-Untersuchung dauert, eine Interaktionsstörung festgestellt werden kann. Äußerliche Verletzungen kann man möglicherweise gut feststellen, aber 10 Minuten, um Auffälligkeiten in der Interaktion festzustellen, sind zu kurz.

„... weil das, was ich eher kenne - jetzt auch in Wien, oder? Das ist die Versorgungssituation, die äußerst schlecht ist, besonders bei den kleinen Kindern. Dass einfach nur kurze Untersuchungstermine zur Verfügung stehen, besonders bei Kinderfachärzten und ich glaube nicht, dass man das in zehn Minuten sehen und feststellen kann.“ (E 1, S. 1, Z. 28-33)

Dass die Versorgungssituation zumindest in Wien offenbar regelrecht prekär ist, wird von der Expert\*innengruppe der Kinderfachärzt\*innen hinlänglich bestätigt. Es wird von der offenbar schlechten Honorierung berichtet, die eine intensivere Auseinandersetzung mit Eltern und Kind nicht erlaube – obwohl den MKP-Untersuchungen zusätzliche Zeit eingeräumt würde. Dies würde E 7 z. B. schon bei der Terminvergabe berücksichtigen.

Immer wieder wird von der Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen auf die mangelnde Zeit hingewiesen, die man in besonders bedürftige und interaktionsauffällige Familien investieren sollte, die aber finanziell nicht abgegolten werde. Eltern mit psychosozialen Problemen werden als eine „abrechnungstechnische Katastrophe“ (E 7, S. 16, Z. 752) bezeichnet. Es dürfe einem dabei nicht aufs Geld ankommen, denn das rechne sich nicht. Das müsse man als niedergelassener Facharzt oder Fachärztin auch erst lernen. Man habe viele Ausgaben und müsse schauen, dass sich das ausgeht.

Eine Person berichtet, dass in der Ordination besonders auf die finanzielle Bedürftigkeit der Familien geachtet würde. Die Ordination wäre überlastet, man müsse selektieren, wenn man neue Patient\*innen aufnehme. Deshalb werden Familien mit besseren finanziellen Möglichkeiten zu Wahlarztordinationen weitergeschickt, um Kapazitäten für die Patient\*innen zu haben, die keine Alternative zur Kassenmedizin hätten.

Diese Aussagen machen den Zeitdruck deutlich, unter dem die niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen stehen, andererseits wird das persönliche Engagement deutlich.

„Prinzipiell nehme ich mir solange Zeit, wie der Patient dafür braucht, ja. Wir sind eine Kassenordination, ja, und wir haben viele Patienten, keine Frage, aber es soll kein Patient rausgehen mit einer Frage, ja. Also es wird alles beantwortet bis zum Letzen und wenn es eine Dreiviertelstunde dauert, dann dauert es eben eine Dreiviertelstunde. Es ist so. Deshalb haben wir Wartezeiten hier, das ist so, aber es kommt hoffentlich jeder zufrieden raus, weil ich bin die einzige Kinderärztin, ich muss ihre Fragen beantworten, die sie an mich stellen. Sonst gibts niemanden, deshalb.“ (E 8, S. 1, Z. 47-53)

Kritisiert wird von E 8 ein Mangel an niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen mit einem Gebietskranken-kassenvertrag.

„Es ist, glaub ich, einerseits gibt es wenig Kinderärzte. Wir sind schon unter Artenschutz, ja, es ist leider so, ja. Es bewerben sich wenig für eine Kassenstelle, weil es relativ unattraktiv ist, ja, weil es als Wahlarzt sehr lukrativ ist, ja. Und andererseits hab ich das Gefühl, dass die Krankenkasse nicht daran interessiert ist, so viele Stellen zu vergeben, die kaufen sie zum Teil

den Ärzten auch ab. Ein Arzt geht in Pension, kriegt von der Kasse Geld ...“ (E 8, S. 5, Z. 245-249)

E 8 würde derzeit Unterstützung von zwei Kolleg\*innen haben. Eigentlich hätte die Ordination 20 Stunden offen, gearbeitet würde aber Vollzeit. Besonders die Babys würden außerhalb der Ordinationszeiten versorgt werden. Angeblich wären in Wien zehn Stellen für Kinderfachärzt\*innen unbesetzt. Deshalb müssten immer wieder Patient\*innen abgewiesen werden.

„... wir wissen, dass es halt immer wieder Kassenärzte zusperren und 1400 Patienten plötzlich einen Arzt suchen und keinen haben. Wir haben alle zehn Abweisungen pro Tag einen Patienten, ja, die einen Kassenarzt aber brauchen. Da gehts nicht um Leute, die eine Zusatzversicherung haben, die versuchen wir sowieso wegzubekommen, ja, und das ist die Entwicklung der letzten eineinhalb Jahre.“ (E 8, S. 5-6, Z. 252-256)

Wie von E 3 aus der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen schon beschrieben, spielt auch die Sorge, Patienten zu verlieren, wenn man sie brüskiere, eine Rolle. Man lebe schließlich von den Patienten und habe Sorge, dass sie woanders hingehen würden, wenn sie sich ungerecht behandelt fühlen würden.

An anderer Stelle wird von einer Person aus der Gruppe der Interaktionsexpert\*innen über mangelnde Finanzierung einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung berichtet: Vor einigen Jahren gab es Bestrebungen der Autistenhilfe, dass die Diagnose Autismus in den MKP aufgenommen werden sollte. Experten wurden dazu befragt, die einige Screening-Systeme empfahlen. Diese wären aber für die MKP-Untersuchungen zu aufwendig gewesen und hätten zu hohe Kosten verursacht. Aufgenommen wurden deshalb lediglich zwei Fragen an die Eltern zum Ende des ersten Lebensjahres:

1. Reagiert das Kind auf seinen Namen?
2. Wiederholt es Worte, Laute oder Silben?

Die negative Beantwortung dieser Frage könne aber auch auf eine Sprachentwicklungsstörung hinweisen, damit ließe sich kein Autismus diagnostizieren. Trotzdem stünde es jetzt in jedem Mutter-Kind-Pass drinnen.

#### 7.1.5.1 Zusammenfassung und Interpretation

Einigkeit herrscht bei beiden Expert\*innengruppe, dass für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zu wenig Zeit und Geld zu Verfügung steht. Dieser Finanzierungsmangel hat dazu geführt, dass Untersuchungen in den Mutter-Kind-Pass aufgenommen wurden, die nicht in einer Qualität durchgeführt werden können, dass sie aussagekräftig sind. Die Skepsis der

Interaktionsexpert\*innen, Eltern-Kind-Interaktion im Rahmen dieser Untersuchungen beobachten zu können, ist schon allein aufgrund der fehlenden Zeit groß.

Niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen steht offenbar immer weniger Zeit für die Patient\*innen zur Verfügung. Dies liegt offenbar nicht nur an der knappen Entlohnung, sondern auch an den mangelnden zeitlichen Ressourcen durch überlastete Ordinationen und Kinderfachärzt\*innen-Mangel. E 8 nimmt sich gezielt finanziell bedürftiger Patient\*innen an, damit deren medizinische Versorgung gesichert ist.

Wenn Ärzt\*innen den Patient\*innen Zeit widmen, können sie diese nur schwer abrechnen. Beiden Gruppen ist bewusst, dass die Patient\*innen diesbezüglich bedürftiger wären, als ihnen ermöglicht werden kann.

Die Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen sieht sich in der Rolle der Engagierten, Unterbezahlten und als aussterbende Spezies. Wenn man der aktuellen medialen Berichterstattung glauben kann, dann sind sie das auch.

Kinderfachärzt\*innen kündigen gehäuft ihren Kassenvertrag und verdingen sich als Wahlärzt\*innen. Die Entlohnung ist nicht angemessen, die Zahl der Patient\*innen kaum zu bewältigen und frei gewordenen Kassenstellen können nicht nachbesetzt werden (vgl. Kurier 15.04.2018, S. 4f). Im Frühling 2017 hat die einzige Kinderfachärztin mit Gebietskrankenassenvertrag in der Bezirkshauptstadt meines Heimatbezirkes Mödling ebenfalls den Schritt in die Wahlärzt\*innenschaft getan. In einem Zeitungsinterview gab sie ihre Gründe für diesen Schritt an: "Ich sehe mich außerstande, weiterhin bis zu 100 Patienten pro Tag durchzuschleusen. Für Gespräche bleibt fast keine Zeit und Gesprächsmedizin wird auch nicht bezahlt ... Unser Leistungskatalog ist überholt und die Honorierung der Mutter-Kind-Pass-Leistung wurde seit mehreren Jahrzehnten nicht angepasst." (meinbezirk.at, 2017) Diese nachvollziehbare Unzufriedenheit der Kinderfachärzt\*innen finden sich in vielen Passagen der Interviews wieder. E 8 zeigt sich dadurch aber regelrecht motiviert. Diese Person muss zwar viele Patient\*innen abweisen, soziale Bedürftigkeit ist aber jedenfalls ein Kriterium um als Patient\*in angenommenen zu werden.

Dass die niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen unter Überlastung und Zeitmangel leiden, sieht die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen ebenso. Auch die Einsparungsmodelle bei den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen führen bei beiden Gruppen zu Unzufriedenheit und zum Teil zu Resignation.

### 7.1.6 Ideen, Wünsche, Vorschläge und Kritik

Die Expert\*innengruppe für Interaktionsdiagnostik hat viele Ideen, wie man den Mutter-Kind-Pass verbessern könnte, wie man Familien mit Hilfebedarf unterstützen könnte und wie Interaktionsstörungen besser erkannt werden könnten.

Die folgende Expertise steht zwar nicht in unmittelbarem Zusammenhang zur Interaktionsdiagnostik im MKP, soll aber aufgrund ihres hohen Informationsgehalts im gesundheitspolitischen Bereich nicht unerwähnt gelassen werden: Als sehr bedauernswert wird der Umstand gesehen, dass die Daten, die im Rahmen der MKP-Untersuchungen erhoben werden, nicht ausgewertet werden. Die Ergebnisse werden nicht digitalisiert. Deshalb ist nicht bekannt, wie häufig z. B. Autismus oder eine Zerebralparese diagnostiziert wird. Um gute gesundheitspolitische Strategien zu entwickeln, brauche man aber diese Daten.

„Also um strategisch zu planen, brauchen wir Grundlagendaten. Und da geht es nicht um den gläsernen Mensch, sondern da geht es einfach um die Auswertung von Untersuchungen. Der Mutter-Kind-Pass wird nicht einmal ausgewertet, Schularztuntersuchungen werden nicht ausgewertet, die werden nicht einmal eingegeben, die werden jeden Abend in Akten in den Kasten ..., nichts davon hat eine sinnvolle ... ahm Datenlage. Und der MKP, so wie er jetzt ist, ist eben die Untersuchung nicht qualitätssichernd, nicht ausgewertet, aber trotzdem ein nicht unerheblicher Kostenfaktor. Könnt ma viel besser machen, sag ma jetzt mal vorsichtig.“ (E 4, S. 17, Z. 18- 25)

Der MKP wird als „schwerfällig“ in seiner Modernisierung bezeichnet. Ähnliche Kritik gibt es auch von E 8 aus der Gruppe der Kinderfachärztinnen. Es wird die nicht aussagekräftige Hörtestprüfung angesprochen, ein Syphilistest in der Schwangerschaft wird auch als unzureichend beschrieben und die Sinnhaftigkeit der (billigen, aber nicht aussagekräftigen) Autismus-Untersuchung wird hinterfragt.

Umgelegt auf Bestrebungen, Interaktionsstörungen in den MKP aufzunehmen, ist die Skepsis dieser Expertengruppe nachvollziehbar. Es wird ein „Alibisystem“ befürchtet, und dass durch fehlende Qualität die Interaktionsdiagnostik ein „Feigenblatt“ und ineffektiv wäre, aber viel Geld kosten würde.

Dem MKP werden generell Defizite im sozioemotionalen Bereich zugeschrieben. Motorische und sprachliche Entwicklungsdefizite werden häufiger von Kinderfachärzt\*innen diagnostiziert, psychosoziale Auffälligkeiten eher selten. Derzeit spielen der MKP keine Rolle, wenn es um psychosoziale Gefährdung eines Kindes geht.

„Ich denke, zur Entwicklung (Anm. eines Kindes), kommen, ahm, gehören ganz viele Dinge, u.a. auch das Sozioemotionale oder das Psychologische und das wird aus meiner Sicht derzeit im MKP nicht berücksichtigt und sollte berücksichtigt werden. Weil es geht schon um mehr, als wie viel wie ich und wie groß bin ich.“ (E 1, S. 2, Z 101-104)

Die Interaktionsexpert\*innengruppe ist sich der Errungenschaften des Mutter-Kind-Passes hinsichtlich der Senkung der Kindersterblichkeitsrate bewusst, kritisiert wird aber nicht nur

seine mangelnde Weiterentwicklung bezüglich heutiger Bedürfnisse betreffend psychosozialer Diagnostik, sondern auch die „Halbherzigkeit“ der Reformierungsansätze im generellen gesundheitspolitischen Bereich.

Die Interaktionsexpert\*innen haben zahlreiche Vorschläge, um frühe Eltern-Kind-Interaktionsprobleme zu erkennen, wobei deutlich gemacht wird, dass es einen graduellen Unterschied zwischen Interaktionsproblemen und einer regelrechten Interaktionsstörung gibt. Ein\*e Expert\*in schlägt eine entwicklungspsychologische Untersuchung vor. Diese Untersuchung soll aber von Psycholog\*innen durchgeführt werden. Dieser Vorschlag würde eine Öffnung des MKP zu anderen Berufsgruppen bedeuten. Bislang ist außer der ärztlichen nur eine freiwillige Hebammen-Untersuchung vorgesehen. Problematisch wird von dieser Expert\*innengruppe gesehen, dass Interaktionsprobleme prozesshaft passieren und dass man für diese entwicklungspsychologische Untersuchung deshalb nur schwer eine Empfehlung für den geeignetsten Untersuchungszeitpunkt abgeben kann. Im Rahmen dieser entwicklungspsychologischen Untersuchung könnte eine Interaktionsbeobachtung gemacht werden. Es wäre zu beobachten, ob es rückversichernde Blicke des Kindes zur Bezugsperson gäbe, wie die Bezugsperson agiere und versuche, eine angenehme Atmosphäre für das Kind zu schaffen. Manche Mütter würden sich mitten in den Raum setzen, um für das Kind verfügbar zu sein, manche überließen das Kind der untersuchenden Person. Schon aus diesen Verhaltensbeobachtungen gäbe es subtile Hinweise. Da diese Hinweise aber leicht übersehen werden könnten, würden von Expert\*in 1 standardisierte, strukturierte Testverfahren bevorzugt, um frühe Eltern-Kind-Interaktionsstörungen zu diagnostizieren.

Die befragte Person geht in dieser Interviewphase auch auf ihre Erfahrung ein, die hilfreich wäre, um Auffälligkeiten zu erkennen, aber letztendlich aus Sicht der\*des Expert\*in ein standardisiertes Testverfahren nicht ersetzen könne. Der\*die Expert\*in gibt zu Bedenken, dass generell Verwehrlosung, Vernachlässigung, Missbrauch und Ähnliches viel zu oft nicht oder zu spät wahrgenommen werde.

Interaktionsstörungen könne man auch mit Videoanalysen durchführen, man könne lernen, was valide und relevant wäre, worauf zu achten wäre. Ein wesentlicher Aspekt wäre dabei der Blickkontakt zwischen Kind und Bezugsperson. Als auffällig wird dabei der vermeidende Blickkontakt beschrieben. Gleichzeitig gäbe es aber auch organische Ursachen für diese Störung und zudem könne man eine Interaktionsstörung leicht mit frühkindlichem Autismus verwechseln. Die Psyche eines Säuglings zu verstehen, sei ein eigenes Kapitel, man müsse viel Knowhow mitbringen, um richtig diagnostizieren zu können.

Ein weiteres Testverfahren sei der „fremde Situationstest“:

„... Des is so unter Anführungszeichen so eine Situation, wo man Kinder ahm definierten Stress aussetzt, indem das Kind im Zimmer mit der Mama sitzt und spielt und dann kommt eine fremde Person dazu, die beginnt Kontakt aufzunehmen und versucht auch mit dem Kind zu spielen und

mit der Mama zu reden und dann setzt sich die Mama auf einen Sessel und dann geht sie bei der Tür hinaus. Und kommt nach zwei Minuten wieder herein, definierter Weise, kann auch früher sein. Und je nachdem, wie sich das Kind verhält in der Trennungssituation, in der Wiederannäherung, nimmt sie's überhaupt wahr oder nicht, schreit es, weint es, versucht es der Mama nachzulaufen, gibt es dann ein gutes Trösten beim Kind oder ein auf die Mama Eintrommeln oder da gibt es verschiedene Typen der Bindungsstörungen. Und das hab ich in der Praxis jeden Tag, wenn ich impfe.“ (E 4, S. 5, Z. 182-192)

Ein gut gebundenes Kind würde sich bald beruhigen, wenn es von der Mutter getröstet würde. Andere würde auf der Straße noch schreien und man könne erkennen, dass da die Regulation fehle. Man müsse jetzt nicht unbedingt dieses Testverfahren anwenden, aber man müsse Erfahrung haben und vor allem seine eigene Bindungsgeschichte verarbeitet haben, damit man ein objektives Messinstrument für andere sein könne. Der Aufwand, diese Voraussetzungen zu gewährleisten, wäre aber sehr hoch.

„... Ich wüßts mir wünschen für alle Kinderärzte in ganz Österreich, wär großartig, aber das wär ein ganz ein schöner Aufwand. Wenn man das nicht tut, glaub ich, is es halt ... mit den Ergebnissen, die man daraus ableiten kann sehr sehr vage.“ (E 4, S. 5, Z. 205-208)

Präferiert genannt werden von Expert\*in 3 standardisierte Testverfahren, die zirka 90 Minuten Zeit in Anspruch nehmen.

Letztendlich stellt sich eine Interaktionsdiagnostik als sehr komplexe Untersuchung dar, die sowohl den Rahmen einer MKP-Untersuchung sprengen würde als auch fachlich nicht in den Bereich der praktischen Ärzt\*innen und Kinderärzt\*innen fällt, sondern in den Bereich der Kinderpsychiatrie und Psychologie.

Die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen sieht eine frühe Interaktionsproblematik nur als einen Teil des Problems. Frühe Eltern-Kind-Interaktionsprobleme können ihren Ursprung in hohen familiären Belastungsfaktoren haben. Kindeswohlgefährdende Umstände können aufgrund unterschiedlicher Risikofaktoren in Familien entstehen, abseits der Interaktionsstörungen. Genannt werden kognitive Einschränkungen der Eltern, Armut, widrige Wohnverhältnisse, Gewalt in der Beziehung, Misshandlung und Verwahrlosung.

Um Kindeswohlgefährdungen abwenden zu können, werden von dieser Gruppe zahlreiche Beispiele genannt, die weitreichendere Hilfestellungen anbieten als eine Interaktionsdiagnostik. Berichtet wird über das Kindergesundheitssystem in Schweden. Angeführt wird, dass dieses Land angeblich die besten Werte bezüglich Kindergesundheit aufweist. Die Betreuung junger Familien würde als kommunale Aufgabe gesehen werden und nicht als privatwirtschaftliche. Die erste Ansprechperson wäre eine „Nurse“ und diese würde den Eltern passgenaue Unterstützung zuweisen, sofern das notwendig wäre. Soziale Probleme würden bei der Sozialarbeit landen und Stillprobleme bei der Stillberatung. Es wäre nicht der/die Kinderärzt\*in für jedes Problem die erste Ansprechperson.

„Und Schweden liegt da im Top-Ranking und die haben das eben schon lange als kommunale Aufgabe gesehen und nicht so sehr als privatwirtschaftliche des einzelnen Kinderarztes in seiner Praxis sozusagen, haben die gescheite Health-Care-Center gegründet, wo die Nurse der erste Ansprechpartner ist und nicht der Doktor und viel Probleme auf andere Schienen lenkt. Eben das Stillproblem zur Stillberatung und äh das soziale Problem zur Sozialarbeit, die den Kinderarzt deswegen also nicht unbedingt sehen müssen. Da kann man natürlich Für und Wider diskutieren, wie man will, aber .... die Daten zeigen zumindest, dass es funktioniert, weil das System ist hoch, die Gesundheit ist hoch bei den Kindern.“ (E 4, S. 9, Z. 5-13)

Die qualitative Eignung für die Durchführung von aufsuchender Familienarbeit wird mehreren Berufsgruppen zugeschrieben.

„Also das muss nicht der, aus meiner Sicht, Kinderarzt sein. Ich glaube, dass kann jeder sein, der eine Ausbildung, eine gesundheitsberufliche Ausbildung hat. Das muss kein Arzt sein, das muss auch kein Psychologe sein, das kann eine Sozialpädagogin sein, damit ich irgendwas sag, das kann, das können, glaube ich, ganz viele Menschen.“ (E 1, S. 4, Z. 179-183).

Dieser Expert\*innengruppe ist die Kompetenz der Personen, die diese Hausbesuche durchführen muss, allerdings sehr wichtig. Es wird vorausgesetzt, dass Wertschätzung den Eltern gegenüber gegeben sein muss und ein feinfühlig und respektvoller Umgang praktiziert wird. Nur so könnten Eltern diese Hausbesuche als Hilfe und Unterstützung wahrnehmen und nicht als Kontrolle empfinden.

Die Einschätzung ist, dass im Rahmen eines Hausbesuches das Umfeld des Kindes besser wahrgenommen wird. Eltern und damit auch Kinder sind in vertrauter Umgebung weniger gestresst. Das spontane, intuitive Verhalten der Eltern kann besser eingeschätzt werden, und es sollte kein Zeitdruck bestehen. Das wären gute Voraussetzungen, um Probleme einer frühen Eltern-Kind-Interaktion einschätzen zu können.

Es muss aber gewährleistet sein, dass Menschen leben können, wie sie wollen und auf die Individualität des Zuhauses keine Rückschlüsse bezüglich des Bindungsverhaltens gezogen werden.

Expert\*in 3 würde eine „Willkommenskultur“ schaffen, um frühe Eltern-Kind-Interaktionsprobleme wahrnehmen zu können. Jedes Neugeborene und seine Eltern sollten zu Hause aufgesucht und der Säugling willkommen geheißen werden. Eltern sollten nützliche Informationen erhalten und Fragen stellen können. Die Expert\*innengruppe verweist auf einige erfolgreiche Modelle von „früher aufsuchender Elternarbeit“.

Erwähnt werden die *Frühen Hilfen*. Alle Expert\*innen sind mit diesem Angebot vertraut und haben zum Großteil auch schon mit den *Frühen Hilfen* kooperiert.

Berichtet wird auch von einer Gemeindeschwester<sup>6</sup>, die seit vielen Jahren alle Familien mit einem Neugeborenen in ihrer Gemeinde aufsucht und Unterstützung anbietet. Diese

---

<sup>6</sup> Die mobile Gemeinde- und Kinderkrankenschwester, Grete Melzer entwickelte vor 28 Jahren ein Projekt um Kinder- und Jugendlichenkrankenpflege zu Hause anbieten zu können. Beratung und Begleitung für Kinder und Eltern in ihrer vertrauten Umgebung, Betreuung frühgeborener Babys, Säuglingspflege, Betreuung chronisch

Maßnahme der Gemeinde Korneuburg wird als besonders geeignet gesehen, Familien mit Interaktionsproblemen zu unterstützen. Im Vordergrund steht das Vertrauen zu einer Person, die in der ganzen Gemeinde bekannt ist und dass jede Familie im Ort aufgesucht wird. Dadurch könnten Stigmatisierungen vermieden werden.

„In Dänemark wird sogar die Königin, hab ich mal in der Zeitung mit dem Kind und daneben ihre Familienbegleiterin, auch die Königin wird nach der Geburt besucht.“ (E 4, S. 11, Z. 42-43)

Darin begründet sich auch die Kritik an den *Frühen Hilfen*, die erst dann aktiv werden, wenn es einen oder mehrere Belastungsfaktoren gibt. Sie werden als selektive Maßnahme bezeichnet und nicht als Maßnahme eines „Willkommensbesuches“. Es besteht die Annahme, dass es durch ungefilterte „Willkommensbesuche“ möglich wäre, Familien mit Interaktionsproblemen zu identifizieren und auch andere Formen von Hilfsbedürftigkeit festzustellen. Es werden unterschiedliche Systeme angesprochen, um Hochrisikofamilien herauszufiltern. Besonders hervorgehoben wird ein Ampelsystem, welches die Belastungsfaktoren bei Familien hinterfragt. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens wäre es möglich, Belastungsfaktoren zu markieren. Als besonders belastet würden Familien mit mehreren Kindern oder kranken Kindern gesehen, sehr junge Eltern, Eltern mit psychischen Erkrankungen, finanziellen Belastungen oder widrigen Wohnverhältnissen. Mehrere Belastungsfaktoren würden ein höheres Risiko für das Kind bedeuten, weshalb die Familie als besonders unterstützungswürdig gesehen würde.

Hervorgehoben wird auch das Unterstützungsmodell der Stadt Dormhagen<sup>7</sup>. Der Hintergrund für die Entwicklung dieses Modells wären finanzielle Probleme der Stadt gewesen, die dazu geführt hätten, dass in die Prävention investiert wurde, anstatt in teure Folgekosten aufgrund unvermeidlicher Maßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe.

Diese Maßnahmen wären nur sinnvoll, wenn die Betreuung kontinuierlich erfolgen würde. Auffällige Familiensysteme könne man nicht in wenigen Wochen „reparieren“. *Frühe Hilfe* im Sinne von Hilfe gleich nach der Geburt wäre zu wenig. Die Familien bräuchten die Unterstützung langfristig, qualifiziert und passgenau. Dazu wird von allen Expert\*innen eine gute Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten eingefordert.

---

kranker und behinderter sowie sterbender Kinder und Jugendlicher zuhause bietet diese Unterstützung für Familien. (vgl. noe.orf.at 2017)

<sup>7</sup> Die Stadt Dormagen in Deutschland verfügt über ein seit Jahren kontinuierlich aufgebautes, weitreichendes und ständig erweitertes umfassendes Hilfesystem zur Vermeidung von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung.

Das Dormagener Netzwerk für Familien (NeFF) versteht sich auch, aber nicht nur, als ein Frühwarnsystem zum Schutz vor Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung. Ein Baustein ist die persönliche Übergabe eines Babybegrüßungspaketes durch die BezirkssozialarbeiterInnen anlässlich eines Hausbesuches zeitnah nach der Geburt. (vgl. NeFF Dormhagen.de)

Die Gruppe der Kinderfachärzt\*innen hat einige Vorschläge und Ideen zum Mutter-Kind-Pass. So wird der Mutter-Kind-Pass einerseits als wichtiges Instrument, um die Entwicklung der Kinder (wenn auch eher in medizinischer Hinsicht) positiv zu beeinflussen, gesehen. Von allen wird aber kritisiert, dass die Beteiligung an den MKP-Untersuchungen nach dem ersten Lebensjahr deutlich zurückgeht. Als zielführend werden monetäre Anreize gesehen, die Zugänge dazu sind unterschiedlich.

„... früher hat man ja das Geld bekommen zitzerweise für die MKP-Untersuchungen, hab ich das Gefühl gehabt, sind die Leute wegen dem zu den MKP-Terminen gekommen. Jetzt is nach dem ersten Jahr abgeschlossen. Also der Bonus, der Bonuseffekt, dass man zum Arzt geht, ist dadurch weggefallen.“ (E 6, S. 5, Z. 211-214)

„Der Bonuseffekt ist weg, das heißt, da hat man keinen Einfluss. Also die Frage für mich stellt sich ja eher so, dass die Leute zu den MKP-Untersuchungen kommen, das kann ich ja mit Bonuseffekten steuern, i sag: Sie bekommen immer erst, wenn Sie kommen nachher was und nicht automatisch auf einmal nach einem Jahr.“ (E 6, S. 5, Z. 216-219)

Eine Idee ist, jede MKP-Untersuchung an finanzielle Zuwendungen zu knüpfen, also ein Belohnungssystem einzuführen anstatt eines Bestrafungssystems. Die Begründung dazu möchte ich zitieren, aber erneut auf die unglaubliche pauschale Abwertung hinweisen, die in diesem Zitat zu finden ist:

„Aber bei den Eltern, die sich eh drum kümmern, um die Kinder, ist ja das kein Thema. Ob des spät kommt, zrück kommt, des is ned wichtig, ja? Aber des Gsindel, I sag des jetzt amal so niedrig, ah, de´s nur wengan Geld machen, das war der einzige Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe, war die Kohle. Und denen die Kohle, so wie es jetzt ist, zu kürzen, ah, ich glaub es ist besser ihnen eine Kohle zu geben, damit sie das tun. Das wissen Sie dann vorher, dass sie a Geld kriegen. Und wann sie´s ned ... und wann sie es ned machen, dann kriegen´s die Kohle ned. Ja? Das halt ich persönlich für wahrscheinlich sinnvoller als sie im Nachhinein zu strafen. Weil die sin so primitiv und dumm, dass sie ja gar nimma wissen, warum sie die Strafe kriegen. Die verstehen des afoch ned.“ (E 5, S. 13, Z. 555-566)

Eine andere Idee ist, die Auszahlung der Familienbeihilfe von absolvierten MKP-Untersuchungen abhängig zu machen. Ein Experte führt eine Statistik und kritisiert, wie massiv die Bereitschaft zu MKP-Untersuchungen nach dem ersten Geburtstag des Kindes sinkt. Er berichtet von einem Kind, dass drei Jahre nicht bei einer MKP-Untersuchung gewesen wäre und niemand hätte eine vorhandene Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert. Er würde über die Familienbeihilfe einen Anreiz schaffen und würde den MKP bis zum 10. oder 12. Lebensjahr des Kindes ausweiten. Die Forderung, die MKP-Untersuchungen nicht mit dem 5. Lebensjahr zu beenden, zieht sich durch alle Aussagen dieser Expert\*innengruppe. Diese Forderung ist nur oberflächlich verwunderlich, da die Aussagen ja eher den MKP als ungeeignetes Instrument erkennen lassen, um Kindeswohlgefährdungen zu erkennen. Da erscheint in diesem Zusammenhang die Forderung, ihn zu verlängern, um Kindeswohlgefährdungen verhindern zu können, wenig stringent. Bei näherer Betrachtung ist dieser Wunsch aber aus der Sicht dieser Expert\*innengruppe durchaus schlüssig. Die Gruppe

sieht Kindeswohlgefährdende Elemente aus einer medizinischen Sicht. Da gibt es einen Fokus auf körperliche Misshandlung, die Kinderärzt\*innen diagnostizieren können, mangelnde Zahnhygiene wurde ebenso erwähnt, fehlende Impfungen sowie fehlende Sehbehelfe für sehgeschwache Kinder. Außerdem werden Entwicklungsverzögerungen bei Kindern ab dem Kindergartenalter (auch durch die Rückmeldungen der Elementarpädagog\*innen) leichter wahrgenommen. Ein auffälliges Sozialverhalten des Kindes lässt sich bei einem älteren Kind auch leichter feststellen als bei einem Säugling. Aus dieser Perspektive heraus ist der Wunsch dieser Expert\*innengruppe, den MKP über das erste Lebensjahr hinaus an finanzielle Anreize zu koppeln und auch über die ersten fünf Lebensjahre des Kindes weiterzuführen, durchaus verstehbar.

#### 7.1.6.1 Zusammenfassung und Interpretation

Die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen hat viele Vorschläge, wie eine Eltern-Kind-Interaktionsstörung diagnostiziert werden könnte. Keine davon steht im Zusammenhang mit dem Modell des Vorsorgeuntersuchungsheftes in Deutschland. Vordergründig ist auch nicht die Diagnose einer Störung, sondern dass der Mutter-Kind-Pass ein besseres Screening-Instrument wird, um soziale Benachteiligung (durch welche die seelischen und körperlichen Bedürfnisse eines Kindes negativ beeinträchtigt werden) besser zu berücksichtigen. Diese Gruppe zeigt hohes Interesse an aufsuchenden Unterstützungsangeboten für Familien. Eine Interaktionsstörung zu erkennen, wird natürlich als sinnvoll erachtet, Hochrisikofamilien zu betreuen ist dieser Gruppe aber noch wichtiger. Es werden unterschiedlichste Modelle genannt, wie Familien sinnvoll unterstützt werden können, die meisten haben einen aufsuchenden Zugang. Präferiert wird ein Willkommensmodell, in dem alle Familien mit Babys einbezogen werden, um Familien mit Mehrfachbelastungen zu identifizieren und unterstützen zu können. Diese Maßnahmen würden auch der Abwendung von Kindeswohlgefährdungen dienlich sein. Die Gruppe der Interaktionsexpert\*innen hat einen gänzlich anderen Zugang zum Mutter-Kind-Pass als die Vergleichsgruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen. Die erste Gruppe vermisst den Blick dieses Vorsorgeinstrumentes auf psychosoziale Faktoren und sieht darin die eigentliche Gesundheitsgefährdung der Kinder in unserer Gesellschaft. Die Gruppe der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen sieht in der Verlängerung des Mutter-Kind-Passes über das fünfte Lebensjahr hinaus, um auch größere Kinder untersuchen zu können, eine sehr sinnvolle Maßnahme. Eltern sollen mit monetären Anreizen motiviert werden, an den Untersuchungen teilzuhaben. Die Teilnahme an den Untersuchungen sei nur bis zum zwölften Lebensmonat des Kindes an finanzielle Anreize gebunden, danach nehme

die Bereitschaft zur Teilnahme an den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen massiv ab. Etliche Entwicklungsschwierigkeiten würden sich aber erst mit zunehmendem Alter des Kindes deutlich zeigen. Diese Gruppe sieht in der Verlängerung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen auch eine Möglichkeit, Kindeswohlgefährdungen abwenden zu können. Das Fehlen der psychosozialen Entwicklungsdimension des Kindes im Mutter-Kind-Pass ist für diese Gruppe kaum ein Thema. Angesichts der Tatsache, dass es wenig Ideen oder sogar Widerstände gibt, wie dann damit umzugehen wäre, ist es schlüssig, dass kein Bedarf gesehen wird, den Mutter-Kind-Pass dahingehend zu öffnen.

## 8 Schlussfolgerungen

Die Forschungsfrage „Inwiefern kann der Mutter-Kind-Pass genutzt werden, um beim Erkennen früher Eltern-Kind-Interaktionsstörungen entsprechende Unterstützungsmaßnahmen anzubieten?“ ist trotz zahlreicher aufschlussreicher Ergebnisse nicht einfach zu beantworten. Dem deutschen Vorbild zu folgen und die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion in den Mutter-Kind-Pass aufzunehmen und auf aufsuchende Hilfen zu verweisen, ist keine wirklich zielführende Lösung.

Aufgrund der fachlichen Unsicherheit der Kinderfachärzt\*innen zu Eltern-Kind-Interaktionen ist nicht zu erwarten, dass Interaktionsbeobachtungen schlüssig durchgeführt werden können und passgenaue weitere Maßnahmen empfohlen oder ergriffen werden können.

Vor einigen Monaten besuchte ich ein zweitägiges Einführungsseminar für Eltern-Kind-Interaktionsdiagnostik, um inhaltlich für diese Masterarbeit gut gerüstet zu sein. Mit mir nahmen an diesem Kurs unter anderem Kinder- und Jugendpsychiater\*innen und Gerichtssachverständige teil. Anhand etlicher dreiminütiger Videos, wo Mutter und Kind beim Spielen und Füttern beobachtet werden konnten, sollten wir einen Einblick in die Interaktionsdiagnostik bekommen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese Aufgabe sehr komplex ist, viel Erfahrung braucht und die Auswertung der Videos sehr zeitaufwendig ist. Keine\*r der Kursteilnehmer\*innen fühlte sich nach diesen zwei Tagen auch nur annähernd in der Lage, eine Eltern-Kind-Interaktionsstörung feststellen zu können.

Die fachliche Unsicherheit der Kinderfachärzt\*innen zur Interaktionsdiagnostik ist auch bestimmend für den Unwillen, sich diesbezüglich mit Eltern konfrontieren zu müssen. Grundsätzlich ist es immer wieder Aufgabe von Ärzt\*innen auch schwierigste Diagnosen mit Patient\*innen zu besprechen aber da gilt das Prinzip, sich der Diagnose sicher sein zu müssen.

Somit ist der Widerstand gegen die Interaktionsbeobachtungen im Mutter-Kind-Pass nur folgerichtig.

Als weiteres großes Problem erachte ich die fehlenden Ressourcen für weiterführende Maßnahmen. Im deutschen Kindervorsorgeheft sollten Ärzt\*innen wahrnehmen, ob das Kind zufrieden und ausgeglichen und den Bezugspersonen gegenüber offen und zugewandt ist. Ob es Blickkontakt hält zur Bezugsperson, ob es auf Geräusche reagiert. Sollten diesbezüglich Abweichungen auffällig werden, wird wohl kaum die Diagnose „Eltern-Kind-Interaktionsstörung“ feststehen, sondern es werden weitere Untersuchungen für sinnvoll erachtet werden. Tatsächlich kann es viele Gründe geben warum das Kind in dieser Situation ein abweichendes Verhalten von der Norm zeigt. Ressourcen für eine qualifizierte

Entwicklungsdiagnostik gibt es zumindest im Raum Wien kaum. Aus sehr persönlicher Wahrnehmung kann ich berichten, dass ich mich vor wenigen Tagen zum ersten Mal in 25 Jahren Sozialarbeit bei der Kinder- und Jugendhilfe gezwungen sah, die Kosten (aus den Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe) für einen Wahlarzttermin bei einem Kinderfacharzt für ein Pflegekind zu übernehmen, weil es trotz großem Bemühen der Entwicklungsambulanz nicht möglich war, einen Entwicklungsdiagnostiktermin innerhalb der nächsten 2 Monate zu bekommen.

Sollte Kinderfachärzt\*innen aufgetragen werden, dass sie auf die Eltern-Kind-Interaktion achten mögen, dann braucht es eine deutliche Verstärkung der Angebote im Bereich der ambulanten und stationären Entwicklungsdiagnostik.

Sollte der Mutter-Kind-Pass nicht einfach so bleiben wie er ist?

Wenn nicht gänzlich andere Wege gegangen werden, ist es tatsächlich besser, er bleibt auf rein somatische Belange beschränkt. Andere Wege könnte aber heißen, dass er für andere Berufsgruppen geöffnet wird, andere Wege kann heißen, dass bei jeder Familie mit einem Neugeborenen ein Willkommensbesuch durch *aufsuchende Hilfen* durchgeführt wird, als Teil der verpflichtenden Mutter-Kind-Pass Termine. Andere Wege könnte auch bedeuten, dass man sich die besten Gesundheitssysteme Europas anschaut und sich diese zum Vorbild nimmt. Es wird Mut brauchen, innovatives Denken erforderlich machen und ein Standhalten gegen (berufspolitischen) Interessen Vieler. Das wichtigste Gesundheitsinstrument für Kinder, anzupassen an die Bedürfnisse und Probleme die Kinder aus psychosozial belastenden Lebensumständen haben, ist ein Ziel, wofür sich der Einsatz lohnen würde.

## 9 Quellenverzeichnis

Ainsworth, M. D. (2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys (1974). In K. E. Grossmann, & K. Grossmann, Bindung und menschliche Entwicklung (S. 414-421), Stuttgart: Klett Cotta

Anzenberger, Judith; Marbler, Carina; Sagerschnig, Sophie; Winkler, Petra (2017): Frühe Hilfen - Zahlen, Daten und Fakten zu den begleiteten Familien. FRÜDOK-Jahresbericht 2016. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.

Ascherleben, Gisa (2008) in: Brisch, Karl Heinz /Hellbrügge Theodor, „Der Säugling-Bindung, Neurobiologie und Gene“, S. 298-313, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

BMG (2015): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2014 - Arbeitsverlauf und Ergebnisse  
<https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Kinder- und Jugendgesundheit/Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie/Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2014 - Arbeitsverlauf und Ergebnisse>  
(Zugriff: 14.04.2018)

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten  
Wiesbaden: Springer Fachmedien

Braun, Katharina/Helmeke, Carina/Bock, Jörg (2009): In Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft, „Bindung und der Einfluss der Eltern-Kind-Interaktion auf die neuronale Entwicklung präfrontaler und limbischer Regionen“, S. 52- 79, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Brisch, Karl Heinz (2007) in: Brisch, Karl Heinz /Hellbrügge Theodor, „Kinder ohne Bindung“ S.222-258, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Crittenden, Patricia (2003): Frühe Förderung von Hochrisiko-Kindern: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung S. 36-58,  
[file:///C:/Users/Brigitte/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/43-1downl.pdf](file:///C:/Users/Brigitte/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/43-1downl.pdf)

Damm, Lilly/ Miggitsch, Eva-Maria/ Trapp, Michael/ Egger, Josef W (2009): „Kinder, die stillen Verlierer?“, In Psychologische Medizin (2009/4), Wien: Facultas-Universitätsverlag  
Die Presse (2017): Kindergartenstudie: Kein Fehlverhalten, aber Einfluss des Ministeriums "außer Streit",

[https://diepresse.com/home/bildung/erziehung/5316247/Kindergartenstudie\\_Kein-Fehlverhalten-aber-Einfluss-des](https://diepresse.com/home/bildung/erziehung/5316247/Kindergartenstudie_Kein-Fehlverhalten-aber-Einfluss-des) (Zugriff: 12.04.2018)

Dormagener Netzwerk für Familien (NeFF) : -Das Dormagener Modell- Netzwerk Frühe Förderung- Netzwerk für Familien

[https://dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich\\_5/erzieherische\\_hilfen/fruehe\\_hilfe\\_broschue\\_komplett\\_klein.pdf](https://dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich_5/erzieherische_hilfen/fruehe_hilfe_broschue_komplett_klein.pdf)  
(Zugriff: 14.04.2018)

Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung- Eine Einführung  
Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview  
Wien: Facultas Verlag – und Buchhandels AG

G-BA- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Früherkennungsuntersuchungen für Kinder  
[https://www.g-ba.de/downloads/34-215-580/16-2015-06-18\\_Ki-RL\\_Neustrukturierung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/34-215-580/16-2015-06-18_Ki-RL_Neustrukturierung.pdf)  
(Zugriff: 20.04.2018)

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Kinderuntersuchungsheft.  
<http://www.kbv.de/media/sp/Kinderuntersuchungsheft.pdf> (Zugriff: 13.4.2018)

GÖG – Gesundheit Österreich GMBH (2016): Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Evaluation der Umsetzung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen in Österreich sowie des Auf- und Ausbaus regionaler Netzwerke in allen Bundesländern. Factsheet.  
[http://www.fruehehilfen.at/fxddata/fruehehilfen/prod/media/downloads/NZFH.at\\_Factsheet%20Evaluation\\_2016.pdf](http://www.fruehehilfen.at/fxddata/fruehehilfen/prod/media/downloads/NZFH.at_Factsheet%20Evaluation_2016.pdf) (Zugriff: 13.04.2018)

GÖG/ÖBIG (2017): Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Schulungskonzept,  
[http://www.fruehehilfen.at/fxddata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/NZFH.at\\_Schulungskonzept\\_032017.pdf](http://www.fruehehilfen.at/fxddata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/NZFH.at_Schulungskonzept_032017.pdf) (Zugriff: 13.04.2018)

Grossmann, Klaus (2001): Die Geschichte der Bindungsforschung: Von der Praxis zur Grundlagenforschung und zurück. In Gerhard J. Suess, Bindungstheorie und Familiendynamik, S. 29-52, Gießen: Psychosozial-Verlag,

Grossmann, Klaus (2008): Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In L. Ahnert (Hrsg.), Frühe Bindung Entstehung und Entwicklung, S. 21-41, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Haas, Sabine/ Weigl Marion (2017): „Frühe Hilfen Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich“, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Wien: Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Help.gv.at: „Voraussetzungen Mutter-Kind-Pass“

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082201.html#Voraussetzungen>

(Zugriff: 19.04.2018)

Johnson, Dana (2006): in Kinder ohne Bindung „Internationales Adoptionsprojekt-Team“ Herausgeber: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor, S. 138-161, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

KBGG (2018): Kinderbetreuungsgeldgesetz

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001474>

(Zugriff: 14.04.2018)

Kunze, Ursula (2007): Präventivmedizin. Epidemiologie. Sozialmedizin. 4. Auflage Hrsg. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels-AG

Kurier (2018): „Worin das Gesundheitssystem derzeit krank“

<https://kurier.at/politik/inland/woran-das-gesundheitssystem-derzeit-krank/400021249>

(Zugriff: 15.04.2018)

LBI- Ludwig Boltzmann Institut (2012): Eltern-Kind-Vorsorge neu, Teil VI, Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen

Wien: Ludwig Boltzmann Institut Gesellschaft GmbH

Lengning, Anke (2009): *Einsatz des CARE-Index im Feld Früher Hilfen*. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts München

Leodolter, Sepp (2014): „40 Jahre Mutter-Kind-Pass“- Ein Symposium der Österreichischen Ärztekammer, Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH

Lipp, Andrea (2013): „Der österreichische Mutterkindpass als Präventivtool für Kinder. Beteiligungsraten, Stichprobenanalysen und Gedanken zu einer möglichen Kosten-Nutzen-Evaluierung“, Diplomarbeit, Wien: Universität Wien

meinbezirk.at (2017): „Drei Kassenärzte für 17.000 Kinder“  
<https://www.meinbezirk.at/moedling/lokales/drei-kassenaerzte-fuer-17000-kinder-d2081000.html>, (Zugriff: 15.04.2018)

Melzer, Grete (2017): Hausbesuche bei den jüngsten Patienten  
<http://noe.orf.at/news/stories/2833162/> (Zugriff: 14.04.2018)

news.ORF.at. (8. 11. 2017): „Prüfer entlasten Aslan, aber „Einfluss des Ministeriums“.  
<http://orf.at/stories/2413987/2413985/> (Zugriff: 20.04.2018)

Österreichischer Familienbericht (1999): Teil 4, Leistungen des Staates für Familie in ihrer Vielfalt: Ziele, Maßnahmen, Kosten und Auswirkungen, Wien: Bundesminister für Umwelt, Jugend und Familie  
[http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere\\_Publikationen/fb99\\_band1.pdf](http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/fb99_band1.pdf)

Ostler, Teresa/ Ziegenhain, Ute (2007): „ Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung“ S. 67-84, München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag

Papousek, Mechthild (2001), „Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und –psychotherapie“, Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft, S. 1-11  
<http://liga-kind.de/fk-101-papousek/>

Plass, Claudia (2001): „Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes, Ein Beispiel für die Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Gesundheit?“, in „Gesundheitswissenschaften“

Linz: Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik , Johannes Kepler Universität Linz, In Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

Popow, Christian (2009): „Wie gut ist der Mutter-Kind-Pass? Was ist gut, was kann besser sein?“ In Pädiatrie und Pädologie 6/2009, S. 24-26, Österreich: Springer Medizin

Püspök, Rudolf/ Püspök, Anna/ Baumgartner, Dietmar (2008): Kindermedizin-Werte versus Ökonomie, Pädiatrie in der Praxis: Was kann sie, was könnte sie?, S. 75-92  
Wien: Springer-Verlag

Renner, Ilona/ Scharmanski, Sara (2016): „Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Hat sich ihr Einsatz bewährt?“, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Deutschland), Bundesgesundheitsblatt DOI10.1007/s00103-016-2430-8, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag,

Stern, Daniel (1998): Die Mutterschaftskonstellation  
Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Stoppacher, Peter/ Edler, Marina (2017): Endbericht der Begleitevaluation „Frühe Hilfen“, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Graz: Institut für Arbeitsmarktbetreuung und Forschung

Ziegenhain, Ute (2001): Dokumentation Fachtagung der Psychologischen Beratungsstelle und des Psychosozialen Dienstes der Stadt Karlsruhe  
<https://web1.karlsruhe.de/Soziales/PsychoSoz/dokubbbneu.pdf> (letzter Aufruf: 13.04.2018)

Ziegenhain, Ute/ Gebauer, Sigrid/ Ziesel, Birgit/ Künster, Anne Katrin/ Fegert, Jörg (2008): Die Chance der ersten Monate, Feinfühliges Eltern-gesunde Kinder, Ulm: Klinik für Kinder -und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm

Ziegenhain, Ute/ Fegert Jörg: (2008), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG

## 10 Abbildungsverzeichnis

|                                                                                                                    |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Abbildung 1: Untersuchung 3 des deutschen Kindervorsorgehefts .....                                                | S. 23 |
| Abbildung 2: Personen bzw. Institutionen, die den Kontakt aufgenommen haben,<br>in Prozent.....                    | S. 24 |
| Abbildung 3: Häufigste Profession der Person bzw. Institution,<br>die den Kontakt aufgenommen hat, in Prozent..... | S. 24 |
| Abbildung 4: Häufigste Weitervermittlungen pro Bereich, in Prozent.....                                            | S. 25 |

# 11 Anhang

## 11.1 Auswertungsbeispiel

### Vorgehensweise des thematischen Kodierens (Flick 2016)

#### Erster Schritt:

Kurzbeschreibung der Interviews

Für jedes Interview wurden Kurzbeschreibungen verfasst. Diese sollen einen Überblick über das Interview, die interviewte Person und den Verlauf des Gesprächs geben.

Beispiel Kurzbeschreibung für ein Interview:

*„... Aufsuchende Arbeit- halte ich für ganz wichtig bei bestimmten Zielgruppen...“*

Die interviewte Person ist Expert\*in für Interaktionsprobleme. Die Person ist standespolitisch sehr engagiert und hat einen guten Überblick über psychosoziale Probleme in hochbelasteten Familien und auch darüber, wie wenig diese Faktoren im Mutter-Kind-Pass abgebildet sind. Die Person ist Befürworter\*in von *aufsuchenden Hilfesysteme* und würde sich „Willkommensbesuche“ bei allen Familien mit Neugeborene wünschen. Darin sehe sie eine gute Möglichkeit, bedürftige Familien zu erkennen und ihnen passgenaue Unterstützungsangebote machen zu können. Interaktionsdiagnostik im Mutter-Kind-Pass sieht die Person sehr kritisch, da ihrer Meinung nach eine hohe Kompetenz dazu erforderlich ist, die sie bei den niedergelassenen Kinderärzt\*innen Großteils vermisst. Kritik gibt es auch an der Ausbildung der Kinderfachärzt\*innen, da diese hinsichtlich psychosozialer Aspekte bei Kindern wenig Angebote macht.

#### Zweiter Schritt:

Thematische Kodierung der Interviews der ersten Expert\*innengruppe

Zunächst wurden alle Interviews einer Expert\*innengruppe einzeln thematisch kodiert, danach alle Interviews der zweiten Expert\*innengruppe ebenfalls einzeln kodiert.

Beispiel thematisches Kodieren eines Einzelinterviews

| Textzeile | Zitat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Paraphrase                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Thematischer Kode |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 613-620   | „nein, weil das widerspricht vollkommen meinen persönlichen Vorstellungen und auch meiner Erfahrung muss ich sagen. Also von den Leuten primär. Ich glaub, dass es eine Verpflichtung sein soll, aber da die Vorstellung hinzugehen, warten, und, das entspricht nicht meiner Vorstellung. Und ich glaub auch, dass das für die Eltern, dass das eine, dass das eine relativ, ein starker Eingriff in die Privatsphäre ist, gerade zum Zeitpunkt meiner Geburt, wo ich an Stress hab, wo sehr viele Dinge sind. Ich glaub, dass es da besser ist, die Anreize zu schaffen, dass man wohin geht, ja?“ | Die interviewte Person äußert sich ablehnend auf die Frage nach der Sinnhaftigkeit von <i>aufsuchender Hilfe</i> und „Willkommensbesuchen“ bei Familien mit Neugeborenen. Im Vordergrund steht die eigene Werterhaltung dazu „das entspricht nicht meinen Vorstellungen“ und nicht der Schutz des Kindes, oder hochbelastete Familien Angebote machen zu können. Die Verletzung der Privatsphäre wird von dieser Person als sehr hohes Gut angesehen. Jemanden zu Hause aufzusuchen wird als Kontrolle erlebt. Es gibt keine Vorstellung davon, dass diese Form der Hilfe auch als Unterstützung wahrgenommen werden könnte. | Aufsuchende Hilfe |

Diese thematischen Kodes wurden abschließend in eine gemeinsame Fallstruktur pro Expert\*innengruppe gebracht.

### Dritter Schritt:

Anwendung des Kodierparadigmas

Um zentrale Themen der Interviews einer Feinanalyse zu unterziehen, wurde das folgende Kodierparadigma angewendet:

- Bedingungen: es gibt keine persönlichen Erfahrungen mit aufsuchender Hilfe, diese wird als Kontrolle und Eindringen in die Privatsphäre erlebt
- Interaktion zwischen den Handelnden: nicht vorhanden, die eigene Befindlichkeit zu aufsuchender Hilfe wird auf andere übertragen

- Strategien und Taktiken: Aufsuchende Hilfe wird abgelehnt, Alternative wird vorgeschlagen, die kein eigenes Handeln erfordern
- Konsequenzen: keine Veränderung, es gibt keine Unterstützungsangebote für Familien durch aufsuchende Hilfesysteme

Dieses wird zunächst fallbezogen innerhalb jeder einer Expert\*innengruppe ausgearbeitet.

#### **Vierter Schritt:**

Gegenüberstellung und Vergleich der Ergebnisse aus der Feinanalyse zu den einzelnen zentralen Themen der beiden Gruppen

Schließlich werden die einzeln ausgearbeiteten Inhalte der Expert\*innengruppen miteinander verglichen.

## 11.2 Leitfaden zur Befragung der niedergelassenen Kinderfachärzt\*innen

### **Zu Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung im Mutter-Kind-Pass**

- Was halten Sie von einer Interaktionsbeobachtung im Rahmen einer MKP-Untersuchung?
- Sollten diese Beobachtungen im MKP festgehalten werden und warum oder warum nicht?
- Wissen Sie, dass diese Beobachtungen in Deutschland im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen im „gelben Heft“ festgehalten werden...was halten Sie davon?

### **Zu Kompetenz und Wissen**

- Was brauchen Sie an Information, Fortbildung um „Frühe Interaktion“ beurteilen zu können?
- Ist Ihnen der Leitfaden zur MKP-Untersuchung bekannt?

### **Zu aufsuchenden Hilfen**

- Kennen Sie die Frühen Hilfen? Werden die Frühen Hilfen in Ihrem Einzugsgebiet schon angeboten?
- Haben Sie schon einmal den Einsatz der Frühen Hilfen empfohlen? Was waren die Gründe dafür?

### **Zu Kindeswohlgefährdung**

- Haben Sie schon ein- oder mehrmals die KJH eingeschaltet? Was waren die Gründe dafür?
- Welche Erfahrungen haben Sie dadurch gemacht?

- Was tun Sie, wenn Ihnen im Rahmen einer MKP-Untersuchung beunruhigendes auffällt? (Ungepflegter Säugling oder Eltern, wenig feinfühligem Umgang mit Säugling, Eltern beeinträchtigt, Säugling reagiert unangemessen oder ist Schreikind, Eltern reagieren unangemessen auf Säugling, .....)
- Wechseln Eltern häufig den Kinderarzt/Ärztin ihrer Kinder? Welche Eltern wechseln ihn/Sie häufig? Gibt es einen Zusammenhang mit häufigen Arztwechseln und psychosozial auffälligen Familien?

**Leitfaden** zur Befragung der PsychologInnen, Kinder- und Jugendpsychiater\*innen, PsychotherapeutInnen die sich auf Kleinkinder und Säuglinge sowie Eltern-Kind-Interaktion spezialisiert haben:

#### **Zu Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung**

- Ist es möglich, auf eine auffällige/ gestörte Eltern-Kind-Interaktion positiv einzuwirken? Wodurch/Womit was kann dadurch bewirkt werden
- Welche Kriterien gibt es Ihrer Meinung nach um die frühe Interaktion zw. Eltern und Kind als auffällig zu beurteilen?
- Wie wirkt sich eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion langfristig auf die Entwicklung des Kindes aus?

#### **Zu Kompetenz und Wissen**

- Braucht es Ihrer Meinung nach, spezielles Fachwissen oder gibt es besonders geeignete Methoden und eine Interaktionsbeobachtung als sinnvoll und aussagekräftig zu bewerten
- Wer bzw. welche Berufsgruppe wäre Ihrer Meinung nach, geeignet für eine Interaktionsbeobachtung im Rahmen einer MKP-Untersuchung? Wenn ja, ist es sinnvoll, dies bereits in den ersten Lebenswochen des Säuglings zu tun/ wann ist der frühest mögliche, sinnvolle Zeitpunkt

### **Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung im Mutter-Kind-Pass**

- Was halten Sie von einer Interaktionsbeobachtung im Rahmen einer MKP-Untersuchung?
- Wissen Sie, dass diese Beobachtungen in Deutschland im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen im „gelben Heft“ festgehalten werden...was halten Sie davon?
- Sollten diese Beobachtungen im MKP festgehalten werden und warum oder warum nicht?

### **Zu aufsuchenden Hilfen und Kindeswohlgefährdung**

- Kennen Sie die Frühen Hilfen?
- Können Sie sich vorstellen, dass die Frühen Hilfen eine sinnvolle Interventionsmöglichkeit wären um eine auffällige Eltern-Kind-Interaktion zu entspannen?
- Können Sie sich vorstellen, dass durch diese Maßnahmen auch spätere Kindeswohlgefährdungen abgewendet werden können?

## 12 Eidesstattliche Erklärung

Ich, Brigitte Andre, geboren am 24.01.1967 in Wien, erkläre,

1. dass ich die in dieser Masterthesis mit meinem Namen gekennzeichneten Teile selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich diesen Text bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Brunn am Gebirge, am 22.04.2018

Unterschrift